

# Addio, piccoli Popeye i bambini di oggi hanno meno muscoli

*Studio inglese: in dieci anni la forza di mani e braccia si è ridotta del 25%*

**“Poca attività fisica, troppi videogiochi: ecco cosa succede ai bimbi che non giocano all’aperto”**

**ELENA DUSI**

ROMA — «Ecco cosa succede ai bambini quando smettono di arrampicarsi sugli alberi, sulle funi e di giocare all’aperto». Gavin Sandercock, cardiologo dell’università britannica dell’Essex, lo ha misurato in una palestra su 315 scolari di 10 anni, equamente divisi fra maschi e femmine. In un decennio, la forza delle mani dei bambini (quella necessaria a reggersi sui rami) è diminuita del 7 per cento. La forza delle braccia (misurata con il tempo trascorso penzoloni su una sbarra con le braccia piegate e il mento all’altezza dei pugni) è scesa del 26 per cento. E il numero di esercizi per gli addominali completati in 30 secondi è diminuito del 27 per cento. «Il calo della forza muscolare dei nostri bambini è davvero impressionante» ha commentato Sandercock. Tutte le doti necessarie ad arrampicarsi sugli alberi come scoiattoli stanno svanendo nei bambini di città.

A questo risultato il medico inglese è arrivato mettendo a confronto i dati ottenuti in palestra nel 2008 con quelli di dieci anni prima. Nel 1998 altri 309 bambini, sempre dell’età di 10 anni, erano stati sottoposti agli stessi esercizi, e i ricercatori avevano annotato tutti i risultati. Entrambi i gruppi di scolari provenivano da Chelmsford, una cittadina benestante di 100mila abitanti nella regione dell’Essex che non brilla per la ricchezza di alberi, funi e prati dove possono sbizzarrirsi i bambini.

«La forza esplosiva dei muscoli dei bambini — scrivono San-

dercock e gli altri membri dell’équipe in uno studio appena uscito sulla rivista *Acta Paediatrica* — è andata progressivamente aumentando nei Paesi sviluppati fino agli anni ’80. A quel punto, è iniziato un declino costante». Dati simili sull’indebolimento dei piccoli muscoli sono arrivati negli ultimi anni anche da esperimenti in altre nazioni occidentali. La ragione non è difficile da individuare: «Sedentarietà e cambiamento delle abitudini nell’attività fisica» scrivono i ricercatori. Ma forse anche un po’ di determinazione: quando ai bambini del 2008 era stato proposto l’esercizio alla sbarra, uno su dieci si era tirato indietro senza nemmeno provarci. “Non ci riesco”, nel 1998, era stata invece la risposta solo di un bambino su venti.

Se arrampicarsi su un albero o restare appesi a un ramo oggi è così difficile, la colpa non è legata direttamente all’obesità. I piccoli atleti scelti per i test del 2008 avevano infatti la stessa altezza e lo stesso peso di quelli di un decennio prima. «Questo vuol dire — conclude Sandercock — che la percentuale di massa muscolare è diminuita a vantaggio di quella grassa». E i risultati saranno «metabolismo svantaggiato» e «salute compromessa per schiena e ossa».

Rapiti da computer, tv e videogiochi, i bambini spendono meno tempo muovendosi. Ma la Child Growth Foundation, ente britannico che si occupa della salute dei più piccoli, punta il dito anche contro gli standard di sicurezza troppo rigidi delle scuole, che vietano qualunque attività lontanamente rischiosa. Una ricerca inglese condotta nel 2010 per la campagna “Every Child Outdoors” ha poi trovato che il 50 per cento dei genitori vieta al figlio di arrampicarsi sugli al-

beri per paura che si faccia male. Il risultato sta nei dati sui pronti soccorsi inglesi: tra il 2000 e il 2006 i bambini che si sono fatti male cadendo dagli alberi sono scesi da 1.823 e 1.067, ma quelli caduti dal letto sono aumentati da 2.226 a 2.531.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Dove giocano** Giorni feriali, per età - dati Istat 2008

	in casa propria	in casa di altri	in cortile	ai giardini pubblici	su campi o prati
3 - 5 anni	98,2	34,7	25,6	39,6	10,6
6 - 10 anni	96,5	51,1	32,2	33,2	15,8
<b>MEDIA</b>	<b>97,1</b>	<b>44,8</b>	<b>29,7</b>	<b>35,6</b>	<b>13,8</b>

	per strada	in oratorio o parrocchia	al lavoro dei familiari	altro
	3,8	6,4	2,4	2,8
	9,7	23,2	3,5	2,5
	<b>7,4</b>	<b>16,7</b>	<b>3,0</b>	<b>2,6</b>



**In Italia**  
Valori in %

- Giochi di movimento
- Videogiochi e computer
- Maschi ■ Femmine



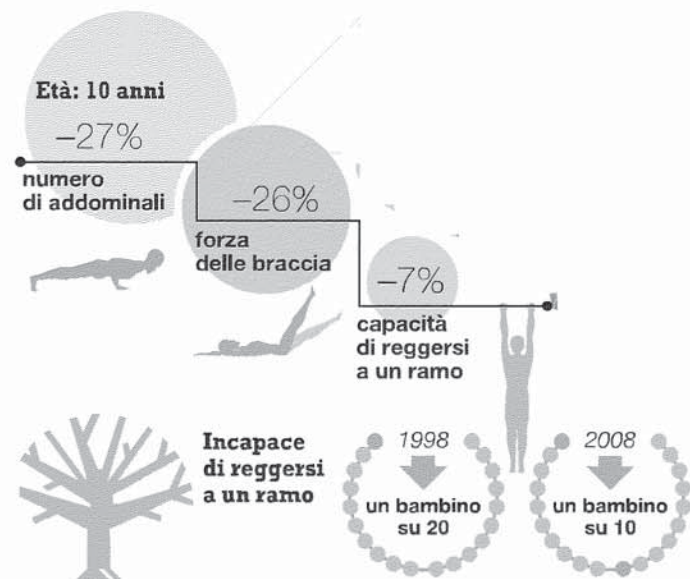
Fonte: dati Istat 2008

**I bambini sono meno atletici**



**Lo studio inglese**

Confronto tra esercizi fisici eseguiti nel 1998 e nel 2008



## L'indice di massa corporea

È rimasto invariato negli ultimi anni, ma...



...è diminuita la percentuale di **muscolatura**  
...è aumentata la percentuale di **grasso**

### Le cause



Diminuisce il gioco all'aperto



Aumenta il tempo passato davanti a tv e computer

## I giochi dei bambini

In Inghilterra



17,0% dei genitori vieta di giocare a inseguirsi



un genitore su due vieta di salire sugli alberi

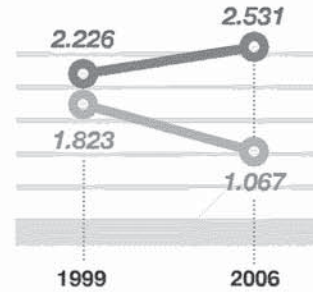
dati Play England 2008 sui bambini di 7-12 anni

## I dati del pronto soccorso britannici



Interventi per cadute dagli alberi sugli under 15

Interventi per cadute dal letto sugli under 15



# Diecimila pazienti aspettano un organo Caccia all'alternativa

*In occasione della Giornata per la donazione preoccupa l'età avanzata. Da animali, vivente o staminali: ecco le strade della ricerca*

## IRMA D'ARIA

**L'**allungamento dell'età media della popolazione si riflette anche sulla donazione di organi. In base al Report del Centro nazionale trapianti, infatti, abbiamo donatori e riceventi sempre più anziani. Accade perché, per fortuna, c'è una diminuzione delle morti traumatiche e, quindi, dei donatori giovani. «La criticità — spiega Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro — nasce dall'età dei pazienti neurolesi, che è di oltre 70 anni, e di quelli che muoiono in seguito a lesioni cerebrali che è di circa 65 anni. Ma questo ci mette di fronte al fatto che c'è un forte invecchiamento degli organi donati». Questo impone la ricerca di alternative per evitare che alcuni dei 9489 pazienti in lista d'attesa muoiano. La ricerca sta procedendo su molte strade, come l'utilizzo di cellule staminali, ma anche il prelievo di organi da animali compatibili. In Italia come in Spagna, paese all'avanguardia, quella numericamente più rilevante è la donazione a "cuore battente" in cui il

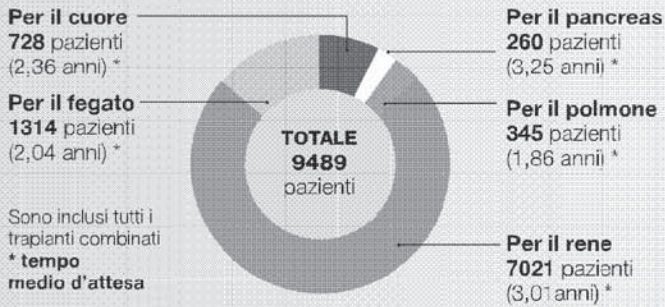
prelievo degli organi viene effettuato in soggetti deceduti per morte encefalica. Un'altra strada è quella della donazione da vivente che ancora non è praticata quanto si potrebbe. «È un obiettivo strategico — conferma Nanni Costa — che stiamo perseguendo tant'è che quest'anno abbiamo avuto il 30% di trapianti di rene da vivente ed è la prima volta che si supera la soglia del 12% sul totale dei trapianti». Ma per mantenere uno standard elevato rispetto alla media europea, bisogna anche migliorare la capacità di utilizzare al meglio gli organi donati. Per esempio, ricorrendo all'eco-stress, un'ecocardiografia eseguita mettendo il cuore sotto sforzo per valutare meglio l'idoneità dell'organo anche in caso di donatori anziani. Del resto, anche i risultati dello studio Adonhers condotto dall'Istituto di fisiologia clinica di Pisa con Emilia-Romagna e Toscana dimostrano che è possibile prelevare, a fini trapiantologici, cuori da donatori superiori ai 55 anni d'età una volta escluse, grazie all'ecostress, coronaropatie e cardiomiopatie legate all'età.

Un'altra strada è quella della "destination therapy": «I dispositivi di assistenza ventricolare di terza generazione — spiega Franco Filippini, presidente della Società italiana per la sicurezza e la qualità nei trapianti — sono davvero un'alternativa al trapianto di cuore visti i tanti progressi in termini di miniaturizzazione, biocompatibilità ed adattabilità. E poi i Vad sono disponibili senza liste di attesa». Per fortuna, alla vigilia della Giornata per la donazione degli organi, il prossimo 29 maggio, arriva una buona notizia: le proiezioni dei dati dei primi quattro mesi dell'anno fanno registrare un incremento del 3,9% dei donatori utilizzati. Proseguirà comunque la campagna del ministero della Salute e del Cnt "Un donatore moltiplica la vita" e quella dell'Aido "Parlane oggi". Troppe le differenze regionali, spiega Vincenzo Passarelli, presidente Associazione donazione di organi: dai 37,4 donatori per milione di popolazione del Friuli ai 7 della Calabria.

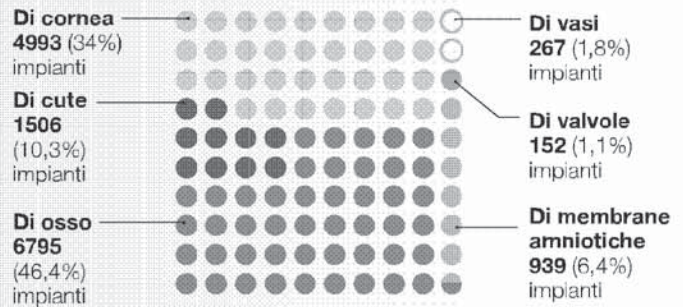
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PAZIENTI IN LISTA D'ATTESA**

Dati a Febbraio 2011, a seconda dell'organo in attesa

**DONAZIONE DEI TESSUTI**

Dati 2009 sul totale degli impianti di tessuti

**TOTALE**  
9489 impianti

FONTE: REPORT DEI DATI 2009 E 2010 DEL CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

**IL CASO****FEGATO DA GENITORE A FIGLIO  
ORA SI PUÒ DONARE IN VITA**

**F**ino ad ora nei trapianti di fegato su pazienti pediatriche si usano organi di donatori deceduti: per metà da altri bambini e per metà da adulti con la tecnica dello split che consiste nel prelevare la parte sinistra dell'organo da un donatore adulto e impiantarla nel bambino. La lista d'attesa, però, continua ad allungarsi e per questo al Bambino Gesù tutto è pronto per realizzare entro il 2011 il trapianto di fegato da vivente, madri o padri, sempre applicando la metodica dello split.

*(i. d'a.)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVISTA NANNI COSTA, CENTRO TRAPIANTI: «DICONO MENO NO RISPETTO AI PARENTI DEGLI ADULTI»

## «Donazioni, mamme e papà sono i più generosi»

**Donatella Barbeta**

**I GENITORI di Elena, di fronte alla morte della loro figlia, quindi nel momento del dolore più straziante, hanno dimostrato una grande generosità. Dottor Alessandro Nanni Costa, è così anche per tante altre coppie italiane?**

«Sì. Possiamo fare il confronto tra le mamme e i papà dei bimbi e i parenti degli adulti. Ogni cento richieste di donazioni di organi — risponde il direttore del Centro nazionale trapianti — registriamo 31,7 rifiuti per gli adulti e 28,5 no per i pazienti pediatrici. Dunque le opposizioni dei genitori sono inferiori».

**Perché, secondo lei?**

«Non ho una teoria scientifica a cui fare riferimento, piuttosto una riflessione. Le mamme e i papà forse riescono a cogliere meglio il valore della vita di altri bambini perché hanno avuto un figlio».

**Nel caso di Elena sono venuti allo scoperto i genitori di Torino e i genitori di Bergamo. Nei loro figli rivivono, rispettivamente, il fegato e il cuore della piccola morta ad Ancona. Non è usuale.**

«No, perché l'articolo 18 della legge 91 del '99 prevede che 'il personale sanitario e amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore e al ricevente'. E la nostra rete l'ha rispettato. Come sem-

pre. Ma questa vicenda ha avuto un forte impatto mediatico e quando si sono conosciute le destinazioni degli organi, che non sono segrete, i giornalisti si sono mossi, forse con maggiore incisività rispetto ad altre volte».

**La mamma e il papà di Tommaso hanno ringraziato pubblicamente i genitori di Elena. Che cosa ne pensa?**

«La loro è una scelta personale, fuori dalle mie competenze. Hanno raccontato il loro sentimento di gioia, è un gesto umano. Abbiamo anche esempi evangelici, come il cieco nato, che, risanato, comunica la sua gioia».

**Se ora le famiglie dei tre bimbi vorranno mettersi in contatto con i genitori di Teramo, voi farete da ponte?**

«No, neppure adesso, se vorranno troveranno altre strade. La legge tutela il donatore e il ricevente, ognuno deve sentirsi libero: in questo modo si evita che si creino legami non equilibrati».

**In Italia per i trapianti pediatrici c'è una lista unica. Siete soddisfatti?**

«E' un'esperienza che sta dando ottimi risultati, a garanzia dei piccoli pazienti: consente di equiparare i bimbi di tutto il territorio nazionale. Nel 2010 sono stati eseguiti 173 trapianti pediatrici: 24 di cuore, 77 di fegato e 72 di rene».



**CAMERA**

## Biotestamento, esame ancora rinviato

**I**l biotestamento slitta ancora. Questa volta *sine die*: la data sarà stabilita solo dopo i ballottaggi delle amministrative. L'esame sul Ddl sulle cure di fine vita doveva cominciare mercoledì scorso da quando, a fine aprile, la maggioranza aveva votato compatta con l'Udc per anticipare l'avvio dell'iter alla Camera. Ma, dopo una mattinata di consultazioni e dopo un crescendo di critiche del Pd, il rinvio è stato approvato dall'aula di Montecitorio e stabilito «a data da destinarsi» dalla Conferenza dei capigruppo.

A pesare sul nuovo stop sono stati senz'altro l'esito delle elezioni amministrative e la volontà di non surriscaldare troppo la campagna elettorale in vista del ritorno alle urne di fine maggio. E nonostante la volontà bipartisan di rimandare l'esame le schermaglie tra

maggioranza e opposizione non si sono fermate: a partire dal segretario del Pd, Pier Luigi Bersani, che non ha mancato di segnalare le difficoltà della maggioranza: «Qualche botta - ha detto - aiuta a ragionare». Difficoltà inesistenti, ha risposto il sottosegretario alla Salute **Eugenia Roccella** che confida nell'appoggio dell'Udc. Ma è proprio l'Udc che, ieri, non ha gradito il nuovo slittamento: «Ci limitiamo a prendere atto della decisione del Pdl - ha detto laconico Pier Ferdinando Casini - noi eravamo qua, tutti pronti». D'accordo infine con il rinvio Walter Veltroni (Pd) convinto che «un tema così delicato» andasse sottratto al «fuoco» delle polemiche elettorali.

Il tema, in effetti, scotta per tutti e rischia di creare divisioni all'interno degli schieramenti senza distinzio-

ne. Il Pd, da sempre contrario a questa «cattiva legge» potrebbe pagare la scelta di coscienza di Beppe Fioroni (ex Margherita) e dei suoi: Fioroni comunque ha annunciato proprio oggi che si asterrà sulla legge. Idem in Futuro e libertà, che ha pur presentato un emendamento interamente sostitutivo del testo in chiave "soft", ma ha un'ala "cattolica" favorevole al testo attuale. Ma anche nella stessa maggioranza sono più volte emerse crepe e diversità di pensiero, che potrebbero farla incappare in qualche incidente di voto. Il destino del Ddl appare dunque sempre più in salita. Anche perché se venisse licenziato dalla Camera sarà comunque necessario un nuovo passaggio al Senato perché il testo è stato già modificato in commissione Affari sociali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PATTO SULLA SALUTE****Farmaci, Regioni all'attacco***Tecnici al lavoro sulle misure anti-sfondamento dell'ospedaliera*

**T**ecnici regionali al lavoro sulle misure di governo della spesa **farmaceutica** ospedaliera da proporre alla prima seduta del tavolo sulla **farmaceutica** previsto nell'ambito del Patto per la salute. Nel mirino il pressing sui listini e crite-

ri di rimborso, la partita dei generici, le gare sui biosimilari. Intanto al tavolo di settore riunitosi presso lo Sviluppo è partito il confronto sulla tutela brevettuale delle molecole.

A PAG. 6

*Allo studio dei tecnici locali le misure da far approdare al Tavolo previsto dal Patto salute*

# Farmaci, Regioni all'assalto

**Ospedaliera, off patent e presidi nel mirino - Casus brevetti allo Sviluppo**

## Bis toscano sui ticket generici

**N**uova pennellata toscana sulla copertura del ticket residuo sui generici. Scaduto il periodo "sperimentale" (30 giorni) della delibera varata il 18 aprile, preso atto che per 252 formulazioni non ci sono in commercio specialità con prezzo uguale o inferiore al nuovo prezzo di riferimento, e contando su acquisti Estav con uno sconto medio non inferiore al 75% del prezzo al pubblico, la Giunta è intervenuta nuovamente lunedì scorso sulla questione, prevedendo che le farmacie convenzionate potranno continuare a distribuire a carico del Ssr il farmaco a prezzo più basso tra quelli disponibili nel ciclo distributivo: in caso contrario il cittadino pagherà di tasca sua.

Architettata anche la copertura: in attesa di un accordo per conto ad hoc con le farmacie, le aziende sanitarie dovranno fare distribuzione diretta di off patent fino a una quota pari ad almeno il 15% dei consumi 2010. Servirà a coprire i nuovi oneri. Senza pesare sulle tasche dei toscani.

**I**l pressing sistematico sui listini non appena vi sia la possibilità di razionalizzare l'uso delle sempre "magre" risorse destinate alla **farmaceutica**; un uso più incisivo del *pay for* e del *pay back* per responsabilizzare le imprese; scelte adamantine e inoppugnabili al capitolo dell'innovatività e una presa di posizione netta, condivisa e ufficiale sulle gare ricomprendenti i biosimilari. E poi: la revoca della manovra sui listini degli off patent (Dl 78/2010), giudicata illogica e incoerente rispetto alla normativa sui Lea della territoriale. E ancora, paletti fermissimi sull'entrata in scena della "farmacia dei servizi" e sul rinnovo della convenzione dei presidi con il Ssn. Per far sì che tutto giri attorno alla convenienza per le casse regionali evitando che le novità introdotte possano compromettere pregresse organizzazioni regionali dei servizi già di per sé efficienti. Queste alcune delle misure allo studio del tavolo tecnico interregionale sui farmaci,

riunitosi giovedì scorso in vista della prima convocazione del «Tavolo per la **farmaceutica**» già reclamato dai Governi locali (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 15/2010) ai sensi del Patto per la salute e alla luce del già disastroso baratro della spesa **farmaceutica** ospedaliera, avviata a registrare anche quest'anno un extratetto di 2,6 miliardi (5,1% del Fsn).

L'incontro - già previsto per giovedì scorso - è slittato per impegni della Salute, ma i tecnici delle Regioni non sono stati con le mani in mano. Così, mentre all'omonimo «Tavolo farmaci» - convocato e puntualmente riunitosi martedì scorso allo Sviluppo - aziende produttrici e sindacati dei chimici hanno puntato a ottenere l'immunità nell'ambito della manovra prossima ventura e disputando attorno alla tutela della "naturale" durata dei brevetti, le Regioni hanno messo giù un'agenda in nove punti destinata forse a dispiacere le imprese ma a fare anche da cintura di salvataggio a una spesa ospedaliera

"naturalmente" allo sbando. Nella lista delle ipotesi non manca nulla, anche perché i pronostici sono tutt'altro che rosei: l'area oncologica assorbe circa il 30% della spesa e cresce al ritmo del 20% l'anno e i nuovi farmaci in arrivo rischiano di far saltare tutto.

Ecco dunque perché nelle strategie profilate dai tecnici regionali figurano a esempio l'inserimento dei farmaci innovativi nel tritacarne del *pay back*, ovvero l'attribu-





zione da parte di Aifa del prezzo più adeguato al reale beneficio clinico (es. sopravvivenza in oncologia), l'abbinamento stretto concedibilità-evidenza scientifica, facendo ampio ricorso ai registri per patologia e alle note limitative Aifa aggiornate e riviste.

Più in generale dagli avanpostosi regionali arriva la richiesta di una revisione periodica e sistematica dei prezzi dei farmaci, ricontrattando tutto a vantaggio dell'ufficiale pagatore pubblico non appena ce ne sia la possibilità: quando si ampliano le indicazioni d'uso di un prodotto (=mercato più ampio); quando scade il brevetto ed entrano in pista i "generici" (attualmente non è prevista la rinegoziazione automatica del prezzo dell'originatore); quando per Ebm si accerta la non innovatività di un prodotto (posto che gli addetti ai lavori riescano finalmente a trovare una quadra condivisa e incontestabile sui criteri da adottare in materia).

Punto dolentissimo e ben evidenziato anche la questione dei listini off patent, oggetto della manovra Aifa di aprile, che ha lasciato sul tappeto circa il 15% di molecole equivalenti gravate da differenziale a carico dei cittadini. Tradotto in scatolette questo significa che 3.024 confezioni in lista di trasparenza Aifa (71% del totale) continuano a essere ritirate gratuitamente in farmacia, mentre sulle restanti 1.238 (29%) si paga una differenza. I numeri dicono che l'80% del risparmio previsto dalla manovra Aifa viene effettivamente realizzato, mentre il restante 20% si traduce in ticket, alla faccia - sottolineano le Regioni - dei **farmaceutici** disegnati dalla legge 405/2001.

Di qui la richiesta di abolire la sfortunata manovra cancellandola dall'ordinamento nazionale e ricorrendo a misure di governo della spesa ritenute più plausibili e dignitose. Tra queste anche la vigilanza sull'attuazione della farmacia dei servizi e sul rinnovo della convenzione farmacie-Ssn, badando che la remunerazione del farmacista riguardi il servizio reso e non si commisuri in percentuale sul costo del farmaco e che si fissino solide barriere difensive a favore delle farmacie rurali (forse nel dubbio di possibili nuove ondate liberalizzatrici al bancone cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 17-18/2010).

**Brevetti sulla scacchiera.** Partita diversissima quella che si è aperta invece martedì al tavolo dello sviluppo dove Farmindustria, Assogenerici e sindacati sono approdati uniti in difesa di un settore già stremato da strette metastatiche lunghe un decennio, ma separati in casa sul fronte brevetti e volumi. I secondi li reclamano in particolare i genericisti, a fronte peraltro di un chiaro impegno assunto con la manovra di primavera, ma le aziende degli originator replicano "lasciamo fare al mercato". Sceneggiatura inversa sui brevetti: le prime vorrebbero una lista certificata delle scadenze accudita da un ente terzo che impedisca fughe in avanti alla commercializzazione equivalente, magari da battezzare con emendamento al Dl Sviluppo (Ac 4357) appena approvato all'esame della Camera; le seconde nicchiano "all'estero basta il mercato".

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Rilevazioni Agenas e Federfarma Babele dei ticket tra le Regioni

**Marzio Bartoloni**

Per farmaci, esami, visite e anche per il pronto soccorso gli italiani sono sempre più alle prese con una giungla di balzelli. Tra ticket, franchigie e una babele di esenzioni il proclamato universalismo delle cure del Ssn sta diventando sempre più uno slogan d'altri tempi. La realtà, invece, è uno spiccato fai-da-te regionale con regole e costi a carico dei cittadini che variano all'impazzata da un capo all'altro della Penisola. A pagarle più di tutti sono quasi sempre i cittadini del Sud, già tartassati da Irpef e Irap regionali con aliquote più alte per colpa di bilanci sanitari sempre in rosso. E con la beffa poi di avere servizi in media più scadenti che al Nord.

La nuova fotografia del puzzle regionale dei ticket - pubblicata integralmente sull'ultimo numero de Il Sole 24 Ore Sanità (n.20) - arriva dall'Agenas (l'Agenzia dei servizi regionali) che ha monitorato come ogni anno le "tariffe" su specialistica e pronto soccorso. Mentre lo stato dell'arte sui farmaci è targato Federfarma, la Federazione delle farmacie.

In questa altalena dei ticket accade, a esempio, che i campani non esenti rischiano di pagare 50 euro in pronto soccorso se si scopre che il loro caso non era poi così urgente (il cosiddetto «codice bianco»). Lo stesso succede a Bolzano dove il conto può diventare ancora più salato arrivando addirittura a 100 euro se è necessario qualche esame in più. Molto più che in Friuli dove il ticket "minimo" per la visita in pronto soccorso è di 7,74 euro. Nel resto d'Italia la tariffa media è invece di 25 euro. In Puglia per una ricetta con due scatolette di farmaci siglata dal proprio medico di famiglia i non esenti versano ben 6,5 euro, quasi co-

me i calabresi che ne spendono 6. Ticket pesanti sono attivi anche nel Lazio (4 euro a confezione per i farmaci oltre i 5 euro) e in Sicilia (4 euro per quelli fino a 25 euro e 4,5 se ancora più cari). A farvi ricorso per tenere a bada la spesa **farmaceutica** sono in tutto 12 Regioni, quasi tutte soggette ai piani di rientro. Le "franchigie" sulla specialistica (visite ed esami) sono infine di 36 euro in media. Ma in Calabria, Campania e Sardegna superano i 50 euro. I lucani sono i più fortunati: per loro farmaci e pronto soccorso sono gratis.

Ancora più spiccata è poi la variabilità sulle esenzioni: qui

## LO SCENARIO

Pronto soccorso: si va dall'esenzione totale della Basilicata ai cento euro di Bolzano  
Farmaci più cari al Sud

l'estro regionale in materia fa sì che vi siano categorie contemplate in alcune Regioni e totalmente ignorate in altre; classi di invalidità che valgono più al Nord che al Sud e viceversa; pazienti cronici tutelati da una parte e dall'altra no. In gioco non ci sono poche briciole visto che spendiamo oltre 4,3 miliardi per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Una bella cifra tra l'altro sottostimata di almeno un miliardo: tante vale, secondo alcuni calcoli, l'evasione dei finiti esenti. Ma anche sulla caccia ai "furbetti del ticket" ne uscito un nuovo puzzle regionale con un complicato rimpallo di responsabilità tra medici e Asl per capire a chi tocca verificare se il cittadino ha davvero diritto all'esenzione in base al reddito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



*Varicella, antipneumococco, antimeningococco e Hpv*  
**Presto 4 nuove  
 vaccinazioni**

ROMA — Varicella, antipneumococco, antimeningococco e Hpv: sono le quattro nuove vaccinazioni raccomandate dal nuovo Piano nazionale vaccini 2010-2012 che ha appena ricevuto l'approvazione tecnica e che aspetta ora il via libera delle Regioni. Il Piano colma un vuoto di tre anni, visto che l'ultimo risale al triennio 2005-2007.

Le Regioni, in fatto di vaccini, hanno continuato negli ultimi anni a decidere in ordine sparso su modalità organizzative, calendari e oneri per i cittadini. Di qui la necessità di garantire un'offerta omogenea inserendo il piano, nei livelli essenziali d'assistenza, di raggiungere standard di 'copertura' adeguati, e di attivare un sistema di valutazione continua basato sull'Health technology assessment e sulla completa informatizzazione sulle anagrafi vaccinali.

Il nuovo piano assume come base di riferimento il calendario già in uso: si conferma la presenza degli antidoti 'obbligatori' contro difterite, tetano, poliomelite ed epatite B, pertosse, influenza B (disponibili insieme agli altri quattro nel complesso in formulazione esavalente); morbillo, rosolia e parotite (vaccino combinato trivalente, consigliato). Nel calendario trovano anche posto l'antipneumococcico coniugato,

l'antimeningococco C e il vaccino contro il papillomavirus (Hpv) nel dodicesimo anno di vita. Introdotti, infine, il vaccino contro l'influenza per gruppi a rischio e la vaccinazione universale contro la varicella, offerta anche a tutti gli adolescenti anamnesticamente negativi.

Secondo il vicepresidente della Società italiana di igiene Carlo Signorelli, «l'emanazione del nuovo Piano è urgente e ormai indifferibile», anche alla luce della situazione vaccinale in Italia, che fa ancora registrare differenze tra le varie Regioni, con adesioni molto alte in alcune soprattutto per nuove vaccinazioni come quella contro il papillomavirus umano, causa del tumore al collo dell'utero, e risposte più basse in altre.

E se risultati molto soddisfacenti si registrano per i bambini nel primo anno di vita, con una copertura vaccinale del 95%, 'punti deboli' restano i giovani e gli adolescenti che, più esposti alle epidemie, spesso non attuano i richiami vaccinali previsti. E risultati non ottimali si hanno anche per le vaccinazioni contro patologie prevenibili (morbillo, rosolia o tetano).

**Il piano 2010-2012  
 ha appena ricevuto  
 l'approvazione tecnica  
 e ora aspetta il disco  
 verde delle Regioni**



**TRIBUNALE DEL MALATO E «CITTADINANZATTIVA»**

# «Patto medici-malati: per un anno prestazioni gratuite extra orario»

**ALBERTO NUTRICATI**

● Un patto di solidarietà tra medici, cittadini e Regione per evitare che la crisi economico-finanziaria che ha colpito in modo pesante anche la sanità regionale si abbatta come una mannaia proprio sugli ammalati. Insomma, prestazioni oltre l'orario di lavoro ma gratuite da parte dei medici e non come accade adesso che sono accompagnate da rivendicazioni economiche e minacce di blocco del servizio.

È questa la proposta avanzata dai vertici regionali del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. «Proponiamo al presidente **Nichi Vendola** e all'assessore alla salute **Tommaso Fiore** - dicono **Anna Maria De Filippi** e **Tonino D'Angelo**, rispettivamente presidente e segretario di Cittadinanzattiva Puglia - una convocazione urgente delle parti coinvolte, proponendo un patto di solidarietà per la durata di un anno, da emendare col contributo di tutti e con la bussola sulle esigenze peculiari, costituzionalmente garantite, dei malati».

Il patto assegna ai medici un ruolo fondamentale, chiamandoli ad un gesto temporaneo di forte solidarietà sociale. «È necessario - argomentano D'Angelo e De Filippi - assicurare interventi, prestazioni appropriate e tempestive, senza oneri aggiuntivi, atti ad abbattere le liste di attesa, a recuperare progressivamente i fondi oggi persi con la mobilità passiva, che potranno essere, dopo un anno, finalizzati in modo condiviso a migliorare gli standard prestazionali e a "premiare" l'impegno assunto col presente patto, tenendo conto degli indicatori quali-quantitativi di avvio e chiusura del patto medesimo».

Su questo punto Cittadinanzattiva ha le

idee molto chiare. «Risparmiare nella sanità - continuano presidente e segretario regionali - significa organizzare un sistema più razionale e sicuro, eliminando gli sprechi e facendo ognuno il proprio dovere, ciascuno sulla base delle proprie disponibilità economiche. Nel caso dei lavoratori impegnati in sanità, ciò deve partire dai medici, che hanno salari che consentono almeno per un anno di assicurare prestazioni adeguate, senza oneri aggiuntivi, razionalizzando l'ordinario orario di servizio e, ove necessario, garantendo attività aggiuntive, anch'esse senza oneri, per il bene dei malati, di cui sono nei fatti "tutori"».

Il ragionamento di Cittadinanzattiva è lineare: l'articolo 2 della Costituzione fa appello ai «doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale». Proprio per questo, incalzano i referenti regionali di Cittadinanzattiva, «il peso di una crisi economica di portata mondiale non può cadere sulle spalle dei

Le associazioni si appellano a Vendola  
«Ci vuole solidarietà per ridurre le liste d'attesa»

malati, dei meno abbienti, dei lavoratori dipendenti, cioè di quelli che hanno salari che non superano i 1200-1500 euro al mese, nel mentre altri professionisti, pur essi dipendenti pubblici o convenzionati, vedi medici ospedalieri, medici del territorio, medici di famiglia, stanno protestando per via del "taglio" non al loro salario base, che viaggia ad almeno oltre il doppio di quello dei lavoratori su citati, bensì alle prestazioni aggiuntive, che lo incrementano ancora. Peraltro, le prestazioni aggiuntive con cui in questi anni si è cercato di abbattere le liste di attesa hanno in alcuni casi nascosto sacche di illegalità, ovvero prestazioni che potevano e dovevano essere svolte nel corso dell'orario ordinario di servizio, "dirottate" verso prestazioni extra, appunto aggiuntive, con sprechi di milioni di euro».



Dal ministero della Salute il via ai lavori per la revisione profonda delle cure primarie

# Territorio, prove di riordino

Sindacati in prima linea: le proposte dei generalisti sul tavolo di Fazio

Partirà da una riscrittura dell'articolo 8 del Dlgs 502/92, fonte normativa delle convenzioni, la revisione profonda delle cure primarie. «Fortemente voluto dal ministro Fazio», come ha spiegato il capo dipartimento Qualità del ministero Filippo Palumbo che ha presieduto al primo incontro, organizzato la scorsa settimana con tutti i sindacati dell'area, il riordino dovrà avvenire a stretto giro di posta. I sindacati sono stati invitati a presentare in questi giorni le loro proposte, di cui i tecnici del ministero terranno conto nella stesura del documento di programmazione.

La parola d'ordine è puntare a realizzare una vera integrazione: tra professionisti e con l'ospedale. Le sigle, del resto, non sono arrivate impreparate all'incontro cui erano stati invitati anche rappresentanti della Sisac e di alcune Regioni. Accesso unico e ruolo unico per la Medicina generale, ristrutturazione del compenso e unità funzionali: ecco i cavalli di battaglia riproposti dal segretario della Fimmg Giacomo Milillo. Che li ricorda in sintesi: «Partiamo da una proposta di convenzionamento unico, superando la doppia graduatoria per la continuità assistenziale e per la

medicina generale. Si entra nel convenzionamento con la medicina generale con un incarico a 38 ore e poi quando si cominciano a acquisire le scelte si riducono le ore e viceversa, in una sorta di meccanismo di vasi comunicanti. I vantaggi sono l'eliminazione della concorrenza e soprattutto il lavoro di squadra». Soprattutto questo: con l'obbligo delle aggregazioni funzionali territoriali che la Fimmg chiama "unità funzionali", un gruppo di colleghi deve lavorare in modo coordinato avendo attività oraria e attività fiduciaria. Un lavoro di squadra, non necessariamente concentrato nella stessa sede, in cui alcuni hanno le scelte e altri fanno attività oraria con cui coprire le

**Si parte dall'art. 8 del Dlgs 502/92**

12h, le 24h, i progetti di assistenza per i malati cronici e tutto ciò che non è strettamente coincidente con il rapporto fiduciario medico-paziente. «Infine - continua Milillo - la ristrutturazione del compenso, con la distinzione tra la componente dell'onorario e di finanziamento dei fattori di produzione dell'assistenza, che oggi è compresa nella quota capitolaria. La negoziazione dei fattori di produzione va differenziata a seconda delle realtà locali e tarata sulle realtà aziendali e regionali».

Se questa è la posizione della Fimmg, la proposta del ministro ha trovato in generale piena disponibilità. «Le modifiche della legge - spiega Nicola Preiti, coordinatore Fp Cgil Medici - dovrebbero intervenire sui punti critici: gestione delle cronicità e h24, rapporti con l'ospedale e tra operatori, definizione della residenzialità intermedia, criteri di accesso e struttura del compenso. Il percorso da iniziare con le modifiche al "502" andrebbe poi completato con il rinnovo delle convenzioni». Tra le proposte, anche l'abolizione del servizio di guardia medica così com'è, per il 118, l'obiettivo di risolvere l'ambiguità normativa che di fatto dà luogo a una commistione tra medici con contratto da dipendenti e colleghi in convenzione, senza una distinzione dei titoli necessari per accedere a questa attività».

«Rafforzare il territorio, puntando sui medici che vi operano è prioritario - ha concluso Maria Paola Volponi dello Smi - ed è per questo che vanno evitate fughe in avanti e pericolose sperimentazioni, come il nodo del ruolo delle farmacie: una delle condizioni per avviare questo riordino è rivedere Convenzione e compenso e sburocratizzare il lavoro dei medici».

**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Sclerosi multipla

## In cerca della cause tra ipotesi virale e poca vitamina D

**Alla vigilia della Giornata mondiale e mentre l'Aism si mobilita per la settimana di informazione, al congresso di San Pietroburgo gli specialisti fanno il punto su trattamenti, ricerca e diagnosi**  
*“Si arriva con anni di ritardo ad accertare la malattia”*

**ARNALDO D'AMICO**

**I** malati di sclerosi multipla celebrano i loro appuntamenti annuali per sostenere la ricerca su questa patologia. Domani la giornata mondiale indetta dalla Federazione internazionale delle associazioni nazionali di pazienti che cade nella settimana di informazione e mobilitazione dell'Aism, l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla. I due appuntamenti sono l'occasione per fare il punto sulle cure e le cause della malattia in espansione e che colpisce 61 mila persone nel nostro paese e circa 2,5 milioni nel mondo con l'aiuto dei massimi esperti italiani, riuniti al recente simposio internazionale a San Pietroburgo della Fondazione Sirono.

**Cure personalizzate, medicinali per via orale. In quattro casi su dieci il primo sintomo è un disturbo della visione**

«Il trattamento sta subendo una profonda evoluzione - spiega

Giancarlo Comi del San Raffaele di Milano e presidente della Società Italiana di Neurologia - Stanno arrivando farmaci potenti, ma con profili di efficacia e sicurezza ancora più variabili da caso a caso. Per questo bisogna incrementare il lavoro di personalizzazione della cura, trovando per ogni malato la combinazione di farmaci che dia il massimo dei benefici col minimo dei rischi. Impegno necessario anche con i farmaci che si possono finalmente dare per bocca, come il già registrato fingolimod e la calidribina, già autorizzata in molti paesi e non ancora in Europa. Uno studio in corso sta dimostrando che quest'ultimo, somministrato in fase precoce, rallenta sensibilmente il decorso della malattia».

Anche per quanto riguarda le cause ci sono novità. Si continua a cercare di capire cosa induce il sistema immunitario ad aggredire il sistema nervoso. Delle ricerche sull'insufficienza venosa ne parla il pioniere Paolo Zamboni nell'intervista a destra. L'ipotesi virale, da anni sulla breccia, ha incontra-

to altre prove a favore in un recente lavoro scientifico dell'Università di Granada che ha trovato anticorpi contro il virus di Epstein Barr in una percentuale significativa di malati. «Infine - aggiunge Comi - la vitamina D. Era noto da anni che la sclerosi multipla diventa più frequente salendo di latitudine. Di qui ricerche che hanno trovato bassi livelli di vitamina D, come atteso per la minor esposizione solare, in molti malati. Ora vi è grande attesa per la conclusione di una ricerca americana che sta valutando gli effetti della supplementazione con vitamina D».

Nonostante il progresso degli strumenti di indagine, il percorso per accertare la malattia continua ad essere lungo e incerto. «Il primo sintomo quasi mai viene attribuito alla malattia - dice Carlo Pozzilli docente di Neurologia de La Sapienza al Sant'Andrea di Roma - Nel 40% dei casi è un disturbo della visione e il soggetto va dall'oculista. Meno di frequente dall'ortopedico per doloretto, formicolii, problemi nel camminare, spesso attribuiti all'attività spor-

tiva che il soggetto, in genere giovane, spesso pratica. Oppure sono vertigini e si va dal medico di famiglia pensando allo stress. Nel caso dell'oculista l'invio al neurologo è immediato perché questo coglie nell'occhio altri sintomi tipici della malattia. Negli altri casi, dato che i sintomi migliorano da soli, si pensa al neurologo quando ricompaiono. In sintesi, la diagnosi, e quindi la terapia appropriata, si ha spesso con ritardo di alcuni anni».

Poi ci sono problemi creati dalla risonanza magnetica o Nmr. Fa vedere le "placche", lesioni causate dall'autoaggressione immunitaria al sistema nervoso. Ma non basta per fare la diagnosi. Spiega Pozzilli: «La Nmr non distingue tra placche e cicatrici lasciate da un parto difficile o da una febbre sopra i 40° nell'infanzia. Usata per valutare l'effetto delle cure, deve essere fatta dallo stesso centro con identica macchina e metodica. Altrimenti le placche possono risultare maggiori per numero e/o dimensioni, indipendentemente dalla malattia. L'unico test diagnostico rimane tuttora la puntura lombare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### INSUFFICIENZA VENOSA

È l'ipotesi "Zamboni"  
Il ristagno di sangue  
nel cervello innesca l'auto-  
aggressione immunitaria

### INFEZIONE VIRALE

Virus non dannosi  
ma che disorientano le difese  
e le inducono ad aggredire  
il sistema nervoso

### CARENZA DI VITAMINA D

La malattia è più frequente  
nelle popolazioni nordiche  
meno esposte al sole  
e con meno vitamina D

### FATTORI GENETICI

Alcune mutazioni  
più frequenti nei malati  
faciliterebbero  
l'auto-aggressione

IN ITALIA (media)

1 PERSONA  
OGNI

1026

SOFFRE DI SM

IN SARDEGNA

1 PERSONA  
OGNI

700

SOFFRE DI SM

1 MALATO  
COSTA  
ALLO STATO  
ITALIANO

25mila

EURO L'ANNO

### Per saperne di più

#### La solidarietà

#### ESPERTI AL TELEFONO SINO A DOMENICA

Sino a domenica 29 maggio si svolge la Settimana Nazionale della Sclerosi Multipla promossa dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla dedicata alla raccolta di fondi per sostenere la ricerca e l'assistenza e per reclutare volontari. Tra le iniziative il numero verde 800803028 a cui rispondono neurologi, psicologi e consulenti legali del lavoro. Per info: [www.aism.it](http://www.aism.it). Domani a Roma si tiene invece il congresso annuale della Federazione Italiana Sclerosi multipla che illustrerà i risultati delle ultime ricerche.

#### Il database

#### CON IMEDWEB SI STUDIA L'EFFICACIA DELLE CURE

Si espande iMedWeb, il sistema che raccoglie i dati anonimi dei pazienti afferenti ai più importanti Centri di Sclerosi Multipla italiani. Il database è in un server ospitato presso il Consorzio Mario Negri Sud di Santa Maria Imbaro (Chieti). Scopo del progetto: condividere le informazioni raccolte ed utilizzarle all'interno di progetti di ricerca specifici, contribuendo così alla crescita e diffusione delle conoscenze scientifiche sulla malattia. Spiega Maria Tojano, ordinario di Neurofisiologia all'università di Bari e "anima" di iMedWeb: «Siamo arrivati a poter raccogliere i dati di 36 centri nazionali a cui afferiscono complessivamente ben 4.200 malati. Sono numeri che non hanno uguali a livello mondiale e che ci permettono di valutare l'efficacia delle terapie, conoscere l'incidenza degli effetti indesiderati, delle complicanze e della sicurezza delle cure. E migliorarle rapidamente».

#### La curiosità

#### CAVIE DI LABORATORIO MIGLIORANO COL VIAGRA

Può sembrare una curiosità, forse poco rispettosa dei malati ma è bene ricordare che da ricerche come queste, a volte, sono nate svolte nella medicina. Su *Acta Neuropathologica* un gruppo dell'Università Autonoma di Barcellona ha appena pubblicato uno studio in cui ha ottenuto la guarigione del 50% degli animali di laboratorio affetti da una malattia simile alla sclerosi multipla dopo 8 giorni di somministrazione di sildenafil meglio noto come Viagra. Non è la prima ricerca che trova un effetto neuroprotettivo della molecola

## CHI NE SOFFRE

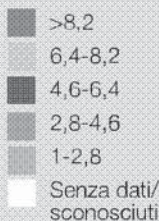
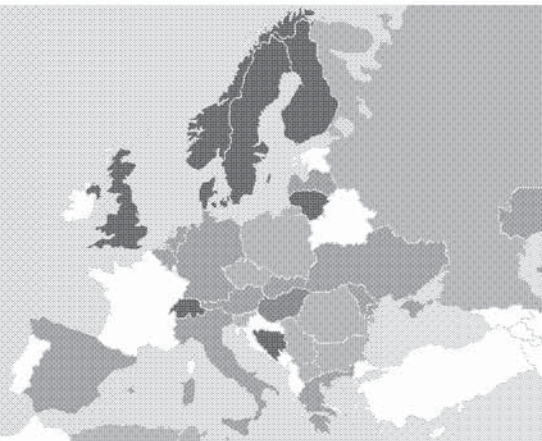
AL MONDO

2,5  
MILIONI  
DI MALATI

IN ITALIA

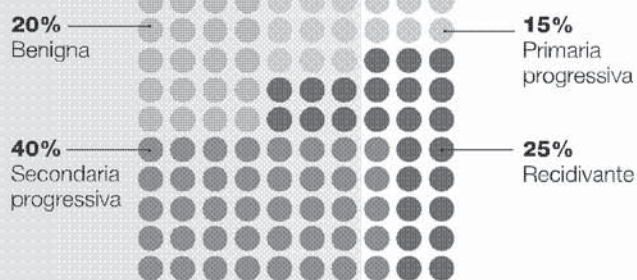
61  
MILA  
MALATIFASCIA  
D'ETÀ PIÙ  
COLPITA20-30  
ANNI2 SU 3  
SONO  
DONNE

## INCIDENZA

Sclerosi Multipla In Europa,  
ogni 100mila abitanti, 2008FONTE: MULTIPLE SCLEROSIS  
INTERNATIONAL FEDERATION

## I TIPI DI SCLEROSI MULTIPLA (SM)

Frequenze delle varie forme della malattia



## LA PEDIATRIA

COLPITI ANCHE BAMBINI DI OTTO ANNI  
ESAMI NEUROLOGICI PER LE CURE SUBITO

ari i casi sotto gli 8 anni, ma circa il 5% di diagnosi di sclerosi multipla riguarda gli under 16: non è, quindi, una malattia per vecchi!», così Maria Grazia Natali Sora, responsabile neuropediatrica al San Raffaele di Milano, segnala l'importanza per i pediatri di tenere presente nelle loro diagnosi questa eventualità (ne ha parlato recentemente al congresso organizzato a Tel Aviv dai pediatri Fimp). Una malattia che appare e scompare (intermittente):

«I sintomi sono calo della vista e appannamento, paresi temporanee, formicolii, visione doppia, in genere per almeno 48 ore. Poi la scomparsa, magari per un anno o due. Non ci si pensa più: ma è recidivante. E invece vanno fatti subito controlli dello specialista», insiste la neurologa, «basta l'esame con Risonanza magnetica dell'encefalo per verificare eventuali lesioni infiammatorie e una conferma con prelievo con puntura lombare del liquor, per accertare se c'è infiammazione del Sistema nervoso centrale. La Rm va eseguita poi a distanza di alcuni mesi. Eventuali dubbi di diagnosi riguardano l'encefalomielite acuta disseminata (adem) che

però ha un evento unico e con febbre». Importante la diagnosi precoce per cure meno aggressive, contro progressione e disabilità: «Nei primi anni prevale l'infiammazione e si usano farmaci immunomodulanti, ben tollerati e sicuri anche in età pediatrica. Poi si arriva a forme degenerative, dove si usano immunosoppressori, più forti: è diverso ammalarsi a 40 o a 15 anni, considerando anche i danni cognitivi in età evolutiva. In più circa il 15% degli under 16 non risponde alla terapia iniziale».

(maurizio paganelli)



## Un registro per il melanoma

**S**ole ne prendiamo sempre meno – e nonostante tutto con più attenzione che negli scorsi decenni – ma l'età delle persone colpite da **melanoma**, un tumore della pelle molto aggressivo, si sta abbassando progressivamente. Il 25% dei nuovi casi oggi in Italia riguarda giovani al di sotto dei 30 anni, dieci anni fa questa percentuale era esigua, intorno al 5%. Si tratta di stime perché finora è mancato uno strumento in grado di indicare dati epidemiologici certi. Una lacuna che viene colmata grazie alla nascita del registro **melanoma**, un progetto dell'Intergruppo **Melanoma** Italiano (IMI), realizzato con il sostegno di Bristol-Myers Squibb. "È la prima banca dati relativa a questa neoplasia in Italia – spiega Carlo Riccardo Rossi, Presidente dell'IMI e Direttore dell'Unità Operativa **Melanoma** e Sarcomi dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova – un vero e proprio database per raccogliere il numero di casi e scattare una fotografia del territorio, un quadro completo per documentare l'incidenza e l'evoluzione di questo tumore nel tempo e nelle diverse aree geografiche. L'accordo con Bristol-Myers Squibb è l'esempio di una partnership virtuosa a favore dei pazienti". Entro l'estate 2011 il registro funzionerà a pieno regime, con l'adesione prevista di 45 centri sul territorio nazionale. "In un momento di attenzione sulle risorse disponibili, il database consentirà anche di verificare i costi legati al **melanoma**, che ogni anno in Italia fa registrare circa 7000 nuove diagnosi e 1500 decessi – afferma Paolo Ascierto, responsabile scientifico del registro e Direttore dell'Unità di **Oncologia** Medica e Terapie Innovative dell'Istituto 'Pascale' di Napoli – e l'incidenza di questa neoplasia è cresciuta ad un ritmo superiore a qualsiasi altra (negli ultimi 10 anni infatti si è registrato un incremento di circa il 30%), ad eccezione di quelle maligne del polmone nelle donne. Le cause sono da ricondurre ad abitudini sbagliate nell'esporsi al sole, alle conseguenti scottature, soprattutto durante l'infanzia e all'uso delle lampade abbronzanti, equiparate al fumo sigaretta per rischio cancerogeno".