

Il tribunale di Roma solleva una nuova questione di costituzionalità. Due anni fa sullo stesso tema l'Italia è stata bocciata dalla Corte europea di Strasburgo

Divieto per coppie fertili e diagnosi preimpianto la legge sulla fecondazione torna alla Consulta

Il caso

CATERINA PASOLINI

ROMA — La Legge 40 è ancora una volta sotto processo: accusata di essere incostituzionale, di non rispettare l'uguaglianza, il diritto alla salute e alla famiglia dei cittadini. Smontata a colpi di sentenze in 28 processi da quando è stata approvata il 19 febbraio di dieci anni fa, la legge sulla fecondazione assistita torna alla Consulta. Oggetto: il divieto di accesso alle coppie fertili.

Il giudice Filomena Albano del tribunale di Roma ha infatti sollevato dubbi di costituzionalità sul divieto di accedere alla procreazione assistita e alla diagnosi preimpianto per le coppie

fertili, anche se portatrici di malattie genetiche trasmissibili. Non solo, ha anche sottolineato che il diritto della coppia ad «avere un figlio sano» e il diritto di autodeterminazione nelle scelte procreative sono «inviolabili» e «costituzionalmente tutelati».

Sino ad oggi possono ricorrere alla provetta solo le coppie sterili o quelle in cui l'uomo ha malattie virali, come l'Aids, sessualmente trasmissibili. Non chi ha malattie genetiche che invece, grazie alla diagnosi preimpianto, permessa a suon di sentenze e ora prevista dall'iter della fecondazione assistita, potrebbe scegliere gli embrioni sani da impiantare evitando traumatici aborti. Questo divieto è stato contestato da sentenze di tribunali italiani, che hanno concesso deroghe alle coppie, e anche dalla Corte europea di Strasburgo che nel 2012 ha con-

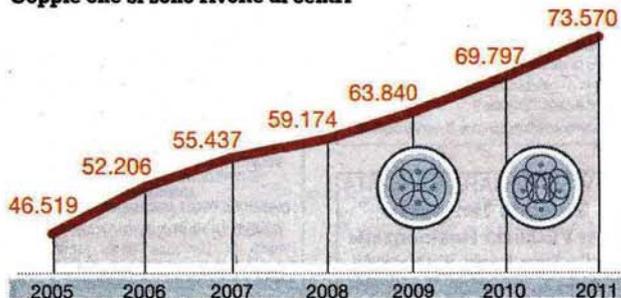
dannato l'Italia per violazione di due norme della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo. Sottolineando l'incoerenza del nostro sistema che da un lato vieta alla coppia fertile ma portatrice di una malattia genetica di ricorrere alla diagnosi preimpianto, e dall'altro, con la legge 194 le permette l'aborto terapeutico nel caso il feto sia affetto dalla stessa patologia.

A portare la legge 40 ancora una volta davanti ai giudici è stata una giovane madre con una storia che «è la prova dell'assurdità di una norma che mi vieta di fare la fecondazione e la diagnosi preimpianto, necessaria per scegliere un embrione sano visto che ho il 50% di probabilità di passare a mio figlio la distrofia muscolare Becker. Una legge che allo stesso tempo mi consente l'aborto se il feto è malato». La signora, insieme al marito, si è rivolta al tribunale di Ro-

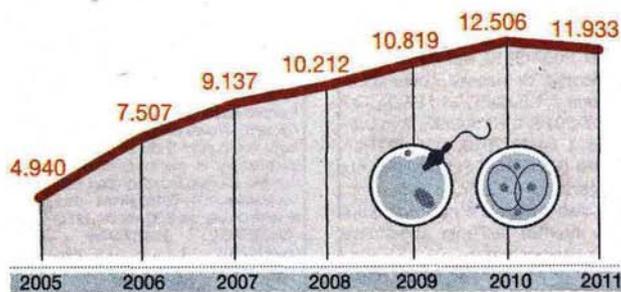
ma, seguita dall'avvocato Filomena Gallo, presidente dell'associazione Coscioni, e da Angelo Calandrini. Dopo un primo aborto aveva infatti chiesto ad un centro romano di accedere alla fecondazione assistita per poter fare gli esami sull'embrione, ma le è stato negato. Ora la questione passa nelle mani della Consulta che l'8 aprile dovrà pronunciarsi anche sul divieto di eterologa e di donare embrioni alla ricerca.

«Ancora una volta sono state le coppie, con le loro drammatiche storie, e i tribunali a cambiare una legge ingiusta perché il parlamento non ha saputo o voluto tutelare i cittadini», stigmatizza Filomena Gallo. In effetti tre pilastri della legge sono stati abbattuti in aula: il divieto di produzione di più di tre embrioni, l'obbligo di impianto contemporaneo di tutti gli embrioni prodotti e il divieto di diagnosi preimpianto.

La fecondazione in Italia Coppie che si sono rivolte ai centri



Numero di nati vivi



Fonte: relazione 2013 al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40, ministero della Salute

La vicenda di una donna portatrice sana di malattia geneticamente trasmissibile



stampa | chiudi

NEL 2012 LA CORTE DI STRASBURGO AVEVA CONDANNATO L'ITALIA

Procreazione assistita, la legge 40 torna davanti alla Consulta

Il Tribunale di Roma ha sollevato la questione di costituzionalità sul divieto per le coppie fertili di accedere alla procreazione assistita e alla diagnosi preimpianto

NOTIZIE CORRELATE

SCHEDA - La lunga strada verso la diagnosi preimpianto

Legge 40 di nuovo all'esame della Consulta per la ricerca sugli embrioni abbandonati

Meno divieti per le coppie La legge 40 riscritta dai giudici

Dall'analisi preimpianto al numero di embrioni: la norma cambiata da diciassette sentenze

Torna davanti alla Consulta la legge 40 sulla procreazione assistita. Il Tribunale di Roma ha sollevato la questione di costituzionalità sul divieto per le coppie fertili di accedere alla procreazione assistita e alla diagnosi preimpianto, anche se portatrici di malattie trasmissibili geneticamente.

CORTE EUROPEA - È la prima volta che questa specifica questione arriva alla Consulta. In passato se ne era occupata la Corte europea di Strasburgo, che nel 2012 aveva condannato l'Italia per violazione di due norme della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo. E aveva sottolineato l'«incoerenza» del nostro sistema che da un lato vieta alla coppia fertile ma portatrice di una malattia geneticamente trasmissibile di ricorrere alla diagnosi preimpianto, e dall'altro, con la legge 194 sull'aborto, le permette l'aborto terapeutico nel caso il feto sia affetto dalla stessa patologia.

IL CASO - Alla prima sezione civile del Tribunale di Roma, che ha sollevato la questione (in particolare giudice il Filomena Albano), si è rivolta una donna, portatrice sana di distrofia muscolare Becker (malattia genetica ereditata dal padre) e il marito, che si erano visti negare dal Centro per la tutela della Salute della donna e del bambino «Sant'Anna» sia l'accesso alla procreazione assistita sia la diagnosi preimpianto, sulla base del presupposto che il divieto non è stato cancellato dalla legge 40.

I PRECEDENTI - «In passato avevamo avuto già due decisioni su tali divieto - evidenziano Filomena Gallo e Angelo Calandrini, legali della coppia e rispettivamente segretario e consigliere generale dell'associazione Luca Coscioni -: quella del Tribunale di Salerno del 9 gennaio 2010 in cui si ordinava l'esecuzione dell'indagine diagnostica preimpianto e il trasferimento in utero degli embrioni che non

presentino mutazioni genetiche. Per la prima volta era riconosciuto alla coppia non sterile in senso tecnico la possibilità di accedere alla Pma; quella della Corte europea dei diritti dell'uomo del 28 agosto 2012, nel caso Costa Pavan che ha condannato l'Italia per violazione dell'art. 8».

PORTATA GENERALE - «Se l'8 aprile la Consulta dovrà pronunciarsi sui dubbi di legittimità costituzionale sul divieto di eterologa e sul divieto della donazione degli embrioni alla ricerca, ora dovrà calendarizzare anche un'udienza per questo ulteriore dubbio di legittimità costituzionale che, rispetto alle decisioni del tribunale di Salerno e della Cedu, avrebbe portata generale, ovvero estendibile a tutte le coppie - continuano i due avvocati -. Con questa decisione è come chiudere un cerchio: l'intera legge 40 è costituzionalmente dubbia. Proprio il prossimo 19 febbraio la legge 40 compirà 10 anni e che in questi anni ha visto per ben 28 volte l'intervento dei tribunali».

GRAVIDANZA INTERROTTA - Ed ecco come è nata la denuncia: la coppia ha deciso di interrompere una gravidanza spontanea che alla 12° settimana evidenziava la trasmissione della malattia genetica al feto. Appreso che la diagnosi di distrofia muscolare Becker può essere eseguita prima del trasferimento in utero dell'embrione, la coppia si è rivolta a una struttura pubblica autorizzata a eseguire la fecondazione assistita, ma ha ricevuto un rifiuto in quanto coppia fertile. I coniugi si sono dunque rivolti all'associazione Coscioni per difendere il proprio diritto a eseguire indagini diagnostiche al fine di non tramettere la patologia di cui sono portatori ai figli. Il Tribunale di Roma ha emesso ordinanza che conferma la liceità della diagnosi preimpianto, ma entra nello specifico sull'accesso alle tecniche di Pma vietate alle coppie fertili.

ARTICOLI VIOLATI - Nelle motivazioni il giudice scrive che la legge 40 con il divieto di accesso per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche «viola l'art. 3 Corte Cost., principio di uguaglianza tra chi è infertile con malattie genetiche e può sottoporsi a Pma con indagine preimpianto e chi è fertile e portatore di malattie genetiche che a causa della legge 40 non può effettuare tali indagini e evitare un aborto; viola l'art. 2 della Costituzione, il diritto di autodeterminazione nelle scelte procreative; viola l'art. 32 della Costituzione sotto il profilo della tutela della salute della donna; infine, viola l'art. 117 comma 1 Cost. e art. 8 e 14 della Carta europea dei diritti dell'uomo, sotto il profilo delle scelte e del principio di uguaglianza».

stampa | chiudi

La polemica Lettera di 4 scienziati al ministro: «No a Mauro Ferrari nel nuovo comitato»

I medici di Brescia si fermano

«Non curiamo più con Stamina»

«Ne va della nostra dignità». Da una settimana infusioni sospese

La somministrazione del metodo Stamina presso gli Spedali Civili di Brescia è praticamente in stallo, nonostante l'ordine dei giudici. La prossima infusione è prevista per fine settimana, ma i nove medici appartenenti al gruppo *Internal Audit Stamina* (quello dell'accordo con la Fondazione di Davide Vannoni e Marino Andolina) non la faranno e il commissario straordinario dell'azienda ospedaliera, Ezio Belleri, ha risposto loro che praticamente sono liberi di agire «secondo scienza e coscienza». Insomma, a Brescia potrebbe scattare quell'«obiezione tecnica» che, secondo il codice deontologico, forse andava attuata fin dall'inizio. Per il semplice motivo che un medico non dovrebbe somministrare ciò che non conosce, mentre da quanto emerso dai rapporti dei carabinieri del Nas quei camici bianchi «non erano a conoscenza di ciò che stavano infondendo ai pazienti».

Ebbene ora i nove, in data 20 gennaio, hanno scritto una lettera al commissario Belleri nella quale si tirano indietro rispetto all'*Internal Audit Stamina* («a tutela della nostra dignità personale») e chiedono «eventualmente di procedere ai trattamenti Stamina su formale di-

sposizione del legale rappresentante per ogni singolo caso ordinato dai giudici». Il commissario straordinario (il legale rappresentante) Belleri ha subito replicato che provvederà «a comunicare gli ordini dei giudici personalmente a ciascun operatore, rimettendo agli stessi di decidere, in scienza e coscienza, e sotto la propria responsabilità professionale, se procedere o meno all'effettuazione del trattamento. In caso di rifiuto, i pazienti interessati e i giudici che hanno emesso l'ordine verranno tempestivamente informati del fatto che l'azienda si trova nella impossibilità di proseguire i trattamenti in corso e di avviarne di nuovi». E questo perché l'ordine dei giudici non riguarda i singoli medici, bensì la

struttura. «E i medici non sono perseguibili — spiega il giurista Amedeo Santosuosso, docente dell'università di Pavia — perché hanno dalla loro il codice deontologico».

A questo punto è fase di stallo. Se non stop dell'esperienza Stamina a Brescia. Espressione dell'Italia leguleia. Tra i nove firmatari la lettera ci sono anche Fulvio Porta, direttore dell'oncoematologia pediatrica, e la moglie Arnalda Lanfranchi, responsabile del laboratorio per le

cellule staminali, entrambi indagati dalla Procura di Torino. Porta, tra l'altro, sarebbe lo sponsor di Vannoni sia a Brescia sia dopo al Cordiocentro di Lugano. Finora sono 36 i pazienti per i quali i giudici hanno ordinato la cura. Se passava il decreto Balduzzi, con gli emendamenti approvati all'unanimità in Senato, i pazienti «curabili» potevano essere 18 mila (secondo i calcoli di Davide Vannoni) e il servizio sanitario avrebbe già speso qualcosa come un miliar-

do e 300 milioni: 15 mila euro a infusione per 5 trattamenti.

Allo stato attuale per continuare le infusioni Stamina a Brescia, occorrerebbe quel sì alla sperimentazione del nuovo comitato scientifico ministeriale (ancora da nominare), sul quale però già grava il rischio di una bocciatura da parte del Tar. Il primo comitato è stato dichiarato «nullo» dal Tar del Lazio per il pregiudizio espresso da alcuni componenti riguardo al metodo Stamina. Stessa sorte rischia il nuovo per i pregiudizi «positivi» espressi da Mauro Ferrari, indicato quale possibile presidente. Quattro scienziati italiani hanno, infatti, inviato scritto al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per esortarla

a chiudere una volta per tutte il caso Stamina. Sono Giuseppe Remuzzi, Mario Negri di Bergamo, Silvio Garattini (direttore del Mario Negri), Gianluca Vago (rettore dell'università di Milano), Alberto Zangrillo (presidente della seconda sessione del

Consiglio superiore di sanità). «Stamina doveva essere considerata una vicenda chiusa — spiega Remuzzi —. Non serve un nuovo comitato per stabilire che è avvenuta una serie infinita di violazioni delle norme vigenti». La lettera si apre così: «Caro ministro, siamo estremamente preoccupati per le prese di posizione del professor Mauro Ferrari che ieri parlando di Stamina ha detto in televisione alle "Tene" che si tratta del "primo caso importante di medicina rigene-

rativa in Italia" e che questa "è un'occasione per l'Italia di permettere alla scienza di arrivare prima di tutti in clinica e di essere il traino per il mondo"».

Critico Remuzzi: «Parlare di Stamina senza la nomina ufficiale è assurdo». Di qui le premesse per l'ennesima bocciatura da parte del Tar. A meno che non sia lo stesso Ferrari ad autosospendersi.

Mario Pappagallo

 **Mariopaps**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Tar del Lazio

Il nuovo comitato scientifico, ancora da nominare, rischia la bocciatura da parte del Tar del Lazio come il precedente

36

Il numero dei pazienti ammessi alle cure col metodo Stamina in seguito a ricorsi presentati ai tribunali di tutta Italia. Le infusioni devono essere effettuate nell'unico ospedale ritenuto idoneo che è quello di Brescia

Gli ultimi sviluppi

I dubbi della scienza e l'inchiesta del pm

1 La Procura di Torino ha indagato Davide Vannoni (foto a destra) e alcuni suoi collaboratori per truffa ed esercizio abusivo della professione medica: una serie di verifiche avrebbe messo in luce l'infondatezza scientifica del metodo Stamina per la cura di una serie di malattie neurodegenerative



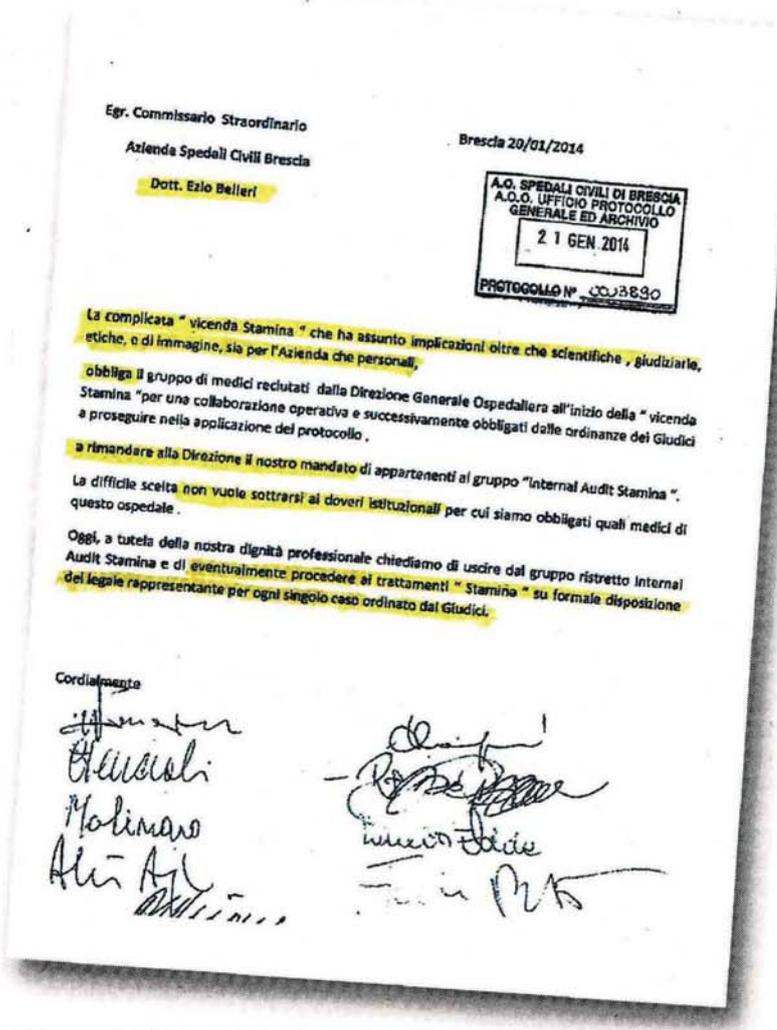
Le lettera dei medici «Alt alle infusioni»

2 I nove medici dell'ospedale di Brescia, la struttura che una serie di ordinanze dei tribunali aveva obbligato a praticare il metodo Stamina, scrivono una lettera il 20 gennaio: in essa dichiarano che, alla luce degli ultimi eventi, continueranno le terapie solo dietro ordine scritto da parte dei vertici dell'ospedale

Senza ordini scritti la terapia si blocca

3 I vertici dell'ospedale di Brescia replicano alla lettera dichiarando che non firmeranno alcun ordine scritto, lasciando in pratica i medici liberi di scegliere. Le prime infusioni di staminali sono in programma alla fine di questa settimana: senza fatti nuovi la terapia Stamina di fatto si bloccherà

www.ecostampa.it



OASI 2013

Spesa privata per chi può

Out of pocket per i ricchi: Trentino leader, Sud in coda

Le famiglie italiane hanno speso nel 2011 di tasca propria 28 miliardi per la salute. Ma non per compensare carenze del servizio pubblico. La variabile è infatti il reddito. Lo dimostra la classifica per Regione. L'analisi dell'out of pocket nel Rapporto Oasi 2013.

A PAG. 4

OASI 2013/ Cergas Bocconi: Trentino, Veneto e Friuli al top, il Sud in fondo alla classifica

La spesa privata è per i ricchi

Squilibri regionali fondati sul reddito e non sull'inefficienza dei servizi

Le famiglie italiane hanno speso nel 2011 di tasca propria 28 miliardi per la salute, il 4% della spesa complessiva. Ma non per compensare carenze del servizio pubblico. A scattare la fotografia della spesa sanitaria privata è il Rapporto Oasi 2013 sul Sistema sanitario italiano, presentato alla Bocconi dal Cergas lo scorso 20 gennaio (v. Il Sole-24 Ore Sanità nn. 2 e 3/2014). Secondo il rapporto è la classifica delle Regioni in cui si spende di più per le cure private a dimostrare che l'out of pocket non è sinonimo di emergenza sanitaria: nelle primissime posizioni ci sono il Trentino Alto Adige con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto (666 euro), il Friuli Venezia Giulia (588 euro), l'Emilia-Romagna (564 euro) e la Lombardia (556 euro). Servizi sanitari regionali che difficilmente potrebbero essere considerati come i peggiori nel contesto nazionale, commenta il rapporto.

Se si mette tuttavia sotto la lente la spesa sanitaria privata delle famiglie - intesa come la quota di beni e servizi interamente a carico del cittadino fruitore - emerge secondo Oasi l'esistenza di forti divari tra le Regioni. Differenze dovute non tanto, come comunemente si sostiene nei dibattiti sul tema, alla qualità dell'offerta pubblica, quanto al reddito di cui dispongono le famiglie.

La dimensione familiare e l'età sembrano spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la spesa sanitaria media pro capite aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli.

Un dato «medio» che potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa il 25% della popolazione meridionale, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%. Una seconda spiegazione viene dalla «propensione a spendere per sanità», calcolata come rapporto tra la spesa sanitaria e la spesa generale delle famiglie, che si riduce all'aumentare del numero dei figli. «Alla base di tale diminuzione - spiegano gli esperti del Cergas - potrebbe esserci ancora una volta il reddito, se si assume che la spesa sanitaria si comporta come un bene di lusso e che le tipologie familiari con più di due figli hanno redditi sotto la media».

I trend però si diversificano ulteriormente all'interno del «paniere». Dalla «visita dal dentista» (5,47 miliardi), che ha un andamento palesemente in linea con i «beni di lusso», alla spesa per «medicinali» (12,8 miliardi di euro), più simile nelle dinamiche del budget familiare alla spesa per beni primari (la spesa privata rappresenta il 20% della spesa sanitaria totale).

È interessante notare, si legge nel rapporto Oasi, che il 26% dei consumi privati per servizi sanitari alimenta il circuito pubblico, sia attraverso il copayment (ticket), sia attraverso l'intramoenia. Il rimanente 74% dei consumi per servizi sanitari è in gran parte legato alla spesa per dentisti (5,4 miliardi di euro, che rappresenta il 60% dei consumi per servizi sanitari della componente privata). I beni (prodotti farmaceutici, altri prodotti medicali, attrezzature e apparecchi terapeutici) rappresentano una voce importante, pari al 56% sul-

la spesa sanitaria privata complessiva, di cui in questo caso solo l'8% confluisce nella componente pubblica. Un intreccio di interazioni che rende sempre più problematica la ricerca di una *governance* adeguata. A queste voci si aggiungono poi la spesa per le assicurazioni private (1,33 miliardi) e quella per l'assistenza a disabili anziani non autosufficienti (1,49 miliardi).

Se una parte di questi «consumi» è riferibile alla concezione dell'*healthcare*, un'altra parte è invece sempre più vicina al concetto di *wellbeing*. Una trasformazione che, insieme allo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità dettato dalle dinamiche demografiche, «estende i confini tradizionali del settore sanitario» rendendoli sempre più «sfumati, mobili e frastagliati». «In questa direzione - spiega il gruppo di ricerca - opera anche la progressiva trasformazione del paziente in cliente, riconducibile a una minore asimmetria informativa (reale o percepita)». Non a caso infatti «aumentano le differenze nei livelli di salute in senso stretto, riconducibili in parte alle iniquità all'accesso dei consumi sanitari privati». E l'offerta infatti si adegua, come negli altri settori del mercato, presentando al paziente-cliente l'alternativa del low cost.

In questa chiave, il gruppo di ricerca del Cergas, ha analizzato le tendenze della spesa sanitaria privata dividendo i cittadini-pazienti in *cluster* di consumatori. Individuati 6 «fattori» dagli originari parametri Istat - accertamenti diagnostici e visite mediche, servizi socio-sanitari e beni per anziani e invalidi, farmaco e parafarmaco, dentista, assicurazione malattie e cure termali - i risultati

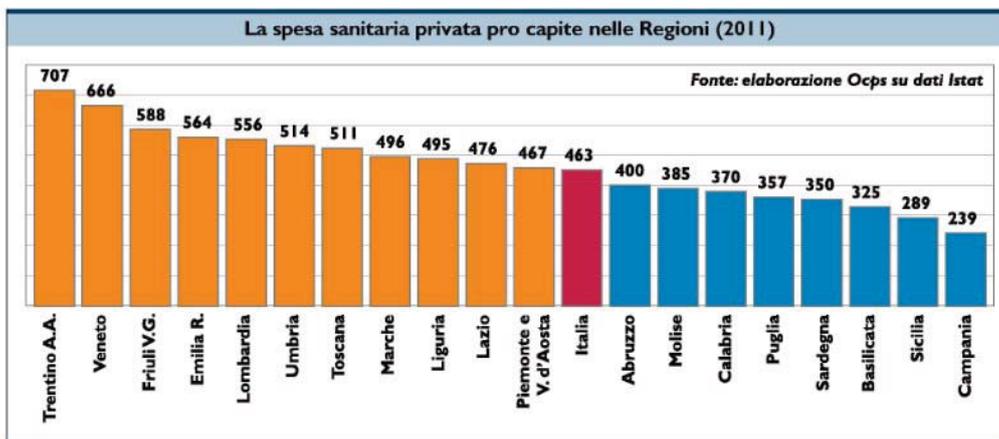
della *cluster analysis* evidenziano quattro segmenti di famiglie.

Quelle che spendono in generale poco per tutti e sei i fattori e che rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata; quelle per le quali si rileva una spesa elevata solo per prestazioni dentali, mentre per gli altri tre fattori i consumi sono in media con le altre famiglie, che rappresentano il 4% del campione e il 17% della spesa; quelle che spendono molto per le malattie e che hanno elevati livelli di spesa per i due fattori relativi a farmaco e parafarmaco e accertamenti e visite mediche che rappresentano il 15% del campione e il 36% della spesa; e, infine, le famiglie alla ricerca del benessere, che spendono sopra la media su tutti e sei i fattori e che, pur rappresentando solo il 2% delle famiglie, formano il 20% della spesa sanitaria privata.

Lo scopo dell'analisi è insomma quello di «destrutturare» il segmento dell'*out of pocket*: distinguendone i differenti elementi (spesa farmaceutica, odontoiatrica e per servizi ambulatoriali) evidenziando il contributo che apporta ai circuiti pubblici (attraverso la compartecipazione e l'intramoenia) e soprattutto svelandone la natura in termini di «consumo». Insomma alle aziende sanitarie viene raccomandata una cura a base di marketing. Le conclusioni sono chiare: «Mentre rimangono fermi i fini istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche - spiegano gli esperti - la loro realizzazione deve confrontarsi con pazienti che diventano sempre più clienti».

Rosanna Magnano

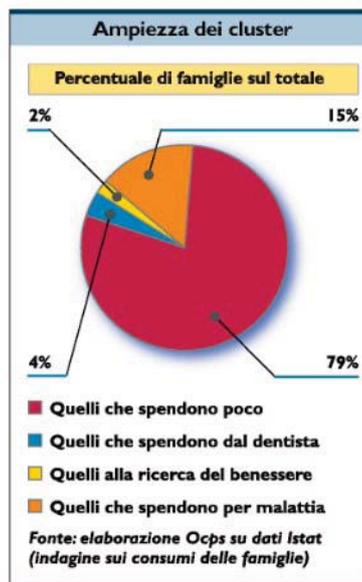
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La composizione della spesa sanitaria privata nel 2011 (mld €)

| Aggregazione elementare (come da questionario indagine sui Consumi Istat) | |
|--|------------------|
| Ricoveri in cliniche od ospedali | 0,23 |
| Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili | 0,13 |
| Pronto soccorso | 0,02 |
| Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale) | 3,73 |
| Visita medica da dentista | 5,47 |
| Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva ecc.) | 0,68 |
| Analisi cliniche (del sangue, delle urine ecc.) | 1,06 |
| Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma ecc. | 0,90 |
| Cure termali | 0,05 |
| Medicinali (costo totale o ticket) | 12,81 |
| Termometri, siringhe, calze elastiche ecc. | 0,62 |
| Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi per la pressione ecc. | 1,51 |
| Protesi, apparecchi acustici ecc. | 0,50 |
| Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici | 0,06 |
| Noleggio attrezzature sanitarie | 0,14 |
| Spesa sanitaria totale delle famiglie | 27,92 (*) |

(*) Il totale non è esattamente uguale alla somma delle singole voci riportate nella tabella in quanto queste sono state approssimate per eccesso.
Fonte: elaborazione Ocps su dati Istat (indagine sui consumi delle famiglie)



Spesa sanitaria privata media annuale e propensione marginale media alla spesa sanitaria (euro)

| Tipologia familiare | Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro capite) | Spesa generale media annuale delle famiglie (pro capite) | Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro famiglia) | Spesa generale media annuale delle famiglie (pro famiglia) | Propensione marginale media familiare alla spesa sanitaria (dati in %) |
|---|---|--|---|--|--|
| Persona sola con 65 anni e più | 870 | 18.088 | 870 | 18.088 | 4,8 |
| Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più | 766 | 13.697 | 1.532 | 27.393 | 5,6 |
| Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni | 637 | 16.295 | 1.275 | 32.589 | 3,9 |
| Persona sola con 35-64 anni | 620 | 24.830 | 620 | 24.831 | 2,5 |
| Coppia con 1 figlio | 456 | 11.842 | 1.370 | 35.526 | 3,9 |
| Persona sola con meno di 35 anni | 445 | 22.972 | 445 | 22.972 | 1,9 |
| Monogenitore | 409 | 12.214 | 968 | 28.888 | 3,4 |
| Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni | 401 | 15.731 | 801 | 31.462 | 2,5 |
| Altre tipologie | 346 | 9.113 | 1.223 | 32.242 | 3,8 |
| Coppia con due figli | 317 | 9.678 | 1.268 | 38.711 | 3,3 |
| Coppia con tre figli e più | 234 | 7.529 | 1.207 | 38.749 | 3,1 |

Fonte: elaborazione Ocps su dati Istat (indagine sui consumi delle famiglie)

Si prevede che tra fine gennaio e metà febbraio **il virus colpirà 4,5 milioni di italiani**, contro i sei dell'anno scorso. Soddisfazione per la campagna vaccinale che ha coinvolto soprattutto il personale sanitario. Il problema delle complicanze: **non è una malattia benigna**

LO STARNUTO

Gioccioline gettate
a 100-160 Km/ora



Influenza

Picco d'epidemia i giorni dell'allerta Bambini più esposti

MARIA PAOLA SALMI

U

n tempo si riteneva che fosse delle stelle la responsabilità dell'influenza, perché il male si diffondeva rapidamente, colpiva tantissime persone e nel periodo più freddo dell'anno. Una sorta di congiunzione astrale. Oggi sappiamo che colpevoli sono i virus, tuttavia l'andamento stagionale ha una parte di responsabilità nella loro diffusione. Lo dimostra il fatto che quest'anno, complice un inverno dal clima assai mite, l'influenza vera - quella che gli inglesi chiamano "like illness" sostenuta da tre ceppi virali - ha cominciato a circolare da metà gennaio. «Sarà una stagione influenzale meno importante questa che porterà a letto dai 4 ai 4,5 milioni di italiani rispetto ai 6 milioni dello scorso anno - dice Fabrizio Pregliasco virologo al Dipartimento di sanità pubblica dell'Università di Milano e direttore sanitario dell'istituto Galeazzi - d'altra parte abbiamo un mix di tre virus nuovi ma non troppo, il ceppo A H1N1 California, il ceppo A H3N2 Victoria e il ceppo B Massachusetts che rappresenta

la nuova variante, quindi è presumibile che molti adulti conservino una memoria dei due ceppi vecchi con cui magari sono entrati in contatto l'anno scorso e siano in parte protetti, gli anziani con un sistema immunitario più debole faticheranno un po' a contrastarli, bambini piccoli e ragazzini (0-14 anni) saranno le new entry di quest'anno». Allora, come evolverà

l'epidemia? Lentamente, anche in Europa, ma siamo in salita. L'ondata epidemica è innescata, lo dicono i dati del sistema di sorveglianza Influnet dell'Istituto superiore di sanità (Iss) cui fa capo una rete di un migliaio di medici "sentinella" del territorio. E lo dicono i primi risultati della rete di laboratori di sorveglianza (11 multiregionali accreditati) coordinati dal laboratorio nazionale di riferimento presso l'Istituto superiore di sanità, che hanno iniziato a prelevare ed esaminare campioni biologici. «Il picco ci sarà tra questo fine gennaio e le prime due settimane di febbraio, fino ad oggi si sono messe a letto un milione e duecentomila persone - afferma Stefania Salmaso direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Iss - certo, non avremo i casi dell'ultima pandemia, quella della primavera-estate 2009, ma la tendenza dai primi dati mostra che i più colpiti dalla stagionale saranno i bimbi molto piccoli, i bambini più grandicelli e gli adolescenti che sono più esposti al contagio per ovvi motivi fino a scemare come numero di nuovi casi tra gli anziani che però sono una delle categorie più a rischio, e proprio a loro (anziani sopra i 65 anni con patologie croniche, bambini sotto i 2 anni, bambini con patologie croniche o immunodepressi, donne gravide) è mirata quest'anno tutta la campagna vaccinale per prevenire le conseguenze negative sia in termini di complicanze che di decessi, perché è da sfatare - fa notare la Salmaso - che l'influenza sia una malattia benigna, chi ha l'influenza sta veramente male».

Moderatamente ottimistiche le previsioni sulla copertura vaccinale. Sembra che la campagna

vaccinale vada piuttosto bene. «Rispetto all'anno scorso registriamo più vaccinazioni specie tra le categorie a rischio, ad oggi ne sono state effettuate il 97% rispetto allo stesso periodo del 2013, e più casi, siamo attorno al 4,8 per mille con più bambini colpiti, l'acquisto del vaccino è in risalita - osserva Emanuela Bedeschi responsabile del Servizio di sanità pubblica della regione Emilia Romagna - quest'anno abbiamo concentrato l'attenzione sul personale sanitario per raggiungere le fa-

scie di popolazione a rischio, siccome ci stiamo avvicinando al picco in queste due settimane ci si può ancora vaccinare». Naturalmente insieme ai virus dell'influenza stagionale girano anche i virus delle sindromi parainfluenzali che si avvantaggiano degli sbalzi termici e sono responsabili del raffreddore, di forme intestinali, respiratorie, ecc. L'influenza vera però si riconosce subito: brividi, febbre alta repentina a comparsa pomeridiana, tosse secca, dolori articolari e/o muscolari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La popolazione a rischio resta quella degli over65
Mai sottovalutare questo tipo di patologia**

IL VACCINO 2013/14

Composizione indicata dall'Oms in base ai dati raccolti dai National Influenza Centres (Nc) presenti in 83 Paesi



LA STAGIONE DELL'INFLUENZA

| OTTOBRE | NOVEMBRE | DICEMBRE | GENNAIO | FEBBRAIO | MARZO | APRILE |
|-----------------------------|----------|--------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Arrivano le prime infezioni | | Leggero aumento dei casi | Epidemia | Picco nei primi 15 giorni | Il numero di casi decresce | Il numero di casi decresce |

PRINCIPALI FASCE DI RISCHIO



Over 65, in particolare con patologie croniche o gravi



Lattanti e bambini con patologie croniche o gravi



Medici e personale sanitario o a contatto col pubblico



Donne incinta, nel 2° e 3° trimestre di gestazione

L'epigenetica

Se alimentazione peso o stress materni possono "marcare" il genoma del figlio

FRANCESCO BOTTACCIOLI*

om'è possibile che da un'unica cellula fecondata e quindi dotata di un unico patrimonio genetico emerga la complessità di un essere umano e la spettacolare diversità funzionale e anatomica che si osserva nelle sue cellule? Questa fondamentale domanda fu all'origine di un campo di ricerca che, negli anni '40, Conrad Waddington e, negli anni '50, David Nanney, inglese il primo e statunitense il secondo, battezzarono Epigenetica, proprio per chiarire che i meccanismi in gioco non erano ridicibili all'azione dei geni, ma che intervenivano fattori esterni, di tipo ambientale che guidano e condizionano lo sviluppo.

Una cellula diventa neurone e un'altra epatocita non perché è cambiato il patrimonio genetico, ma perché è cambiata l'espressione delle informazioni contenute nei geni. Ovviamente questo meccanismo di sviluppo è geneticamente determinato, nel senso che c'è un programma di specie che fa diventare un essere umano a partire da una cellula uovo di donna fecondata da uno spermatozoo di uomo. Ma da tempo sappiamo che il processo di formazione del nuovo essere è sensibile a fattori di perturbamento: molto noti quelli infettivi (rosolia, morbillo e altri) e farmacologici (antibiotici, ma non solo) che, intervenendo soprattutto in alcune fasi critiche della gravidanza, possono generare alterazioni anche molto gravi nell'assetto fisico e psichico del neonato.

Adesso la ricerca epigenetica, con un fiorire di studi osservazionali e sperimentali, va più avanti e segnala che l'assetto del feto, la costruzione dei circuiti fondamentali del suo cervello e del suo sistema immunitario, è condizionabile dai comportamenti materni, in primis dal suo stile alimentare o dieta e dal suo stress.

Ricerche riesaminate in review, pubblicate su *Frontiers in Neuroscience*, *Mammalian Genome* e su *Physiology & Behavior*, dimostrano che una donna in sovrappeso od obe-

sa, una volta gravida, aumenterà il rischio che il bambino che partorirà soffra di alterazioni immunitarie e/o mentali. Ma questo può accadere anche se una donna in gravidanza ha una dieta ipercalorica e troppo ricca di grassi e di zuccheri. Modelli sperimentali hanno documentato che una simile dieta in gravidanza segna epigeneticamente uno specifico circuito cerebrale, il cosiddetto "sistema del premio" che è centrato sul rilascio di dopamina, il neurotrasmettitore del piacere, che è alla base delle dipendenze, tra cui quella da cibo. L'aspetto più notevole di queste ricerche è che il circuito segnato tende a stabilizzare la segnatura, andando così a costituire una caratteristica del cervello di quella persona una volta adulta, che potrà condizionarne i comportamenti. Questo non vuol dire che siamo segnati dal destino o, meglio, dalla dieta di nostra madre. La ricerca ci dice che la segnatura epigenetica è reversibile, ma è fuori dubbio che rappresenta una "impostazione iniziale" del sistema uomo, che il resto della vita, anche per nostre scelte, si incaricherà di confermare o di cancellare.

Sul ruolo dello stress materno, classici sono ormai gli studi del gruppo della McGill university sugli animali,

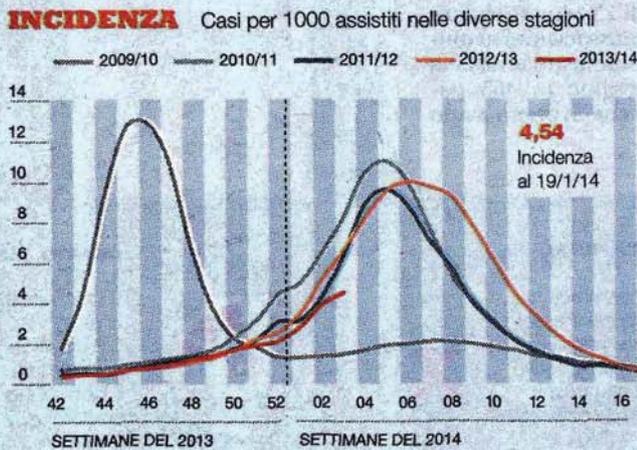
che dimostrano che uno stress acuto durante il periodo di gravidanza e allattamento materno nelle prime fasi della vita struttura nei cuccioli un sistema dello stress iperattivo, che ha un riscontro nella segnatura epigenetica del recettore per il cortisolo nell'ippocampo di questi animali. Recentemente questi neuroscienziati, guidati da Michael Meaney, hanno cercato nell'ippocampo del cervello umano i riscontri di quanto trovato nell'ippocampo degli animali e hanno individuato nelle persone morte suicide con una storia di maltrattamenti nell'infanzia, un incremento della stessa segnatura epigenetica.

*Presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia

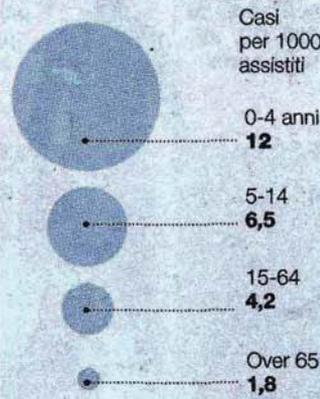


CAMBIAMENTI

La storia dell'epigenetica e l'illustrazione dei principali meccanismi molecolari sono presentate nel saggio del docente Pnei Francesco Bottaccioli (*Epigenetica e psiconeuroendocrino immunologia*). Il saggio mostra come un evento mentale, un comportamento, influenzano l'informazione contenuta nei geni. E come ciò apra nuove prospettive per la prevenzione e la terapia tramite dieta, attività fisica, gestione dello stress.



PER FASCIA D'ETÀ



Fonte: ISS / RAPPORTO EPIDEMIOLOGICO INFLUNET, STAGIONE INFLUENZALE 2013 - 2014

I consigli pratici nella prevenzione. E se arriva la febbre alta farmaci specifici e sintomatici. Dura tra due e cinque giorni

Evitare gli stress fisici più igiene e precauzioni

ERNESTO DI CIANNI *

Non è un caso che anno dopo anno l'influenza lasci una scia meno tragica. Il motivo principale risiede nella migliore copertura vaccinale dei soggetti a rischio. E, da quando il compito della vaccinazione è stato affidato ai medici di famiglia, le statistiche sono sempre migliorate. Molti studi confermano l'importanza della vaccinazione e ne ipotizzano l'estensione a fasce di popolazione più estese. L'orientamento è ancora più giusto alla luce di una considerazione: i bambini al di sotto dei cinque anni costituiscono, da soli, quasi la metà di tutti i casi di influenza registrati da novembre ad oggi. Intanto, i non vaccinati come devono difendersi?

1. Lavarsi spesso le mani: già questo costituisce una buona protezione. È vero che il virus si

diffonde tramite le goccioline microscopiche di saliva sospese nell'aria, ma è altrettanto vero che le mani di una persona affetta da influenza (anche se solo in incubazione e quindi non manifesta) sono veicolo certo di infezione. Per ammalarci dovremmo poi inalare i microbi, ma quante volte portiamo, senza accorgercene, le mani vicino alla bocca o al naso?

2. Igiene del respiro. Mettere in pratica una buona igiene respiratoria è più difficile, ma cerchiamo di tenere le distanze da persone con raffreddore in atto e di non soggiornare nella stanza di persone allettate con febbre. Se un familiare è influenzato, specialmente nelle fasi iniziali, conviene destinarlo una camera, ove gli al-

Gli antibiotici sono inutili salvo il caso

di sovraesposizione di tipo batterico Come difendersi

tri conviventi avranno un accesso limitato al minimo indispensabile.

3. Evitare le imprudenze che rendono più vulnerabile il nostro organismo: perfrigerazioni, esposizione alle intemperie, abbigliamenti non idonei, stress fisici intensi. Facciamo attenzione agli sbalzi di temperatura nei trasferimenti da un ambiente all'altro. Non aspettiamo di sentire caldo o freddo per svestirci o coprirci: sarebbe un provvedimento tardivo

e inutile.

E quando si presenta il primo colpo di tosse, con mal di gola e dolori muscolari diffusi, che fare? Controlliamo la temperatura e, non appena il termometro si avvicina o supera i trentotto gradi,

mandiamo a comprare l'antivirale specifico per l'influenza: lo Zanamivir, in polvere per inalazione, oppure l'Oseltamivir in compresse. In attesa assumeremo una dose di paracetamolo, per tenere a bada febbre e dolori. Gli antivirali, se assunti entro 24-36 ore, abbreviano molto il decorso della malattia e prevenendo le complicanze. Possiamo sedare la tosse e fluidificare il muco con farmaci specifici, ma ricordiamo che sono dei sintomatici, come del resto il paracetamolo.

La febbre dell'influenza dura in genere dai due ai cinque giorni, mentre la tosse potrebbe persistere anche per due settimane. Gli antibiotici sono utili esclusivamente in caso di sovrainfezione batterica. Tutte le complicazioni sono temibili, se una banale influenza cambia in qualcosa di inaspettato bisogna chiamare il medico di famiglia per un controllo domiciliare.

*Medico Asl Napoli 3 sud

Lunedì 27 GENNAIO 2014

Acqua: gli italiani ne bevono troppo poca. Nei ragazzi prestazioni cognitive rallentate

Dovremmo bere due litri al giorno, anziché soltanto uno. Quasi 7 ragazzi in età scolare su 10 non bevono a sufficienza. In compenso, il consumo di zucchero è “sotto la soglia critica”. Sono i dati dello studio LIZ, condotto su 2mila persone, realizzato da SIMG e NFI

La quantità indicata è due litri al giorno, ma in media ne beviamo poco più di un litro, dunque circa il 50% in meno rispetto a quanto raccomandato dai medici: sono i risultati dello studio LIZ, un progetto di collaborazione tra Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e Nutrition Foundation of Italy (NFI), che nell'analisi ha preso in considerazione 2mila persone. Dunque, l'appello dei medici di famiglia è "Italiani dovete bere di più". A farne le spese, più degli altri, sono i ragazzi in età scolare: il 66% di loro, infatti, non beve a sufficienza prima di sedersi sui banchi di scuola.

Le conseguenze sono prestazioni cognitive rallentate fino al 14% in meno rispetto ai coetanei idratati correttamente, come rivela appunto lo studio. "Ma assumere pochi liquidi è un aspetto comune a tutte le età", spiega il Dottor **Claudio Cricelli**, Presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). "Un'indagine unica nel suo genere, che ha analizzato anche il consumo di zuccheri nella popolazione. Essa ha rilevato usi e costumi errati, riservando anche sorprese. La buona notizia? Il consumo di zucchero è sotto la soglia critica.

La ricerca è stata condotta su un campione di persone estratto in maniera casuale sul territorio nazionale dalle liste pazienti e medici di famiglia, di entrambi i sessi e con età superiore ai 14 anni e si è basata su visite mediche e raccolta di dati da parte dei partecipanti. Questa raccolta prende in considerazione non soltanto le informazioni sul consumo di liquidi, ma anche sull'attività fisica non lavorativa, sul consumo di zuccheri, alcolici, dolci, latte e yogurt e frutta. Dal questionario di valutazione del livello di informazione del paziente, inoltre, emerge che circa il 30% non è ben informato rispetto all'esatta quantità di acqua da bere durante la giornata (solo il 66% degli uomini e il 72% delle donne ha indicato in maniera corretta la quantità di due litri). La ricerca fornisce una nitida fotografia del consumo di acqua e zuccheri nella popolazione reale. "Eravamo molto interessati a rilevare anche il reale introito di saccarosio e di dolcificanti tra i cittadini. Abbiamo avuto la conferma che, in media, non siamo di fronte ad apporti elevati: si tratta infatti di 68 grammi al giorno per gli uomini e di 66 grammi per le donne", aggiunge il dott. **Andrea Poli**, Presidente NFI, nel corso del Media Tutorial SIMG/NFI organizzato al Circolo della Stampa di Milano. "Questi dati forniscono un'informazione basilare: è difficile immaginare di risolvere il problema del sovrappeso nella Penisola comprimendo semplicemente il consumo di zucchero".

"Ecco perché le proposte di tassazione e/o limitazione delle bevande gassate, magari virtuose negli intenti, appaiono ingiustificate: non tengono conto della realtà", commenta il dottor Ovidio **Brignoli**, Vicepresidente SIMG. "Sono ben altri i fattori che incidono sull'obesità, una patologia che colpisce ormai il 10% degli italiani: un paradosso, nella patria della dieta mediterranea".

Inoltre, emergono altri aspetti significativi. "Il 45% dei maschi e il 33% delle femmine, ad esempio, non presta attenzione alle calorie che introduce, correndo ai ripari solo quando il grasso ha già iniziato ad accumularsi", ha sottolineato Cricelli. "Ecco perché il medico di famiglia deve essere uno dei protagonisti di questo cammino, assolutamente necessario, verso la prevenzione. Conosciamo più di chiunque altro il paziente, la sua storia umana e clinica, il contesto familiare e sociale in cui vive.

Inoltre, rappresentiamo la congiunzione tra territorio e ospedale. È nei nostri ambulatori che il cittadino deve trovare una risposta efficace alle proprie esigenze”.

“La prevenzione primaria è la chiave per riuscire a garantire, in futuro, l'accesso universale alle prestazioni mediche” aggiunge il dottor Brignoli. “Ed è in questa direzione che ci stiamo muovendo. Innanzitutto, dobbiamo formare i nostri membri perché comunichino in modo corretto i concetti ai pazienti: stiamo preparando una serie di schede descrittive sui cibi, sulle loro caratteristiche, sulle modalità di cottura, ecc. che faciliteranno la comprensione per tutti i nostri assistiti, anche i più anziani. È già pronto un network di 500-600 camici bianchi per assolvere questi compiti, con l'indicazione di raccogliere a ogni visita i dati relativi ai cittadini, per inserirli poi in un database strutturato. L'obiettivo è raggiungere i 30 milioni di persone, un progetto mai realizzato prima”.

Viola Rita

Lunedì 27 GENNAIO 2014

Carenza farmaci oncologici di "vecchia" generazione. Tirelli: "Non è accettabile che i nuovi farmaci con impatto di qualche settimana o mese costino cifre esorbitanti"

La soluzione? Per il direttore del Cro di Aviano non c'è che una via: "Non approvare più alcuni medicinali o ridurne il prezzo. In particolare quelli biologici ed oncologici prodotti dalle multinazionali e venduti a prezzi elevatissimi (dei quali peraltro non vi è mai carenza periodica)". Ecco alcune proposte per uscire dall'impasse.

"Sul sito dell'AIFA è riportato l'elenco dei medicinali attualmente carenti per le seguenti motivazioni: problemi produttivi, problemi regolatori, cessata commercializzazione e sospensione della commercializzazione" ribadisce **Umberto Tirelli**, Direttore Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori di Aviano.

"Il commercio paralleo – sottolinea in una nota - prospettato da Federfarma per giustificare la carenza periodica di farmaci, dovuto ad un'iniziativa pur legale dei grossisti che, insieme ai farmacisti, esporterebbero farmaci dall'Italia per esempio alla Germania dove costano di più, può essere sì una spiegazione ma solo parziale, perché se le aziende produttrici garantissero che anche i farmaci in questione fossero prodotti in maniera sufficiente cadrebbe di molto il vantaggio del commercio paralleo in quanto le nazioni in causa avrebbero a sufficienza i farmaci che invece mancano".

"D'altra parte – precisa Tirelli - , la situazione degli Stati Uniti che dal 2006 denunciano questa carenza, dimostra che la mancanza periodica di farmaci oncologici ma anche di antibiotici, antidolorifici, antiepilettici, è dovuta alla carenza periodica della produzione dei farmaci stessi e non esiste, che io sappia, commercio paralleo alcuno. In ben 2/3 degli ospedali pubblici americani si registra una carenza periodica di almeno 15 e più farmaci nei sei mesi precedenti che mette a repentaglio la salute dei pazienti. I farmaci oncologici periodicamente mancanti sono il 5-fluorouracile, che è alla base della chemioterapia per molti tumori gastroenterici e del capo e collo, la bleomicina, un farmaco basilare nella terapia di certi linfomi e dei tumori del testicolo, la doxorubicina liposomiale utilizzata nel carcinoma dell'ovaio e nel mieloma multiplo, il metotrexate e l'ARA-C, essenziali nella terapia delle leucemie acute, e il BCNU essenziale per il trapianto di midollo".

"Uno studio americano del St. Jude Children Reseach Hospital – specifica il professore - ha dimostrato che i bambini e gli adolescenti con linfoma di Hodgkin trattati con un farmaco alternativo a quello che mancava, hanno avuto una riduzione della sopravvivenza libera da malattia del 13% a due anni. L'intervento del Presidente **Obama** non è stato sufficiente né utile in quanto la situazione non si è assolutamente modificata e la Food and Drug Administration, come da noi l'AIFA, sembrano impotenti di fronte a questo problema".

"Quali – si chiede Tirelli - potrebbero essere dunque gli interventi da mettere in atto per risolverlo? Un argomento molto convincente sia negli Stati Uniti che in Italia è non approvare più quei farmaci, o ridurne consistentemente il prezzo di commercializzazione, in particolare quelli biologici ed oncologici prodotti dalle multinazionali e venduti a prezzi elevatissimi (dei quali peraltro non vi è mai carenza

periodica...), quando queste e le loro piccole filiali o succursali non producessero più quei farmaci oncologici tradizionali, i cosiddetti chemioterapici vecchi che costano poco ma dei quali si sente la mancanza perché in grado di contribuire a guarire certe malattie oncologiche come leucemie acute, linfomi e tumori del testicolo. Se le industrie farmaceutiche si lamentassero dei costi molto elevati per la ricerca che richiederebbero un aumento dei costi dei farmaci, va loro ricordato che le migliaia di convegni supportati economicamente dall'industria organizzati nel mondo ogni giorno (che potrebbero essere ridotti significativamente) hanno lo scopo principale di promuovere i farmaci costosissimi che poi mettono in grave difficoltà i nostri budget ospedalieri, come per esempio succede oggi ad Aviano, dove ogni anno soltanto per i farmaci oncologici dobbiamo mettere nel budget 20 milioni di euro e dobbiamo ridurre le risorse per medici, infermieri e tecnici che sono necessari per l'assistenza e la ricerca”.

“Se è accettabile l'alto costo di farmaci molto efficaci – precisa Tirelli - , come quelli contro l'HIV/AIDS, che hanno trasformato una malattia mortale in cronica, non è accettabile che farmaci che hanno un impatto di qualche settimana o mese costino cifre esorbitanti. Inoltre, si potrebbe proporre che l'Ospedale Militare di Firenze tenga come scorta quei farmaci che si sa possono venire a mancare negli ospedali italiani come si fa con gli antidoti per i veleni che possono essere immediatamente messi a disposizione se mancassero negli ospedali. Denunciai per primo in Italia il fenomeno nel settembre 2011 quando un farmaco fondamentale per il trapianto di midollo nei linfomi, la carmustina, si rese irreperibile rendendo impossibile il trapianto di midollo a nove pazienti con linfoma già in attesa del trapianto e che furono trattati con terapia alternative e con farmaci sperimentali, mentre per altri meno urgenti si optò per allungare i tempi di attesa sapendo di non comprometterne gravemente la salute. Ma ancora oggi il problema esiste e non sembra vi siano interventi efficaci messi in azione”.

Consuntivo dell'Economia sui pagamenti effettuati con le risorse dei decreti 35 e 102/2013

Debiti Pa: 6,7 miliardi dal Ssn

I fondi assegnati a dieci Regioni: in testa Lazio, Piemonte e Campania

Per la sanità sono stati pagati in tutto, nel 2013, 6,7 miliardi per i debiti Pa. Di questi, 4,198 sono relativi alla prima tranche (DI 35/2013) e 2,5 alla seconda tranche (DI 102/2013). Sono questi i risultati dell'applicazione del "salvadebiti" resi noti la scorsa settimana dal ministero dell'Economia a consuntivo degli effetti che il decreto ha avuto sullo scorso anno.

Complessivamente il Mef sottolinea che l'operazione di pagamento dei debiti accumulati dalle pubbliche amministrazioni e scaduti al 31 dicembre 2012, avviata con il decreto legge 35/2013 e ampliata con il successivo DI 102/2013, ha consentito di immettere liquidità nel circuito dell'economia reale per circa 22 miliardi, corrispondenti a quasi 1,6 punti di Pil, in un periodo di sei mesi (tra luglio e dicembre 2013).

E sulla scorta dei fondi già assegnati nel 2013, in questi primi giorni del 2014 sono ancora in pagamento circa 2,9 miliardi.

I conti della sanità. Il Lazio è in testa: avrebbe pagato ai creditori sanitari poco meno di 1,5 miliardi (1,497), seguito dal Piemonte con

1,447 miliardi. Della seconda tranche hanno beneficiato sette Regioni delle dodici che avevano già incassato la prima quota prevista dal decreto sui debiti Pa: oltre a Lazio e Piemonte, Campania (957,546 milioni nelle due tranches), Emilia Romagna ((806,364 milioni), Liguria (147,229 milioni), Puglia (334,755 milioni) e Toscana (415,355 milioni).

Rispetto alla somma complessiva di 5 miliardi, alla prima tranche mancano poco più di 801 milioni. Si tratta della minore assegnazione alla Calabria di 17,392 milioni rispetto alla somma dovuta decisa dal tavolo di monitoraggio, dei 765,825 milioni di Sicilia e Sardegna che non hanno fatto pervenire gli atti necessari e di 1,043 milioni in meno erogati al Molise.

Per quanto riguarda la seconda tranche, invece, le risorse assegnate ci sono tutte.

I dubbi delle imprese. Se il deficit cala, altrettanto non si può dire dei tempi di pagamento. Sia Assobiomedica che **Farmindustria**, infatti, hanno rilevato nei loro rapporti sui tempi di pagamento alle imprese una riduzione

generale di alcuni giorni (del -18% circa sia per i **farmaci** che per i biomedicali), e scende lo scoperto che per Assobiomedica si è ridotto di circa un miliardo in un anno. Ma la certezza dei pagamenti è ancora lontana. «A un anno dall'introduzione della nuova direttiva europea sulla lotta ai ritardi dei pagamenti - afferma **Massimo Scaccabarozzi**, presidente Farmindustria - rimangono situazioni di forte criticità, spesso concentrate nelle Regioni sottoposte a piano di rientro». «Il pagamento delle fatture correnti, che dal 2013 dovevano essere saldate a 60 giorni, non sta avvenendo, innescando così un ritardo cronico, che non ci fa essere ottimisti sul futuro dei nostri crediti», ha detto Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica. E la segnalazione delle imprese riguarda più che l'applicazione del decreto sui debiti Pa la buona volontà delle Regioni. Alcune, sottolinea Assobiomedica, sono andate con fondi propri e accordi mirati ben oltre le risorse assegnate, anche se il traguardo dei 60 giorni è ancora lontano.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La situazione delle due tranches (milioni di euro)

| Regioni | Prima tranche (DI 35/2013) | | | Seconda tranche (DI 102/2013) | | | Totale pagato ai creditori |
|---------------|----------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------|
| | Importo richiesto | Importo erogato | Valore debiti pagati | Importo richiesto | Importo erogato | Valore debiti pagati | |
| Abruzzo | 174,01 | 174,01 | 174,01 | - | - | - | 174,01 |
| Basilicata | - | - | - | - | - | - | - |
| Bolzano | - | - | - | - | - | - | - |
| Calabria | 107,14 | 89,75 | 72,85 | - | - | - | 72,85 |
| Campania | 531,97 | 531,97 | 531,97 | 425,58 | 425,58 | 425,58 | 957,55 |
| Emilia R. | 447,98 | 447,98 | 447,98 | 356,38 | 356,38 | 356,38 | 804,36 |
| Friuli V.G. | - | - | - | - | - | - | - |
| Lazio | 832,05 | 832,05 | 832,05 | 665,64 | 665,64 | 665,64 | 1.497,69 |
| Liguria | 81,83 | 81,83 | 81,83 | 65,47 | 65,47 | 65,47 | 147,30 |
| Lombardia | - | - | - | - | - | - | - |
| Marche | - | - | - | - | - | - | - |
| Molise | 44,29 | 44,29 | 43,24 | - | - | - | 43,24 |
| Piemonte | 803,72 | 803,72 | 803,72 | 642,98 | 642,98 | 642,98 | 1.446,70 |
| Puglia | 185,98 | 185,98 | 185,98 | 148,78 | 148,78 | 148,78 | 334,76 |
| Sardegna | 159,73 | - | - | - | - | - | - |
| Sicilia | 606,10 | - | - | - | - | - | - |
| Toscana | 230,75 | 230,75 | 230,75 | 184,60 | 184,60 | 184,60 | 415,36 |
| Trento | - | - | - | - | - | - | - |
| Umbria | 17,22 | 17,22 | 17,22 | - | - | - | - |
| V. d'Aosta | - | - | - | - | - | - | - |
| Veneto | 777,23 | 777,23 | 777,23 | - | - | - | - |
| Totale | 5.000,00 | 4.216,78 | 4.198,84 | 2.491,43 | 2.491,43 | 2.491,43 | 6.690,27 |

L'OSSESSIONE DELLE COSCE SNELLE

FASE 1

FASE 2

FASE 3

DISTURBI ALIMENTARI

Ragazze sottoposte a diete drastiche e digiuni rischiano anoressia e bulimia

STRESS

Diete ed overtraining sottopongono il corpo a stress psico-fisico

OVERTRAINING

È un comportamento che porta a lunghe sessioni in palestra

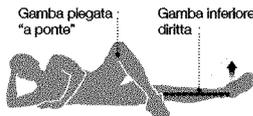
DEPRESSIONE

Obiettivi non raggiunti possono portare a stati depressivi

AMENORREA

Scomparsa delle mestruazioni, dell'ovulazione e infertilità

ATTIVITÀ FISICA PER GAMBE IN FORMA

ESERCIZI A TERRA Di ogni esercizio si fanno 2 serie da 15 su ogni lato

Gamba piegata "a ponte"

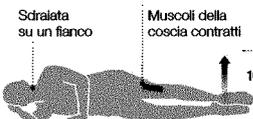
Gamba inferiore dritta

- 1 Sollevare la gamba e mantenerla in alto per 5 secondi
- 2 Abbassarla lentamente



Schiena e bacino a 90°

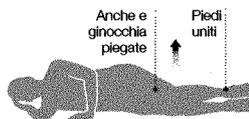
- 1 La gamba sale lentamente
- 2 Poi scende senza toccare per terra



Sdraiata su un fianco

Muscoli della coscia contratti

- 1 Sollevare la gamba a circa 10 cm di distanza dall'altra gamba
- 2 Abbassarla lentamente



Anche e ginocchia piegate

Piedi uniti

- 1 Sollevare il ginocchio verso il soffitto
- 2 Mantenere in alto 2 secondi poi scendere

**ATTIVITÀ AEROBICA**

Camminare a velocità sostenuta o andare in bicicletta per 30-45 minuti al giorno



INFOGRAFICA PALLA SIMONETTI

Il pericoloso mito della magrezza

CLAUDIA BORTOLATO

tra gli ultimi dei cattivi modelli che fanno adepti tra le adolescenti francesi e americane soprattutto, ma sempre più spesso anche italiane, e che "viaggiano" online: è il "thigh gap". Vale a dire: avere gambe così magre da creare un ampio spazio tra le cosce quando si sta in posizione eretta a piedi uniti. Per ottenerlo, e poi "postare" le foto su Facebook, Twitter o altri social network, non si disdegna di ricorrere a strategie molto pericolose, dal digiuno forzato all'overtraining (attività fisica troppo intensa), che aprono la strada, quando già non ne sono espressione com'è normalmente, a disturbi alimentari, anoressia e bulimia in primis. «Pubblicare online questo genere di foto è un modo per entrare in competizione con le coetanee e per sentirsi apprezzate e accettate. Una conseguenza, anche questa, dell'errata percezione di sé, che su una base di predisposizione individuale è favorita dalla cultura dominante della magrezza, da qualche anno amplificata anche dalla diffusione esponenziale di internet», ricorda Arianna Banderali, psicoterapeuta e vicepresidente dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso. Tra l'altro, un recente studio dell'A-

merican University di Washington, pubblicato dalla rivista *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, e condotto su 103 adolescenti alle quali è stato sottoposto un questionario psicologico, ha confermato che guardare le foto pubblicate dalle amiche su Facebook espone a un maggiore rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione e del peso.

D'altro canto, è relativamente facile navigare sui social network e imbattersi in profili di ragazze e pagine, con relative foto soprattutto di gambe per l'appunto, che celebrano il mito della magrezza estrema. «Naturalmente, queste donne, anche quelle più adulte, non sono sempre consapevoli di come e quanti danni possa fare l'emulazione, anche parziale, di modelli assolutamente scorretti. Tra l'altro, nello specifico delle gambe, tutto dipende dalla morfologia della persona: più il bacino è largo, più lo spazio tra le cosce si disegna naturalmente, indipendentemente che la donna sia normopeso o sovrappeso. Inoltre, nella maggioranza dei casi la dieta dimagrante da sola non basta per ridurre i centimetri di cosce e bacino, perché spesso sono dovuti non a grasso bensì a cellulite, che come noto ha altre cause e terapie», puntualizza Banderali. Morale: le gambe ideali hanno ben altre caratteristiche: sono

slanciate ma non troppo magre, le cosce sono tonde e i polpacci ben definiti e hanno una breve curva concava, che scende fino alla caviglia. «Per avvicinarsi a questi parametri occorre seguire una dieta corretta e bilanciata e dedicarsi al movimento regolare, ma moderato: camminare a una velocità sostenuta o andare in bicicletta, ad esempio, per 30 a 45 minuti a giorno. E per eliminare i cuscinetti di grasso "resistenti", o dovuti a cellulite adiposa, la tecnica d'elezione è la liposcultura, eventualmente associata a metodiche laser», spiega Pier Antonio Bacci, specialista in Chirurgia e Malattie Vascolari, Università di Siena e Barcellona. Per la cellulite fibrosa e dolorosa, accompagnata da "cuscinetti" di grasso di modesta entità, un buon rimedio soft, ormai ben rodato, è la carbositterapia: microiniezioni di anidride carbonica (10-15 sedute).

