

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 09 DICEMBRE 2013

Bambini e sesso. L'Oms raccomanda: "A 4 anni il gioco del 'dottore', a 9 il preservativo"

Già all'asilo i bambini devono conoscere il piacere della masturbazione e scoprire il corpo dell'altro sesso. A 9 anni devono sapere come usare il preservativo e a 15 essere ben consapevoli del diritto di abortire. A stabilirlo il documento sugli [Standard per l'educazione sessuale](#) elaborato dall'Oms Europa e dal Centro per l'educazione alla salute di Colonia.

Se avete un bambino di un anno, due o quattro, invitate a casa un'altra mamma con la sua figliuola. Portate i bimbi nella cameretta e sollecitateli a giocare al "dottore", mentre voi adulti chiacchierate e sorvegliate un buon tè in salotto. Se lo fate, avrete seguito le raccomandazioni dell'Oms Europa sugli Standard per l'educazione sessuale per i bambini e adolescenti, elaborato dall'Oms Europa e dal Centro Federale per l'Educazione alla Salute (BZgA) di Colonia con l'intento di insegnare ai bambini, fin dalla nascita, cosa è la sessualità per viverla in modo "appagante e responsabile". Di conseguenza, anche per rispondere ad alcune problematiche del nostro mondo sul quale non ha più senso tacere (Hiv, infezioni sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate in adolescenza, violenza sessuale...).

Publicato sul sito dell'Oms Europa già da tempo, il documento si starebbe diffondendo ora presso i ministeri dell'Istruzione e della Salute d'Europa in queste settimane, come ha annunciato l'on. Paola Binetti in un [interrogazione](#) recentemente presentata al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. La notizia, però, ha avuto scarsa risonanza sulla stampa, se si esclude quella cattolica, Avvenire e Radio Vaticana. Che però non hanno preso bene i suoi contenuti. O almeno non tutti. Il giornale della Cei condivide, ad esempio, il fatto di considerare l'educazione sessuale un percorso/progetto, e non un singolo evento, cioè l'atto sessuale. Condivide anche l'importanza del ruolo attivo dei genitori e della comunità, così come dello sviluppo, nei bambini, della capacità di rifiutare un approccio non desiderato e di parlarne e chiedere aiuto. Ma accanto a nozioni di "buon senso" compaiono poi "assurdità come la 'masturbazione infantile precoce' e, tra i 4 e i 6 anni, quella delle 'relazioni tra persone dello stesso sesso'", dichiara sulle pagine di Avvenire del 5 novembre Michelangelo Tortalla, medico sessuologo clinico, membro della Federazione italiana sessuologia scientifica, dal 2003 al 2010 "collaboratore" nazionale dell'Ufficio Cei per la pastorale della famiglia. Pollice verso della Conferenza episcopale anche sulla raccomandazione dell'Oms di mettere presto in grado i bambini di procurarsi da soli i contraccettivi e di informarli sul diritto all'aborto.

Al di là delle posizioni che può suscitare, ecco alcune delle raccomandazioni contenute nel documento dell'Oms, che si chiude con pratiche schede riassuntive che descrivono ciò su cui i bimbi devono essere informati, ciò che devono imparare a fare e ciò che devono essere aiutati a sviluppare in ciascuna delle fasce di età stabilite dall'Oms, 0-4 anni, 6-9 anni, 9-12 anni, 12-15 anni, oltre i 15..

Il presupposto è che "bambine e bambini, ragazze e ragazzi sono determinanti per il miglioramento della salute sessuale generale". Ma "per maturare un atteggiamento positivo e responsabile verso la sessualità, essi hanno bisogno di conoscerla sia nei suoi aspetti di rischio che di arricchimento". Questo documento vuole essere dunque un "primo passo" in questa direzione e "contribuire a introdurre l'educazione sessuale olistica", che significa fornire a bambine/i e a ragazze/i "informazioni imparziali e scientificamente corrette su tutti gli aspetti della sessualità", evitando di terrorizzarli con i potenziali rischi e favorendo, piuttosto, un sentimento che li porti a vivere la sessualità e le relazioni di

coppia "in modo appagante e allo stesso tempo responsabile".

Un processo che, secondo gli esperti dell'Oms e del BZgA, deve cominciare già in fasce. Tra 0 e 1 anno di età, infatti, inizia la scoperta dei sensi e delle sensazioni. Attraverso i sensi i neonati possono provare una sensazione di piacevolezza. Anche se è tra i 2 e i 3 anni che inizia la curiosità e l'esplorazione del corpo. A questi bambini, secondo gli esperti dell'Oms e del BZgA, "vanno trasmesse informazioni sulla gioia e il piacere nel toccare il proprio corpo", anche attraverso "la masturbazione infantile precoce". Bisogna metterli in grado di "esprimere i propri bisogni, desideri e limiti, ad esempio nel 'gioco del dottore'".

Nella seconda fase, quello tra i 4 e i 6 anni, deve essere – secondo gli esperti – ancor più fortemente caratterizzata anche dall'esplorazione del proprio corpo e di quello altrui nell'ambito del gioco. Diventano frequenti, in questa fase, i "giochi a sfondo sessuale", anche se a questa età la maggioranza dei bambini inizia a sperimentare pudore rispetto al proprio corpo e inizia a mettere dei confini. Si fanno un'idea ben chiara e definita di "cosa fa un maschio" e di "cosa fa una femmina" (ruoli di genere). Agli educatori e ai genitori il compito di fornire, in questa fase, spiegazioni riguardanti il sesso, la gravidanza, le relazioni con persone dello stesso sesso e l'abuso.

E se il terzo momento, quello tra 6 e 9 anni, cioè delle scuole elementari, è caratterizzato da vergogna, imbarazzo e primo amore, secondo gli esperti dell'Oms e del BZgA è proprio in questo momento che i bambini devono essere informati su mestruazioni, eiaculazione, metodi contraccettivi, malattie collegate alla sessualità, violenza sessuale, ma anche sull'influenza positiva della sessualità su salute e benessere. Non solo. "I bambini a questa età – secondo gli esperti – devono imparare il concetto di 'sesso accettabile', cioè reciprocamente consensuale, volontario, paritario, adeguato all'età e al contesto, caratterizzato dal rispetto dal sé".

Questo per prepararli, già a partire dai 9 anni, a sapere utilizzare preservativi e contraccettivi correttamente. D'altra parte, i bambini a questa età devono anche conoscere i propri "diritti sessuali" e fare le loro prime esperienze. Ma bisogna fare in modo che siano protette. E assicurarsi che i bambini siano "in grado di rifiutare esperienze sessuali indesiderate".

A 12 anni gli esperti dell'Oms e del BZgA raccomandano di fornire ai bambini tutte le informazioni possibili sui servizi di contraccezione e su come procurarsi i contraccettivi da soli e nei contesti appropriati. Devono sapere riconoscere i sintomi di una gravidanza, l'impatto della maternità e della paternità sulla vita, devono essere avvisati sui fattori che possono contribuire a rendere inefficace la contraccezione, come gli effetti collaterali o dimenticarsi di assumere gli anticoncezionali. I genitori e gli educatori devono informare i ragazzi sul piacere del sesso e dell'orgasmo, sul "come godere della sessualità nel modo appropriato", cioè "rispettando i propri tempi", oltre che il partner. Per l'Oms, a questa età è anche ora di incoraggiare i coming out per svelare la propria omosessualità.

E si arriva così ai 15 anni. Ormai non si parla più di bambini, ma di ragazzi. Che, secondo l'Oms, devono essere "messi in grado di prendere decisioni informate sulla contraccezione e le gravidanze indesiderate", nonché sul "diritto di abortire". Oltre che messi in grado di "ricercare una relazione equilibrata" e "diventare un partner supportivo e che si prende cura", ma anche a gestire emozioni come l'innamoramento, la gelosia, il tradimento e le delusioni. E, perché no, essere aiutati a "sviluppare la consapevolezza dell'importanza di un ruolo positivo del maschio nel corso della gravidanza e del parto".

IL DOCUMENTO**SE INTEGRARE
LE TERAPIE
MIGLIORA
LA SANITÀ
IL PIANO OMS**

ono state da poco pubblicate le strategie Oms per la Medicina tradizionale 2014-2023, la risposta operativa alla risoluzione della World Health Assembly. Gli obiettivi sono di delineare le linee strategiche a supporto degli Stati che intendono utilizzare il potenziale terapeutico delle medicine tradizionali, definite anche come complementari in molti paesi, per la promozione di salute e benessere e per promuoverne sicurezza ed efficacia. A ciò si aggiunge lo sviluppo della ricerca scientifica e la regolamentazione di queste pratiche per consentire l'integrazione della medicina tradizionale nelle politiche sanitarie nazionali. Questo processo deve avvenire sostenendo politiche proattive e piani di rafforzamento del ruolo della Medicina Tradizionale nella tutela della salute. Le parole d'ordine che devono accompagnare questo processo sono: integrazione nelle politiche sanitarie nazionali, sicurezza, efficacia e qualità delle prestazioni; equità nell'accesso con una maggiore offerta di questi servizi a costi accessibili; uso razionale e appropriato della Medicina Tradizionale. (e. r.)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Basket e calcio, test sul cuore e certificati

VALERIA PINI

ambiano le regole per chi fa sport. Chi vorrà praticare attività sportiva a livello non agonistico dovrà fare un elettrocardiogramma. Se la persona non è a rischio e quindi "sana", dovrà pagarla direttamente. Saranno invece a carico del Servizio sanitario nazionale le eventuali indagini necessarie se durante il controllo emerge una patologia o se si era già in presenza di una malattia. Se si è già effettuato in precedenza, l'ecg non va ripetuto. L'esame dovrà far parte della documentazione clinica da fornire al medico che preparerà il certificato medico. È questo il contenuto della bozza di linee guida per il certificato medico per le attività non agonistiche elaborata da un gruppo di esperti al tavolo Fnomceo (Federazione degli ordini dei medici). Un documento che dovrà essere approvato dal Consiglio superiore di sanità e poi diventare efficace con decreto ministeriale.

Sulla questione vari decreti ministeriali sono intervenuti più volte, creando confusione. «Il decreto Balduzzi aveva introdotto l'obbligo di un ecg al rilascio del certificato, reso poi discrezionale, sulla base del parere clinico del medico, dal "Decreto del Fare" - spiega Guido Marinoni, del comitato centrale Fnomceo - Dal momento che l'elettrocardiogramma sarebbe servito a rilevare alterazioni della conduzione cardiaca potenzialmente pericolose ma asintomatiche, senza ecg il medi-

co sarebbe stato esposto a pesanti responsabilità, qualora si fossero verificati eventi avversi».

Niente certificato invece, in palestra o in piscina, per le attività ludico motoria o amatoriale. Si tratta di tutte le forme di movimento che non puntano alla competizione, come ad esempio una gara di corsa, ma che sono finalizzate al mantenimento del benessere individuale della persona. Resta però da capire con maggiore precisione quale sia la definizione di "attività non agonistica". «Questa categoria comprende gli atleti tesserati delle federazioni sportive del Coni, in età non ancora agonistica. Il calcio in età agonistica, ad esempio, va dai 12 ai 45 anni. Prima dei 12 anni si parla di pre-agonistica - dice Maurizio Casasco, presidente della Federazione medico sportiva italiana - Sono attività sportive non agonistiche quelle organizzate dalle scuole, nell'ambito di attività parascolastiche e quelle dei giochi studenteschi a livello provinciale o regionale. Anche in questo caso serve un certificato con elettrocardiogramma».

Negli ultimi mesi la decisione di richiedere un elettrocardiogramma per la pre-agonistica è stata più volte criticata, in quanto rappresenta un costo per le famiglie e potrebbe allontanare i ragazzi dallo sport. Il costo dell'ecg, qualche decina di euro, può aggiungersi a quello della certificazione, ma per gli esperti rappresenta una garanzia in più per tutelare la salute dei bambini. Anche perché spesso è l'occasione di fare l'esame a ragazzini che non l'hanno mai fatto nella vita. «Può prevenire incidenti imprevedibili nei giovani e anche in

chi fa sport in età più avanzata - spiega Massimo Volpe, direttore della cattedra di Cardiologia della facoltà di Medicina della Sapienza di Roma - Però è un esame che può dare adito a falsi positivi e negativi, se non viene inquadrato nella storia clinica e familiare della persona. Per questo è fondamentale che sia accompagnato da una visita del medico».

ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE

Quelle organizzate dalle scuole, nell'ambito di attività parascolastiche e quelle che coinvolgono i tesserati delle federazioni sportive del Coni, non in età agonistica.

**Per il calcio, l'età agonistica
incomincia a 12 anni
e dura fino a 45**



Se il maschio sterilizzato poi ci ripensa

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

CAMOGLI (GE)
I tre cinquantamila milioni di uomini nel mondo sono ricorsi a vasectomia, o sterilizzazione maschile che dir si voglia. Un intervento considerato definitivo, anche se non è del tutto vero, e con efficacia contraccettiva che si avvicina al cento per cento. In Italia pochissimi medici la eseguono, sia per la scarsa chiarezza legislativa che per la mancanza di rimborsabilità da parte del Sistema sanitario. Motivo per cui la neonata Assai, l'associazione andrologi italiani, che si è appena riunita a Camogli per il suo primo congresso nazionale, proporrà linee guida per la regolamentazione della procedura.

Dal 1999 al 2005 in Italia sono state effettuate solo 1717 vasectomie, dal 2005 non ci sono dati certi, neppure sui ripensamenti che, globalmente, incidono dal 2 al 6 per cento. La vasectomia, infatti, grazie anche alle nuove tecniche microchirurgiche, è diventata meno "definitiva" di quanto non fosse in passato tanto che alcuni uomini chiedono la ricanalizzazione, con il risultato di gravidanze spontanee che arrivano al 60 per cento. Sono i dati dello studio presentato da Giovanni Andrea Coppola e Valerio D'Orazi, della microchirurgia andrologica della casa di cura accreditata Fabia Mater di Roma.

«È importante spiegare bene prima dell'intervento che psicologicamente la vasectomia vuol dire rinunciare alla propria fertilità - premette Coppola - perché non è detto che la ricanalizzazione funzioni e le aspettative potrebbero

essere eccessive. Oggi, però, in Italia, il problema semmai è l'opposto, alcuni medici non eseguono vasectomie per timore di ripercussioni medico-legali. In realtà non si configura nessun tipo di reato e l'intervento può essere eseguito anche in ospedale, sebbene non si preveda un rimborso». Privatamente può costare da 500 a 3000 euro. L'intervento è ambulatoriale e dura circa un quarto d'ora. «Si procede in anestesia locale spiega Valerio D'Orazi - con una incisione sullo scroto di circa 1 centimetro per esteriorizzare i tubicini che trasportano gli spermatozoi che vengono poi legati e sezionati. La dimissione in genere è dopo due-tre ore. Una possibile complicanza, rara, è un lieve ematoma scrotale. L'efficacia contraccettiva si ha dopo circa tre mesi e va testata con 3 spermioigrammi successivi a distanza di un mese».

Se l'intervento in sé è semplice, bisogna dedicare molto tempo al consenso informato e alla selezione del paziente, per capire le sue motivazioni ed evitare un pentimento futuro. «Prima dell'intervento si dovrebbe consigliare sempre di congelare gli spermatozoi - continua Coppola - ma è possibile utilizzare quelli prelevati direttamente dai testicoli per una paternità con tecniche di fecondazione assistita».

Molti temono di perdere la potenza sessuale o di non riuscire a raggiungere l'orgasmo. «Non è così - precisa Aldo Franco De Rose, presidente Assai e urologo e andrologo al San Martino di Genova - non ci sono controindicazioni né effetti collaterali importanti. È però indispensabile affidarsi ad esperti in microchirurgia, anche per poter consentire eventualmente una ricanalizzazione in fu-

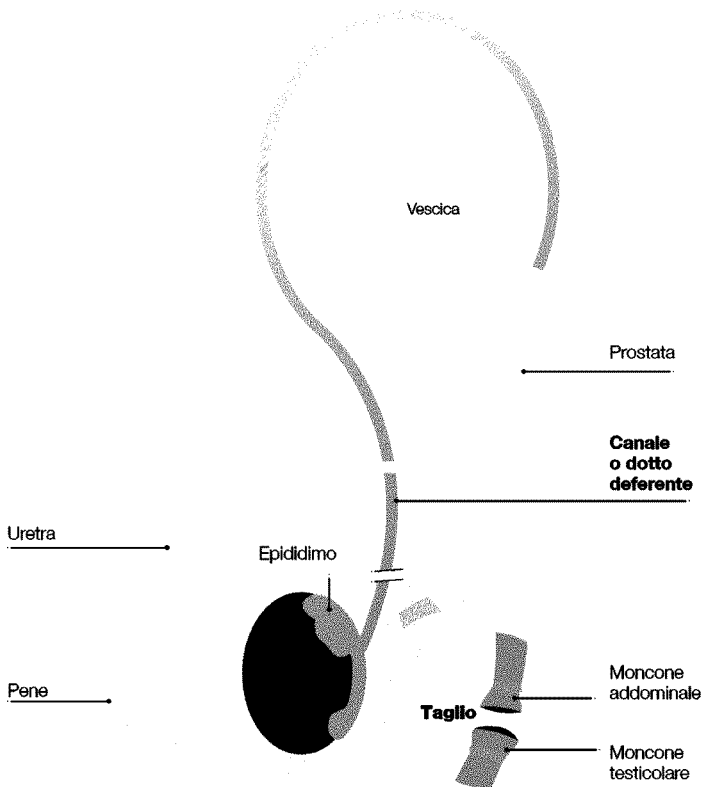
turo. Inoltre, è corretto informare sempre la partner. Come Assai proponeremo l'istituzione di un registro nazionale per le vasectomie, siamo tra i pochi a non avercelo».



SELPRESS
www.selpress.com

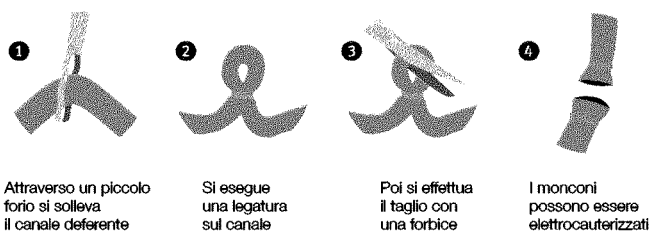
COME SI ESEGUE

La vasectomia è un intervento chirurgico che consiste nel taglio e nella legatura dei canali deferenti. È un metodo di contraccezione reversibile



**L'INTERVENTO
PASSO
DOPO PASSO**

Ci sono diverse tecniche, tutte si eseguono con la microchirurgia

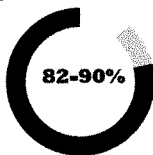


CIFRE DELLA CONTRACCEZIONE MASCHILE

EFFICACIA

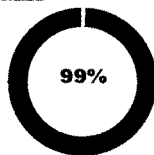
CONDOM

Circa 12 gravidanze ogni 100 donne all'anno



VASECTOMIA

0,1 gravidanze ogni 100 donne all'anno



COITO INTERROTTO

Circa 18 gravidanze ogni 100 donne all'anno



PILLOLO

In sperimentazione (fase 3)
Combina due componenti:

Progestinico
(noretisterone enantato)

Testosterone
(testosterone undecanato)

LA VASECTOMIA NEL MONDO % delle coppie in età riproduttiva

23%
Nuova Zelanda

11%
Stati Uniti

11%
Olanda

11%
Corea del Sud

11%
Australia

8%
Cina

7%
India

7%
R.Unito

ALTRI DATI

In USA
da 500.000 a 750.000 vasectomie l'anno

In Cina
nel 50% delle coppie uno dei partner è sterilizzato



FONTE: DATI DAL CONGRESSO NAZIONALE ANDROLOGI ITALIANI, 2013 / DOTT. G. ANDREA COPPOLA

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Quel che rimane
del Welfare

CENSIS A PAG. 8-9

Nel 47° Rapporto sulla situazione sociale del Paese l'analisi del trend in tempo di crisi

Welfare fai-da-te senza regia

Lo Stato taglia e le famiglie si autofinanziano ma polizze e mutue sono al palo

Il welfare è già cambiato ma non in meglio. Il Censis, che firma il 47° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, va dritto al cuore del problema. Il sistema di protezione sociale al tempo della crisi si è auto-organizzato ma nessuno se ne è accorto. Certamente non lo Stato, che anzi continua a tagliare scaricando sulle famiglie fette sempre più ampie della spesa per la salute.

«Anche dopo la profonda razionalizzazione di spese e consumi - dice il Rapporto - il welfare continua a essere una voce significativa dei bilanci familiari dispersa in tanti rivoli, dalla sanità all'assistenza, all'istruzione; la dinamica che si è innescata e che le successive manovre di tagli e inserimenti di nuove spese approfondiscono è quella dello spostamento di spese fuori dal pubblico, con l'inevitabile dicotomia tra chi riesce a coprire le prestazioni e chi invece finisce per rinunciare o rinviare». Il combinato disposto della crisi con la politica dei tagli si ripercuote così sulle fasce più fragili. E la riorganizzazione del sistema

resta ancora solo un miraggio con il risultato di un fai-da-te familiare che ha prodotto «dinamiche di consumo sanitario sempre più complesse e articolate». Ma a pagare il conto di questa cristallizzazione dei tagli tocca anche all'offerta sanitaria condannata a «una sorta di navigazione a vista, in cui a fronte di livelli decisionali fortemente concentrati sulle questioni di compatibilità economica, sono gli operatori a garantire con il loro impegno quotidiano l'operatività dei servizi, traendo il massimo della motivazione professionale dal rapporto con i pazienti, e lottando ogni giorno con crescenti difficoltà logistiche e organizzative, frutto diretto dei continui tagli lineari».

Insomma il nuovo welfare - evocato per anni come un fantasma - è già nato. Ma rischia di essere peggiore se non si interviene con nuove strategie. Su questo il verdetto del Censis è perentorio. Il riassetto sotto-traccia delle dinamiche di autotutela «è molto meno inclusivo e molto meno equo di quello

preesistente, di cui porta alle estreme conseguenze alcune torsioni, a cominciare dal razionamento di quote di domanda».

Le ricette? Ci sono, a cominciare da un salto culturale che metta al primo posto la parola "investimento". Secondo la diagnosi del Censis, infatti, «diventa importante rilanciare un approccio da assicurazione sociale, in termini di cultura, di pratiche e di concreti strumenti sostenibili per le famiglie che li devono utilizzare e per il sistema che ne ha bisogno nel lungo periodo; vanno accompagnate le propensioni, minoritarie ma esistenti, a impegnare risorse, magari ridotte, in logiche di investimento intertemporale rispetto ai rischi sociali, così come occorre creare condizioni di contesto, in termini di informazione e conoscenza, in grado di far comprendere i vantaggi reali di un welfare integrativo, senza lasciare spazio a facili illusioni».

Barbara Gobbi
Flavia Landolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Operatori sanitari motivati da pazienti Ma il management segue la logica dei tagli

Un empowerment che si fonda sull'operatività, sul rapporto con pazienti e familiari e che vede nei risultati del lavoro quotidiano la vera fonte di soddisfazione degli operatori, ma che sconta tutte le difficoltà di una gestione aziendale spesso oggi troppo concentrata sulle risorse economiche. Questo è il succo dell'analisi sul coinvolgimento e la motivazione delle risorse umane del servizio sanitario, la cui condizione è sempre più al centro delle valutazioni del sistema organizzativo. Anche l'ultimo studio sperimentale, condotto nel 2013 da Censis e Agenas in due ospedali, mette

in luce situazioni di soddisfazione professionale elevata - soprattutto a livello di specifica Uo e di relazione con l'assistito - ma mostra criticità nell'area della valorizzazione della professionalità e più in generale dell'operato dell'azienda, in merito a distribuzione di ruoli e competenze. Ne deriva un'identificazione molto maggiore con il proprio gruppo di lavoro (la tendenza a "fare squadra"), piuttosto che una soddisfazione nelle relazioni con il management, troppo concentrato sulla gestione delle risorse economiche, a fronte di un personale fortemente motivato e impegnato nella propria mission.

La soddisfazione degli operatori (%)



Fonte: indagine Censis, 2013

Spesa per la farmaceutica territoriale (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 08/12	Var. % 11/12
Convenzionata netta	11.383	11.193	10.971	10.023	8.986	-21,1	-10,3
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.651	1.767	2.144	2.832	2.837	71,8	0,2
Spesa totale pubblica	13.034	12.960	13.115	12.855	11.823	-9,3	-8,0
Compartecipazione del cittadino:							
- Ticket fisso	348	412	452	544	573	64,7	5,3
- Scelta di pagare la diff. rispetto al generico	299	451	546	792	833	178,6	5,2
Acquisto privato di fascia A *	928	829	848	1.026	1.032	11,2	0,6
Classe C con ricetta	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	-3,4	-6,5
Sop e Otc	2.054	2.140	2.105	2.113	2.128	3,6	0,7
Totale privata	6.735	6.985	7.044	7.683	7.566	12,3	-1,5
Tot. spesa farmaceutica	19.769	19.945	20.159	20.538	19.389	-1,9	-5,6
Quota Ssn (val. %)	65,9	65,0	65,1	62,6	61,0		

(*) Il dato sulla spesa privata di farmaci rimborsabili dal Ssn è ricavato per differenza tra la spesa totale e la spesa a carico del Ssn. Fonte: elaborazione Censis su dati Osmed e Farmindustria

Un sistema che costa di più senza dare di più in termini di copertura Ssn

La progressiva riduzione della spesa farmaceutica territoriale, pubblica e privata, ha registrato in Italia nel 2012 un totale di 19.389 milioni: -1,9% rispetto al 2008 e -5,6% rispetto al 2011. A fronte della riduzione costante della spesa pubblica, diminuita in termini nominali in un solo anno dell'8%, la spesa privata registra una crescita costante (dal 2008 al 2012 +12,3%), in particolare la spesa per ticket sui farmaci (+117,3% dal 2008 al 2012), che nell'ultimo anno ha raggiunto 1,4 miliardi. La "quota" coperta dal Ssn è passata dal 65,9% del 2008 al 61% del 2012.

A fronte della netta sensazione di un aumento notevole della spesa di

tasca propria, gli italiani non percepiscono una maggiore copertura Ssn per i farmaci di cui hanno bisogno. E sono divisi anche sul giudizio di adeguatezza dei propri Ssr, con una cesura tra il Nord, che ne afferma l'adeguatezza, e il Centro, e soprattutto il Sud, che invece li considera inadeguati. L'aumento della compartecipazione alla spesa e della spesa privata tout court e il giudizio sull'adeguatezza della copertura farmaceutica e dei servizi sanitari sono un importante segnale di una progressiva contrazione della copertura pubblica che, per le zone del Paese con offerta più precaria e per le fasce più deboli, può tradursi in un rischio di uscita dal servizio pubblico.

Assistenza pubblica sempre più assottigliata: crescono prestazioni private e intramoenia

L'effetto crisi si riflette fatalmente sull'aumento del ricorso alla sanità privata e all'intramoenia. Da un'indagine realizzata dal Censis si evidenzia infatti che il 27% degli intervistati dichiara che gli è capitato di dover pagare un ticket su una prestazione sanitaria superiore al costo che avrebbe sostenuto se avesse acquistato la prestazione in privato pagando il costo per intero di tasca propria.

Le prestazioni più diffuse nel settore privato, spiega il Rapporto, riguardano l'odontoiatria, con quasi il 90% dei cittadini che vi ha svolto estrazioni dentarie

semplici, con anestesia; la ginecologia (57%); la riabilitazione motoria in motuleso semplice (36%); le visite ortopediche (34,4%). Inoltre ha fatto ricorso all'intramoenia il 30,7% degli intervistati per la riabilitazione motoria in motuleso semplice, il 14,7% per una ecografia all'addome completo. Il 38% degli italiani ha aumentato negli ultimi anni il ricorso al privato per la riabilitazione motoria, oltre il 35% per la colonscopia, il 34% per le visite ortopediche. La percezione dei cittadini è quella quindi di un welfare essenziale, più assottigliato, lasciando al cittadino il "conto" per gli extra.

Il ricorso alla sanità privata e all'intramoenia

	Cittadini che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso		Cittadini che negli ultimi anni hanno aumentato il ricorso	
	al privato	all'intramoenia	al privato	all'intramoenia
Estrazione dentaria semplice compresa anestesia	89,6	3,0	23,2	14,7
Visita ginecologica	57,2	5,4	31,5	13,5
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	36,3	30,7	38,6	23,3
Visita ortopedica	34,4	7,6	33,8	16,7
Ecografia addome completo	28,7	14,7	34,0	16,8
Mammografia	19,5	8,1	29,9	13,2
Colonscopia	16,7	8,3	35,4	7,4

Fonte: elaborazione Censis, 2013

Persone che hanno scelto di vivere da sole (età)

	18-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65 anni e più	Totale
Si	83,3	73,3	69,2	17,6	15,8	34,3
No	16,7	26,7	30,8	82,4	84,2	65,7

Fonte: indagine Censis, 2013

Persone a cui piace vivere da sole, per classi d'età (val. %)

	18-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65 anni e più	Totale
Si	83,3	73,3	69,2	17,6	15,8	34,3
No	0,0	6,7	7,7	41,2	59,6	39,8
Non saprei	16,7	26,6	23,1	35,3	24,6	25,9

Fonte: indagine Censis, 2013

Il tallone d'Achille delle persone sole e la risorsa delle associazioni «no profit»

Chi vive da solo minaccia il sistema del welfare che tende a internalizzare nelle famiglie, sia pure allargate, le risposte ai bisogni sociali sempre più complessi.

Un esercito, secondo il Censis, di 7,5 milioni di individui, pari al 14,5% della popolazione da 15 anni in poi; di queste, quasi 2 milioni hanno tra 15 e 45 anni, pari all'8,2% di questa classe di età (+31% rispetto al 2002), poco più di 2 milioni hanno tra 45 e 64 anni, pari al 12,2% (+71%) e oltre 3,6 milioni sono anziani, pari al 29,5%

(+24,8%). Vivere da soli - spiega il Rapporto - è una condizione che proietta verso l'esterno una domanda di relazionalità e di tutela, e che richiede l'integrazione di una efficace rete di relazioni; le reti sono il portato anche di investimenti di lunga deriva di cittadini e istituzioni e ne è prova il non profit, che rispetto al 2001 in Italia è cresciuto di quasi 66mila unità associative, pari a un incremento del 28%. Lo zoccolo duro di questo tipo di associazioni è il volontariato (quasi 5 milioni di persone).

L'oncologia/2

MELANOMA E NEI LA DIAGNOSI PRECOCE

Nel nostro Paese l'84% degli uomini colpiti dal melanoma, tumore della pelle particolarmente aggressivo, guarisce. Questa percentuale vent'anni fa era pari a circa il 69%. Un aumento del 15%. Nelle donne l'incremento è stato del 6% (dall'83 all'89%)

«Non conosciamo i motivi di questa differenza – afferma Paolo Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma e Direttore dell'Unità di Oncologia Medica del Pascale di Napoli - forse per le campagne di prevenzione e per le terapie più efficaci»

Proprio al Pascale si è svolto il convegno internazionale "Melanoma Bridge". Nel 2013 si stimano 10.500 nuovi casi di melanoma in Italia

Se la malattia è individuata in fase iniziale, è sufficiente la asportazione del neo

Attenzione ai tatuaggi, dicono gli esperti: non aumentano il rischio ma possono rendere più difficile la diagnosi

A PAG. 10-11**Scienza****Bando 2013,
cavie da
laboratorio,
politiche
sanitarie:
tutte le ferite
della ricerca***Per un impatto più significativo sul Ssn servirebbe una visione strategica complessiva*

Ricerca, il bando che vorrei

Le otto aree individuate base di partenza per una definizione delle priorità

DI ROBERTO GRILLI *

L'arrivo in Conferenza Stato-Regioni del bando per la ricerca 2013 rappresenta una buona occasione per soffermarsi a riflettere per un attimo sul significato della ricerca in questa fase della storia del Ssn, così acutamente caratterizzata dai vincoli imposti dalla ristrettezza delle risorse disponibili e nel contempo dalla radicalità delle trasformazioni innovative cui il Ssn è chiamato, a tutti i livelli, non soltanto per recuperare efficienza laddove necessario, ma anche per mantenere e migliorare ulteriormente la qualità delle cure in termini di sicurezza e appropriatezza.

In questo contesto, per un sistema che affronta questo genere di sfide, gli investimenti in attività di ricerca finiscono per acquisire una rilevanza e assumere una responsabilità del tutto particolare: sono di fatto l'espressione di un investimento sul futuro che deve poter accompagnare e indirizzare i processi di cambiamento e in questo senso devono esprimere una visione strategica.

L'assenza di strategie. L'assenza di questa visione è probabilmente l'osservazione critica principale che potrebbe legittimamente essere rivolta al bando in questione che, in sostanziale continuità con le edizioni degli ultimi anni, si caratterizza per una impostazione generale che lo rende idoneo a esercitare una selezione dei progetti attenta alla loro qualità metodologica (e questo è certamente un aspetto positivo, dal momento che una buona ricerca ha bisogno di avere un contesto rigorosamente meritocratico), ma non lascia ancora intravedere quegli ulteriori elementi che sarebbero necessari per cercare di assicurare che gli investimenti in ricerca abbiano un ritorno positivo per il Ssn.

L'impatto della ricerca. La ricerca può dare un ritorno concreto sostanzialmente in due modi, che evidentemente non sono affatto mutualmente esclusivi: o in ragione

del valore delle informazioni che i suoi risultati rendono disponibili, fornendo un utile indirizzo ai processi decisionali (a livello macro, per le scelte di politica sanitaria, ma anche a livello micro, per quanto attiene alle decisioni cliniche relative alle diverse possibili opzioni diagnostico-terapeutiche da offrire ai pazienti), o perché riesce a funzionare come catalizzatore di risorse, facendo in modo che le risorse stesse in essa investite creino le condizioni per attrarne di ulteriori, rendendo quindi il sistema più competitivo anche a livello internazionale.

Il percorso. Entrambi questi aspetti richiedono un esercizio di identificazione delle priorità che dovrebbe necessariamente andare oltre la semplice definizione di macro-aree tematiche entro le quali si lascia di fatto all'interesse dei ricercatori proponenti il decidere tipo e finalità dei progetti da presentare. Le otto aree oggi individuate (dismetabolismo, patologie cardiovascolari, malattie neurologiche, oncologia, infezioni e immunità, nuove biotecnologie ecc.) dovrebbero essere, in altri termini, solo il punto di partenza di un percorso che porti a esplicitare, nell'ambito di ciascuna, quali siano i quesiti a cui la ricerca dovrebbe cercare di dare una risposta, quali siano le domande ancora inevase sulla base delle conoscenze disponibili e quali siano i settori specifici su cui investire per favorire le potenzialità dei nostri ricercatori sul fronte internazionale (si pensi a Horizon 2020 e alle sue implicazioni).

Immaginare che queste cose emergano in modo spontaneo, per così dire, dall'insieme delle proposte progettuali candidate al finanziamento dai ricercatori è forse chiedere troppo.

Serve un indirizzo. Occorre un indirizzo che canalizzi le capacità e le competenze dei ricercatori verso degli obiettivi, come peraltro avviene, non a caso, nei programmi di ricerca operanti in altre nazioni.



Un processo di definizione delle priorità come quello richiamato porta anche facilmente a riconoscere come un sistema complesso come quello sanitario abbia bisogno di una pluralità di ricerche diverse, che includono la ricerca clinica più innovativa, la ricerca clinica più orientata a dare risposte ai problemi della pratica clinica corrente, la ricerca orientata ad affrontare i problemi di organizzazione, funzionamento e finanziamento dei servizi sanitari e sulle implicazioni poste dai bisogni assistenziali che devono fronteggiare.

I difetti del bando. Il bando attuale non esclude alcuna delle tipologie di ricerca sopra sommariamente descritte, ma non tiene conto delle loro differenze e peculiarità. Finisce per essere un unico contenitore in cui le attività di ricerca sono distinte in funzione della natura del proponente (i giovani ricercatori, i ricercatori italiani all'estero) o semmai in funzione delle caratteristiche del progetto (di rete, cofinanziato ecc.), ma non in funzione del tipo di ricerca che ci si propone di fare, essendo poi le modalità di valutazione e selezione sostanzialmente uguali per tutte.

Sarebbe bene invece riconoscere che "maneggiare" tipologie di ricerca diverse può avere implicazioni anche sul versante della definizione del processo di formulazione dei progetti e della loro selezione che, senza derogare dalla indispensabile attenzione alla loro qualità metodologica, dovrebbe tener conto che a tipi di ricerca diversi, possono corrispondere criteri di selezione diversi. Non casualmente in altri Paesi, alle diverse tipologie di ricerca clinica, più o meno innovativa, e alla ricerca sui servizi sanitari corrispondono programmi di ricerca specifici.

Pensare oggi di introdurre gli elementi sopra evocati nel bando 2013 è di fatto impossibile e le osservazioni critiche sin

qui avanzate non devono oscurare il fatto, comunque positivo, che sia mantenuto a livello nazionale un significativo investimento in ricerca. Tuttavia, riteniamo che sarebbe altamente auspicabile che nel prossimo futuro si aprisse una serena discussione su questi temi (come pure su altri, a essi collegati, che per brevità abbiamo ommesso), in grado di uscire anche dalle secche di quella che troppe volte è apparsa, in Commissione nazionale ricerca, come una sterile contrapposizione tra fautori della ricerca clinica "traslazionale" (gli Irccs) e fautori della ricerca cosiddetta clinico-organizzativa (le Regioni). Contrapposizione che rappresenta una caricatura della realtà e anche delle autentiche necessità di un sistema sanitario moderno. Occorrerebbe quindi cominciare a discutere su come far precedere i prossimi bandi da un processo che consenta l'individuazione di priorità, sapendo che non esistono approcci standardizzati per questo, ma che le esperienze maturate sin qui a livello internazionale consentono di dire che questi processi sono tanto più efficaci quanto più riescono a essere inclusivi (coinvolgendo non soltanto i ricercatori "di professione") e a tenere conto delle conoscenze già acquisite nei diversi ambiti. Inoltre, almeno nella misura in cui discutere della ricerca di cui avremmo bisogno significa anche discutere inevitabilmente dei problemi dell'oggi, questi processi hanno anche un valore e una utilità in sé.

In conclusione, il Ssn ha bisogno di ogni tipo di ricerca, a patto che sia ben disegnata e, prima ancora, ben pensata per rispondere alle esigenze dei pazienti, di oggi e domani, e degli operatori.

** direttore, Agenzia sanitaria e sociale
Regione Emilia-Romagna*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Metodo Stamina

Nuovo comitato in tempi brevissimi

■ **PALERMO** «Stiamo predisponendo il nuovo comitato con nuovi membri e spero che potremo mettere la parola fine su questa vicenda. I tempi di costituzione della commissione saranno brevissimi». A dirlo a Palermo è stato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando con i giornalisti la sentenza del Tar del Lazio che ha accolto il ricorso presentato dal presidente di Stamina Foundation, Davide Vannoni, e ha disposto dunque la sospensione del decreto di nomina della Commissione del ministero della Salute che ha bocciato il metodo. «Come ministro - ha aggiunto Lorenzin - mi auguro di essere in grado di dare una risposta alle tante persone che hanno speranze, ma che non devono essere illuse e, quindi, dare una risposta certa sia al mondo scientifico che all'opinione pubblica».



Il congresso

Importanza dei test e terapie nei casi di infezioni extraepatiche. Il ruolo dei farmaci biologici

Epatite C, quel virus che resta offuscato

Ci sono casi in cui il virus dell'epatite C aggredisce il fegato e poi scompare. Accade nel 30% delle epatiti. In Italia un milione di malati. Sono i casi in cui il virus C, dopo aver attaccato le cellule del fegato, agisce da detonatore di una cascata di processi che interessano il sistema immunitario. Conseguenze più diffuse sono manifestazioni autoimmuni come le vasculiti, segnalate da macchie rosse sulle gambe, ma altre possono causare malattie più gravi: i linfomi. Se ne è discusso nel congresso "Il fegato: virus, immunità e cancro" (a Bari) dove Franco Dammacco e Domenico Sansonno, università di Bari, hanno ridefinito le strategie terapeutiche da impiegare nelle epatiti autoimmuni, come già pubblicato sul *New England Journal of Medicine*. Quando l'aggressione del virus C evolve in quadri di disordine immunologico, la strategia più moderna si basa sui farmaci biologici (come il rituximab) e su quelli che spengono la reazione del sistema immunitario. Così nella crioglo-

bulinemia, 70% dei malati extraepatici, e in quel 15% con vasculite crioglobulinemica. Dammacco e Sansonno, "padri" del primo test sierologico di conferma dell'epatite C, il Riba (1980), ora sono i fautori delle indagini immunoistochimiche, le sole che possono confermare processi autoimmuni. Servono più test quando la ricerca di Hbv e Hcv è negativa. Quanto alla terapia con interferone-alfa peghilato e ribavirina si raggiunge circa l'80% di guarigione nei genotipi "facili" (genotipi 2 e 3). Nel genotipo "difficile" (genotipo 1) l'impiego di Boceprevir e Telaprevir porta a simili successi. Da segnalare qui la "rivoluzione" del sofosvubir orale (Gilead), approvato dall'Fda (per genotipi 2 e 3) e i risultati della sperimentazione (Sapphire-I, di AbbVie) terapia orale senza interferone a base di tre agenti antivirali più ribavirina (Hcv di genotipo 1): remissione del virus sul 96% dei partecipanti. Restano polemiche sugli alti costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



stampa | chiudi

DOSSIER

È la fine (vera) degli antibiotici? (e della medicina moderna)

Se non ci sarà un'inversione di tendenza, fra qualche anno anche infezioni oggi banali potrebbero diventare fatali

NOTIZIE CORRELATE

Incontro al «Corriere» giovedì 12: prenotazioni aperte

Dobbiamo fare la nostra parte - di Luigi Ripamonti

GUARDA - Come vanno usati

GUARDA - Quando sono stati scoperti i vari antibiotici

Pesa l'abuso negli allevamenti

Negli ospedali italiani c'è un alto tasso di contagio

Dal 2008 a oggi sono arrivate soltanto due nuove molecole

Microbi «cattivi» persino in palestra

Secondo il «Rapporto sui rischi globali 2013» del World Economic Forum, la più grande minaccia per la salute dell'umanità nei prossimi dieci anni potrebbe essere l'emergenza di ceppi batterici resistenti ai farmaci. Ma già ora il fenomeno ha notevoli costi umani (25mila morti l'anno in Europa) ed economici (1 miliardo e mezzo di euro l'anno di spesa sanitaria aggiuntiva stimata per i Paesi dell'Unione), per cui tutte le autorità sanitarie internazionali sono mobilitate per porvi il più possibile rimedio (GUARDA). In caso contrario, rischiamo di chiudere l'era antibiotica come una felice parentesi della storia nella quale i medici hanno avuto, per meno di un secolo, strumenti efficaci per combattere le infezioni batteriche. «Entrare in un'era post antibiotica significa, di fatto, porre fine alla medicina moderna così come la conosciamo - ha dichiarato Margaret Chan, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - . Condizioni comuni come una faringite da streptococco o la sbucciatura del ginocchio di un bambino potrebbero tornare a uccidere». «Non solo - aggiunge Gianmaria Rossolini, docente di microbiologia clinica alle Università di Firenze e Siena -. Molte pratiche mediche, e soprattutto la maggior parte degli interventi chirurgici, non potrebbero più essere affrontati con la stessa tranquillità, per il rischio di infezioni che porterebbero con sé».

RITORNO AL PASSATO - In questo guaio ci siamo messi da soli, abusando per decenni di quei farmaci considerati, secondo un'inchiesta svolta tra i lettori del *British Medical Journal* qualche anno fa, l'innovazione più importante in medicina dopo l'anestesia. Si stima che, insieme ai vaccini, la scoperta degli antibiotici abbia contribuito ad aumentare di ben 20 anni la nostra vita media. Il rischio, adesso, è di tornare indietro, a causa del consumo eccessivo e inappropriato che se ne è fatto in questi decenni: solo negli Stati Uniti, nel 2009, se ne sono somministrati ai pazienti 3mila tonnellate e l'anno successivo, ai soli animali, 13mila. In Europa, l'Italia, insieme con il Portogallo, tallona la Grecia per eccessivo consumo: ogni giorno, su 1.000 abitanti, più di 20 sono in trattamento. Non si tratta solo di spreco: l'uso di un antibiotico, eliminando tutti i batteri suscettibili, inevitabilmente lascia campo libero a quelli resistenti, per i quali si dovrà trovare un nuovo rimedio. Ecco perché è fondamentale il richiamo a un "uso responsabile" degli antibiotici.

CONVINZIONI ERRATE - Ma che cosa significa esattamente questa espressione? A parole gli italiani sono abbastanza consapevoli del problema, ma nei fatti poi non si comportano di conseguenza. Sulla base delle risposte fornite nel corso dell'inchiesta Eurobarometer condotta dalla Commissione europea nel maggio scorso, infatti, in linea con il resto dei cittadini dell'Unione, quasi il 70 per cento degli intervistati sa bene che l'abuso di antibiotici li rende inefficaci e che questi medicinali possono provocare effetti collaterali come la diarrea, ma il 36 per cento di loro dichiara di averli presi almeno una volta nell'anno precedente. Dopo anni e anni di campagne di informazione e sensibilizzazione è sconcertante constatare che, pur in leggero miglioramento rispetto all'anno passato, ancora oggi, più della metà del campione intervistato in Italia (il 58%) è erroneamente convinto che gli antibiotici siano in grado di uccidere i virus e quattro su 10 li ritengono utili contro raffreddore e influenza. Anche molte persone ben informate, e perfino molti medici, cadono nella trappola della "copertura antibiotica", un'espressione con cui si giustifica l'uso di medicinali in molti casi in cui non sono indicati, per esempio l'influenza, appunto, solo al fine di prevenire eventuali complicazioni.

LA PROFILASSI - Rispetto al resto d'Europa, gli ospedali italiani sono quelli nei quali più spesso la ragione per somministrare antibiotici è la "copertura" di condizioni mediche di diverso tipo. Si giustifica così il 23,8 per cento delle prescrizioni. E questo spiega in parte il fatto che quasi la metà delle persone ricoverate in ospedali per acuti in Italia sia "sotto antibiotici". Non parliamo poi della cosiddetta "profilassi chirurgica", la protezione dalle infezioni che si fa per ogni piccolo intervento, in ospedale o dal dentista. «A questo scopo basterebbe una dose poche ore prima dell'operazione ed eventualmente una seconda subito dopo» sostiene Franco Scaglione, docente di Farmacologia all'Università degli studi di Milano, mentre nell'ultimo rapporto del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie risulta che nel nostro Paese il più delle volte il trattamento profilattico si prolunga inutilmente per più di un giorno.

OTITI NEI BAMBINI - Le cose cambiano quando il farmaco si prende per curare un'infezione, non per prevenirla: spesso si insiste per avere l'antibiotico, poi lo si interrompe al primo segno di miglioramento. «Invece bisogna prenderlo per il tempo necessario a estirpare l'infezione - ma non più a lungo, per evitare di favorire la comparsa di resistenze - e sempre a dosi piene, senza mai ridurle quando si comincia a stare meglio» raccomanda il farmacologo. Ci sono molte condizioni per cui si pensa subito, sbagliando, alla necessità di un antibiotico: la bronchite in una persona che non soffre di bronchite cronica, per esempio. Ma soprattutto la febbre, che mette in allarme, oppure la tosse o il mal d'orecchio, sintomi che di per sé non sono segnali di un'infezione batterica. «Sopra i due anni di età, anche l'otite, se non è ricorrente o non presenta pus o complicazioni, guarisce per lo più spontaneamente - interviene Susanna Esposito, direttore della prima Clinica pediatrica dell'Ospedale Policlinico di Milano e presidente della Società

italiana di infettivologia pediatrica -. Nei bambini gli episodi infettivi sono più frequenti che negli adulti, ma nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di condizioni lievi e su base virale, che passano da sole. Ci vuole solo un po' di pazienza».

IMPOTENTI CONTRO I VIRUS - Molti pensano che l'antibiotico sia un cura "più forte", capace di accelerare i tempi di guarigione, ma se l'infezione è virale, il farmaco non serve né a risolverla né ad abbreviarne la durata. Oltre che inutile, poi, è controproducente, perché l'antibiotico non può nulla contro il virus, compromette la flora batterica "buona" e seleziona pericolosi ceppi resistenti. Inoltre può provocare effetti collaterali, come la diarrea, che si può curare con i probiotici. «Questi prodotti invece non sono indicati a scopo preventivo, a meno di trattamenti molto prolungati, come per le infezioni che colpiscono le ossa o il cuore» dice la pediatra milanese. Che aggiunge: «E comunque, anche quando l'antibiotico è indicato, per esempio nelle rinosinusiti mucopurulente che durano da più di una settimana, questo non basta, se non si aiuta la rimozione del materiale infetto con accurati lavaggi delle cavità nasali».

CONFLITTI D'INTERESSE

Gli intervistati hanno dichiarato i seguenti conflitti d'interesse. Francesco Scaglione negli ultimi due anni ha avuto finanziamenti per ricerca e grant per partecipazione a convegni da Astellas, Sanofi, Pfizer, MSD, Angelini, Alcon e AstraZeneca. Giovanni Gesu dichiara di aver ricevuto a titolo personale negli ultimi tre anni gettoni in qualità di relatore o moderatore da Pfizer, Astellas, AstraZeneca, Gilead, MerckSharp & Dohme, Siemens e Becton Dickinson (diagnostici). Riceve inoltre un gettone come membro di un board internazionale della Thermofisher (diagnostici). Per le ricerche di Susanna Esposito la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico in tema di antibiotici ha ricevuto finanziamenti da Cubist. Paolo Antonio Grossi ha ricevuto contributi alla ricerca da Novartis e Astellas, ha svolto attività di consulenza per Novartis, MSD, Pfizer ed è membro di speakers bureau per Novartis, Pfizer, MSD, Gilead, Astellas, AstraZeneca, Bio Test. Gian Maria Rossolini dichiara di aver avuto rapporti di finanziamento e di consulenza con Achaogen, Rempex, Biotest, Cubist, Angelini, Pfizer, AstraZeneca, Durata Therapeutics, Menarini, Biomerieux.

stampa | chiudi