

Procreazione, legge anti caos dopo il caso del San Filippo

SANITÀ

Il 27 marzo del 2012 ci fu un guasto tecnico all'impianto di criocongelazione del Centro di procreazione medicalmente assistita dell'ospedale San Filippo Neri: furono distrutti 94 embrioni, 130 ovociti, 5 campioni di liquido seminale. Alcune coppie persero la speranza di avere un figlio. Quella vicenda fece anche luce sul fatto che nel Lazio non c'era una disciplina normativa che regolasse la fecondazione assistita.

Ieri la giunta regionale ha varato un decreto che va a colmare questa lacuna, definendo passaggi e tempistica per ottenere l'accreditamento. Le strutture sanitarie prima di essere autorizzate saranno sottoposte ai controlli di una commissione composta da tecnici del centro nazionale trapianti e delle Asl. La richiesta andrà inviata entro il 31 luglio. Spiegava ieri Maria Paola Costantini,

avvocato di Cittadinanzattiva: «Per un ciclo di fecondazione assistita una donna nel Lazio può arrivare a pagare costi esorbitanti, fino a 10 mila euro, in una struttura privata, altrimenti deve migrare in regioni come Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia, dove si paga il ticket. A Roma ci sono solo sette strutture pubbliche: le liste di attese arrivano a due anni e fino ad ora c'era il caos normativo». Secondo Maria Paola Costantini nel 2010 ci sono state nel Lazio 9.900 fecondazioni in vitro e solo 1.750 sono state fatte in strutture pubbliche. In un anno sono 4.500 le coppie laziali che hanno fatto ricorso alla fecondazione assistita, e la maggioranza, 3.000, in altre regioni. Teresa Petrangolini, consigliere regionale di maggioranza: «Il Lazio non sarà più l'unica regione italiana senza una disciplina normativa sulla fecondazione assistita».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Decreto di Zingaretti: «Così finisce l'incertezza»

Fecondazione artificiale La Regione: meno code e più trasparenza

Controlli nelle strutture pubbliche e private

Buone notizie per le coppie che non riescono a avere figli: entro un anno la Regione verificherà e controllerà in tutte le strutture pubbliche (7) e private (43) del Lazio che si occupano di Procreazione medicalmente assistita (Pma) i requisiti tecnici e professionali. Inizia così un nuovo percorso per dare «trasparenza operativa, chiarezza normativa, migliore assistenza e liste d'attesa più corte». Sono gli obiettivi del decreto firmato ieri da Nicola Zingaretti per «porre fine così a una lunghissima fase d'incertezza che durava dal 2004».

Tutti i centri che si occupano di Pma, infatti fino a oggi avevano l'accreditamento provvisorio. «Finalmente il Lazio non sarà più l'unica Regione italiana senza una disciplina normativa sulla fecondazione assistita — dice Teresa Petrangolini, consigliere regionale Pd —. Con l'adozione di questo percorso si introducono norme a tutela di operatori e, soprattutto, dei cittadini ed il Lazio si allinea ai sistemi più efficienti adottati già da tempo in altre Regioni». Tra un anno, quando il sistema sarà a regime, «non vedremo più tante donne e tante coppie spendere soldi fuori della Regione o rivolgersi esclusivamente a strutture private — so-

I costi

Nel Lazio il vuoto nei controlli ha inciso anche sui costi della Pma, che variano nelle strutture pubbliche (sono solo sette), da 800 euro a 2 mila euro a ciclo. In quelle private, invece (sono 43), da 4 mila a 10 mila a ciclo. Inoltre nel 2010 ci sono state nella Regione circa 9.900 fecondazioni in vitro (il tipo di fecondazione più importante) - secondo i dati di Cittadinanzattiva - e solo 1.750 nel pubblico. Un sistema, insomma, quello laziale, «che ha privilegiato il privato — osserva Maria Paola Costantini, avvocato di Cittadinanzattiva — a scapito sia dei cittadini, sia del sistema sanitario nazionale, con una perdita di circa 15 milioni di euro annui».

stiene Petrangolini —. Oggi il Lazio paga alle altre Regioni dai 3 mila ai 4 mila euro a donna per la fecondazione assistita, per non contare i costi in ticket, vitto, viaggio e alloggio a carico dei cittadini». Inoltre il problema procreazione «riguarda tante persone — aggiunge la Petrangolini —, nel Lazio una coppia su quattro ha problemi di fertilità».

Nel documento sono definite norme, passaggi e tempistica per il processo autorizzativo e di accreditamento. Tutte le strutture «dovranno inoltrare la domanda in via informatica, attraverso la piattaforma Lait - secondo uno schema già definito - entro il prossimo 31 luglio», spiegano dalla Regione. Da questa data partiranno le verifiche struttura per struttura per l'accertamento del possesso dei requisiti. I controlli sono affidati ad una Commissione mista, composta da tecnici del Centro nazionale trapianti e delle Asl. Il percorso dovrà concludersi entro il 30 giugno 2014. «Fino a oggi ogni centro si è comportato in modo differente dall'altro — sostiene Maria Paola Costantini, avvocato di Cittadinanzattiva —, tanto per i costi quanto per l'accettazione».

F. D. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

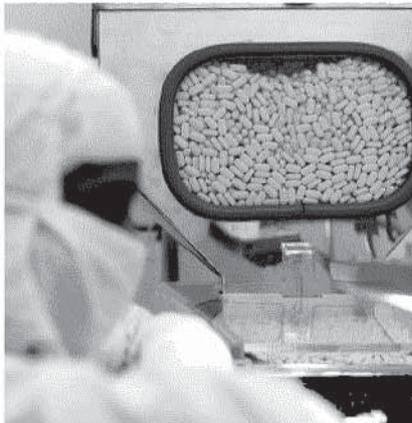
India

**Le cifre dell'orrore:
oltre 2.600 vittime
tra le cavie umane
dei farmaci**

DI STEFANO VECCHIA

Il governo indiano alla fine ha dovuto ammettere. Ha dovuto rivelare i numeri, le statistiche sugli effetti negativi dei farmaci sui suoi "cittadini-cavia". E ha puntato il dito ancora una volta contro le case farmaceutiche straniere, ma lo scandalo coinvolge anche la sua potente industria, ormai tra le maggiori al mondo.

A PAGINA 3



New Delhi ammette: oltre 2.600 vittime dei test sui farmaci

*Il governo indiano è stato costretto a fornire i dati:
sperimentazione in sette anni su 57.303 cittadini*

DI STEFANO VECCHIA

Il governo indiano alla fine ha dovuto ammettere. Ha dovuto rivelare i numeri, le statistiche sugli effetti negativi dei farmaci sui suoi "cittadini-cavia". E ha puntato il dito ancora una volta contro le case farmaceutiche straniere, ma lo scandalo coinvolge anche la sua potente industria del farmaco, ormai tra le maggiori al mondo.

La nota con cui a fine aprile, l'esecutivo di New Delhi ha comunicato ufficialmente alla Corte suprema che «fino a 2.644 persone» potrebbero essere state vittime di sperimentazione clinica di nuovi farmaci negli ultimi sette anni, solleva nuovamente una questione sentita e drammatica che proprio in questi tempi si intreccia con le controverse iniziative di produzione locale di prodotti prima coperti da brevetti internazionali ora disconosciuti dalla giurisprudenza locale. Sotto accusa sperimenta-

zioni registrate dal 2005 al 2012 che hanno riguardato 57.303 indiani, di cui 39.022 avrebbero completato i test clinici. Su di essi – secondo i dati presentati alla suprema istanza giudiziaria dal ministero per la Sanità e il Benessere familiare – sarebbero stati testati 475 nuovi prodotti, di cui soltanto 17 infine approvati per la commercializzazione in India. «I casi di morti dovute a eventi negativi avversi durante le sperimentazioni nel periodo in questione furono 2.644 e tra questi anche 80 casi di decesso attribuibili con certezza ai test clinici – conferma il ministro per la Sanità, Keshav Desiraju, nel suo rapporto alla Corte Suprema –. Circa 11.972 eventi negativi gravi (esclusi decessi) sono stati altresì registrati nel periodo dal primo gennaio 2005 al 30 giugno 2012, di cui 506 con certezza connessi con la sperimentazio-

ne». Il 3 gennaio scorso, la Corte aveva criticato il governo per la sua insensibilità e aveva chiesto al ministro della Sanità di controllare l'applicazione del meccanismo di selezione e controllo per la sperimentazione umana. Davanti al rischio concreto che i giudici decretassero la sospensione di ogni test, il vice-procuratore generale ha garantito che il ministro avrebbe personalmente vigilato sull'attuazione di un più stretto rispetto delle indicazioni del Comitato permanente parlamentare. Un provvedimento che ha tolto il governo dall'imbarazzo, ma che non è servito a fermare le accuse di gruppi della società civile.

In particolare, quelle dell'Organizzazione non governativa Swasthya Adhikar Manch (Forum per il diritto alla salute), che aveva minacciato di portare davanti alla Corte l'accusa che i cittadini indiani sono utilizzati alla stregua di cavie dalle aziende farmaceutiche straniere con una qualche forma di connivenza delle autorità. I dati mostrerebbero però responsabilità non solo di multinazionali, ma anche di aziende locali. Nel 2005 era stata cancellata la legge approvata solo un anno prima, che obbligava le case farmaceutiche ad ottenere l'attestazione di sicurezza ufficiale nel Paese d'origine per pro-

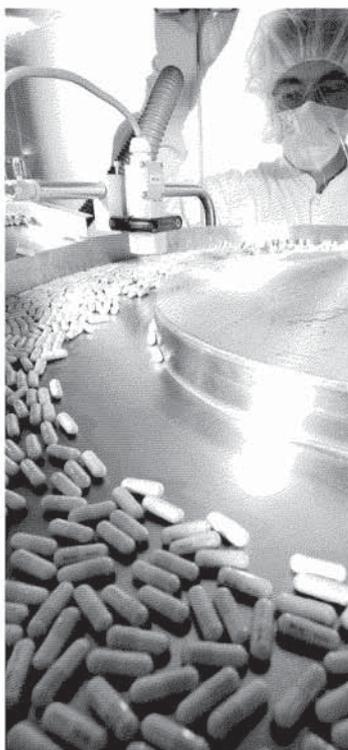
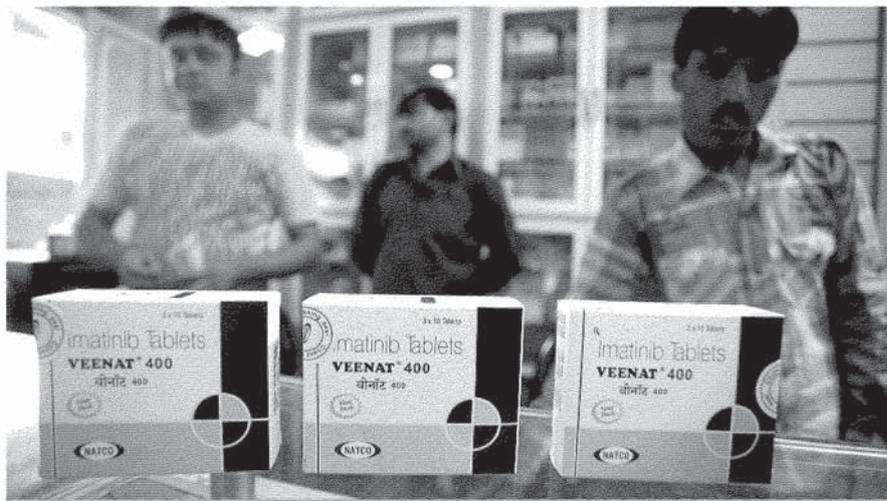
dotti da testare successivamente in India.

«Nell'ultimo quarantennio sono state approvate per la commercializzazione in India 900 diverse molecole medicinali di varie categorie, di cui solo sette scoperte e approvate nel paese, il resto scoperte e sviluppate altrove dopo complessi procedimenti di ricerca e di sviluppo, inclusi test sugli esseri umani», ha ricordato significativamente il ministro per la Sanità indiano.

Gli attivisti additano come responsabili di decessi e di abusi della legge soprattutto le aziende straniere autorizzate ad operare in India secondo protocolli severi sulla carta, ma che ad esempio lasciano ampio spazio ad incertezze sulla reale coscienza della scelta di sottoporsi ai test, dato il contesto di povertà, emarginazione e scarsa educazione da cui proviene la maggior parte dei volontari, a volte anche sotto la spinta di gravi problemi di salute. Interessi delle case produttrici, di strutture ospedaliere e di operatori sanitari rendono spesso opache le sperimentazioni e discutibili i risultati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricerche su 475 nuovi prodotti: soltanto 17, alla fine, sono stati approvati per la libera vendita al pubblico



Il farmaco anti-cancro a basso prezzo che, recentemente, i giudici indiani hanno autorizzati respingendo il ricorso della società svizzera Novartis che ne rivendicava il brevetto (Epa)



il fenomeno in Asia

Le regole sono chiare ma resta facile aggirarle

Il gigante emergente è la Cina, con un mercato interno di 100 miliardi di dollari: ora punta all'estero. Denunce di esperimenti nei campi di lavoro e in cliniche compiacenti

La maggior parte dei Paesi asiatici regolamenta in modo adeguato la sperimentazione umana, ma con risultati disomogenei, soprattutto nelle nazioni emergenti. L'India trae oggi vantaggio dai massicci investimenti delle multinazionali e se all'interno va transitando verso l'autonomia, crescono le sue esportazioni. Secondo un rapporto diffuso dall'agenzia Public Trust of India nel 2012, nonostante siano indiani solo l'1,5 per cento dei volontari su cui testare farmaci nel mondo, tra di loro si registra un elevato tasso di vittime: 2.031, per Pt, tra il 2008 e il 2011. Il caso dei sei sopravvissuti al disastro di Bhopal sottoposti dal 2004 al 2008 a sperimentazione involontaria che portò all'ospedale una guadagno di 220mila dollari, ha allora scandalizzato il paese, mentre il successivo caso del farmaco anti-tumorale somministrato a oltre 400 donne come

trattamento per la fertilità ha fatto scuola. Non casi isolati, tuttavia, ma fra tanti che vanificano la legge e pongono a rischio la salute di migliaia di dalit, tribali e donne, oltre

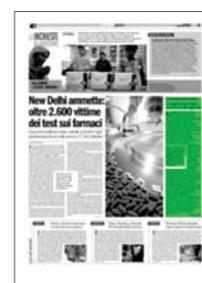
fornire risultati manovrabili ai produttori.

Altro grande

attore emergente è la Thailandia, duro oppositore dei brevetti, in particolare per quanto riguarda i farmaci anti-retrovirali. Dazi e altri provvedimenti protezionistici rendono assai difficile l'importazione di farmaci se non per patologie selezionate. La sperimentazione è regolata, non senza abusi in parte dovuti a corruzione o connivenze che colpiscono i gruppi più deboli della popolazione. La Repubblica Popolare cinese è oggi il terzo mercato mondiale del farmaco, con una spesa che si avvicina ai 100 miliardi di dollari (il 60 per cento «generici»). Similmente all'India, le grandi aziende cinesi puntano oggi sui mercati dei Paesi emergenti, oltre che al proprio «bacino» miliardario. Le multinazionali straniere, a loro volta, sono presenti massicciamente sul mercato interno, sovente in joint-venture. La sperimentazione è regolamentata e la partecipazione è volontaria. Tuttavia, le voci – più persistenti un tempo – sull'uso di «cavie umane» nei campi di lavoro e nelle carceri, sono oggi associate a quelle crescenti riguardo ad abusi compiuti da aziende farmaceutiche su pazienti che in ospedali compiacenti diventano a loro insaputa oggetto di sperimentazione.

Stefano Vecchia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



■ Ricerca I sistemi informatici di Intesa e Unicredit aiutano l'oncologia del Mario Negri

Una nuvola anti-tumori

Allo studio marker molecolari associati alla resistenza alle terapie

di Cristina Cimato

È stata celebrata ieri la prima giornata mondiale sul tumore ovarico, uno dei più subdoli e aggressivi, il quinto per frequenza nelle donne e il più letale. Allo Ieo di Milano è stato organizzato da Acto Onlus un dibattito pubblico tra medici e pazienti ma il sostegno alla ricerca sui tumori, in particolare quello ovarico, ha trovato un varco anche nella collaborazione virtuosa fra il mondo scientifico e quello tecnologico. È stato infatti appena avviato il primo progetto di «cloud scientifico-bancario» italiano che ha coinvolto Sia (leader europeo nella progettazione, realizzazione e gestione di infrastrutture e servizi tecnologici), Intesa Sanpaolo e Unicredit, che dà la possibilità ai ricercatori di accelerare le analisi dei dati riguardanti il sequenziamento del Dna. Il progetto Cloud4CancerResearch va a beneficio delle ricerche attuate all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, che può utilizzare l'elevata capacità elaborativa dei sistemi informatici bancari per velocizzare le proprie ricerche. Il progetto è sostenuto da Acto Onlus, associazione di pazienti nata pochi anni fa che si sta attivando per migliorare l'informazione su questo tumore al fine di incrementare la diagnosi tempestiva, unica arma in grado di dare buone possibilità di sopravvivenza per una neoplasia che colpisce ogni anno 220 mila donne. Di tutte le persone vittime del tumore ovarico, solo il 45% sopravvive a cinque anni, contro l'89% delle donne colpite da tumore al seno. Il motivo principale risiede nella diagnosi tardiva, dovuta in gran parte ai sintomi facilmente confondibili con malesseri più comuni e meno gravi. Il progetto prende le mosse dalla Next generation sequencing, ossia la nuova frontiera della ricerca scientifica basata sull'evoluzione dei protocolli di sequenziamento ancora in

fase prototipale, che richiede sistemi con un'elevata potenza di calcolo. L'obiettivo è quello di sviluppare algoritmi performanti per lo studio del genoma e incrementare così l'accuratezza delle analisi. Cloud4CancerResearch sfrutta le potenzialità del cloud computing, prevedendo la progettazione di un'architettura dedicata a supportare le attività di ricerca dell'istituto. Collegamenti di rete sicuri, grazie al supporto dell'infrastruttura multiservizio di Sia, permettono ai ricercatori del dipartimento di oncologia di accedere ai datacenter di Intesa Sanpaolo e Unicredit per effettuare complessi algoritmi di calcolo, anche differenti e in contemporanea, servendosi di un semplice browser internet e di una rete privata virtuale. Una parte delle risorse dei due istituti bancari, complessivamente 4 mila Cpu e 1 Terabyte di memoria Ram, vengono utilizzati dai ricercatori; il team di bio-informatici attualmente beneficia di 40 Cpu. La prima fase di test ha visto una riduzione dei tempi di elaborazione, per un file di 4Gbyte, passati da 2 ore a 10 minuti e un miglioramento dei calcoli di 100 volte. Il sistema è facilmente fruibile dai ricercatori, che possono gestire in autonomia gli ambienti impostando le condizioni più adeguate alle loro elaborazioni. Attualmente l'applicazione in corso riguarda lo studio dei marker molecolari associati alla sensibilità e alla resistenza alle terapie dei tumori ovarici, così da migliorare i trattamenti. «La ricerca sui farmaci è particolarmente attiva anche perché questi rappresentano una possibilità di sopravvivenza importante per le donne con tumore avanzato», ha spiegato Nicoletta Colombo, direttore dell'unità di ginecologia oncologica medica allo Ieo, «i nuovi farmaci attivi possono infatti cronicizzare la malattia. Tra le nuove opportunità di cura quella con i farmaci angiogenici, che bloccano la crescita del tumore inibendo la formazione di nuovi vasi sanguigni». (riproduzione riservata)



quotidiano**sanità**.it

Giovedì 08 MAGGIO 2013

Lorenzin: "Il modello organizzativo e strutturale del Ssn va rivisto. Ma basta tagli alla sanità"

L'intervento al Congresso nazionale della Cisl Medici. "Basta a competizione tra Regioni, il modello Italia deve competere con l'Europa". Ma "ulteriori riduzioni di risorse alla sanità non appaiono compatibili". Si alla proroga dell'intramoenia. Spinta alla riforma delle cure primarie e nodo ticket. L'INTERVENTO INTEGRALE.

"L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema" perché ormai in virtù della "riforma del titolo V, dei cambiamenti sociali e demografici, dell'evoluzione scientifica e tecnologia della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione e delle cronicità, l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria, rendono non più procrastinabile ripensare il nuovo modello organizzativo e strutturale del Ssn". Non c'è che dire, la neo Ministra della Salute, Beatrice Lorenzin nel corso del suo primo intervento pubblico nel corso del III congresso nazionale della Cisl medici, ha subito mostrato la volontà di non voler essere un ministro dello status quo.

Un progetto, quello di riforma del Ssn, non certo nuovo e richiesto ormai da molti addetti ai lavori dopo dieci anni e rotti di regionalismo sanitario, ma per la Lorenzin fino ad oggi "non abbiamo avuto ancora il coraggio di modificare radicalmente il nostro modello di assistenza". Un messaggio forte che parte dal paradigma che "non è più possibile pensare ad un modello orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali, ma dobbiamo preoccuparci di rendere competitivo il modello italiano in Europa".

E il riferimento in questo caso è alla direttiva Ue sull'assistenza transfrontaliera. Ma nell'attesa di scoprire se al coraggio delle parole corrispondano i fatti, la neo Ministra non si è limitata alle strategie organizzative, anzi è entrata nello 'specifico' su molte tematiche stringenti che riguardano da vicino la sanità e chi vi lavora. Così ha subito scacciato l'ombra di nuovi tagli: "Alla luce dei dati e delle osservazioni che in questi giorni sto raccogliendo dalle direzioni ministeriali competenti e dagli operatori ulteriori riduzioni di risorse alla sanità non appaiono compatibili". Sul tema delle risorse la Lorenzin, rispondendo a una nostra specifica domanda sui nuovi ticket che incombono per il 2014, ha ribadito l'intento di mettere mano alla questione sulla quale il Governo è molto sensibile tanto che ci sarà un "titolo" a parte, ma non ha voluto dire di più.

Ma come dicevamo la Ministra è andata oltre, affrontando il tema dell'intramoenia su cui ha affermato di essere favorevole ad un proroga di sei mesi dell'avvio del sistema disegnato dal suo predecessore. Altro tema caldo toccato dalla Ministra è stato anche quello delle cure primarie (il 10 maggio scade il termine entro cui Regioni e Sindacati medici avrebbero dovuto implementare le nuove norme della Legge Balduzzi nelle convenzioni. Da dopo quella data, la norma prevede che sia il Ministro della Salute di concerto con l'Economia e dopo aver sentito le Regioni e i sindacati ad emanare un decreto ad hoc). Ebbene la Lorenzin ha rimarcato come prima di "giungere all'adozione di interventi sostitutivi, occorre compiere ogni sforzo per favorire l'apertura delle trattative".

Altro tema su cui sarà impegnata la nuova inquilina di Lungotevere Ripa sarà poi quello della responsabilità professionale. "Le novità introdotte non risolvono il problema, tuttavia attuarle

rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri interventi".

Un particolare focus è stato poi dedicato ad alcuni temi specifici che riguardano i sanitari e in particolare i giovani. Il primo aspetto riguarda il precariato: "Nel 2011 i dati parlano di 35.200 precari nel Ssn, di cui circa 7.000 medici e 11.000 infermieri. Nel 2012 la legge 189/2012 ha eliminato per il personale sanitario la durata massima dei tre anni e il vincolo di unicità della proroga. È un primo passo ma l'obiettivo rimane il superamento del precariato". Ma il ministro è entrato ancora più addentro alla questione ricordando come già nella scorsa legislatura si era aperto un confronto sul tema con i sindacati. Ed è da qui che per la Lorenzin bisogna ripartire: regolarizzazione dei professionisti assunti a tempo determinato; superamento delle assunzioni a tempo determinato e introduzione delle norme sugli standard minimi delle strutture sanitarie.

Sulla questione precari incide parecchio il blocco del turn over nelle Regioni in Piano di rientro. Sul punto la Lorenzin ha evidenziato come il Ministero "giocherà fino in fondo il suo ruolo affiancante per supportare un percorso virtuoso delle politiche di assunzione".

Ma oltre al problema del lavoro che non si trova, c'è quello della formazione specialistica (vista la riduzione degli stanziamenti). "È mia intenzione avviare un confronto costruttivo con il ministero dell'Istruzione, l'Economia e le Regioni per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico".

Infine la Lorenzin ha delineato il nuovo percorso che deve intraprendere il Ministero della Salute: "Deve riprendere il suo ruolo di garanzia dell'unità del Ssn, per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute a tutti i cittadini".

L.F.

Stamina, i guru della medicina bocciano le cure senza prospettiva

Brescia, gli accademici appoggiano i Civili smentiti dai giudici

Federica Pacella

■ BRESCIA

IL METODO Stamina? Non può offrire una concreta prospettiva di cura. Lo sostiene il mondo accademico di Brescia, città divenuta teatro della vicenda Stamina, visto che ad erogare il trattamento sono gli Spedali Civili bresciani. Proprio per dare un sostegno alla direzione dell'ospedale, esposta a forti e contrastanti pressioni, medici e ricercatori dell'area di Medicina dell'Università di Brescia hanno dato un giudizio scientifico sul metodo Stamina. «Il trattamento non risponde a nessuna delle linee guida tracciate dalla società internazionale che si occupa di questo tema e ai principi scientifici cui, come medici e ricercatori, facciamo riferimento. I pronunciamenti giudiziari non possono sostituire le regole e il metodo scientifico».

ATTENZIONE, dicono gli accademici, a non farsi coinvolgere emotivamente. «La medicina deve basarsi su evidenze e prove scientifiche trasparenti e condivise. Il coinvolgimento emotivo dei malati e dei loro familiari non può trovare risposte in trattamenti senza regole, la cui efficacia e sicurezza non sono state adeguatamente valutate secondo procedure pienamente accettate e condivise in tutto il mondo». Al momento, insomma, mancano i dati scientifici per utilizzare il metodo Stamina a scopo terapeutico, seppure come cura compassionevole. Gli accade-

mici sono inoltre preoccupati che le energie spese dal Civile per applicare la terapia Stamina pregiudichino l'assistenza e la disponibilità di risorse e penalizzino malati per cui ci sono trattamenti basati su solide evidenze scientifiche. Attualmente al Civile sono in cura una trentina di pazienti, dalla piccola Celeste Carrer, la prima ad essere autorizzata da un Tribunale a proseguire il trattamento al Civile dopo il blocco di Aifa, all'ultimo caso del bimbo di Napoli di 5 anni e mezzo, affetto dalla sindrome di Sandhoff, che ha ricevuto l'autorizzazione la scorsa settimana.

COME DIMENTICARE, poi, il caso di Sofia, la bimba di Firenze al cui caso si sono interessate anche Le Iene. A distanza di 30 giorni dalla seconda infusione, la mamma di Sofia ha fatto sapere che la bambina stiracchia le braccia, un movimento che da mesi non faceva più. Da una parte, dunque, gli esperti. Dall'altra le famiglie, che, dopo il blocco imposto al Civile da Aifa un anno fa, per accedere al trattamento devono ricevere l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, pur avendo firmato il protocollo per cicli di cinque infusioni. La svolta potrebbe arrivare dal decreto Balduzzi, già approvato al Senato e in calendario alla Camera, che aprirebbe la strada all'uso compassionevole di trattamenti a base di staminali per rare patologie neurologiche. L'accesso alla cura sarebbe così garantito per tutti. Sull'efficacia il dibattito resterà ancora molto aperto.



RAPPORTO SALUTE

«Si salvi chi può». La sanità non è uguale per tutti

La crisi fiscale dello Stato ha sbaragliato la tenuta del sistema sanitario nazionale, imponendo ai cittadini un ricatto: pagare per essere curati. Il Rapporto 2012 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità denuncia la sperequazione tra i diritti dei cittadini nati a Sud o a Nord di un paese diviso per censo.

CICCARELLI | PAGINA 6

SALUTE • Cittadinanzattiva: «Il federalismo sanitario è ko: dal parto al cancro l'Italia non è un paese uguale per tutti»

Si salvi chi può, nasce la sanità fai da te

Istantanee da un paese dove l'austerità ha di fatto sbaragliato il Ssn nazionale a favore dei privati

Roberto Ciccarelli

La crisi fiscale dello Stato ha sbaragliato la tenuta del sistema sanitario nazionale a favore dei privati, imponendo ai cittadini un ricatto estremo: pagare per essere curati. Il rapporto 2012 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità presentato ieri a Roma dall'associazione Cittadinanzattiva è un nuovo tassello che si aggiunge un nuovo capitolo al romanzo italiano sulla sperequazione tra i diritti dei cittadini nati a Sud o a Nord di un paese diviso per censo.

Il federalismo ha fallito e la salute non è uguale per tutti in Italia. A questo scenario dolorosamente presente a tutti coloro che sono costretti a migrare dalla Calabria al Trentino, o dalla Campania alla Lombardia, per ricevere una cura contro il cancro o per partorire, negli ultimi mesi si è aggiunta una verità altrettanto scomoda. Per la prima volta la legge di stabilità approvata dal governo Monti ha tagliato il fondo Sanitario 2013 di un miliardo di euro rispetto al finanziamento dell'anno precedente. E questa situazione costringerà tutte le regioni a comportarsi ancora di più da «carnifici dei diritti», così le ha definite ieri Antonio Gaudioso, segretario generale di Cittadinanzattiva. Salvo rimpensamenti dell'ultim'ora nel Documento di economia e finanza che il governo Letta ha riportato all'attenzione del parlamento, questo taglio inciderà su una spesa sanitaria che è tra le più basse d'Europa. Contrariamente ad un vasto, e consolidato, senso comune l'Italia nel 2009 spendeva il 7,5% del Pil rispetto all'8,4% della Francia e all'8,5% della Gran Bretagna. Ad oggi non sono disponibili altri dati, ma è probabile che il ta-

glio alla spesa primaria insieme alla *spending review* approntata dal governo Monti, abbiamo accresciuto il solco tra il nostro paese e il resto del continente.

Questa situazione è stata più volte denunciata dalla Conferenza delle Regioni negli ultimi mesi. Cittadinanzattiva chiede di arrestare la strategia dei tagli lineari imposti dall'austerità anche nella sanità (21 miliardi di euro tra 2011 e 2015) e di passare alla «programmazione» per arrivare all'approvazione del Piano nazionale sanitario e del nuovo «patto per la salute». Oltre alla tenuta costituzionale di un paese è in gioco quella sociale. Basta guardare ad alcuni dei dati presenti nel rapporto. Quello, ad esempio, sulla «migrazione sanitaria» sulle cure sanitarie. Il 74% dei cittadini meridionali sostiene di aver avuto difficoltà di accesso al Ssn. Per questa ragione è in atto una vera e propria «fuga» dalla Calabria, dalla Basilicata, dall'Abruzzo, dalla provincia di Trento o dalla Valle d'Aosta verso regioni che assicurano standard più dignitosi. Per la chemioterapia il Veneto è la regione da cui si fugge di più, mentre il Friuli dimostra un indice di attrazione molto forte. Un altro campo dove la sperequazione tra i diritti è molto accentuata è quello dei ticket. Dal 2007 al 2011, l'incidenza dei ticket sulla spesa farmaceutica è passata da 539 a 1337 milioni di euro, con un incremento del 34% solo tra il 2010 e il 2011. Parallelamente, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Ssn è calata del 4,6%. I tempi di attesa per la disponibilità dei protuari regionali varia dai 530 giorni del Molise ai 217 della Puglia.

Il pagamento del ticket è inoltre diverso da regione in regione. Se nella provincia di Trento si paga 7,48 euro in Sicilia il ticket è di 31,96 euro. Nel mezzo si trova la Toscana con 11,48 euro e la Lombardia con 24,10. Queste cifre rischiano di salire ancora se verrà confermata la previsione avanzata dal Def approvato da Monti. La spesa sanitaria, che nel 2012 si è assesta-

terà di più di 2 miliardi entro il 2014, assestandosi a 113,029 miliardi di euro. È uno degli effetti della sentenza numero 187 della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittima l'introduzione di nuovi ticket sanitari.

Nel rapporto di Cittadinanzattiva emerge anche il crescente clima di sfiducia, per non dire di contrapposizione, tra questi ultimi e le istituzioni. Nel gennaio scorso una ricerca Doxa e un'altra della Fimm sui medici di famiglia registrano un dato significativo: il 53% degli intervistati si disse insoddisfatto per la gestione regionale della sanità, chiedendo che le competenze in materia sanitaria tornassero sotto la diretta responsabilità dello Stato. A questo dato Cittadinanzattiva ne aggiunge un altro, decisivo per dimostrare il grado di fiducia nella sanità pubblica. Secondo un'analisi europea sulla qualità di governo condotta dall'università svedese di Gotemborg, l'Italia si colloca al 25° posto (su 27) per la qualità dell'amministrazione, le regole dello stato di diritto e l'incidenza della corruzione. Sicilia, Campania, Calabria e Puglia si collocano al livello delle regioni interne dell'Europa orientale, mentre le regioni virtuose nel governo della sanità come Emilia Romagna o Lombardia restano lontane dalle regioni virtuose del Nord Europa. In queste condizioni la carenze di trasparenza amministrativa complica gravemente i rapporti tra medici e pazienti.



34%

L'INCREMENTO dei ticket sulla spesa farmaceutica che dal 2007 al 2011 è passata da 539 a 1337 milioni di euro. L'aumento si è fatto sentire maggiormente tra il 2010 e il 2011. Il ticket a Trento si paga 7,48 euro, mentre in Sicilia è arrivato a 31,96 euro

74%

LA PERCENTUALE dei cittadini meridionali che sostiene di avere avuto difficoltà ad accedere alle prestazioni del sistema sanitario nazionale. Quella in atto in Italia è una «migrazione sanitaria» verso il Nord del paese, anche se non mancano eccellenze nel Sud

MIGRANTI • Il medico di famiglia garantito solo in 6 regioni

Nel rapporto 2012 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva vengono sottovalutate le forti disparità nel trattamento e la cura delle malattie per i figli degli immigrati e per i clandestini. Solo 6 regioni su 21 (Toscana, l'Umbria, la provincia autonoma di Trento, l'Emilia Romagna, le Marche e la Puglia) assicurano un medico di famiglia o il pediatra di libera scelta ai figli di genitori stranieri non regolarmente iscritti al sistema sanitario nazionale. Per gli stranieri irregolari la situazione è altrettanto variegata. Poco più della metà delle regioni (tra le quali Campania, Piemonte, Sardegna o Veneto) garantiscono la continuità assistenziale, 8 l'hanno delegata alle Asl. La Basilicata offre ai migranti solo il pronto soccorso. Il rapporto si sofferma sui dati del parto indolore. Dei 158 punti nascita con meno di 500 parti all'anno censiti nel 2009, a luglio 2012 ne sono stati chiusi 20, di cui 9 nella sola Calabria. L'indagine Siaarti 2012 ha inoltre rivelato che su 580 punti nascita solo Valle d'Aosta e Friuli erogano il parto in analgesica nel 100% dei casi, mentre in Molise nessun centro eroga il servizio di epidurale da travaglio. La Sicilia lo esegue nel 6,2% dei punti nascita. Variegata è anche la situazione del servizio di analgesia. In Nord Italia le strutture con oltre 1000 parti la offrono gratuitamente, a Sud avviene nelle strutture più piccole. Veneto e Friuli sono le regioni più virtuose. **ro. ci.**

ANZIANI

L'assistenza territoriale è l'eterna incompiuta nel Welfare più diseguale in Europa

Dal rapporto 2012 di Cittadinanzattiva emerge anche la crisi dell'assistenza sanitaria territoriale definita come l'«eterna incompiuta» della sanità italiana. Nel 2011 la spesa complessiva per la medicina generale convenzionata è stata di 6 miliardi e 624 milioni di euro. La Lombardia è stata la regione che ha speso di più con 901 milioni, il Molise quella che ha speso di meno (51 milioni di euro). L'Emilia Romagna è la regione virtuosa

nella percentuale degli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata: l'11,6%. Peggiorano Piemonte, Marche e Puglia. Quest'ultima si colloca in fondo alla classifica degli over 65 trattati a domicilio: l'1,9%. Nel Welfare sanitario più diseguale d'Europa il Trentino Alto Adige è la regione che ospita il maggior numero di cittadini in presidi residenziali socio-assistenziali. Le regioni che invece registrano l'accoglienza più bassa sono il Lazio, la Puglia e la Campania, tre regioni che sono state sottoposte ai «piani di rientro». Infine, il rapporto si sofferma sulla prevenzione vaccinale. L'Italia è la nazione che destina meno risorse: 0,5% rispetto al 2,9%. La situazione è a macchia di leopardo: solo 6 regioni hanno un software unico, in 7 cambia di Asl in Asl. In Calabria non esiste un registro vaccinale informatizzato.

stampa | chiudi

SALUTE

Nuova Sars, primo caso in Francia

L'uomo, ricoverato in rianimazione, rientrava dagli Emirati Arabi. Nel mondo già 30 vittime per il nuovo virus

Il primo caso di infezione respiratoria acuta dovuta ad un virus parente della Sars è stato registrato in Francia. Lo ha reso noto il ministero della Sanità, precisando che ad ammalarsi è stata una persona rientrata da un soggiorno negli Emirati arabi. L'infezione, spiega il ministero, è stata segnalato all'Istituto di sorveglianza sanitaria (Invs) dal Centro di riferimento dell'Istituto Pasteur che ha realizzato le analisi virologiche.

EMIRATI ARABI - Il paziente colpito dalla sindrome era di ritorno da un soggiorno negli Emirati Arabi, area in cui si è registrato il numero maggiore di infezioni. Attualmente la persona infettata è ricoverata in rianimazione, in regime di isolamento, spiega il ministero francese sottolineando di aver avviato un'approfondita indagine epidemiologica sul caso.

LE VITTIME NEL MONDO - Solo nelle ultime ore sono 13 le persone che in Arabia Saudita hanno contratto il coronavirus simile alla Sars. Sono 30 le vittime del cugino della Sars nel mondo, secondo l'Osservatorio dell'Oms, incluse le ultime 18 morti da settembre, quando si è riacutizzato il contagio. Anche questo ceppo del coronavirus potrebbe causare i sintomi del raffreddore e dell'influenza, ma anche una grave sintomatologia respiratoria (Severe Acute Respiratory Syndrome), come quella manifestatasi in Asia nel 2003, uccidendo 775 persone nel mondo. In Europa il nuovo virus era già arrivato lo scorso settembre in Gran Bretagna e in Danimarca.

Redazione Salute Online

stampa | chiudi

FOLLIA E NORMALITÀ

Sindrome
bipolare

Diventa più facile dare del matto

Sta per uscire la quinta edizione del Dsm, manuale di 900 pagine che classifica circa 300 malattie psichiatriche. Ma i criteri sono così ampi che chiunque rischia una diagnosi di disturbo mentale.

82

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

SELPRESS
www.selpress.com

di Chiara Palmerini

Lo chiamano la «bibbia degli psichiatri». È il *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Dsm), un librone che classifica i disturbi psichiatrici e, in parole povere, stabilisce il confine tra normalità e malattia. Lo usano i medici per diagnosticare le patologie psichiche, vi fanno riferimento le assicurazioni, soprattutto negli Stati Uniti, e le perizie medico-legali. Fra pochi giorni ne verrà pubblicata la quinta edizione (Dsm-V), dopo un lavoro di revisione durato anni. Un evento che sta già provocando discussioni e critiche a non finire. Il National Institute of mental health americano ha fatto sapere, per esempio, che non considera il Dsm-V così affidabile, perché si basa solo sui sintomi ignorando altri strumenti come visualizzazioni cerebrali o analisi genetiche. Ma l'accusa principe è che nel nuovo Dsm i criteri per la diagnosi sono così ampi che, all'atto pratico, diventerà facilissimo essere giudicato «malato».

L'ambizione con cui il Dsm è nato è rendere più scientifico il lavoro del medico della mente, che non avendo radiografie o test del sangue può fare una diagnosi verificando se il

paziente risponde a certi criteri: sei triste per quasi tutto il giorno? Sei dimagrito? Non dormi? E così via. Se, per esempio, la risposta è sì a cinque tra queste e altre domande, allora sei depresso. In più, sostengono i critici, il manuale trasforma tratti caratteriali in malattie. Così i normali finirebbero per diventare una specie in via d'estinzione. È dato che per ogni malattia c'è uno psicofarmaco, le pillole per la mente sarebbero più diffuse dell'aspirina.

Quando uscì la prima volta, nel 1952, il manuale era un volumetto distribuito a 3 dollari e 50. Oggi ha 900 pagine, classifica 300 malattie mentali, e l'associazione che lo produce, l'American psychiatric association, ricava dalla vendita 5 milioni di dollari l'anno. Numeri che, per il nuovo Dsm (199 dollari a copia), cresceranno ancora. Uno dei critici più accesi è Allen Frances, autorevole psichiatra che ha curato i lavori per la quarta edizione del manuale. «Il Dsm V è ormai fuori rotta» dice a *Panorama*. «Introdurre nuove diagnosi in psichiatria può essere più pericoloso che introdurre nuovi farmaci. C'è bisogno dello stesso attento monitoraggio». Secondo Frances, con i nuovi criteri potrebbe diventare comune diagnosticare il disturbo da deficit da attenzione (Add): faticare a rimanere concentrato, avere l'aria di non ascoltare, essere restii a sforzi mentali potrebbe bastare per ritrovarsi affetti da Add. «Il Dsm V rafforzerà la moda del disturbo da attenzione degli adulti».

Ma la disattenzione non è l'unica realtà della vita che rischia di diventare malattia. Chi al primo sintomo, dalla stanchezza all'insonnia, inizia a preoccuparsi non sarebbe più un malato immaginario bensì affetto da «disturbo da sintomi somatici». Chi è in lutto per la perdita di una persona cara, e non torna alla vita di sempre nei tempi giudicati normali, potrebbe ricevere una diagnosi di depressione. Mentre, a causa dell'introduzione del «temper dysregulation disorder», disturbo da contenimento della rabbia, qualunque bambino che scoppia in bizzes esagerate potrebbe essere considerato malato. «Il Dsm è il punto di riferimento anche per la medicina generale, e le diagnosi fatte sulla sua base diventano il target per prescrizioni farmaceutiche» osserva Giovanni Fava, ordinario di psicologia clinica all'Università di Bologna.

Gran parte delle modifiche del Dsm V non è suffragata da una consultazione ampia tra psichiatri. Il gruppo di lavoro che ha dato vita

al manuale è fatto da poche decine di esperti. Il parere di altri specialisti, quando richiesto, non sempre è stato tenuto in considerazione. Mario Maj, ordinario di psichiatria all'Università di Napoli, è stato chiamato a far parte del gruppo di lavoro sui disturbi dell'umore: «Ho condiviso alcune novità e ho cercato di oppormi ad altre. Ero contrario a diagnosticare il lutto come depressione, per il rischio di medicalizzare una condizione normale». Nonostante ciò, la modifica è passata, anche se Maj è riuscito a far introdurre una nota che delinea il quadro del «lutto fisiologico» e un'altra secondo cui per la diagnosi di depressione deve prevalere la valutazione del medico, non la stretta aderenza al manuale.

L'American psychiatric association e molti degli esperti che hanno lavorato al Dsm sono stati accusati di avere relazioni con l'industria, interessata ad aumentare il più possibile il numero dei malati. «Le società scientifiche non hanno più l'autonomia intellettuale sufficiente per pronunciarsi in certe aree» ritiene Fava. Secondo Allen, di cui uscirà in autunno per la Bollati Boringhieri il libro *Saving normal* (in difesa della normalità), il conflitto di interessi non è neppure finanziario, ma intellettuale. Gli estensori del manuale sono un gruppo ristretto di esperti che si preoccupano più dei (pochi) potenziali pazienti che potrebbero sfuggire a una diagnosi che dei milioni di persone normali etichettate come disturbate e curate inutilmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

deficit
dell'attenzione

Disturbo
d'ansia
generalizzata

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Roberto Napolitano

Diffusione Testata
267.449

Stili & Tendenze

FIERE

Il benessere vale 21 miliardi l'anno

pag. 44



In pista. A fianco una sessione di allenamento a RiminiWellness 2012. Sopra Patrizia Cecchi, direttore Business unit di Rimini Fiera

Fiere. Apre oggi RiminiWellness con 400 espositori e 230mila visitatori attesi

Il benessere in Italia vale 21 miliardi all'anno

**Contro la crisi
centri e palestre
diversificano**

l'offerta ai clienti

Marika Gervasio

Un giro d'affari annuo da oltre 21 miliardi che coinvolge oltre 70mila addetti e più di 35mila imprese tra istituti di bellezza (il 70% delle imprese totali del comparto a quota 21mila), centri idrotermali e stabilimenti per il benessere fisico (2.500), piscine e palestre (circa 7mila), hotel con area wellness (4.200), stabilimenti balneari attrezzati (500). A questi si aggiungono i 3.773 esercizi ricettivi presenti nelle località termali.

È la fotografia del settore del benessere in Italia (su dati Aiceb Confesercenti, Censis e Coni) scattata in occasione dell'ottava edizione di RiminiWellness, la fiera dedicata al fitness e allo stare bene, da oggi a domenica a Rimini Fiera.

La Lombardia si conferma la regione con il più elevato numero di imprese dedicate alla cura del corpo, con il 36,1% delle attività totali. In particolare, quasi un centro benessere su cinque (18,3%) tra quelli attivi in Italia ha sede nella provincia di Milano.

Gli italiani che praticano più o meno regolarmente un'attività sportiva sono circa 40 milioni. Il 23% della popolazione nazionale frequenta con costanza un centro fitness e l'8,7% le strutture per la cura del corpo, mentre quasi 11 milioni di italiani spendono o si dichiarano pronti a spendere fino a 1.200 euro all'anno per prodotti e servizi per il proprio benessere fisico.

I frequentatori di palestre e di centri fitness vivono per il 56% al nord, per il 25% al centro e per il 19% al sud. In particolare, ai primi posti troviamo Lombardia (19%), Veneto (11%), Emilia Romagna e Lazio (entrambi al 10%), Toscana (8%). Spiccano al sud Campania (6%), Puglia e Sicilia (en-

trambi al 4%).

«Nonostante la crisi economica le imprese del settore stanno tenendo - spiega Patri-

NUMERI

21

Miliardi

Il giro d'affari annuo del settore benessere in Italia che coinvolge oltre 70mila addetti e più di 30mila imprese

230

Mila

I visitatori, provenienti da trenta Paesi del mondo, che si prevedono all'ottava edizione di RiminiWellness

zia Cecchi, direttore Business unit di Rimini Fiera - . Ciò è dovuto sia a un'offerta che si diversifica con grande rapidità e che propone sempre più centri polifunzionali, sia all'accresciuto interesse degli italiani verso il benessere in generale e la forma fisica in particolare, anche da parte di fasce di età



più alte. Si assiste, inoltre, a una polarizzazione dei consumi sempre più indirizzati o verso palestre, anche di fascia alta, che offrono molti servizi, o verso centri low cost».

E RiminiWellness risponde: 46 palchi, 15 padiglioni espositivi pari a 96mila metri quadrati indoor e 66mila outdoor, più di 1.500 ore di lezione in quattro giorni, 70 convegni e incontri studio, 400 espositori e la previsione di circa 230mila visitatori provenienti da oltre 30 Paesi.

I padiglioni saranno suddivisi tra le aree Wfun - che ospiterà per tutti gli appassionati un mix di masterclass, corsi e dimostrazioni - e Wpro dove saranno protagoniste, oltre alle istituzioni di riferimento, alle università e alle associazioni, le aziende del settore per le quali la fiera ha investito invitando buyer internazionali soprattutto da Russia, Stati Uniti, Cina, Regno Unito e Brasile.

«Un'esigenza delle aziende che espongono - aggiunge Cecchi - visto che il mercato europeo è fermo». E continua: «Ci stiamo impegnando per rendere RiminiWellness una manifestazione sempre più internazionale. Per questo motivo stiamo lavorando, per esempio, a una partnership negli Stati Uniti».

la Repubblica.it

Troppo cibo, alcol e sesso virtuale è la generazione "over tre ore"

I pediatri, riuniti in questi giorni a Bologna per il congresso nazionale, tracciano il profilo degli adolescenti italiani: che passano sempre più tempo su internet, studiano poco, mangiano male. Tre su dieci hanno una foto "provocante" in Rete, il 15% ha accettato proposte di avances online. Chi pratica sport va anche meglio a scuola

di ROSARIO DI RAIMONDO

Lo leggo dopo



TAG

adolescenti, congresso di pediatria

BOLOGNA - Non leggono, praticano meno sport, mangiano male e alzano già il gomito al bancone. Sono ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 14 anni che, ogni giorno, passano più di tre ore su Internet. E che per questo hanno degli stili di vita peggiori e più a rischio rispetto ai coetanei che allo schermo di un pc preferiscono ancora due calci a un pallone nel cortile sotto casa. È la fotografia scattata dalla Società italiana di pediatria, che dall'8 al 10 maggio raduna a Bologna centinaia di medici provenienti da tutta Italia per il 69esimo congresso nazionale della categoria. Uno studio, quello della Sip, che evidenzia come oggi il 70% degli adolescenti naviga in rete quotidianamente (era il 42% nel 2008), mentre l'80% di loro ha un profilo Facebook.

Repubblica Bologna è su [Facebook](#) e [Twitter](#)

Generazione "over tre ore". I pediatri la definiscono così, nel rapporto "Abitudini e stili di vita negli adolescenti italiani" stilato fin dal 1997. Per identificare quel 21,3% di adolescenti italiani che nel 2012 hanno trascorso più di tre ore al giorno in Rete (era l'8,6% nel 2008).

Le conseguenze. Nel rapporto della Sip si elencano una serie di conseguenze per questa fascia di adolescenti. Solo il 36% di loro va bene a scuola (contro il 52% dei coetanei che usano meno Internet), mentre il 27% non studia più di un'ora al giorno (contro il 17%). E ancora: un ragazzo su due va spesso a letto dopo mezzanotte, fuma e, nel 30% dei casi, si è già ubriacato più di una volta, non fa sport o ha seguito una dieta grazie ai "suggerimenti" trovati online.

"Atteggiamenti più trasgressivi". "La fruizione sempre più massiccia di Internet e, quindi, la sempre maggiore conoscenza dello strumento - commenta Maurizio Tucci, curatore delle indagini Sip e Presidente dell'Associazione Laboratorio Adolescenza - invece di indurre i giovani utenti ad atteggiamenti più consapevoli e quindi più prudenti li spinge ad assumere comportamenti sempre più liberi e trasgressivi". Qualche esempio: tre adolescenti su 10 confermano già di aver messo una foto "provocante" in Rete. Il 25% di aver dato il proprio numero di cellulare a una persona conosciuta online, il 15% ha accettato proposte di sesso virtuale, sempre con uno sconosciuto, mostrandosi anche in web-cam.

Malattie sessualmente trasmissibili. "Di eventuali problemi i giovani non parlano né con il medico né con i genitori, al limite scambiano informazioni tra loro il più delle volte sbagliate - spiega la dottoressa Barbara Suligoj, direttore del Coa (Centro operativo Aids) dell'Istituto superiore di Sanità, che negli ultimi anni ha monitorato un aumento esponenziale di malattie sessualmente trasmissibili - c'è una recrudescenza inaspettata che non si osservava dagli anni 70: dal 1991 al 2011 il sistema di sorveglianza basato su centri sentinella italiani ha segnalato più di 85mila nuovi casi, circa il 20% riguarda i giovani tra 15 e 24 anni". In

particolare, la sifilide è in aumento tra i giovani maschi, soprattutto omosessuali, la clamidia in giovani dai 15 ai 24 anni con più di un partner, i condilomi (manifestazioni dermatologiche di natura infettiva degli organi genitali) sono in crescita costante dal 2004 e rappresentano ormai il 35,9 per cento del totale delle malattie sessualmente trasmissibili, mentre la gonorrea colpisce in particolare chi ha avuto partner multipli negli ultimi sei mesi.

Lo sport fa bene, anche allo studio. I ragazzi che praticano più di 2 ore di attività fisica in orario extrascolastico alla settimana hanno stili di vita più sani e vanno meglio a scuola. Sfatato quindi il luogo comune secondo cui sport e studio non andrebbero d'accordo. Sono infatti proprio gli 'sportivi' ad avere un rendimento scolastico migliore rispetto ai 'sedentari': così, dichiara di "andare bene a scuola" il 56,5% dei primi contro il 40,3% dei secondi. E questo dedicando allo studio quotidiano un numero di ore pressoché confrontabile. Ma c'è di più: gli 'sportivi' sono anche lettori di libri non scolastici più accaniti. Praticare sport, inoltre, sembra innescare, nelle abitudini di vita degli adolescenti, un importante circolo virtuoso. A partire dalle abitudini alimentari: a dichiarare di avere, ad esempio, un'alimentazione molto variata è il 50,2% degli 'sportivi' (ovvero coloro che praticano più di 2 ore alla settimana di sport oltre quello fatto a scuola) contro il 40% dei 'sedentari' (quelli che non praticano alcuna attività fisico-sportiva extrascolastica). Eppure quasi il 40% degli adolescenti nella fascia d'età 13-14 anni non pratica alcuna attività sportiva (oltre alle 2 ore settimanali previste dal calendario scolastico), o la pratica per meno di due ore alla settimana. E la percentuale sale al 44% per quanto riguarda le ragazze. Troppo poco, secondo Giovanni Corsello, presidente della Sip, che precisa: "Un adolescente, in questa fascia d'età, dovrebbe praticare almeno un'ora al giorno di attività fisico-sportiva, anche solo correre in un parco. Un'esigenza connaturata alla fase di sviluppo, ma che oggi diventa ancora più necessaria considerando sia lo stile di vita troppo sedentario dei nostri ragazzi, sia le abitudini alimentari non corrette".

(08 maggio 2013)

© RIPRODUZIONE RISERVATA