

la Repubblica **RSALUTE**

Check up in un soffio

Nuovi test poco invasivi
dalla saliva al respiro
per scoprire malattie
e fare screening generali

DONATO F. ALTOMARE
ELVIRA NASELLI

Nuovi test

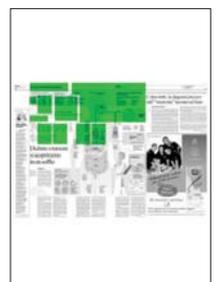
Diabete o tumore si scopriranno in un soffio

B

ELVIRA NASELLI

asterà aprire la bocca per un prelievo di saliva o soffiare attraverso uno spettrometro di massa per poter individuare patologie del fegato, disfunzioni renali, infezioni gastrointestinali, diabete,

asma, alcuni tipi di tumore (vedi accanto la ricerca italiana appena pubblicata sul *British Journal of Surgery*) e persino - secondo uno studio francese - la propensione a sviluppare obesità. Secondo Raed A. Dweik, del Cleve-



land Clinic's Lerner Research Institute, se esiste un test in grado di individuare qualcosa attraverso il sangue, la stessa cosa si può indagare potenzialmente con il respiro, purché ci sia un componente volatile.

In futuro - dunque - i test diagnostici o predittivi potrebbero essere quasi tutti non invasivi. Sempre meno Tac, radiografie e biopsie, con minor impatto sulla persona e costi più bassi. I biomarcatori devono avere caratteristiche precise: devono essere sensibili rispetto all'obiettivo, specifici, riproducibili. Ma anche clinicamente utili, con un bilancio positivo tra costo ed efficacia o - addirittura - a buon prezzo per essere utilizzati su larga scala e in Paesi con minor tecnologia medica.

Il test del respiro è già prassi medica per individuare l'infezione da *Helicobacter Pylori*. Ma le possibilità sono molte di più. Il respiro è quasi come un'impronta digitale e, oltre a contenere ossigeno, anidride carbonica e azoto, comprende composti volatili e non, microscopiche particelle di proteine, peptidi, anticorpi e Dna. Tutti elementi che, misurati con apparecchiature, anche un miliardo di volte più sensibili dell'alcol test della polizia, sarebbero in grado di rivelare un'infinità di particolari.

Secondo uno studio di ricerca-

tori israeliani e del Colorado, appena pubblicato su *Journal of Thoracic Oncology*, l'analisi del respiro differenzierebbe, con un'accuratezza dell'88 per cento, noduli polmonari maligni e sarebbe in grado di stabilire anche tipo di tumore e stadio della malattia. Una quantità elevata di idrogeno nel respiro potrebbe indicare una sindrome dell'intestino irritabile, e composti alcalini e metilalcalini sarebbero predittivi per il rigetto nel caso di trapianto di cuore.

Per quanto riguarda la saliva, già oggi si eseguono test per individuare l'utilizzo di sostanze stupefacenti o alcuni virus, come l'Hiv, ma, secondo studi presentati al congresso dell'American Association for Dental Research (Aadr), le classi dei potenziali biomarcatori salivari sono tante e le applicazioni possibili ancora di più: un'analisi dei metaboliti può aiutare ad individuare patologie endocrinologiche, stress, fibrosi cistica o peridontite, uno studio del Dna può rivelare infezioni batteriche o tumore testicolo mentre la presenza di immunoglobuline può orientare verso un'infezione virale, epatite B o C o Hiv.

Non sempre, però, l'individuazione di marcatori si traduce in applicazione clinica. Dei ventiseimila biomarcatori approvati

dalla Fda americana, ventimila per i tumori e seimila per patologie cardiache, solo una piccola parte sono in uso. Anche perché la cosiddetta validazione, che misura l'efficacia di un test diagnostico o di un percorso terapeutico rispetto a quello tradizionale, impone studi su campioni ampi di popolazione.

«Il campo è promettente - permette Pietro Calissano, collaboratore del Cnr e vicepresidente dell'European Brain Research Institute (Ebri) - oggi conosciamo molte molecole, potenziali portatrici di malattia, che si possono identificare per la diagnosi e un'eventuale cura. Per passare però all'applicazione clinica occorrono anni. Il mio gruppo di lavoro ha identificato una molecola alterata nei malati di Alzheimer: l'abbiamo brevettata e dobbiamo verificare quanto è espressa nei pazienti attraverso un esame del liquor spinale: in futuro potrà essere identificata anche del sangue o nella saliva. Il gruppo di Cattaneo all'Ebri ha sintetizzato una nuova forma di NGF che potrebbe essere impiegata per la cura dell'Alzheimer. Tutti questi studi richiedono qualche anno di lavoro e molti investimenti, ma non c'è dubbio che la strada sia quella giusta».

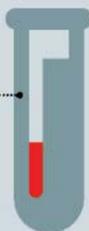
© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TEST SULLA SALIVA

Viene utilizzato per lo screening o la diagnosi di numerose malattie

IL CAMPIONE

Si raccoglie una piccola quantità di saliva in una provetta sterile che viene poi analizzata in laboratorio



ALCUNE MALATTIE MALATTIE E DISFUNZIONI CHE SVELA IL TEST

- Disfunzioni ormonali
- Disturbi metabolici
- Tumori (seno, pancreas, cavo orale)
- Malattie infettive (Hiv, epatite virale, amebiasi, e infezione da H. pylori)
- Allergia alimentare



NUOVO TEST VELOCE PER L'HIV

Il test ricerca la presenza degli anticorpi Hiv presenti nella saliva. Viene eseguito all'Ospedale San Raffaele di Milano e all'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino

Anche dalla saliva la possibilità di individuare malattie con marcatori specifici. “Ma occorrono anni di studio e investimenti”, spiega Pietro Calissano del Cnr, che ha individuato una molecola legata ad Alzheimer e patologie neurodegenerative

LEGENDA

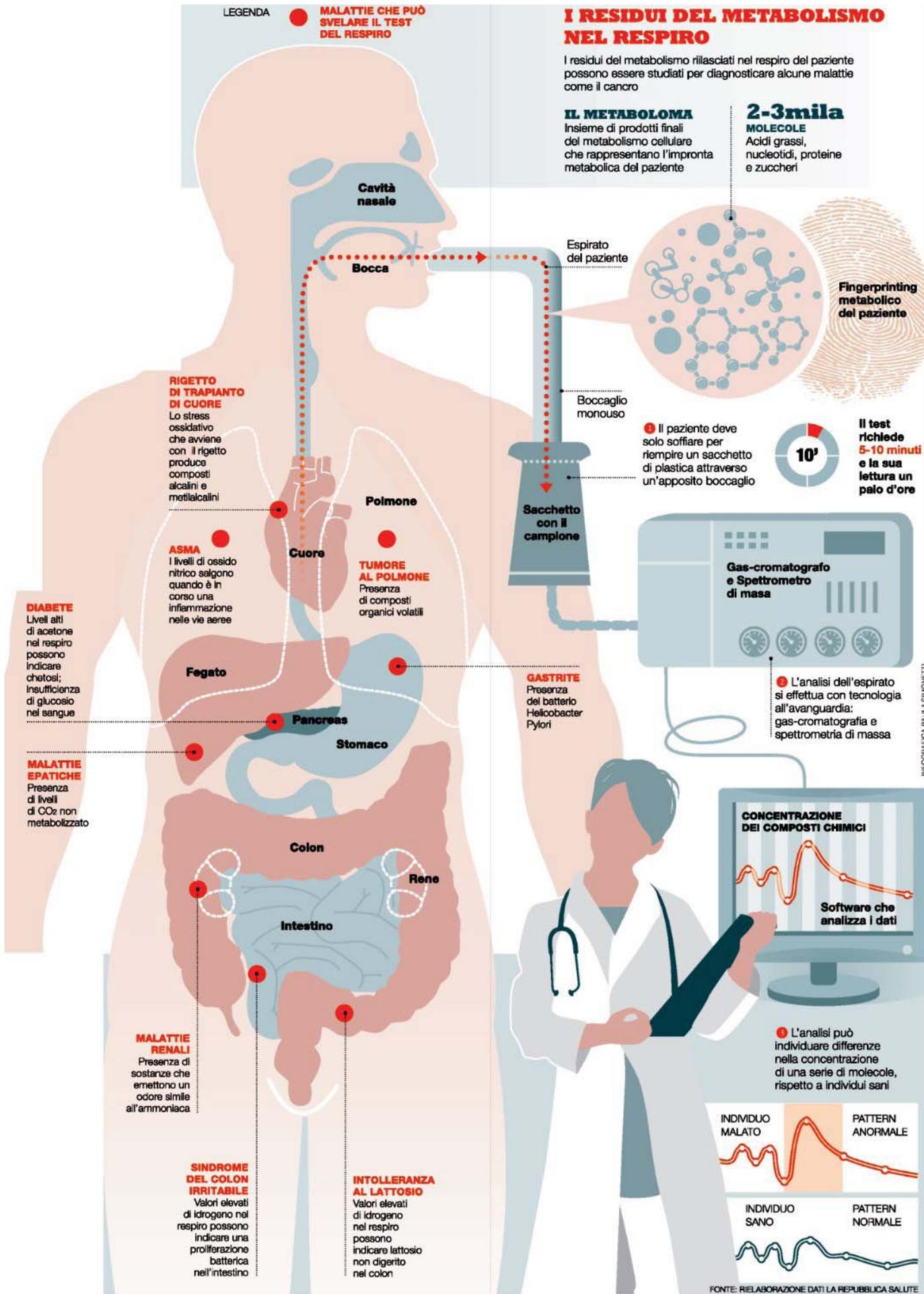
MALATTIE CHE PUÒ SVELARE IL TEST DEL RESPIRO

I RESIDUI DEL METABOLISMO NEL RESPIRO

I residui del metabolismo rilasciati nel respiro del paziente possono essere studiati per diagnosticare alcune malattie come il cancro

IL METABOLOMA
Insieme di prodotti finali del metabolismo cellulare che rappresentano l'impronta metabolica del paziente

2-3mila MOLECOLE
Acidi grassi, nucleotidi, proteine e zuccheri



Fingerprinting metabolico del paziente

RIGETTO DI TRAPIANTO DI CUORE
Lo stress ossidativo che avviene con il rigetto produce composti alcalini e metilalcalini

ASMA
I livelli di ossido nitrico salgono quando è in corso una infiammazione nelle vie aeree

DIABETE
Livelli alti di acetone nel respiro possono indicare chetosi; Insufficienza di glucosio nel sangue

MALATTIE EPATICHE
Presenza di livelli di CO₂ non metabolizzato

MALATTIE RENALI
Presenza di sostanze che emettono un odore simile all'ammoniaca

SINDROME DEL COLON IRRITABILE
Valori elevati di idrogeno nel respiro possono indicare una proliferazione batterica nell'intestino

INTOLLERANZA AL LATTOSIO
Valori elevati di idrogeno nel respiro possono indicare lattosio non digerito nel colon

TUMORE AL POLMONE
Presenza di composti organici volatili

GASTRITE
Presenza del batterio Helicobacter Pylori

Il paziente deve solo soffiare per riempire un sacchetto di plastica attraverso un'apposito boccaglio

Il test richiede 5-10 minuti e la sua lettura un paio d'ore

L'analisi dell'espriato si effettua con tecnologia all'avanguardia: gas-cromatografia e spettrometria di massa

L'analisi può individuare differenze nella concentrazione di una serie di molecole, rispetto a individui sani



Fonte: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA SALUTE

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Il respiro è come un'impronta digitale e può dare informazioni come quelle del sangue

I TEST DEL RESPIRO

Diverse patologie possono essere diagnosticate analizzando il respiro del paziente. Alcuni di questi test sono ancora in via di sperimentazione



Veloce

Il test viene eseguito in pochi minuti. Il risultato in circa due ore



Non invasivo

Il test non è doloroso e non comporta rischi per la salute del paziente



Conveniente

La diagnosi precoce fa risparmiare vite e risorse al sistema sanitario

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

IL LAMENTO DELLA FARMACEUTICA

Levacche grasse delle aziende farmaceutiche sono rinsecchite da tempo. E come per altri comparti industriali nazionali, anche la produzione di medicine è colpita dalla crisi: calano le vendite (di circa il 6 per cento), scende la spesa per la farmaceutica pubblica, diminuiscono gli occupati (dal 2006 diecimila addetti in meno). Ma, come lamenta **Farmindustria**, c'è qualcosa di più specifico che riguarda l'Italia. Da noi l'accesso all'innovazione è troppo lento (12-15 mesi in più rispetto alle autorizzazioni internazionali), e servono almeno 12 mesi per l'inserimento dei nuovi prodotti nei Prontuari regionali. Difatto la ricerca è crollata del 23 per cento. Le industrie si sentono penalizzate e temono per il futuro. Perciò chiedono al governo - quello che verrà - un quadro normativo certo, garantito da un Patto triennale che permetta di pianificare la loro attività. In sostanza viene lanciato un grido d'allarme che andrebbe almeno ascoltato. Perché questo settore, anche se non immune da scandali, crea valore per la salute, porta lavoro. Però la "resistenza" di **Farmindustria** contro i medicinali generici ha ben poco di europeo: il confronto con gli altri non vale solo quando fa comodo.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prologos 2

Dal test dal medico di base, a nuovi marker e centri

Ipertrofia e tumore della prostata strategie preventive

ALESSANDRA MARGRETH



re domande per intercettare una eventuale ipertrofia prostatica benigna (Ipb). È il "Quick Prostate Test", che indaga sui sintomi e disagi di un disturbo urologico che colpisce quasi il 14% degli over 50enni. Il Qpt, presentato da Vincenzo Mironi, segretario della Siu, Società italiana di urologia, sta per essere distribuito a un ampio numero di medici di medicina generale, e da febbraio 2013, corsi di formazione per medici di famiglia.

L'Ipb si manifesta con l'ingrossamento della prostata, con conseguente compressione dell'uretra e ostruzione del flusso urinario. Aumenta lo stimolo e la frequenza nell'urinare, fastidi che costringono ad alzarsi più volte la notte per

andare in bagno (nicturia).

Vari i farmaci da utilizzare, in primis l'associazione di dutasteride (inibitore delle 5-alfa-reduttasi), e di tamsulosina (alfa-bloccante).

Sul fronte del tumore della prostata (36 mila casi nel 2012), mentre domani sarà presentato dalla Società urologia oncologica (Siuro) e Cipro (Collegio primari oncologi ospedalieri) il progetto di quattro "Prostate Cancer Unit" (centri multidisciplinari) sul territorio nazionale, un nuovo marker si affaccia per discriminare meglio il tumore prostatico in pazienti con Psa elevato (limitando così il numero di biopsie non necessarie). Si tratta del proPSA, sempre da prelievo di sangue, disponibile nei centri pubblici (ultimo il Regina Elena di Roma).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Terapie precoci
e nuovi esami
per evitare
biopsie inutili



Sempre più medici denunciati Ma è colpevole uno su cento

*Dati choc dall'Università del Sacro Cuore: scagionato il 99%
L'effetto? Lievita la spesa per farmaci, terapie e difesa legale*

Enza Cusmai

■ L'idillio medico-paziente esiste solo in Tv. Nella realtà le denunce che piovono sulla settore sanitario sono lievitate del 300% in soli otto anni. E i pazienti sono diventati nemici dei camici bianchi che vengono denunciati spesso con leggerezza. Lo confermano i dati della Procura di Roma elaborati dall'Istituto di medicina legale dell'Università cattolica Sacro Cuore: solo una denuncia su 100 è fondata e si trasforma in condanna. In pratica, il 99% dei medici viene scagionato dopo aver subito un processo che può durare dai cinque agli otto anni. Una degenerazione che provoca uno sperpero di denaro pubblico nel settore giudiziario e in quello sanitario. Già, perché i medici non ne possono più di ricevere avvisi di ga-

ranzia per ogni magagna. E contrattaccano con la medicina difensiva, un'arma a doppio taglio: se da un lato li cautele, dall'altra aggrava i costi della sanità pubblica per circa un miliardo di euro l'anno. Un'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari rileva infatti che quasi il 70% dei medici propone un ricovero non necessario mentre sei su dieci suggeriscono più esami del dovuto. «La classe medica si sente perseguitata e la conseguenza è l'aumento del 10% della spesa nazionale» incalza Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami, acronimo di Associazione Medici Accusati di Malpractice. «I costi lievitano in tutti i settori - aggiunge il medico - La spesa farmacologica cresce del 15%, gli accertamenti di circa 20% e si traducono in 200 milioni l'anno, le visite specialistiche aggiuntive si stimano intorno ai 150 milioni l'anno. Alla fine il miliardo di euro lo superiamo senza problemi». E tutto perché in Italia, unica nazione nel-

la Ue e nel mondo è previsto lo strumento penale per colpa del medico. Fuori dai confini un professionista viene condannato solo per dolo o per aver agito sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o dell'alcol.

Ma il nostro codice è rimasto un po' indietro. E si assiste a una sorta di perversione giudiziale che lascia una vittima anche dopo un'assoluzione. E nell'ambiente ospedaliero, chi ha ricevuto un semplice avviso di garanzia è colpito dalla «sindrome dell'appestato»: vive una crisi psicologica che gli crea isolamento professionale e limita le sue capacità professionali. Molti finiscono dal collega psicanalista. I medici sono disorientati, sfiduciati e hanno voglia di rivalsa. E anche il presidente di Amamai, Maggiorotti ammette che di fronte a 30 mila sinistri all'anno, questa reazione è inevitabile. «Un medico - racconta - è stato condannato per omicidio colposo perché di fronte a una cefalea non ha prescritto una risonanza per allon-

tanare il sospetto di aneurisma di arteria cerebrale. I giudici hanno detto che l'evento, anche se è improbabile, andava previsto anche a costo di prescrivere esami lunghi e costosissimi».



Il sale **sulla coda**

di **Dacia Maraini**

Etica in corsia per ridurre le spese

Mi è capitato di portare una persona di famiglia che aveva avuto un ictus al pronto soccorso dell'ospedale più grande e più popolare di Roma, il Policlinico Umberto I. Subito ammessa col bollino rosso, la persona in questione è stata sistemata su un lettino e lì ha atteso — e noi con lei — ben sei ore prima di essere ricevuta dai medici. Non ero mai entrata nella sala d'attesa del pronto soccorso e devo dire che sono rimasta sconvolta. Una confusione di barelle e lettini sparsi in mezzo alla sala senza nessun ordine, su cui giacevano giovani e vecchi: chi aveva avuto un infarto, chi una gamba rotta, chi una occlusione intestinale, chi portava un occhio bendato. I parenti andavano su e giù intralciando il passo ai medici ma nessuno poteva impedirglielo visto che i malati erano abbandonati a se stessi e anche per un poco d'acqua dovevano rivolgersi ai loro cari. I lamenti si mescolavano alle proteste. Ciascuno pretendeva di fare passare davanti agli altri il proprio malato perché il suo caso era «più urgente» degli altri. Le infermiere volenterose erano in preda alla confusione. Correavano frettolose da una porta all'altra senza badare alle lagnanze dei malati, ma soprattutto alle proteste rabbiose dei parenti che premevano per fare visitare il proprio caro.

Ho saputo di altri che al San Camillo vengono visitati per terra, perché le barelle e i lettini sono tutti occupati, come succede in certe zone disperate dell'Africa nera dove manca la luce e l'acqua. Questo lo raccontano in un bel libro appena uscito, i volontari di Medici senza frontiera, che lavorano in zone di guerra, a corto di disinfettanti, spesso a corto di medicine, col solo ausilio della buona volontà. Dovremmo davvero ricominciare col

volontariato — la parte migliore e più preziosa del nostro Paese di cui non si parla mai — sia in politica che nelle professioni di servi-

zio. Possibile che, come racconta Ignazio Marino, nel Lazio ci sono 1600 unità operative, capeggiate ciascuna da un primario che prende un alto stipendio? «Quanti di questi primari sono davvero necessari?» si chiede saggiamente Marino e perché, aggiungiamo noi, non sono mai stati fatti questi conti in tanti anni di pessima amministrazione che hanno ridotto Roma a una città del terzo mondo? E che dire dell'annosa questione dei parti cesarei? Uno scandalo solo italiano, dove un parto su due viene affidato al bisturi del chirurgo — e mai di sabato o di domenica — come è stato osservato, secondo i comodi dei medici e degli ospedali, che per ogni operazione prendono un lauto compenso. La stessa cosa avviene per i trapianti. Che a parte quelli da cadavere, su cui ci sarebbe molto da dire per una legge che è stata boicottata e negata, vengono scoraggiati perfino quelli fra viventi, praticati in tutto il mondo, per portare avanti la lucrosa pratica delle dialisi ospedaliere.

Occorre veramente una rifondazione etica che riguardi il servizio pubblico. Senza una riconquista dell'etica pubblica ricadremo sempre negli stessi errori. Etica che non vuol dire dichiarazione astratta di buone intenzioni, ma prassi severa: regole, trasparenza, meritocrazia, conti in ordine e attenzione alle spese.

Il servizio pubblico ha bisogno di regole trasparenza e meritocrazia



Due sentenze milionarie

L'ospedale non si assicura e a pagare resta il medico

di LUIGI FERRARELLA e SIMONA RAVIZZA

Malasanità: gli ospedali smettono di assicurarsi per gli eccessivi costi delle polizze imposti dalle compagnie per il boom di denunce. E ora i medici temono di dover risarcire direttamente le parti civili. Due casi a Milano. A PAGINA 27

Giustizia I medici ora temono il pignoramento delle loro case

L'ospedale non paga i danni da malasanità

Due casi a Milano. Polizze, sempre più tagli

MILANO — Scricchiola il sistema delle assicurazioni per le colpe mediche: la punta dell'iceberg di ciò che da mesi paventavano i camici bianchi, specie quelli alle prese con ospedali che smettono di assicurarsi per gli eccessivi costi delle polizze imposti dalle compagnie per il boom di denunce giudiziarie, comincia ad affiorare in quello che sta avvenendo a Milano in Tribunale in due sentenze milionarie di malasanità. O, meglio, in ciò che non sta avvenendo: perché in entrambi i casi — uno penale con la condanna del Niguarda ad anticipare a una vedova un acconto di 1 milione di euro sul futuro e ancora maggiore risarcimento per la morte del marito nel 2007, e uno civile con la condanna del San Carlo a versare 1 milione alla famiglia di un paziente rimasto invalido al 90% dopo cure incaute nel 2005 — né l'ospedale né l'assicurazione stanno pagando i danni alle famiglie. E i medici iniziano a tremare: per incassare il dovuto, infatti, le parti civili potrebbero benissimo passare ad aggredire direttamente il patrimonio personale (cominciando a far pignorare la casa)

dei medici condannati in solido con i loro ospedali a risarcire i danni.

All'inizio di ottobre due neurologi e due infermieri del Niguarda sono stati condannati dalla V sezione del Tribunale a risarcire con una provvisoriale

Niguarda e San Carlo

In un caso non era stata diagnosticata una sindrome, nell'altro venne sottovalutato un sintomo di 1 milione la moglie di un norvegese (assistita dall'avvocato Gian Paolo Del Sasso) al quale avrebbero non diagnosticato una specifica sindrome e sottovalutato i rischi di crisi respiratorie legate a quel tipo di malattia. A tutt'oggi l'ospedale non ha ancora messo mano a un quattrino, apparentemente per una diatriba con la compagnia sull'interpretazione della tempistica e di alcune delle clausole standard che regolavano i contratti. Regolavano: perché dalla scorsa primavera il Niguarda — come numerosi altri ospedali della Lombardia — ha scelto di non assicurarsi più. Facendo il bilancio tra i premi

pagati alle assicurazioni (fino a 5 milioni l'anno per un ospedale sui mille posti letto) e i soldi che le compagnie hanno liquidato per i danni dei vari omicidi o lesioni colposi, i vertici aziendali hanno ritenuto economicamente più conveniente smettere di assicurarsi e accettare invece il rischio di dover far fronte direttamente con i propri soldi agli eventuali indennizzi. Ma alla prima controprova, questa «botta» da 1 milione di euro, l'ospedale fa fatica ad aprire il portafoglio, forse anche perché sullo sfondo c'è magari la paura di dover poi rispondere anche del danno erariale.

Intanto, però, per una ragione o per l'altra si moltiplicano i casi in cui i familiari delle vittime, oltre e dopo la loro tragedia, devono anche affrontare un'altra via crucis solo per avere quello che è loro diritto avere.



re: nel caso della condanna civile pronunciata dal giudice Roberto Pertile, ad esempio, la famiglia di un 47enne diabetico, di cui al San Carlo non sarebbe stato ben compreso un primo malore seguito da frettolose dimissioni, non sta vedendo un euro del milione e 180 mila eu-

ro a cui avrebbe diritto con l'avvocato Angela Di Pisa perché l'ospedale sta chiedendo la sospensione e sta appellando la sentenza su un sinistro che — come documentano atti ufficiali — «non risultava essere co-

perto da alcuna delle polizze stipulate per la copertura rischi».

Luigi Ferrarella
lferrarella@corriere.it
Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

I numeri



34.000

Le denunce presentate in Italia contro medici e strutture ospedaliere nel 2010. Le segnalazioni sono state oltre 26 mila



329

I pazienti morti per malasanità (da aprile 2009 a settembre 2011). Tra i decessi, 223 sono legati a presunti errori medici



1 miliardo di euro

Il totale dei risarcimenti pagati, nel 2010, dalle assicurazioni ospedaliere dopo le condanne per casi di malasanità



Azzardo, una separazione su dieci causata da un coniuge «compulsivo»

- Aumentano le donne che ricorrono ai tribunali per arginare la devastazione familiare provocata dai giocatori patologici
- “Insieme contro l'azzardo”: chi gioca troppo ha una vera malattia, una dipendenza della quale lo Stato è complice

CHIANESE E SALINARO A PAGINA **11**

Gioco patologico, allarme separazioni

*La denuncia di "Insieme contro l'azzardo":
1 su 10 è causata da un coniuge "compulsivo"*

DA MILANO VITO SALINARO

«**L**a nostra impresa familiare ci ha sempre consentito di vivere agiatamente. Ma a un certo punto mi sono ritrovata in una tale ristrettezza economica da non poter fare neanche la spesa. Mio marito non mi parlava, mi sfuggiva. A un certo punto l'ho costretto a rivelarmi la causa delle nostre difficoltà. Mi ha confessato che stava dilapidando tutto nel gioco d'azzardo. Attività commerciale, casa, conto bancario, ha sacrificato persino le catenine d'oro dei nostri figli. L'ho sbattuto fuori di casa e gli ho tolto le chiavi. Ora voglio la separazione».

La testimonianza di Claudia, 39 anni, colpisce profondamente persino un avvocato dalla consumata esperienza come Attilio Simeone che, nelle vesti di coordinatore nazionale del Cartello "Insieme contro l'azzardo" – che aderisce alla Consulta nazionale antiusura –, ne ha viste e sentite di «tutti i colori». «Claudia – dice – è entrata nel mio studio dopo aver trascorso 6 anni di inferno in cui ha assistito a una vera e propria trasformazione da parte dell'uomo che ha sposato e che le ha sempre nascosto la sua malattia. Quell'uomo fa parte di un esercito di quasi un milione di italiani affetto da gioco d'azzardo patologico e che sembra interessare molto poco al nostro governo».

Ma sulla scrivania dello studio di Simeone, a Bari, non ci sono solo le testimonianze come quella di Claudia. C'è un dossier che fa tremare i pol-

si. Perché indica che il 10% delle separazioni nel nostro Paese è causato proprio dal gioco d'azzardo di cui soffre uno dei due coniugi e di cui si è discusso ieri nel convegno su gioco d'azzardo e usura, organizzato dall'associazione Anteas di Toritto (Bari), con la partecipazione della Fondazione antiusura San Nicola e Santi Medici, di "Insieme contro l'azzardo" e del Comune barese.

«Di questo 10% – spiega Simeone –, l'80% è costituito da ricorsi di separazione introdotti soprattutto da donne che, sfinite dai reiterati comportamenti compulsivi dei mariti, decidono di buttare la spugna rivolgendosi al tribunale anche per porre un argine alla devastazione sociale ed economica che un giocatore patologico ha la capacità di determinare in ambito familiare e lavorativo». Ma quell'80% non è da assumere in termini assoluti perché sempre più donne giocano ("gratta e vinci" e slot machine su tutto);

un dato che, evidenzia Simeone, darà presto i suoi effetti in termini di separazione coniugale. Ma il legale sottolinea anche che, «trattandosi di una patologia strettamente connessa, se non proprio indotta, da difficoltà economiche dovute, nella migliore delle ipotesi, alla perdita del posto di lavoro magari già precario, la percentuale dell'80% è più che "giustificata" dal fatto che in molte parti d'Italia, in special modo al



Sud, è ancora l'uomo l'unico percettore di reddito che, trovandosi in difficoltà lavorative, è tendenzialmente portato a tentare la dea bendata più della donna».

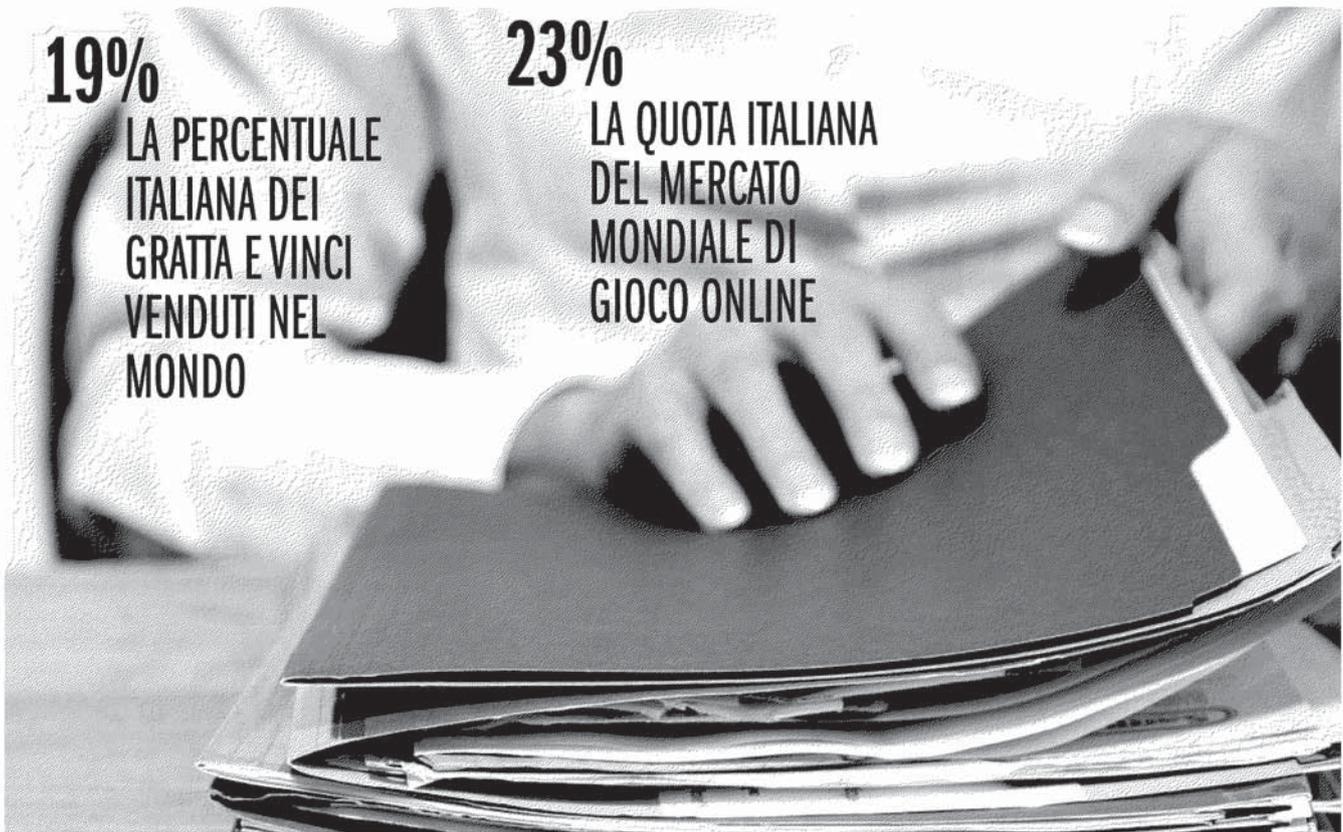
Un aspetto su tutti, nella triste sequenza di litigi e di declini familiari, è, a giudizio di Simeone, «socialmente rilevante»: quasi tutte le coppie arrivano alla separazione senza aver fatto prima un serio tentativo di risoluzione del problema. «Nessuno si è mai recato da un esperto o da un sacerdote – ammette l'avvocato barese – per capire innanzitutto che il gioco d'azzardo patologico è una malattia, una dipendenza dalla quale da soli non si arriva lontano. E della quale è complice lo Stato che, incentivando il ricorso all'azzardo quasi fosse una risoluzione a tutti i problemi esistenziali ed economici, non fa altro che impedirne una vera consapevolezza sociale».

Insomma, è questo il cambiamento di rotta che il Cartello "Insieme contro l'azzardo" chiede sia posto in essere: il giocatore incallito è un malato. Dunque, i giudici «dovranno cominciare a considerare l'aspetto patologico del gioco, che offusca provvisoriamente la capacità dei soggetti affetti. Se si vuole fare un "servizio" alla giustizia, in molti casi più che di separazione, l'isti-

tuto civilistico più adatto è quello dell'"amministrazione di sostegno" che offre ai giocatori un valido supporto nella capacità decisionale», e che può investire il coniuge del giocatore. Perché, come rileva Simeone, quasi mai viene messo in dubbio l'affetto verso il coniuge. E «quando è la famiglia a farsi carico del problema patologico – dichiara – muta radicalmente la visione delle cose, tutto appare rapportato alla risoluzione della patologia e a riscrivere le regole dello stare insieme». Repentinamente «cambiano le priorità di ogni membro del nucleo», si diventa più attenti «ai bisogni essenziali e meno consumisti. Registriamo un maggior equilibrio familiare, una maggiore capacità di rapportarsi agli altri, aumenta sia l'autostima sia la complicità di coppia».

**Attilio Simeone:
questi giocatori
sono veri
e propri malati;
per loro
occorrono degli
"amministratori
di sostegno"**




19%

LA PERCENTUALE ITALIANA DEI GRATTA E VINCI VENDUTI NEL MONDO

23%

LA QUOTA ITALIANA DEL MERCATO MONDIALE DI GIOCO ONLINE

DEPUTATI UDC

«PUBBLICITÀ SEMPRE DILAGANTE»

Quali urgenti iniziative intenda assumere il ministro della Salute «per rendere operativi i principi contenuti nel decreto Balduzzi e quali controlli a tappeto siano previsti per rendere efficaci le disposizioni contenute nel citato decreto» sul gioco d'azzardo: è l'interrogazione presentata dai deputati dell'Udc Paola Binetti, Marco Calgaro e Nunzio Francesco Testa in merito alle misure contenute nel decreto recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. La legge, riferisce Agipronews, tra le altre disposizioni, prevede «anche il divieto su ogni tipo di media alle pubblicità che inducono al gioco» e, nello specifico, vieta «i messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro nelle trasmissioni televisive, radiofoniche, nonché via internet, e nelle rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte ai minori e nei 30 minuti precedenti e successivi alla trasmissione delle stesse». Il provvedimento, inoltre, obbliga a «riportare avvertimenti sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro e sulle relative probabilità di vincita sulle schedine e tagliandi dei giochi e sugli apparecchi di gioco». Nonostante le norme, lamentano i deputati, si registra «una progressiva esplosione di pubblicità».



AIDS MARINO LANCIA L'ALLARME: «SERVONO PIÙ CONTROLLI»

OOO «Nonostante la legge 135/1990 sia avanzata - dice Ignazio Marino presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'Ssn - è necessario un impegno maggiore per la tutela e la cura delle persone sieropositive». «Negli ultimi dodici anni - spiega intervenendo ad un convegno organizzato da "I think" - i servizi per le tossicodipendenze hanno potuto effettuare il test sulla sieropositività in numero sempre minore e la percentuale di persone non testate è passata dal 60,8% al 69,5%». E siccome «molte persone sieropositive sfuggono agli screening per lungo tempo e vengono curate tardivamente, e negli ultimi due anni sono nati trenta bambini sieropositivi», Marino ha ribadito la necessità di estendere il test a diverse fasce di popolazione, ad esempio a tutti i pazienti che accedono agli ospedali. Un'attenzione che deve tornare alta, se si considera che nel decennio 2000-2010 sono aumentate le infezioni da contatti sessuali non protetti mentre sono diminuite quelle da consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva.

