

http://www.ansa.it

Al via lavoro task-force per i nuovi Lea

Costituita da Lorenzin per sostenere e monitorare nuove cure



ROMA - Dopo l'entrata in vigore dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), appena pubblicati in Gazzetta Ufficiale, entra ora in funzione una nuova task-force istituita dal ministro Lorenzin lo scorso gennaio ma adesso operativa. Il suo ruolo sarà quello di monitorare l'applicazione delle nuove norme che introducono le nuove prestazioni gratuite per tutti gli italiani, ma anche di sostenere le Regioni in questa operazione.

Nella task-force, oltre ad essere presenti alcuni rappresentanti del ministero della Salute, compare il comandante dei Nas, Claudio Vincelli, il direttore generale dell'Agenas, Francesco Bevere, e i vertici dell'Agenzia del Farmaco (Aifa), il direttore Mario Melazzini, e dell'Istituto superiore di Sanità (Iss), il presidente Walter Ricciardi.

quotidianosanità.it

Sabato 18 MARZO 2017

Cancro. L'Adroterapia nei Lea. Ecco tutte le prestazioni previste

Il decreto sui nuovi LEA prevede trattamenti di adroterapia (protoni e ioni carbonio) per dieci patologie tumorali. Il Cnao: "L'inserimento dell'adroterapia è un risultato importante perché mette a disposizione di tutti i cittadini una terapia avanzata sui cui l'Italia è all'avanguardia mondiale. Stimiamo che nel nostro Paese ci siano almeno 4500 pazienti oncologici ogni anno che necessitano dell'adroterapia come migliore risposta terapeutica alla loro malattia".

Tutti i cittadini italiani potranno avere accesso diretto all'adroterapia all'interno del Sistema Sanitario Nazionale: lo stabilisce il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Livelli Essenziali d'Assistenza pubblicato oggi in Gazzetta Ufficiale.

L'adroterapia è una forma avanzata di radioterapia, che al posto dei raggi X e degli elettroni, utilizza fasci di protoni e ioni carbonio, più efficaci nel colpire i tumori che resistono alla tradizionale radioterapia e non sono operabili.

Fino a oggi le cure con adroterapia erano erogate solo all'interno del Sistema Sanitario Regionale di Lombardia e Emilia Romagna. I pazienti provenienti da altre regioni potevano accedere alle cure solo dopo l'autorizzazione della propria ASL di residenza.

Il presidente della Fondazione CNAO, Erminio Borloni, ha commentato: "L'inserimento dell'adroterapia nei nuovi LEA è un risultato importante perché mette a disposizione di tutti i cittadini una terapia avanzata sui cui l'Italia è all'avanguardia mondiale. Stimiamo che nel nostro Paese ci siano almeno 4500 pazienti oncologici ogni anno che necessitano dell'adroterapia come migliore risposta terapeutica alla loro malattia".

La Fondazione CNAO, Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, ha già trattato con adroterapia oltre 1200 pazienti italiani e stranieri. CNAO è uno dei soli 6 centri al mondo capaci di effettuare trattamenti di adroterapia sia con protoni che con ioni carbonio.

Le patologie nei nuovi LEA. Il decreto sui nuovi LEA prevede trattamenti di adroterapia (protoni e ioni carbonio) per dieci patologie tumorali: cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide, tumori del tronco encefalico e del midollo spinale, sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici, sarcomi delle estremità resistenti alla radioterapia tradizionale (osteosarcoma, condrosarcoma), meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico), tumori orbitari e periorbitari (ad esempio seni paranasali), incluso il melanoma oculare, carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari, tumori solidi pediatrici, tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collageno associate ad un'aumentata radiosensibilità, recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia.

18-03-2017



http://www.askanews.it/

L'adroterapia contro il cancro entra nel SSN grazie a nuovi Lea

Utilizza fasci di protoni e ioni carbonio



Roma, 18 mar. (askanews) – Tutti i cittadini italiani potranno avere accesso diretto all'adroterapia all'interno del Sistema Sanitario Nazionale: lo stabilisce il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) pubblicato oggi in Gazzetta Ufficiale.

L'adroterapia è una forma avanzata di radioterapia, che al posto dei raggi X e degli elettroni, utilizza fasci di protoni e ioni carbonio, più efficaci nel colpire i tumori che resistono alla tradizionale radioterapia e non sono operabili.

Fino a oggi le cure con adroterapia erano erogate solo all'interno del Sistema Sanitario Regionale di Lombardia e Emilia Romagna. I pazienti provenienti da altre regioni potevano accedere alle cure solo dopo l'autorizzazione della propria ASL di residenza.

"L'inserimento dell'adroterapia nei nuovi LEA è un risultato importante perché mette a disposizione di tutti i cittadini una terapia avanzata sui cui l'Italia è all'avanguardia mondiale. Stimiamo che nel nostro Paese ci siano almeno 4500 pazienti oncologici ogni anno che necessitano dell'adroterapia come migliore risposta terapeutica alla loro malattia", ha detto il

presidente della Fondazione Cnao, Erminio Borloni.
"Grazie agli ioni carbonio trattiamo anche altre patologie radioresistenti come tumori al pancreas, al fegato, prostata ad alto rischio, recidive di tumori del retto e glioblastomi operati, oltre che recidive di tumori già irradiati con radiazioni convenzionali. Ci auguriamo che presto anche le patologie attualmente non previste possano rientrare tra i nuovi LEA grazie ai lavori della Commissione ministeriale", ha spiegato.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura 10/2016: 200.000**

Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

19-MAR-2017 da pag. 18 foglio 1 / 2 www.datastampa.it

I soldi fanno smettere di fumare? Un bonus aziendale contro il vizio

Il caso nel Bresciano: i dipendenti che faranno a meno delle sigarette avranno 1.000 euro in busta paga Se per Tolstoj la nicotina addormentava la coscienza, secondo Pertini era il simbolo della tolleranza

di **JESSICA D'ERCOLE**

■ Se nel luglio 2011 l'allora sindaco di Firenze Matteo Renzi obbligava tutti i dipendenti pubblici a timbrare il cartellino in uscita per una pausa sigaretta, detraendo loro i minuti dalla busta paga, oggi per incentivare i suoi lavoratori a smettere di fumare un'azienda di Brescia ha messo sul piatto un bonus di 1.000 euro per chi starà lontano dalle bionde per almeno 12 mesi. L'idea è di Loris Garau, amministratore delegato della Dexanet. un'azienda di comunicazione che conta 21 dipendenti: «A supporto della campagna condotta ormai da anni sui pacchetti, ho pensato di dare un ulteriore stimolo ai miei ragazzi. L'obiettivo non è certo quello di eliminare la pausa sigaretta, qui sono tutti liberi di autogestirsi, semplicemente tengo ai miei collaboratori e alla loro salute».

Una ricerca della British heart foundation e del Centre for economics and business research dice che in Inghilterra le pause sigaretta mandano in fumo qualcosa come 8,7 miliardi di sterline (10,5 miliardi di euro). Eppure la scienza sostiene che una pausa sigaretta, un caffè o una passeggiata ren-dano più produttivi. Staccare il cervello per 17 minuti ogni 52 di lavoro sembra essere la ricetta giusta per produrre di più al lavoro. Per legge però, in mancanza di accordi diversi, ogni lavoratore ha diritto a una pausa di almeno 10 minuti ogni 6 ore, tempo in cui è liberissimo di fumarsi anche una sigaretta purché - Girolamo Sirchia docet - sia all'aperto.

SIRCHIA Girolamo Sirchia, ministro della Salute nel Berlusconi II, ha fumato per 10 anni prima di cambiare le abitudini degli italiani vietando loro di accendere sigarette in tutti i locali aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro (era il 2005). Sua figlia Silvia «ogni tanto se ne accende ancora una. È l'unica in famiglia che non ha smesso», disse l'ex ministro,

un po' sconsolato, ad Alessandro Dell'Orto nel 2015.

FUMATORI I fumatori in Italia sono 11,5 milioni, il 22% della popolazione: 6,9 milioni di uomini (il 27,3%) e 4,6 milioni di uomini (il 27,3%) e 4,6 milioni di donne (17,2%). Gli ex fumatori rappresentano il 13,5% della popolazione (7,1 milioni), i non fumatori sono invece 33,8 milioni, ovvero il 64,4% del totale. I dati del 2016, rilevati dall'Istituto superiore della Sanità, dicono che le percentuali siano pressoché invariate rispetto al 2015. Nel 2004, invece, i fumatori erano il 30% degli italiani.

SOLDI Secondo una ricerca pubblicata sul New England Journal of Medicine, condotta su 2.500 lavoratori britannici scelti a caso, i soldi sono un buon incentivo per smettere di fumare. Lo studio dell'Università della Pennsylvania si basa su 4 sistemi: alcuni partecipanti dovevano scommettere 150 dollari sul fatto che sarebbero riusciti a cambiare le proprie abitudini e, se ci riuscivano, avrebbero recuperato la somma e in più vinto un bonus, altri ricevevano 800 dollari se smettevano di fumare. Un altro sistema prevedeva di dividere i fumatori in gruppi: uno dava gli 800 dollari a quelli in cui più persone smettevano, mentre l'altro dava i soldi di chi non riusciva a smettere a quelli che ci riuscivano. Mentre l'ultimo gruppo riceveva solo cerotti alla nicotina. Risultato? Il 90% voleva aderire ai programmi con il denaro. Il sistema con scommessa è quello che è piaciuto meno (13,7%) ma che ha dato più risultati: il 52% ha smesso di fu-

SANZIONI Nel 1642 papa Urbano VIII scomunicò i fumatori. I russi, nel 1645, li punivano tagliando loro il labbro superiore. In Turchia, nel 1670, si giustiziavano i mercanti di tabacco versando del piombo fuso nelle loro gole.

DIRETTIVE Altre direttive europee per disincentivare il fumo:

oltre a frasi minacciose e foto shock sui pacchetti, sanzioni per chi fuma presso gli ospedali, in auto con dei minori o donne incinte, multe per chi getta i mozziconi per terra e per i tabaccai beccati a vendere sigarette ai minori. Inoltre, sono spariti i pacchetti da 10, quelli di tabacco superiori ai 30 grammi così come le sigarette aromatizzate.

CANCELLERE Nel 2013, temendo che l'Ue mettesse al bando le sue amate sigarette al mentolo, il novantaquattrenne ex cancelliere tedesco Helmut Schmidt spese 10.000 euro per 200 stecche Reyno. La riserva gli sarebbe dovuta bastare fino al suo centesimo compleanno. Morì nel 2015.

SESSO A New York, stando a una ricerca del settimanale Time Out, alle pause sigaretta 4 lavoratori su 10 preferiscono le pause di autoerotismo. In Svezia, invece, Erik Muskos, consigliere della cittadina svedese di Övertornea, ha proposto che ai lavoratori sia concessa un'ora di pausa per tornare a casa e avere rapporti sessuali con il proprio partner: «È un'ottima attività fisica, migliora il morale e aumenta le natalità». Un ottimo sostituto alla pausa sigaretta, sempre che dopo l'amplesso non si gradisca una Marlboro.

SIGNORE Le marche di sigaretta che esistono ancora oggi sono state tutte create nel primo ventennio del Novecento, tranne la Lucky Strike, nota già da prima come produttrice di tabacco da masticare e da pipa. Le Marlboro furono lanciate nel 1924 dalla Philip Morris, che dal 1885 commerciava in Inghilterra una sigaretta di nome Marlborough, «la preferita dalle signore».

TERRA Ogni anno nel mondo vengono fumate 5.000 miliardi di sigarette, che messe in fila coprirebbero 4.000 volte la circonferenza della Terra.

PALLOTTOLA La prima sigaretta





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000

Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

19-MAR-2017 da pag. 18 foglio 2 / 2

foglio 2 / 2 www.datastampa.it

fu confezionata da un turco nel 1852 riempendo di tabacco la cartuccia vuota di una pallottola in cartone. In Italia, invece, il tabacco si diffuse nella seconda metà del XVI secolo.

ROOSEVELT Theodore Roosevelt si salvò dall'attentato del 1912 perché il proiettile colpì il portasigarette di metallo che aveva sempre nel taschino.

MARGARET «Fumai le mie prime sigarette e non mi piacquero molto, ma sapevo che insistendo ci avrei preso gusto. Decisi di non farlo: risparmiando il denaro avrei potuto comprare invece una copia del *Times*». (Margaret Thatcher).

AMERI Enrico Ameri rimase senza voce nel bel mezzo della telecronaca di Inter-Independiente, nel 1965. Diede la colpa alle sue 100 sigarette al giorno. Decise allora di smettere: si fece organizzare una cena sontuosa dalla moglie e 5 minuti prima della mezzanotte si fumò l'ultima, godutissima sigaretta.

HITER Pur considerandolo «un vizio da ebrei», Adolf Hitler concedeva a Benito Mussolini di fumare in sua presenza.

RAGIONE Lo scrittore russo Lev Tolstoj smise di fumare in vecchiaia e ripudiò il proprio passato: «La nicotina addormenta la coscienza. Il bisogno di fumare cresce col desiderio di soffocare i rimorsi. Più generalmente il fumo ha lo scopo di intorpidire la ragione».

FACILE «Smettere di fumare? facilissimo, io l'ho fatto innumerevoli volte» (Mark Twain).

PERTINI Quella volta che il presidente Sandro Pertini, pipa alla bocca, dichiarò che «dai fumatori si può imparare la tolleranza», perché «mai un fumatore si è lamentato di un non fumatore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MILIARDI Ogni anno nel mondo si accendono 5.000 miliardi di sigarette. In Italia i fumatori sono stabili dal 2015: 11,5 milioni, il 22% della popolazione





MENTOLO L'ex cancelliere Helmut Schmidt, accanito fumatore di sigarette al mentolo, e Girolamo Sirchia, che le ha fatte spegnere a molti italiani

Quotidiano - Ed. nazionale

www.datastampa.it

Dir. Resp.: Guido Gentili

INTERVISTA

Beatrice Lorenzin

Ministro della Salute

«Commissariate le Regioni inadempienti»

LA FASE DUE «Tra i prossimi interventi, in agenda c'è anche la revisione dei ticket»

Roberto Turno

■«Attuare i Lea in tutta Italia per me è un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Le Regioni inerti possono rischiare fino al commissariamento». Più che soddisfatta per l'entrata in vigore dei nuovi Lea, la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, già guarda avanti. A partire dalla riforma ei ticket, per la quale sono allo studio tre i potesi, tutte da verificare con Economiaeregioni.Colnodofinorainestricabile dei furbetti del ticket, chepoisonoglievasorifiscali.Populismo pensare di abolire i ticket? «Il populismo lo lasciamo a chivivedislogan», ribatte. «Dobbiamo aiutare le fasce più deboli della popolazione».

Ministro, in due giorni sono arrivate in Gazzetta la legge sul rischio clinico e i Lea. Un risultato storico, ha subito twittato.

Diciamo che è stata una coincidenza. Ma il risultato è storico di per sé. E testimonia nei fatti dell'attività riformatrice degli ultimi tre anni e mezzo. Ora sono operativi i nuovi Lea, il nuovo Nomenclatore, il rischio clinico, il Piano vaccini. Presto ci sarà la legge per gli Ordini professionali. Si sta realizzando in pieno il Patto della salute con la revisione dei piani di rientro dal deficit degli ospedali. Ciò che abbiamo seminato sta maturando ed entra nella vita dei cittadini. È questo che mi preme di più.

Poi le leggi vanno attuate... La mia preoccupazione oggi è che ogni riforma si traduca effettivamente in tutto il territorio nazionale in prestazioni e nel miglioramento dei servizi. E poiché nonmipiacerestare ferma, stogià pensando ai prossimi passi.

Peresempio?

La riforma dei ticket, riaprendo il tavolo con le Regioni. Maanche quelle dei commissariamenti e della formazione del personale.

Intanto 15 anni dopo i Lea cambiano.

In verità per il Nomenclatore della specialistica ci sono voluti 20 anni. Un'eternità quando si parla della salute della gente. Ma l'importante è che ce l'abbiamo fatta. Conunfinanziamentoche è diunmiliardo, perché per ivaccini nei Lea la dote è aumentata di altri 100 milioni. Senza scordare che nonsi dovranno aspettare altri 16 anni: l'aggiornamento sarà annuale.

Sperando, ripeto, che i Leasiano attuati dappertutto e non in ordine sparso dalle regioni.

Certamente. Per meè un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Abbiamo costituitocon Agenas una commissione di verifica e controllo, con l'apporto dei Nas, che ogni tre mesi farà il punto sullo stato di attuazione dei Lea. Poi ogni volta pubblicheremo i dati sul nostro sito e li manderemo al Parlamento.

Echinon liattua cosa rischia?

Vedremo quali provvedimenti prendere, senza dimenticare che lo Stato può azionare i poteri sostitutivi. Vorrei però intendere i controlli non come uno strumento punitivo, ma propositivo per aiutare le Regioni nell'attuazione e capire dove e se ci sono criticità

Nuovi Lea, meno ricoveri?

L'efficienza del sistema porta

sempre alla riduzione dei ricoverisoprattutto se inappropriati. Se calano i ricoveri e cresce il livello delle prestazioni, è un bene per i pazienti.

Diceva dei ticket: cambiare non sarà facile, cancellarli-valgono 3 miliardi - farà drizzare i capelli al ministro Padoan e ai governatori.

Guardi, abbiamo tre strade davanti. La prima è quella del Patto della salute che prevede una revisione della compartecipazione in base ai componenti familiari, ai nuovi lavori o magari al lavoro che si perde, ma a parità di gettito. La seconda strada è quella di immaginare che con un efficientamento della spending review, ma non con tagli, si possano recuperare glisprechi eriversare le risorsen el sistema, eliminando iticket.

Laterzastrada?

È quella di rivedere il modo in cui liraccogliamo edivincolare le risorse alle famiglie numerose, alla socio-assistenza, alle persone fragili e in difficoltà. Il problema è che sono gli evasori fiscali a non pagare il ticket. E lì dobbiamo agire. Perspendere, intutti e tre i casi, in modo e quo ed efficiente.

L'accusano di populismo...

Il populismo lo lasciamo a chi vive di slogan. Si tratta di vedere chi paga i ticket, dove e perché ci sonosperequazioni. Lasfida è destinare le risorse alle fragilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Battagliera. Beatrice Lorenzin





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Lettori Ed. II 2016: 2.218.000

Quotidiano - Ed. nazionale

Tiratura 12/2016: 332.759 Diffusione 12/2016: 318.217

CORRIERE DELLA SERA

19-MAR-2017 da pag. 45 foglio 1 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'analisi

di Luigi Ripamonti

I «KILLER BIANCHI» CAMBIANO NEL TEMPO

olti anni fa mi capitò di mangiare con alcuni ricercatori stranieri e uno di loro, un polacco, alla fine del pranzo ci guardò inorriditi perché avevamo messo una zolletta di zucchero nel caffè. «It's the white killer»! Sentenziò («È il killer bianco»)! Era la prima volta che sentivo quella definizione. Poi negli anni, come tutti, ho familiarizzato con il "silent killer", cioè l'ipertensione (che lo è davvero, un killer) e ora con un nuovo "white killer", il sale . Con tanti killer in giro però c'è il rischio

che il termine cessi di far paura, visto che ci si abitua a tutto. E c'è anche una discreta probabilità che a furia di far balenare minacce a destra e a sinistra, la reazione possa essere l'indifferenza: «Tanto prima o poi ci diranno che è vero il contrario».

Giova allora, forse, una riflessione sul senso di queste indicazioni che si succedono nel tempo, che talvolta sembrano contraddirsi o semplicemente alternarsi, come se si trattasse di mode. Il punto è che, anche se non sembra, non si contraddicono affatto e in realtà richiamano sempre gli stessi concetti: equilibrio, buon senso e varietà nell'alimentazione.

La ricerca, quando prova a determinare le conseguenze dei singoli nutrienti sulla salute, deve ricorrere a metodi che comportano una certa semplificazione perché è oggettivamente difficile stabilire l'effetto di una sostanza che, per forza di cose, viene "somministrata" insieme a molte altre nel cibo. Quindi è ingeneroso "sparare sul nutrizionista" perché prima colpevolizzava i grassi, poi gli zuccheri e ora il sale. Le evidenze scientifiche si succedono e ora l'attenzione si pone sul sale non perché zuccheri e grassi siano improvvisamente diventati "più buoni" ma perché ci sono prove sufficienti per dire che, essendo il sale ben nascosto dappertutto, può più facilmente finirci nella dieta in quantità esagerate senza che ce ne accorgiamo. Non c'è nessuna moda anti sale, c'è solo l'avviso di un potenziale problema e l'invito a tenerne conto per il nostro bene, come già dovremmo fare per l'eccesso di zuccheri semplici e di alcuni tipi di grassi. La conseguenza qual è in pratica? La solita: una dieta sana, varia ed equilibrata, ricca di verdura e di frutta, come, per esempio, quella mediterranea (vera). E un'attenzione generale alle quantità, perché se ingolliamo 5 mila kilocalorie al giorno esagereremo con qualsiasi cosa, nascosta o meno. Una curiosità: il ricercatore polacco aveva bevuto il caffé amaro, ma prima aveva mangiato una decina di fette di pane imburrate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura: n.d.

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d. Settimanale - Ed. nazionale Dir. Resp.: Guido Gentili

ORE Domenica

19-MAR-2017 da pag. 34 foglio 1/2 www.datastampa.it

ANALFABETISMO MEDICO-SANITARIO

Morire di ignoranza

L'incapacità di capire le informazioni sulla propria salute è un fattore di rischio che genera anche alti costi per il sistema di Luigi Roberto Biasio

e Gilberto Corbellini

on solo la diseguaglianza, ma anche l'analfabetismo medico-sanitario causa morti. Stante che verosimilmente i due fattori di rischio per la salute agiscono insieme, dalla metà degli anni Settanta si è cominciato a studiare in che misura il grado di alfabetizzazione medico-sanitaria (health literacy), cioè la capacità di capire e usare le informazioni pertinenti per prendere decisioni relative a comportamenti di cura, influenzi la salute delle persone.

Una scarsa padronanza della terminologia e della concatenazione logica delle argomentazioni influenza la capacità delle persone di orientarsi nel sistema sanitario, di compilare moduli di accettazione, di esporre la loro storia clinica, di gestire le malattie croniche o adottare stili divita non a rischio, di seguire le prescrizioni medicochirurgiche nella fasi peri-operatorie, di capire i concetti probabilistici e di rischio, di saper leggere i foglietti informativi dei farmaci o di non cadere vittime di credenze pseudoscientifiche sulle cause delle malattie e sui trattamenti.

Il problema è stato studiato soprattutto negli Stati Uniti e un rapporto dell'Institute of Medicine del 2004 stimava che la metà della popolazione americana adulta poteva avere delle difficoltà a gestire le informazioni medico-sanitarie, inducendo alcuni commentatoria denunciare un'epidemia di analfabetismo sanitario e a considerare la health literacy come il determinante di salute primario. Infatti, sempre quel rapporto calcolava grossolanamente che le persone affette da questa forma di analfabetismo corressero un rischio doppio di morire, rispetto a coloro che sono alfabetizzati. Stime più recenti parlano di 80-90 milioni di americani con un livello inadeguato di competenze medico-sanitarie.

Numerosi studi dimostrano un'associazione significativa tra scarsa alfabetizzazione sanitaria ed esiti clinici negativi per il paziente, tra cui un incremento dell'ospe-

dalizzazione (da 29al 52% in più) e una maggiore mortalità. Quest'ultima evenienza, però, è più probabile negli anziani. Fatto spiegabile, data la maggiore fragilità o precarietà della salute anziana. Inoltre, si stima che questa condizione causi un carico economico sul sistema sanitario USA di ben 75 miliardi di dollari. Gli studi sistemici organizzano i problemi e i dati raccolti su tre livelli: quello dell'assistenza sanitaria, quello della prevenzione e quello della promozione della salute. Per quel che riguarda l'assistenza sanitaria si studia la capacità di accesso all'informazione sui temi medici e clinici, di interpretare e valutare l'informazione medica e di prendere decisioni informate sui temi medici, nonché di aderire al consiglio del medico.

I risvolti legati alla prevenzione interessano la capacità di accedere alle informazioni relative ai fattori di rischio per la salute, di capire il significato, interpretare e valutare la stessa informazione e quindi prendere decisioni informate, ovvero adottare stili di vita che riducono i rischi per la salute. Nel dominio della promozione della salute si trova la capacità di aggiornarsi sui fattori determinanti della salute nell'ambiente sociale e fisico, cioè di comprenderli, interpretarli, valutarli e usare l'informazione relativa a essi. Si discute molto di comunicazione nei paesi occidentali e si assiste a un lento diffondersi di credenze pseudo-mediche.

Anche se chi è contro le vaccinazioni o i consumatori di cure omeopatiche e alternative non sono degli analfabeti in sensolato e, al contrario, spesso hanno elevati livelli di istruzione, la loro refrattarietà agli argomenti scientifici dimostra che se non c'è una preparazione a ricevere ed elaborare l'informazione, la comunicazione è inutile. Spesso i sistemi sanitari sembrano strutturati come se l'utenza avesse livelli elevati di alfabetizzazione sanitaria, ma il concetto è semplice: se in un sistema di comunicazionel'apparatoricevente non hale necessarie caratteristiche, i messaggi trasmessi dall'emittente, anche se basati su forti evidenze, non sono raccolti. Ergo, se il livello di alfabetizzazione sanitaria è basso o tende ad abbassarsi, la comunicazione volta a disincentivare comportamenti a rischio e a promuovere stili di vita salutari risulta inefficace. Anzi, le difficoltà di comprensione possono esacerbare lo stato emotivo, un ulteriore ostacolo verso una comunicazione soddisfacente edutile. Quale è il livello di alfabetizzazione scientifica in Italia? Non lo sappiamo bene, in realtà. Uno studio condotto su nove Paesi dell'UE fornisce risultati deludenti, con l'Italia che si colloca piuttosto in basso (quasi il 55% della popolazione dimostra livelli di alfabetizzazione inadeguata o problematica), anche se va detto



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura: n.d.

Diffusione: n.d.

18424 ORE Domenica

Lettori: n.d. foglio 2 / 2
Settimanale - Ed. nazionale Dir. Resp.: Guido Gentili www.datastampa.it

19-MAR-2017 da pag. 34 foglio 2 / 2

che si trattava di un'inchiesta auto-valutativa. E presso il Ministero della Salute è nato un gruppo di studio che si appresta a promuovere una ricerca di popolazione a diversi livelli, utilizzando varie tipologie di test, non solo di auto-valutazione, ma anche di misura oggettiva. Lo stesso studio, relativamente agli altri Paesi europei, confermavachein nord-Europa, in questo caso l'Olanda, si hanno i migliori livelli di alfabetizzazione sanitaria, così come si sapeva che spiccano anche sul piano dell'alfabetizzazione scientifica. Spagna e Bulgaria si avvicinano o superano il 60% di analfabeti sanitari, mentre la Grecia non è messa peggio della Polonia (44%).

Sidiscute molto in questi mesidell'impoverimento linguistico dei giovani. Anche se il fenomeno è abbastanza inevitabile, stante il fatto che chi vuole rimanere al passo con la scienza e la tecnologia pratica per forza più l'inglese dell'italiano e accade spesso di incontrare studenti italiani che scrivono più correttamente in inglese che in italiano, uno dei problemi riguarda probabilmente anche il modo di insegnare e apprendere l'italiano. Che avviene in modi astratti o decontestualizzati, cioè trascurando i contenuti degli esempi che sono usati per l'insegnamento delle forme della lingua. Se per esempio si introducessero fin dalle primarie esercitazioni che utilizzino le terminologie mediche, maanche ecologiche o giuridiche o politiche specifiche, si otterrebbe forse una maggiore conservazione erinforzo attraverso l'esperienza, per cui ci potrebbero guadagnare sia l'alfabetizzazione linguistica sia quella funzionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BOLOGNA MEDICINA

«Innovazione e tradizione» sarà il tema intorno al quale si snoderanno i circa sessanta eventi della terza edizione del Festival della Scienza Biome-



dica, che si svolgerà a Bologna dal 20 al 23 aprile. Organizzato da un comitato scientifico presieduto da Fabio Roversi Monaco, e promosso da Genus Bononiae, Fondazione Cassa di Risparmio e Università di Bologna, anche quest'anno vedrà la partecipazione di cinque premi Nobel, tra i quali Amartya Sen. (http://bolognamedicina.it)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217

Lettori Ed. II 2016: 2.218.000

Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

19-MAR-2017 da pag. 45 foglio 1 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Luciano Fonta



Donazione d'organi: aumentano i «sì» con la carta d'identità

rilasciato presso le ASL.

2 milioni

È il numero di italiani che hanno espresso la propria volontà sulla donazione di organi

ono arrivate a due milioni le dichiarazioni di volontà registrate nel Sistema Informativo Trapianti, rilasciate dai cittadini attraverso le Asl, l'Aido e i Comuni. In occasione del rinnovo della carta d'identità, negli oltre 1.600 Comuni che hanno attivato la procedura, sono state più di 500 mila le persone che hanno scelto di dichiarare la propria disponibilità o meno alla donazione d'organi. E nell' 88% dei casi si è trattato di un "sì". Dei due milioni di manifestazioni di volontà custodite nel Sistema Informativo Trapianti, il 26% è stato trasmesso dagli uffici anagrafe dei Comuni, mentre la maggior parte (66%) proviene ancora dagli atti olografi rilasciati all'Aido, la principale associazione di settore che da decenni lavora per sensibilizzare sui temi della donazione e del trapianto. L'8% delle espressioni di volontà è stato invece





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 10/2016: 200.000 Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

19-MAR-2017 da pag. 14 foglio 1 www.datastampa.it

Gli scienziati giocano a fare Dio: fig in provetta con Dna di tre genitori

In Inghilterra una nuova tecnica che prevede una manipolazione genetica estrema

di CATERINA BELLONI

Il primo laboratorio inglese autorizzato a usare una tecnica di fecondazione in vetro che combina il Dna di tre diversi genitori si trova a Newcaste. La licenza è stata assegnata nei giorni scorsi dall'Autorità britamica per la fertilizzazione e l'embriologia (Hfea), dopo aver constatato che il Newcastle fertility centre, che è collegato all'ospedale della città, ha esperti, preparazione e strumenti adeguati a rendere realtà un procedimento che l'ente aveva autorizzato ufficialmente in dicembre. Il Regno Unito è stato il primo Paese a dare il via libera a questo processo, che utilizza il Dna di tre genitori genetici. A livello pratico i mitocondri difettosi della madre vengono sostituiti con quelli sani di un'altra donna, cui si aggiunge il Dna del padre. La gran parte del materiale genetico di una cellula si trova nel suo nucleo, ma una piccola porzione deriva da mitocondri. Ciò significa che, in caso la madre abbia delle malattie mitocondriali, queste possono essere trasmesse anche al piccolo.

Il primo figlio di questa tecnica è nato in Messico il 6 aprile. Di origini giordane, conta sul Dna della madre, su quello del padre e su un pezzo del codice genetico di una donatrice. Si chiama Abrahim e grazie a

questa sperimentazione non ha ereditato insieme al colore degli occhi della mamma anche la malattia da cui è affetta: la sindrome di Leigh. Pochi mesi dopo questo risultato, in Gran Bretagna è stata approvata ufficialmente la tecnica e adesso il nuovo passo ha portato ad autorizzare il laboratorio di Newcastle ad ottenere la licenza e a operare per conto del Servizio sanitario nazionale Nhs. Le prime applicazioni verranno realizzate con l'inizio dell'estate e il primo neonato inglese figlio del processo rivoluzionario potrebbe vedere la luce con l'inizio del 2018. La clinica di Newcastle punta ad arrivare a trattare 25 donne all'anno e ha già lanciato una campagna di ricerca di donatrici, che devono essere sane, avere meno di 35 anni e abitare vicino al

La prospettiva di rendere disponibile a tutti questo metodo di prevenzione delle malattie è stata a lungo oggetto di dibattito e contestazioni. Un po' perché va a toccare questioni etiche e morali visto che la manipolazione genetica è molto pesante e un po' perché l'ultimo tentativo di far nascere un bambino con il Dna di tre persone, risalente agli anni Novanta, non fu positivo. I piccoli manifestarono dei disordini genetici e quindi la tecnica fu vietata. «Questa decisione significativa rappresenta il culmine di

molti anni di duro lavoro da parte dei ricercatori, esperti clinici e regolatori - ha dichiarato Sally Cheshire, responsabile dell'Hfea - . Insieme abbiamo preparato la strada per convincere il Parlamento a cambiare la legge e offrire nuove possibilità». Con il beneplacito del comitato etico nazionale che ha seguito tutte le fasi di questa ricerca. Secondoi responsabili dell'Hfea ora le donne che hanno problemi a livello mitocondriale possono nutrire una speranza in più di diventare madri. Dovranno fare richiesta direttamebte all'Hfea, che poi le rimanderà al centro di Newcastle per il trattamento. Il Ministero, da parte sua, di-pinge l'equipe di Newcastle come la migliore del mondo. Un entusiasmo che altri rigettano. Anzitutto perché non è sicuro che il trattamento funzioni sempre e quindi si corre il rischio che la malattia emerga anche dopo aver eseguito la procedura. In secondo luogo, perché si tratta di una tecnica di manipolazione genetica davvero estrema e il rischio è che, avendole dato il

lasciapassare, la Gran Breta-

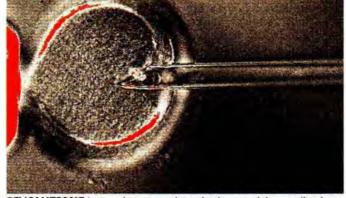
gna diventi il luogo dove spe-rimentare altre forme di mo-

dificazione. Permettendo agli

scienziati di abbandonarsi al-

la tentazione - come si dice qui - di «playing God», cioè

giocare a fare la parte di Dio. © RIPRODUZIONE RISERVATA



RIVOLUZIONE La tecnica contro le malattie genetiche ereditarie





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

19-MAR-2017 da pag. 11 foglio 1 www.datastampa.it

MINORI

Il 40% degli adolescenti sui web casinò Il 25% mostra primi sintomi dipendenza

Secondo l'Indagine conoscitiva sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, condotta dall'Eurispes nel 2012, dal 2 al 7% delle persone nella fascia compres tra 7 e 18 anni dichiara di giocare "spesso" al Gratta e Vinci e un bambino su quattro (7-11 anni) ha provato l'azzardo online almeno una volta. Nella maggior parte dei casi, vi vengono avvicinati dagli adulti che sottovalutano il pericolo. Il 21% dei bambini dichiara di essere vicino a qualcuno che gioca d'azzardo. Nel 6,6% dei casi si tratta dei genitori. Il 27% degli adolescenti dichiara di giocare, il 4,6% "spesso". Il 17,8% degli adolescenti frequenta le sale gioco e il 14,4 i tabaccai, malgrado il divieto. Il 39,9% degli adolescenti dichiara di giocare online. Secondo il Dipartimento per le Politiche antidroga, l'11% degli adolescenti tra15 e 19 anni ha comportamenti di gioco "a rischio" e l'8% "problematici". I primi sono in calo, i secondi stabili. Il 25,2% dichiara di avvertire l'esigenza di giocare, "sintomo di un'allarmante tensione compulsiva" secondo Franca Tani e Annalisa Ilari, autrici de "La spirale del gioco" (edito da Firenze University Press) che segnalano la relazione tra questi comportamenti e altri sintomi di disagio (bullismo, consumo di alcool e sostanze, ecc.). (P.V.)





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

11 Sole 24 OR

Dir. Resp.: Guido Gentili

19-MAR-2017 da pag. 5 foglio 1/4

Dai vaccini alle malattie croniche: dopo 15 anni aggiornato l'elenco delle prestazioni garantite

Sanità, la nuova lista delle cure gratuite

Lorenzin: il prossimo passo sarà la revisione dei ticket

Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia e copertura per le malattie croniche. Sono alcune delle novità contenute nei nuovi Lea, livelli essenziali di assistenza, aggiornati dopo 15 anni. La ministra Lorenzin: il prossimo passo sarà la revisione dei ticket.

Barbara Gobbi e Roberto Turno - pagina 5

Sanità

I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Più vaccini e protesi, meno ricoveri

In vigore la riforma dei Lea - Dopo 15 anni cambia la mappa di cure e costi

Attuazione a tappe

Ci vorranno sei mesi per l'elenco malattie rare e i criteri verranno da accordi Stato-Regioni

La dote

Gia assegnati 800 milioni l'anno, più 400 in un triennio per il Piano vaccinazioni

TICKET

Riconosciuta l'esenzione anche per autismo, celiachia, sindrome di Down, broncopneumopatia ostruttiva ed endometriosi

Barbara Gobbi

ROMA

■ Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia. Più malattie rare e croniche riconosciute e curate senza costi per i malati. Ma anche la scrematura dei ricoveri con delisting a pagamento verso l'ambulatorio. Ben 15 anni dopo l'ultimo aggiornamento (cherisale al 2001) i Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere garantiti a tutti i cittadini, cambiano volto. Allargando e in gran parte migliorando e qualificando l'offerta di servizi pubblici gratuiti o dietro pagamento di un ticket.

Una scommessa anche finanziaria di tutto rispetto, quella dei nuovi Lea. Che possono contare su una dote, fissata dalla legge di Stabilità del 2016, di 800 milioni l'anno espressamente vincolata all'interno del Fondo sanitario nazionale. Ai quali però si aggiungono anche le risorse stanziate per il nuovo Piano nazionale dei vaccini, parte integrante dei Lea, ai quali la manovra 2017 ha destinato 100 mln per quest'anno e poi ancora 127 e 186 mln rispettivamente per il 2018 e per il 2019: fondi per oltre 400 milioni in tre anni.

L'attesissima riforma dei Lea è approdata ieri sulla Gazzetta Ufficiale: è il Dpcm del 12 gennaio, giorno della firma del presidente del Consiglio, pubblicato in un mega supplemento, il n. 75 del 18 marzo. Entrerà subito in vigore.

Ma ci saranno ancora alcune tappe da rispettare per una compiuta applicazione dei Lea, chissà quanto uniforme, totale e tempestiva in tutte le Regioni: il Governo assicura che la vigilanza sarà massima. Mentre la promessa scritta per legge è che non si dovrà più attendere altri 15 anni per rivedere l'elenco delle prestazioni sanitarie in tutto o in par-





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificat Tiratura 12/2016: 158.319 Diffusione 12/2016: 194.405 Lettori Ed. II 2016: 843.000

Quotidiano - Ed. nazionale

Dir. Resp.: Guido Gentili

19-MAR-2017 da pag. 5 foglio 2 / 4 www.datastampa.it

te sotto l'ombrello del Ssn: l'aggiornamento d'ora in poi dovrà infatti avvenire ogni anno. Anche su questo aspetto compatibilità finanziarie permettendo - non mancherà il pressing daparte di tutte le categorie interessate, a partire dagli assistiti.

Întanto con inuovi Lea ai nastri di partenza si ampliano gratuitamente le garanzie per la maternità, dall'eterologa (Pma) agli screening. Vengono inserite 110 nuove malattie rare con esenzione dai ticket e viene rivisto l'elenco delle patologie croniche con l'ingresso di sei nuove patologie esenti, dalla broncopneumopatia ostruttiva alla sindrome da talidomide fino all'endometriosiacuta e grave. Cisarà la tutela dell'autismo, della celiachia, della sindrome di Down.

C'è poi un'offerta decisamente più ampia di coperture vaccinali, dall'anti pneumococco all'antimeningococco alla varicella fino all'estensione del vaccino per il papillomavirus anche agli adoloscenti di sesso maschile. Si allarga poi significativamente lo spettro di screening alla nascita, dallasordità alla cataratta congenita alle patologie metaboliche ed ereditarie. E si fa largo a protesi e ausili hi-tech per i disabili gravi, dai comunicatori oculari alle tastiere adattate per le persone con gravissime disabilità, fino alle carrozzine ma anche carrozzine più moderne o ai comandi a riconoscimento vocale. Sperando naturalmente che i fondi bastino per tutti coloro che ne hanno diritto. Senza dimenticare però anche le prestazioni sanitarie a sempre più elevato contenuto tecnologico, come l'adroterapia contro il cancro.

Una rivoluzione, un deciso salto di qualità per l'assistenza sanitaria pubblica. Con tutte le cautele del caso, non ultima la tempistica effettiva di applicazione. Se i nuovi "Livelli" entrano infatti in vigore ufficialmente oggi, 19 marzo, non tutte le prestazioni e le novità saranno immediatamente fruibili dai cittadini. Anzi.

Intanto, lo stesso Dpcm prevede che l'elenco che include 110 malattie rare in più sarà operativo sei mesi dopo la pubblicazione in Gazzetta. E più in generale, spetterà a una serie di accordi Stato-Regioni definire criteri uniformi per individuare limiti e modalità di erogazione di una serie di prestazioni demandate alle regioni e alle province autonome.

Ancora: l'entrata in vigore delle novità per l'assistenza specialistica e protesica è subordinata all'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni. Nel frattempo, un elenco transitorio normerà le nuove malattie croniche esenti, che richiedono prestazioni specialistiche incluse in quei nomenclatori, fino a quando non saranno pronte le liste aggiornate.

Senza dimenticare che sono ancora in corso i lavori della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, che entro il 28 febbraio avrebbe dovuto formulare una prima proposta di revisione da formalizzare entro il 15 marzo. Date al momento "bucate": la Commissione, insediata ad ottobre scorso dalla ministra Lo-<u>renzin,</u> è nell'impasse. Tra la coperta delle risorse destinate ai nuovi Lea (gli 800 milioni annui) giudicata troppo corta dalle Regioni e i diktat lanciati dalle commissioni parlamentari nei loro pareri sul provvedimento governativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI CHIAVE

50 milioni

I risparmi

Dal passaggio di un pacchetto di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale ci si attende un risparmio di 50 milioni

186 milioni

I costi in più

Sono 186 i milioni di onere aggiuntivo per il Servizio sanitario a causa dell'introduzione di nuovi vaccini

Le nuove malattie

Sono 110 le nuove malattie o gruppi di patologie introdotte nell'elenco delle «rare», che sostituisce integralmente quello sinora in vigore

Gli anni del vecchio elenco Risale al 1999 il vecchio nomenclatore di protesi e ausili adesso cambiato dai nuovi Lea



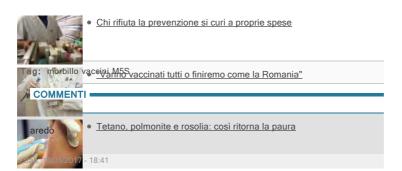
L'opinione



"Dire che è normale che si generino epidemie di **morbillo** in cicli pluriennali è una sciocchezza". Il governo mette la parola fine alle bufale e alle provocazioni fatte girare dal **Movimento 5 Stelle** sui vaccini e, in modo particolare, sulla prevenzione al morbillo. "Nessuna epidemia dovrebbe manifestarsi al raggiungimento delle soglie di copertura indicate dal piano nazionale - è la precisazione del direttore generale della Prevenzione del <u>ministero della Salute</u>, Ranieri Guerra - quanto sta accadendo è dovuto all'abbassamento delle stesse. Non c'è che un modo per prevenirle, ed è vaccinarsi tutti".

A scatenare la **polemica** a pochi giorni dalla pubblicazione dei <u>dati allarmanti sulla diffusione del morbillo</u> in seguito alla diminuzione dei genitori che vaccinano i propri figli, sono ancora una volta i grillini. I deputati del M5S in commissione Affari Sociali e il presidente del Gruppo Camera, Andrea Cecconi, ha infatti chiesto al ministro **Beatrice Lorenzin** di spiegare perché sul sito del dicastero della Salute è scritto che "il morbillo è una malattia endemo-epidemica che presenta picchi epidemici ogni 3-4 anni". "In base ai dati ufficiali di Epicentro, organo di vigilanza epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicati a febbraio 2017, nel mese di Gennaio 2017 sono stati segnalati 238 casi di morbillo. Il picco più alto negli ultimi anni - evidenziano i Cinque Stelle - è stato registrato nel 2013, con 382 casi segnalati, seguito dal picco di 300 casi avvenuti tra gennaio e marzo 2014. Prima che si ingeneri una situazione di panico, chiediamo al ministero competente di escludere che i casi che stanno avvenendo in questi giorni siano discordanti rispetto al ciclo dei picchi di questa **malattia**". "Questo - concludono i deputati pentastellati - al fine di meglio circostanziare la situazione di allarme che si sta venendo a determinare che la stessa <u>Lorenzin</u> non sta contribuendo a circoscrivere".

Il ministero della Salute ha spiegato chiaramente che "l'andamento del morbillo nella popolazione con **copertura** vaccinale insufficiente a fermarne la trasmissione, come accade purtroppo in Italia (e per questo l'OMS ci tiene sotto osservazione da due anni) è infatti a cicli, determinati dall'accumularsi di un numero sufficiente di soggetti non immunizzati e quindi suscettibili". "Quando questo numero diventa abbastanza elevato da permettere la circolazione del virus, il contagio si espande finché non viene circoscritto dalle barriere immunitarie di coloro che sono stati vaccinati". Secondo Guerra, "è una questione di semplice modellistica basata sull'elevata capacità di infezione del **virus** da un lato e dallo stato immunitario della popolazione dall'altro. La soglia di copertura del 95% è appunto il limite di equilibrio che impedisce la diffusione del virus".



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura** 12/2016: 216.821 **Diffusione** 12/2016: 177.209

Lettori Ed. II 2016: 1.199.000

Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

19-MAR-2017 da pag. 17 foglio 1 / 2 www.datastampa.it

Siamo pigri e svogliati Solo un quarto degli italiani fa sport

Le famiglie attive investono l'1,48% della loro spesa mensile Mancano cultura e politica, ma molto dipende dai genitori

Inchiesta

RAPHAËL ZANOTTI

🕇 ono passati quasi duemila anni da quando Giovenale si augurava che gli Dei gli concedessero «mens sana in corpore sano». E si sentono tutti. Patria di antica saggezza, l'Italia si è allontanata dalla loro pratica. E se il Coni, il Comitato olimpico, festeggiava l'incremento del 2,7% di chi pratica sport (crescita certificata dall'Istat tra il 2013 e il 2015), un dato più di altri mostra quanto lavoro ci sia ancora da fare: solo una famiglia su cinque spende per attività sportive (anno 2014). E questa spesa rappresenta appena l'1,48% di quella che l'intera famiglia affronta mensilmente.

Amanti della poltrona

Siamo pigri, il 40% degli italiani non pratica alcuno sport e nemmeno compie una seppur minima attività fisica come camminare, andare in bicicletta, farsi una nuotata ogni tanto. Percentuale che sale addirittura al 65% includendo anche chi «svolge ogni tanto qualche attività fisica». Nel panorama europeo siamo al quarto posto nella classifica dei poltroni, peggio di noi fanno solo Bulgaria, Malta e Portogallo.

La commissione europea negli ultimi anni ha spinto molto, con programmi e investimenti specifici, per cercare di far aumentare la pratica sportiva dei suoi cittadini. La lotta contro la sedentarietà è questione presa sul serio: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità fare attività física potrebbe aiutare a evitare un milione di morti all'anno in Europa.

Come hanno impattato in Italia queste politiche? Un miglioramento c'è stato. Se guardiamo all'ultimo studio dell'Istat «La pratica sportiva in Italia» uscito lo scorso 23 febbraio, notiamo come la percentuale di chi pratica sport con continuità sia in continua crescita dal 2013. Una persona su quattro, ormai, si dichiara uno sportivo. Il quadro è mutato rispetto al 1959, primo anno di studi: all'epoca solo 1.230.000 persone faceva sport, oltre il 90% era di sesso maschile, solo l'1% aveva meno di 14 anni e il primo sport era la caccia (33%). Oggi il primato è saldamente in mano al calcio. Lo scenario è migliorato, ma ci sono luci e ombre.

Lo Stivale diviso

L'Italia deve affrontare un grosso problema se vuole superare i suoi limiti: le sue differenze regionali. Come spesso accade il nostro Paese è un mosaico di situazioni molto diverse, e purtroppo anche nella pratica sportiva emerge in modo netto una differenza tra Nord e Sud. La regione con il più alto tasso di inattivi in Italia è la Sicilia, dove nel 2016 secondo i dati Istat - il 58,4% della popolazione dichiarava di non fare nulla. Situazione diametralmente opposta in Trentino Alto Adige, dove la percentuale di poltroni è appena del 15,5%.

Famiglia in tuta

Cosa fa la differenza? Innanzitutto la cultura familiare. Sempre secondo l'Istat l'83% dei figli (tra i 3 e i 24 anni) che hanno entrambi i genitori sportivi

svolge a sua volta attività sportiva. La percentuale scende al 68% quando lo sportivo è un solo genitore. Scende alla metà (44%) quando entrambi i genitori non fanno sport. È interessante notare, si trova nel rapporto 2017, come il genitore più influente sia la madre: se questa è sportiva, è più facile che lo siano anche i figli.

La «spinta» della politica

Ma è anche la politica che dovrebbe incentivare. E qui torna a farsi sentire il divario Nord-Sud. Nel 2014 ci sono città (tra quelle sopra i 200.000 abitanti) che hanno speso più di 30 euro pro capite per attività sportive (come Trieste, Torino, Firenze). Se guardiamo alle città del Sud, e si esclude Catania, la media è al di sotto dei 15 euro: meno della metà. Ovviamente non si calcolano gli investimenti del Coni o quelli diretti dello Stato, ma la classifica è abbastanza significativa. Per le piscine comunali il Comune che ha speso di più è Bologna (16,63 euro per cittadino), quello che ha speso meno è Roma (zero euro); per gli impianti è Trieste (20,24 euro), mentre Roma è di nuovo fanalino di coda (0,16 euro); infine per le manifestazioni sportive troviamo prima Padova (11,30 euro) e ultima Venezia (zero).

Spettatori? Nemmeno

Infine sfatiamo un mito: facciamo poco sport ma ne guardiamo molto. Non è proprio così. Siamo talmente pigri che non ci spostiamo neppure per andarlo a vedere, un evento sportivo. Secondo le ultime stime messe a disposizione da Eurostat (anno 2011) oltre il 70% degli italiani (tra i 25 e i 64 anni) dichiara di non aver seguito al-





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 12/2016: 216.821 Diffusione 12/2016: 177.209 Lettori Ed. II 2016: 1.199.000 Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

19-MAR-2017 da pag. 17 foglio 2 / 2

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

www.datastampa.it

cun evento sportivo dal vivo nei dodici mesi precedenti all'indagine. Anche in questo caso siamo quartultimi in Europa. Se non cambiano le cose ai discendenti di Giovenale non rimarrà che sperare nella sola mens sana.

BYNCND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Bordo campo Sul terreno di gioco dell'Europa dello sport, l'Italia resta sugli spalti. Siamo quart'ultimi nella classifica dell'attività fisica

