

Per la pubblicità sul
GIORNALE DI BRESCIABRESCIA - Via Lattanzio Gambarà, 55
Tel. 030.37401 - Fax 030.372300**GIORNALE DI BRESCIA**

MEDICINA E SALUTE

PAGINA 13

LUNEDÌ 3 DICEMBRE 2007

dal lunedì al venerdì
8.45 - 12.30; 14.30 - 18.30**TERZA ETA' - SUGGERITO SOPRATTUTTO AGLI ANZIANI FRAGILI, PER EVITARE COMPLICAZIONI**

Ecco perché si deve fare il vaccino per prevenire l'influenza invernale

L'inverno scorso, secondo i dati del sistema sentinella allestito dall'Istituto Superiore di Sanità, si sono ammalati di influenza 55 italiani ogni mille, e il periodo di massima attività del virus è stata la terza settimana di gennaio. Non sono soltanto aride cifre: questo ci aiuta anche a determinare la data migliore per eseguire la vaccinazione.

Infatti, se si calcola che l'immunità si sviluppa dopo almeno due settimane dall'inoculazione del vaccino, che la copertura dura

6-8 mesi, e che l'epidemia di norma si localizza da dicembre fino alla primavera, ecco che non è il caso di anticipare troppo il momento della vaccinazione. L'ideale resta il periodo compreso tra metà ottobre ed i primi giorni di dicembre.

La vaccinazione va ripetuta ogni anno e questo può far pensare, visto che di solito ci si vaccina una volta e poi basta (almeno nella maggioranza dei casi). Il fatto è che il virus influenzale cambia assai rapidamente e l'effi-

cazia del vaccino dipende da quanto il materiale che contiene corrisponde al virus effettivamente circolante.

Secondo le casistiche internazionali si ha una protezione che va dal 70 al 90% quando si «azzeccano» i virus giusti. Inoltre, e anche questo è un dato provato, chi contrae l'influenza dopo la vaccinazione presenta sintomi più lievi. A stabilire quali antigeni inserire nel vaccino è l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ogni anno decide - sulla base

delle segnalazioni dei focolai di infezione - quali sono gli stipti virali che più probabilmente faranno la parte del leone.

Il vaccino è consigliato a bambini e adolescenti fino ai 14 anni, che sono la fascia d'età più colpita, agli anziani ed a tutti coloro che hanno malattie croniche che risulterebbero aggravate da un'influenza: diabetici, cardiopatici, malati con bronchite cronica, o con malattie autoimmunitarie.

Come sempre quando si tratta

di vaccini, sorge il dubbio che possano essere in qualche modo gravati da effetti collaterali o reazioni avverse, anche perché tra i naturali destinatari ci sono i bambini anche piccoli. Attualmente sono disponibili vaccini acellulari, che cioè non contengono il virus intero, ma soltanto una parte del virione oppure soltanto antigeni purificati dell'envelope, cioè sotto unità della «capsula» che riveste il virus. Questi «pezzi» di virus sono sufficienti a creare la risposta del sistema immunitario, ma con limitatissimi effetti secondari.

Praticamente con i vaccini acellulari si azzerano anche il rossore ed il gonfiore nel punto di iniezione. L'unica controindicazione forte resta l'allergia all'uovo, perché i virus vengono «coltivati» in uova di gallina fecondate.

Un motivo in più per vaccinarsi viene dall'esperienza giapponese. In questo Paese per un certo numero di anni la vaccinazione antinfluenzale è stata obbligatoria per i bambini in età scolare. In quel periodo la mortalità tra gli adulti per influenza, e anche

per malattie respiratorie gravi, si è ridotta di due-tre volte. In pratica un «risparmio» di vite umane compreso tra 37.000 e 49.000 l'anno. Oppure, mettendola in un altro modo, si è salvata una vita umana ogni 430 bambini vaccinati.

Detto questo, «signori anziani» se il vostro medico di famiglia non vi ha ancora chiamato all'appello, affrettatevi! Richiedendolo al curante o presso le circolezioni: il vaccino è gratuito, lo passa il sistema sanitario!

Antonella Ricci
Gruppo di Ricerca Geriatrica

Identificato difetto genetico che espone l'essere umano ad infezioni batteriche e virali

Il prof. Plebani: «Conoscere la causa di una immunodeficienza primitiva permette la diagnosi prenatale ed anche terapie mirate»

È stato identificato il difetto genetico di un'altra immunodeficienza primitiva. I risultati della scoperta scientifica sono pubblicati sul *Journal of Experimental Medicine*. Il lavoro è firmato dal gruppo del prof. Alessandro Plebani, direttore della Clinica Pediatrica all'Ospedale Civile ed è stato condotto nel Laboratorio di Medicina Molecolare «Angelo Nocivelli» anche con fondi della **Fondazione Golgi** e dell'Associazione italiana immunodeficienze, e dal gruppo della dott. Simona Ferrarini del Laboratorio di Genetica Medica dell'Ospedale S. Orsola di Bologna.

Prof. Plebani, a cosa servono gli anticorpi e cosa significa immunodeficienza?

Gli anticorpi servono a difenderci dalle infezioni. Ogni volta che si viene in contatto con un virus o un batterio, e l'ambiente che ci circonda è pieno di questi microrganismi, il nostro sistema immunitario viene attivato e produce anticorpi che neutralizzano l'agente infettivo, difendendoci dalle infezioni. Noi nemmeno ce ne rendiamo conto, perché il sistema immunitario interviene in modo quasi automatico, controllando le infezioni che hanno attaccato o addirittura impedendo che alcune possano attecchire. Se ne accorgono invece i pazienti

che, per un difetto del sistema immunitario, non sono in grado di produrre anticorpi. Essi ammalano frequentemente di infezioni batteriche e virali (bronchiti, polmoniti, otiti, meningiti ed encefaliti) che hanno un decorso molto più prolungato e grave delle stesse infezioni nei coetanei sani, e possono essere anche mortali e portare a complicanze a lungo termine che possono interferire significativamente sulla loro qualità di vita. In questi pazienti il trattamento di elezione consiste nella somministrazione mensile per via endovenosa per tutta la vita delle immunoglobuline che non sono in grado di produrre.

Che relazione c'è tra il difetto genetico da voi identificato e l'incapacità a produrre anticorpi?
Gli anticorpi vengono prodotti da un tipo di cellule presenti nel nostro organismo che sono denominate plasmacellule. Le plasmacellule rappresentano l'ultimo stadio maturativo di una particolare popolazione di linfociti, denominati linfociti B, che sono presenti nel sangue e che derivano a loro volta da un precursore immaturo che origina dal midollo osseo. La trasformazione di questo precursore immaturo, a linfocita B prima e poi a plasmacellula, è un processo

complesso che prevede l'attivazione in tempi differenti di vari geni. In altre parole, il precursore immaturo attivo dei geni che producono delle proteine che sono indispensabili a trasformarlo in linfocita B maturo. A sua volta il linfocita B attiva altri geni che codificano per delle proteine cruciali per la sua trasformazione in plasmacellula. Abbiamo scoperto che mutazioni del gene che codifica per una proteina denominata Igb impediscono la formazione di un complesso proteico espresso sulla superficie del linfocita B. Questo complesso è indispensabile per riconoscere segnali che arrivano dall'ambiente e dicono al linfocita B di diventare plasmacellula. I pazienti che presentano mutazioni della proteina Igb non formano questo complesso e quindi i linfociti non diventano plasmacellule. I pazienti non producono anticorpi e quindi non hanno immunoglobuline nel sangue, da qui il termine di agammaglobulinemia con cui questi pazienti vengono identificati.

Quali sono le ricadute pratiche di questa scoperta?

Identificare il gene difettivo consente di porre diagnosi di certezza sul tipo di immunodeficienza di cui il soggetto è affetto. Infatti, la condizione di assenza di immunoglobuline nel sangue (agammaglobulinemia), si associa a forme differenti di immunodeficienze primitive a gravità differente a seconda del gene difettivo. Fino a poco

tempo fa molte di queste forme venivano classificate con il termine generico di immunodeficienze con agammaglobulinemia. In questi ultimi anni, sono stati identificati diversi geni che se alterati possono causare questa malattia. La nostra scoperta ha consentito di identificare un altro gene, quello cioè che codifica per la catena Igb, che, se mutato, dà luogo alla malattia. Questo dimostra che la condizione di agammaglobulinemia non è una sola malattia ma un insieme di diverse malattie causate da mutazioni di geni differenti. Pertanto, distinguere, all'interno di questa condizione, le diverse forme di malattia, sulla base del difetto genetico, è molto importante per il clinico che cura questi pazienti, perché consente, da una parte, di meglio definire la prognosi di queste diverse malattie e, dall'altra, di sviluppare approcci terapeutici più mirati ed efficaci che consentano di migliorare la qualità di vita di questi pazienti.

Inoltre, identificare il difetto genetico consente di fornire ai pazienti e ai loro genitori una diagnosi certa del tipo di agammaglobulinemia di cui il paziente è affetto, di fornire ai pazienti e ai loro genitori il consiglio genetico corretto sul rischio di trasmissione della malattia ed eventualmente la possibilità

Pagina a cura di:
ANNA DELLA MORETTA



Ricercatrice al lavoro all'Istituto di Medicina molecolare «Angelo Nocivelli»

di una diagnosi prenatale. E per ultimo, ma non certo per importanza, l'identificazione del gene difettivo costituisce la base per sviluppare delle strategie di terapia risolutiva quali la terapia genica.

Brescia è il centro di riferimento nazionale per le immunodeficienze primitive. Quanto ha contribuito ciò a questa scoperta?

Ha contribuito molto. La Clinica Pediatrica è il Centro di riferimento nazionale per le immunodeficienze primitive e vi afferiscono numerosi bambini inviati da tutto il Paese per sospetta immunodeficienza. Vengono quindi eseguiti gli accertamenti immunologici e molecolari del caso e, una volta posta la diagnosi, i pazienti vengono presi in cura nel nostro Centro oppure riammessi al loro ospedale regionale che se ne prenderà cura, tornando da noi per controlli periodici. Colo-

ro che sono colpiti dalle forme più gravi, per le quali è indicato il trapianto di midollo osseo, vengono trasferiti nell'unità trapianto del Dipartimento pediatrico.

Al fine di garantire a questi pazienti lo stesso tipo di trattamento su tutto il territorio nazionale, è stata creata la rete IPINET alla quale aderiscono più di 60 ospedali distribuiti sul territorio nazionale e che condividono gli stessi protocolli diagnostici e terapeutici. In questo modo è possibile conoscere la distribuzione delle immunodeficienze primitive su tutto il territorio nazionale e garantire a tutti i pazienti i trattamenti più aggiornati ed efficaci anche presso l'ospedale più vicino al loro luogo di residenza, evitando lunghi spostamenti che comportano disagi economici e sociali.

IMMUNODEFICIENZA

Campanelli d'allarme della malattia

Qui sotto sono elencate alcune condizioni che possono far sospettare la presenza di una immunodeficienza primitiva (fonte Aip). Molte di queste condizioni sono comuni ad altre patologie, e solo il vostro medico potrà decidere quali siano gli esami atti a fornire una diagnosi esatta. Consultare dunque il medico se si verifica una, o più, di queste condizioni.

1 - Otto o più infezioni nei corso dell'anno.

2 - Due o più gravi infezioni ai seni nasali in un anno.

3 - Due o più mesi di trattamento antibiotico con scarsi risultati.

4 - Due o più polmoniti in un anno.

5 - Il bambino non riesce ad aumentare di peso o a crescere normalmente.

6 - Accessi ricorrenti e profondi alla cute o agli organi.

7 - Afte persistenti nella bocca o in altre parti del corpo dopo il primo anno di età.

8 - Necessità di ricorrere agli antibiotici per via endovenosa per combattere le infezioni.

9 - Due o più infezioni profonde come: meningite, ostiomielite e sepsi.

10 - Presenza nella stessa famiglia di casi di immunodeficienza primitiva.

Le immunodeficienze primitive costituiscono un gruppo eterogeneo di malattie causate da un difetto dei geni implicati nei normali meccanismi della risposta immunitaria; sono caratterizzate da abnorme suscettibilità alle infezioni e possono presentarsi con infezioni gravi e recidivanti nei primi mesi o anni di vita, oppure in età successive con infezioni di minore gravità. La diagnosi precoce è di estrema importanza in quanto tutte le immunodeficienze primitive possono essere curate e molte possono guarire.

A STRESSA I LAVORI DEL FORUM PROMOSSI DALLA FONDAZIONE SOCIALITÀ E RICERCHE IN COLLABORAZIONE CON AMBROSETTI

«Anziani: non solo un peso sociale, ma una risorsa per la comunità»



Un nipotino accanto al nonno, nel film di Jose Luis Cuedra «Il volo delle farfalle»

L'evoluzione demografica ed epidemiologica di questi ultimi anni, documentata a vari livelli da studi ed analisi, ha provocato risposte diverse: da una parte si sono posti i catastrofisti, che predicano l'impossibilità di gestire le modificazioni prossime venturo ed insistono su scenari di grande crisi; dall'altra si collo-

cano le persone che - pur con mezzi limitati - provano a indicare modelli di sviluppo che in qualche modo offrano soluzioni accettabili sul piano individuale e collettivo.

In questo scenario si colloca la proposta per una «Terza economia», costruita dalla Fondazione Socialità e Ricerche con la collaborazione di

Ambrosetti European House, i cui punti chiave, emersi dalla seconda edizione del Forum che si è tenuta a Stresa, sono di seguito riassunti in modo schematico.

1. È indispensabile segmentare i indispensabili posti dall'invecchiamento della popolazione, distinguendo i bisogni e le esigenze della quota di perso-

ne che con gli anni diventano dipendenti da quelli di chi è e resta autonomo sul piano somatico e psicorelazionale. In questo modo è possibile affrontare con metodologie e risposte diverse i problemi posti dal 10% degli anziani che non sono autosufficienti, e quindi a carico della collettività per la vita quotidiana, da quelli della restante parte, le cui esigenze sono prevalentemente legate all'uso del tempo e al significato della vita.

2. È necessario creare le condizioni attraverso le quali la fascia di anziani non dipendenti concorra alla creazione di ricchezza, in modo da essere essa stessa fonte (almeno parziale) di disponibilità per finanziare i costi degli anziani che dipendono dalla collettività e dai servizi organizzati.

3. Nella concretezza si suggerisce una serie di interventi per permettere l'accesso al lavoro anche delle persone anziane ancora in grado di esprimere professionalità e competenze, utili all'insieme della vita cittadina. La prospettiva primaria non deve essere quella del risparmio pensionistico (pur importante per i conti pubblici), ma la valorizzazione del tempo come elemento di servizio alla comunità. Inoltre si deve considerare il lavoro degli anziani per altri anziani, non solo in termini volontaristici, ma

come un'espressione che è prima di tutto conseguenza di una professionalità. In questo ambito è ipotizzabile la detassazione di alcune attività, la facilitazione per la creazione di forme di lavoro associato, anche sul modello di esperienze straniere come il «lavoro liberato» realizzato in Francia. Un secondo aspetto riguarda la struttura dei consumi, per facilitarne l'accesso in modo libero e intelligente da parte dell'anziano, attraverso la produzione di beni non ghetizzanti, ma adatti alle oggettive condizioni di vita. Un altro aspetto riguarda l'organizzazione dei servizi economici (banche, assicurazioni, ambiti di investimento, ecc.), in modo da permettere all'anziano una maggiore autonomia gestionale rispetto agli investimenti e all'uso delle proprie risorse economiche. Così egli diviene un cittadino attivo, titolare di diritti e potere, e non solo un passivo esecutore di volontà altrui. In quest'ottica anche il sistema sanitario e la medicina per gli anziani non assumono più il ruolo di marginalità che li aveva caratterizzati in passato, per diventare luoghi dove si sperimentano nuove soluzioni, si studiano nuove tecnologie, si ricercano risposte alle malattie più frequenti in età avanzata.

4. Mantenere l'anziano sano all'interno del ciclo che

produce ricchezza individuale e collettiva non significa ridurre la dignità e il valore della persona alla sua capacità economica, ma anzi permettergli di restare all'interno delle dinamiche relazionali, contribuendo così alla costruzione del capitale sociale di una comunità. In questa prospettiva l'impegno civile per lo sviluppo della terza economia è fonte di un progresso condiviso, lontano da prospettive giovanilistiche che valorizzano solo il lavoro individuale.

5. Le proposte sopraindicate richiedono investimenti economici, culturali, organizzativi, da parte dell'amministrazione pubblica e delle imprese. Non è un percorso facile, ma irrinunciabile per affrontare il futuro non come una minaccia, ma come la sede di una plasticità sociale che permette di affrontare le difficoltà, identificando sempre risposte possibili e concrete. L'invecchiamento riguarda tutti; ogni progresso costruito oggi produrrà vantaggi per i cittadini di domani. L'obiettivo però richiede grande progettualità innovativa da parte di molte diverse componenti dell'organizzazione sociale: vi sono oggi le risorse culturali ed umane per affrontare la sfida?

Marco Trabucchi
presidente Comitato scientifico Fondazione Socialità & Ricerche

A-B-C DELLA MEDICINA

ORTOPEDIA SANITARIA FORESTI
CALZATURE ANALLERGICHE «ASKINSHOES»
PER DERMATITE ALLERGICA AL CONTATTO DA SCARPE

BRESCIA - Via Montello, 53 - Tel. e Fax 030 3385010
ESINE (Brescia) - Via Faeda, 38 - Tel. e Fax 0364 466849
ISEO (Brescia) - Via Pusterla, 14 - Tel. e Fax 030 980371

STUDIO USA
Tumori in aumento per troppe Tac

L'elevato numero di Tac effettuate in questi anni negli Stati Uniti potrebbe aver aumentato il rischio di tumori, a causa della quantità di radiazioni che l'esame comporta. Tanto più che molte di esse vengono eseguite senza una reale necessità, anche nei bambini. A sostenerlo è stato un gruppo di radiologi della Columbia University di New York, che ha cercato di stimare le potenziali ricadute sulla salute della Tac. Negli ultimi 25 anni questa indagine diagnostica ha rivoluzionato la medicina e la capacità di

individuare condizioni e malattie, ma si sono forse sottovalutati gli effetti cancerogeni dovuti alle radiazioni.

Negli Usa si effettuano ogni anno più di 62 milioni di Tac. Il valore della tecnica nella diagnosi di traumi, tumori e numerosi altri disturbi è fuori discussione: il problema è che viene utilizzata troppo spesso, almeno in un terzo dei casi, anche quando non è necessaria sul piano medico.

Colesterolo Trigliceridi Glicemia

APPARECCHIO PER AUTOCONTROLLO

ORTOPEDIA BONZIO
Via Laura Cereto, 15/d
Tel. 030.41876 - Brescia
ortopediabonzio@yahoo.it