

▼ **Aborti: 8mila con la pillola «Ru 486» nel 2011**

Nel 2011 sono state vendute 7.397 scatole di Ru 486: oltre il 50% in tre Regioni. Un quarto delle «Ivg» entro le sette settimane avviene con il farmaco. (Servizio a pag. 19)

Nel 2011 sono state vendute 7.397 scatole di Ru 486: oltre il 50% in tre Regioni

Aborti, 8mila con la pillola

Un quarto delle «Ivg» entro le sette settimane avviene con il farmaco

Una donna su quattro che ha abortito entro le prime sette settimane di gravidanza ha scelto la Ru 486. Che nel 2011, vero primo anno a regime della contestata pillola in commercio dal 1° aprile del 2010, comincia dunque a prendere piede nelle corsie degli ospedali come reale alternativa al bisturi, almeno in un drappello di Regioni: in particolare Piemonte, Puglia, Liguria e Toscana.

L'anno scorso, secondo i dati che «Il Sole-24 Ore Sanità» è in grado di anticipare, sono state ordinate alla «Nordic Pharma», l'azienda che si occupa di distribuire in Italia il farmaco, 7.397 confezioni di Mifegyne - questo il nome commerciale - per oltre 22mila pillole (ce ne sono tre per ogni scatola). Il che significa che almeno 8mila interruzioni volontarie di gravidanza sulle oltre 30mila stimate ogni anno tra le donne con meno di due mesi di gestazione (tempo limite massimo per usare la Ru 486) sono avvenute per via farmacologica, visto che in alcune Regioni, come l'Emilia Romagna, si effettua anche più di una procedura abortiva per ogni scatola.

Rispetto al 2010, quando secondo il ministero della Salute sono stati registrati 3.775 aborti con la Ru 486, è dunque un balzo

in avanti. Praticamente il doppio. Il dato che comunque salta subito all'occhio, come già avvenuto in un primo "censimento", è l'uso molto variabile tra Regione e Regione. Se in Piemonte ne sono state acquistate 1.937, in Puglia 1.024, in Liguria 808 e in Toscana 766; ci sono alcune Regioni che sono praticamente a secco di ordinativi: a cominciare dalla Basilicata e dalle Marche (zero scatole), fino all'Umbria (6 confezioni), all'Abruzzo (33), al Molise (60) e alla Sardegna (65). Ma anche in grandi Regioni, come la Lombardia e il Lazio - dove si stimano ogni anno rispettivamente almeno 5mila e 3.500 aborti entro le sette settimane -, gli ordini sono stati modesti: 413 scatole per gli ospedali lombardi e 557 in quelli del Lazio, dove comunque va segnalato un aumento importante rispetto al 2010 quando gli acquisti si contavano sulle dita di una mano.

A pesare su questa variabilità regionale è indubbiamente la chiarezza che è stata fatta da un drappello di Regioni che hanno deciso, attraverso linee guida o delibere regionali molto puntuali, di regolare fino al minimo dettaglio l'impiego della Ru 486. Alcune, come la Lombardia, si sono affrettate a fissare paletti mol-

to stringenti, stabilendo che per l'assunzione della pillola ci vuole il ricovero ordinario per almeno tre giorni, come chiesto e ribadito più volte in passato dal ministero della Salute. Altre Regioni (come Toscana, Emilia Romagna e Puglia) hanno invece optato per il day hospital: la donna, in sostanza, dopo l'assunzione della Ru 486 torna a casa e si reca in ospedale per le visite di controllo.

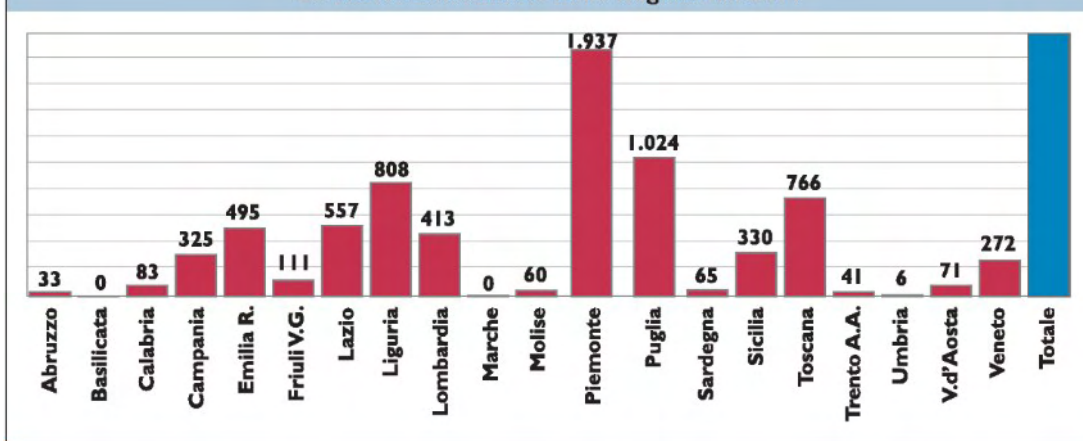
Diverso invece il comportamento di molte Regioni del Sud che finora hanno dato poche o nessuna indicazione sulle strutture dove poterla utilizzare. E con quali modalità. E così molti ospedali e ginecologi, in attesa di chiarimenti, per ora hanno limitato il ricorso all'aborto farmacologico.

Il boom di ordini per il Piemonte invece va spiegato, almeno in parte, con la lunga esperienza con la Ru 486 che era stata sperimentata negli anni passati nelle strutture piemontesi con protocolli molto precisi: tra tutti l'ospedale S'Anna di Torino, il primo a testarla in Italia ancora prima della sua autorizzazione ufficiale dell'Aifa, avvenuta nel luglio del 2010.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le confezioni vendute nelle Regioni nel 2011



Bilancio 2011. Raddoppio sull'anno precedente

Con la pillola 8mila gravidanze interrotte

Marzio Bartoloni

■ Nel 2011 sono stati almeno 8mila gli aborti con la pillola abortiva. L'anno scorso una donna su quattro che ha interrotto la gravidanza entro le prime sette settimane - tempo massimo per usare la Ru 486 - ha scelto la "via farmacologica" al posto del bisturi.

I dati (anticipati sul Sole 24 Ore Sanità n. 3/2012) si basano sugli ordini arrivati alla «Nordic Pharma», l'azienda che si occupa di distribuire il farmaco in Italia, che l'anno scorso ha spedito agli ospedali italiani 7.397 confezioni per oltre 22mila pillole (ogni scatola ne contiene tre). E visto che in diverse Regioni si usa una sola pillola per una procedura abortiva significa che almeno 8mila interruzioni volontarie di gravidanza, sulle oltre 30mila stimate ogni anno tra le donne con 49 giorni di gestazione, sono avvenute con la contestata pillola in commercio nel nostro Paese da aprile 2010.

Rispetto al 2010, quando secondo il ministero della Salute sono stati registrati 3.775 casi, è dunque un balzo in avanti. Praticamente il doppio. Ma se in Piemonte sono state acqui-

state 1.937 confezioni, in Puglia 1.024, in Liguria 808 e in Toscana 766; ci sono alcune Regioni che sono praticamente a secco: a cominciare da Basilicata e Marche (zero scatole), fino all'Umbria (6 confezioni), all'Abruzzo (33), al Molise (60) e alla Sardegna (65). Ma anche in grandi Regioni, come la Lombardia e il Lazio, gli ordini sono stati piuttosto modesti: 413 scatole per gli ospedali lombardi e 557 in quelli del Lazio, dove comunque va segnalato un aumento importante rispetto alle poche decine del 2010. A pesare su questa variabilità è anche il fatto che solo alcune Regioni, soprattutto al Centro-Nord, hanno regolato la materia con paletti più o meno stringenti: c'è chi, come la Lombardia, ha previsto il ricovero in ospedale per almeno tre giorni, come "consigliato" dal ministero della Salute. E chi - come Toscana, Emilia Romagna e Puglia - ha invece optato per il "day hospital": la donna, in sostanza, dopo l'assunzione della Ru 486 torna a casa e si reca in ospedale nei giorni successivi per le visite di controllo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

IN DIFESA DEI CONSULTORI

Se c'è un simbolo da associare alle donne che negli ultimi 40 anni si sono battute per rivendicare la loro identità di genere e i loro diritti, questo è il Consultorio. Che nasce nel luglio del 1975, con la legge 405, per sostenere la famiglia e il singolo, con un servizio fornito dalle Asl. Tra i compiti, ci sono l'assistenza psicologica e sociale per preparare alla maternità e alla paternità e l'aiuto alla coppia e alla famiglia. Ma il «cuore» della struttura è nella tutela della salute della donna. Negli ultimi anni la «mission» originaria è stata in parte stravolta. Intanto il numero delle strutture è calato: 2097 nel 2007, sono diventate 1911 nel 2009; in alcune Regioni sono aumentate (in Toscana da 151 a 184), in altre diminuite (in Campania, Veneto, Puglia). Eppure due anni fa sono state erogate 800 mila prestazioni. Quindi i Consultori sono utili e servono. Soprattutto quando non discriminano, come invece prevede la normativa presentata alla Regione Lazio che punta ai Consultori come sostegno alla famiglia. Purché basata sul matrimonio. Le coppie di fatto vengono così marginalizzate. Come le donne. Che però hanno già raccolto centomila firme: vogliono difendere la «loro» legge del 1975.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Confronto della Ragioneria generale dello Stato sui costi sanitari pubblici nell'Ue

Spesa italiana al decimo posto

In Francia e Uk un punto in più di Pil - Germania e Spagna risparmiatori

Che l'Italia non fosse nel club dei Paesi più spendaccioni nella Sanità ormai è cosa abbastanza nota. Ma l'ultimo confronto europeo a cura della Ragioneria generale dello Stato non lascia più tanti dubbi in merito. Dalla speciale classifica dei fondi pubblici destinati da ogni Paese Ue ai propri servizi sanitari - in base all'incidenza percentuale sul Pil - emerge infatti chiaramente come l'Italia sia abbondantemente dietro a molti partner europei. Per l'esattezza siamo al decimo posto tra venticinque Paesi dell'Unione avendo investito nel 2009 - anno preso in considerazione dai tecnici del ministero dell'Economia - il 7,5 della ricchezza prodotta per curare gli italiani. Spendono più di noi Danimarca e Irlanda (8,8% sul Pil), Regno Unito (8,5%), Francia (8,4%), Austria (8,3%), Belgio e Repubblica Ceca (8%), Finlandia (7,9%) e Slovacchia (7,8 per cento). Tra i "Big" dell'Ue risultano più "risparmiatori" - almeno in percentuale al prodotto interno lordo - Svezia (7,4%), Portogallo (7,1%), Germania (6,9%), Paesi Bassi (6,8%), Spagna (6,7%) e Grecia (6 per cento).

La classifiche, come sempre, vanno prese con le molle viste le tante variabili in gioco: dai modelli sanitari diversi (c'è chi ha il servizio sanitario e chi un sistema assicurativo) all'incidenza della spesa a carico dei privati. Ma lo studio della Ragioneria - «La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi» - fotografa molto bene e con la solita pioggia accurata di numeri lo stato dell'arte del Welfare del Vecchio Continente. Nell'indagine non c'è infatti solo la Sanità, ma anche quanto i vari Paesi dell'Unione europea investono in protezione sociale (previdenza e assistenza sociale),

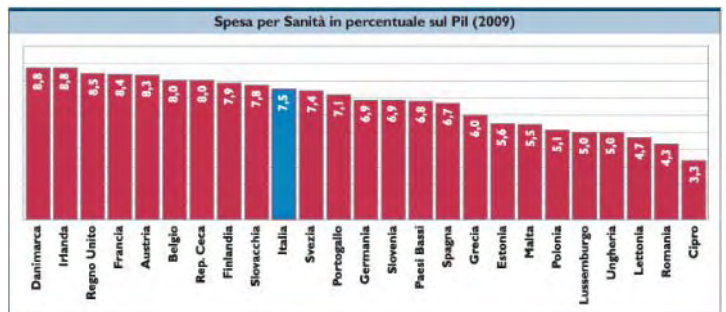
istruzione, ambiente, cultura, difesa ecc.

La performance da metà classifica europea per quanto riguarda la spesa sanitaria conferma quanto già emerso dall'ultimo confronto dell'Ocse sui 30 Paesi più sviluppati del mondo. Allora dagli «Health data 2011», pubblicati l'estate scorsa, risultava che la spesa sanitaria italiana fosse poco sotto la media dell'Ocse. Ora con i dati dell'Economia si ribadisce che anche in Europa nella spesa sanitaria non siamo tra i più "generosi". Anzi, siamo tra quelli che tengono abbastanza stretta la cinghia. Un dato importante, questo, che forse dovrebbe essere preso in considerazione in un momento di tagli e sacrifici per la spesa pubblica.

Non solo, se si prende in considerazione il trend di crescita della spesa dal 2001 al 2009 il nostro Paese risulta tra quelli dove l'aumento è stato tra i più contenuti. Se nel 2001 spendevamo il 6,3% del Pil, otto anni dopo siamo arrivati appunto al 7,5%, segnando una crescita che vale oltre un punto (1,2 per l'esattezza) di prodotto interno lordo speso in più. La stessa crescita nostra l'ha registrata anche la Francia (+1,2). Nella maggior parte degli altri Paesi europei la crescita è stata invece più alta. Tra gli altri in Austria (+1,3), Belgio (+1,5), Spagna (+1,6), Irlanda (+1,7), Danimarca e Finlandia (+2), Paesi Bassi (+2,9) e Regno Unito (+2,6). Riesce invece a tenere sotto controllo l'aumento della spesa sanitaria, registrato praticamente ovunque, la Germania, con una crescita di solo mezzo punto di Pil in otto anni. Quasi un miracolo.

pagina a cura di **Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Paesi	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Belgio	6,5	6,5	7,0	7,1	7,1	6,9	6,9	7,4	8,0
Bulgaria	2,5	5,3	5,9	5,2	5,4	4,0	4,1	4,5	n.d.
Rep. Ceca	6,0	6,2	6,4	7,3	7,2	7,2	7,1	7,2	8,0
Danimarca	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2	7,3	7,5	7,8	8,8
Germania	6,3	6,4	6,5	6,2	6,3	6,2	6,1	6,3	6,9
Estonia	4,1	4,2	4,1	4,0	4,1	4,2	4,4	5,2	5,6
Irlanda	6,1	6,4	6,7	6,9	6,7	6,6	6,9	7,8	8,8
Grecia	4,6	4,5	4,7	4,7	4,9	5,3	5,4	5,6	6,0
Spagna	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7	5,7	6,1	6,7
Francia	7,2	7,5	7,8	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	8,4
Italia	6,3	6,3	6,3	6,7	6,9	7	6,8	7,1	7,5
Cipro	2,9	3,1	3,4	3,1	3,1	3,1	2,9	3,0	3,3
Lettonia	3,2	3,7	3,4	3,5	4,3	4,9	4,3	4,6	4,7
Lituania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lussemburgo	4,8	4,7	4,8	5,1	5,2	4,6	4,4	4,4	5,0
Ungheria	4,8	5,4	5,7	5,4	5,6	5,6	4,9	4,9	5,0
Malta	5,1	5,7	6,0	6,1	6,4	6,4	5,8	5,3	5,5
Paesi Bassi	3,9	4,2	4,4	4,4	4,4	5,8	5,9	5,9	6,8
Austria	7,0	7,1	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,8	8,3
Polonia	n.d.	4,4	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	5,1	5,1
Portogallo	6,5	6,5	6,7	7,0	7,2	6,7	6,6	6,3	7,1
Romania	4,1	4,1	3,5	3,2	3,4	3,3	3,7	3,8	4,3
Slovenia	6,6	6,5	6,5	6,4	6,3	6,3	5,9	6,1	6,9
Slovacchia	4,9	5,0	6,5	4,7	4,8	5,8	6,4	6,9	7,8
Finlandia	5,9	6,2	6,5	6,6	6,9	6,9	6,6	7,0	7,9
Svezia	6,5	6,8	7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,9	7,4
Regno Unito	5,9	6,2	6,3	6,7	6,9	7,1	7,1	7,5	8,5



LE VOCI DEL BILANCIO SANITARIO

Gli stipendi valgono un terzo delle uscite del Ssn

Il monte retribuzioni di tutto il personale Ssn vale un terzo di tutta la spesa pubblica per la Sanità: esattamente il 33,31%, tradotto in Pil vale 2,5 punti della ricchezza prodotta ogni anno in Italia.

A dirlo è sempre la Ragioneria generale dello Stato nel suo studio - «La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi» - nello specifico focus sulla Sanità relativo alla distribuzione delle voci di spesa «secondo le categorie economiche». Quella degli stipendi dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale («Redditi da lavoro dipendente») è la seconda «uscita» subito dopo quella relativa all'erogazione delle prestazioni sanitarie che vale il 36,27% e agli acquisti di beni e servizi che costano il 24,66 per cento (sono i cosiddetti «consumi intermedi»). Una divisione della torta, questa, che non viene condivisa nella maggior parte degli altri Paesi. C'è chi spende di più per gli stipendi, come la Danimarca (49,77%), il

Regno Unito (con ben il 47,01%) e la Spagna (il 43,90%). E chi molto meno: come in Belgio (4,01%) e Germania (0,74%) dove però il sistema di tipo mutualistico - alternativo a quello con un Servizio sanitario - fa pesare in modo diverso le varie voci di spesa che compongono la torta della Sanità pubblica.

Lo studio dei tecnici del ministero dell'Economia conferma poi che la Sanità è la seconda voce della spesa pubblica in Europa, dopo la protezione sociale (pensioni, indennità di disoccupazione o di invalidità, ecc.). L'indagine spiega come l'Italia, con costi complessivi pari al 51,6% del Pil nel 2009, si collochi tra i Paesi che contano un elevato rapporto tra la spesa pubblica e il Pil. In realtà considerando solo quella effettiva destinata alle varie voci, al netto degli interessi passivi sul debito - la vera «croce» del nostro Paese come racconta la crisi di

questi ultimi mesi - la spesa cosiddetta «primaria» scende al 47,3%, in linea con la maggior parte dei membri dell'Unione europea.

La protezione sociale costituisce la funzione che, «in assoluto» - scrive la Ragioneria -, assorbe la parte più rilevante della spesa primaria: con quote che vanno dal 25,2% di Cipro e dal 30,3% della Slovacchia al 48% della Germania. In Italia questo tipo di spesa assorbe il 43% della propria spesa pubblica, pari al 20,4% del Pil. «La seconda divisione, in termini di spesa primaria, - continua la Ragioneria - è rappresentata nella maggior parte degli Stati dalla Sanità», che va da un minimo del 7,6% di Cipro e del 10,8% della Romania al 19% dell'Irlanda e al 19,4% della Slovacchia. «La situazione italiana - aggiunge lo studio - fa rilevare in tale settore una spesa pari al 15,8% dell'intera spesa primaria, con una quota pari al 7,5% del Pil».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Distribuzione percentuale della spesa sanitaria (2009)

Paesi	Stipendi	Beni e servizi	Prestazioni sanitarie	Paesi	Stipendi	Beni e servizi	Prestazioni sanitarie
Belgio	4,01%	2,25%	90,15%	Lituania	44,53%	21,31%	28,87%
Bulgaria	23,10%	34,87%	36,97%	Lussemburgo	2,57%	3,43%	89,03%
Rep. Ceca	3,39%	2,28%	90,48%	Ungheria	27,62%	23,64%	45,17%
Danimarca	49,77%	29,99%	15,41%	Malta	58,62%	25,02%	10,09%
Germania	0,74%	0,72%	95,96%	Paesi Bassi	3,62%	2,82%	91,15%
Estonia	35,08%	23,55%	31,38%	Austria	9,39%	3,76%	59,88%
Irlanda	55,94%	24,91%	15,77%	Polonia	29,14%	23,39%	33,89%
Grecia	29,88%	28,67%	35,48%	Portogallo	15,93%	7,04%	71,52%
Spagna	43,90%	21,96%	29,38%	Romania	38,69%	55,03%	0,00%
Francia	27,90%	11,19%	54,21%	Slovenia	39,27%	25,40%	28,85%
Italia	33,31%	24,66%	36,27%	Slovacchia	1,96%	1,65%	90,83%
Cipro	49,46%	34,54%	9,25%	Finlandia	44,75%	32,70%	17,48%
Lettonia	35,05%	23,54%	0,00%	Svezia	43,84%	23,33%	23,47%
				Regno Unito	47,01%	45,99%	0,00%



Sanità/1**FARMACI GENERICI
MERCATO IN CRESCITA**

Il mercato mondiale dei farmaci generici continuerà a crescere nei prossimi anni, in coincidenza con lo scadere dei brevetti di farmaci molto venduti e con le politiche sanitarie sempre più orientate al risparmio. In più la bilancia delle spese sanitarie penderà sempre di più verso i mercati emergenti come Cina, India, Brasile e Russia. Sono i due punti salienti di un'analisi condotta da Frost&Sullivan dalla quale emergerebbe come il mercato degli equivalenti dovrebbe crescere dai 123,85 miliardi di dollari di incassi del 2010 ai 231 del 2017. «Lo scadere di molti brevetti nel periodo considerato (2010-2017) - sottolinea la società di consulenza internazionale - accelererà la crescita del mercato dei generici. Il trend va verso i settori meno competitivi al momento, seppure molto attrattivi, come quello dei generici difficili da produrre, dei generici di specialità e dei biosimilari»

SANITÀ, UNA RESPONSABILITÀ DA CONDIVIDERE

IGNAZIO MARINO*

Caro Direttore, è giusto che un ospedale al termine di un ricovero dimetta il paziente consegnandogli un documento che riassume le spese che il Servizio sanitario nazionale ha sostenuto per lui? La Regione Lombardia e la Regione Piemonte hanno deliberato che nei prossimi mesi ogni paziente, al momento di congedarsi dall'ospedale riceverà, oltre alla lettera di dimissioni, il conto: una nota a due voci dove saranno registrate separatamente la somma eventualmente pagata dal paziente e i costi sostenuti dal servizio pubblico. E' una scelta che non ha mancato di aprire un dibattito, in primo luogo tra i medici. E' stato osservato che parlare di costi può essere umiliante per il malato e controproducente per il medico che non dovrebbe essere distolto dalla sua missione con questioni finanziarie. Sono osservazioni non prive di fondamento, eppure occorre avere la serietà di ripetere che quando si parla di salute si parla anche di risorse che non sono, neanche in questo campo, infinite. Lo sanno bene i medici di famiglia, da anni invitati a evitare prescrizioni inutili e superflue, ed è bene che ne siano consapevoli anche i cittadini. Se la spesa sanitaria va razionalizzata, allora è saggio coinvolgere e responsabilizzare in questo processo proprio gli utenti del servizio sanitario.

L'obiettivo non è certo quello di convincerli a non curarsi, o a curarsi di meno, ma quello di ragionare tutti, operatori e utenti, in termini di utilità/inutilità di una prestazione o di un servizio. Prima ancora di bilanci o di tetti di spesa, il criterio cui fare riferimento deve essere quello dell'appropriatezza della cura e dunque della necessità di un intervento sanitario. A prescindere dai costi, se una prestazione è necessaria, va garantita. Se non lo è, è saggio, se non doveroso, evitarla anche perché sottrae risorse economiche preziose per interventi irrinunciabili.

Nel nostro Paese si sprecano fiumi di denaro per i cosiddetti ricoveri inappropriati: in altri Paesi il paziente fissa la data dell'operazione con il proprio chirurgo, poi si fa visitare dall'anestesista e dagli altri specialisti e il ricovero avviene solo la mattina del giorno stabilito per l'operazione. Si ha idea di quanto si risparmi? In Italia, solo in Friuli Venezia Giulia il malato è ospedalizzato la notte prima dell'intervento; nel Lazio i giorni in più precedenti l'intervento sono in media tre, nel Sud in generale diventano 4 o 5, al costo di mille euro al giorno. E questo per 400.000 interventi programmati ogni anno. Inoltre, potendo scegliere, qual è il malato che opterebbe per stare in una stanza con quattro o cinque letti quando potrebbe stare a casa sua sino al giorno dell'operazione? E quei soldi così sprecati non saranno disponibili per coprire le spese di un esame diagnostico o per ridurre il ticket su di un farmaco. E' in questa logica che i cittadini possono essere invitati a partecipare in prima persona ad una riflessione sulla spesa sanitaria. In questo modo potranno avere voce in capitolo ed esprimersi sulle

scelte di politica sanitaria delle strutture pubbliche. E' quanto accade in molti paesi occidentali dove si parla di consumer-driven health care e dove gli utenti dei servizi sanitari possono pronunciarsi attraverso appositi comitati. Potremmo pensare all'istituzione di Comitati consultivi di Controllo, costituiti e gestiti da cittadini appartenenti ad una Asl, che potrebbero esprimersi sulla programmazione sanitaria, suggerire modifiche o miglioramenti nell'individuazione delle priorità nell'uso delle risorse. Sarebbe un significativo passo avanti per una maggiore trasparenza ed efficienza del servizio sanitario. E per una democrazia partecipata.

*** Chirurgo, presidente della Commissione parlamentare di Inchiesta sul Servizio sanitario nazionale**



La farmacia degli scontenti

Tutti confusi, tutti delusi. Week end senza riposo e senza allegria per i professionisti del bancone, a nanna per sette giorni consecutivi col rebus allucinante dei resti (di popolazione, s'intende). Cinquemila, seimila, settemila farmacie in più. Mille, duemila, tremila ovvero quasi quattromila esercizi di vicinato col forfait sul collo. Da una sponda e dall'altra hanno dato i numeri, sull'allucinante pallettoliere di quella pianta organica che a ben vedere se la disegneranno le Regioni come converrà loro.

«La crescita non si costruisce in laboratorio - recita la relazione al Dl di Fase 2 - la garantiscono, la assicurano, la realizzano i cittadini e le imprese».

Bello! Peccato però che i cittadini venditori (a qualsiasi titolo) di pillole se la siano presa tanto a male. E peccato che nel broncio collettivo se la siano presa anche i medici e per di più le imprese.

Animo, dunque. Un po' d'ottimismo ci vuole. Soprattutto in farmacia.

In fondo il Dl concede le armi giuste per concorrere con la pletora annunciata: tanti sconti in più e soprattutto battenti aperti a notte fonda, col fisioterapista o l'infermiere nel retrobottega (per chi può permetterselo). E cresca chi può. (S.Tod.)

A PAG. 8-9

Presidi, corner e vicinato col fiato sospeso sul taglia e cuci del decreto

Tutti i quorum delle farmacie sul fornello delle liberalizzazioni

Lavoro notturno, sconti à go go, generici a raffica. E il quorum che ha saltellato senza tregua in tutte le possibili varianti per poi fissarsi (nel testo approvato a Palazzo Chigi) a quota 3.000. È stata una vigilia di Cdm da agonia per le farmacie, per le parafarmacie e per i referenti politici, tirati per la giacchetta dall'una e dall'altra sponda. E non si sono divertite neanche le **farmaceutiche** e i medici, tirati in ballo a sorpresa dalla norma sulle ricette con vincolo d'equivalente.

A giovedì sera (termine per la stampa di questo numero del settimanale) il testo sulle liberalizzazioni al bancone (se così si vuole definirle) era ancora in fase di riscrittura e tutte le fonti davano per certo il "copia e incolla" fino all'avvio dei lavori.

In mancanza di meglio e con l'incubo di un Consiglio dei ministri sit-in, con chiusura domenicale, tutti si sono dati da fare a commentare e smontare l'ultima bozza del Dl data ancora per buona. Quella cioè col quorum a 3mi-

la abitanti che darebbe origine a 7mila (Federfarma); 6.500 (Fofi) o 5.300 (parafarmacie) presidi in più sul territorio nazionale, senza regalare niente a corner e parafarmacie, lasciate nuovamente (definitivamente?) a bocca asciutta dal Dl liberalizzatore. Tutte le attenzioni sono andate ai presidi convenzionati, che di qualche attenzione forse avrebbero fatto assai volentieri a meno. Tra le novità tutte da gestire la possibilità del fuori orario e fuori turno per svolgere anche i servizi medici aggiuntivi, che trasforma i titolari in cottimisti di se stessi e la possibilità di scontare tutto il vendibile, compresa la "sacra" fascia A, appannaggio del Ssn. Una "spintarella" affettuosa, visto che di sconti sulla Fascia C - dacché ne è stata prevista la possibilità col decreto salva-Italia - al bancone ancora non c'è traccia del tutto. Poi le norme sulla cessione dell'attività: sei mesi per il subentro dei familiari, due anni per la vendita.

Un pensiero è avanzato anche per i farmacisti di parafarmacia: potranno concorrere per la gestione associata delle sedi in arrivo e faranno punteggio anche se nel frattempo avranno lavorato nei loro esercizi "a scartamento ridotto", quotati almeno al 70% rispetto ai cugini delle farmacie convenzionate. Una mano caritatevole ha cancellato la norma che avrebbe aperto le porte della parafarmacia alla C su ricetta in caso di mancata assegnazione delle sedi a concorso: una misura naturalmente foriera di ricorsi alla Consulta che il Governo ha ragionevolmente sostituito prevedendo la nomina di un commissario ad acta nelle Regioni inadempienti sull'aggiornamento della pianta organica. Malesseri e malumori si sono sprecati fin dalla vigilia. Federfarma - già asserragliata in Assemblea straordinaria con l'annuncio di misure «estreme» - ha rivisto al ribasso la stima sulle nuove aperture, che tenuto conto dei resti scenderebbero a quota 3mila. La Fofi ha bollato le norme come «contraddittorie». de-

nunciando l'impossibilità delle nuove aperture quando già mille sedi (poco redditizie) restano vacanti da anni.

Fenagifar (giovani farmacisti) ha accusato l'Esecutivo di gestione «inadeguata, insufficiente e, addirittura, per alcune delle norme inserite, assolutamente incompetente».

Ma le reazioni forse più scomposte sono state quelle dei medici alla norma che li obbliga a specificare sulla ricetta rosa l'eventuale esistenza del **farmaco** equivalente se costa meno. Assogenerici ha gongolato. Fimmg e Snam sono insorte. Scaccabarozzi (Farmindustria) ha lanciato un appello: «Fate le liberalizzazioni ma fatele con buon senso per evitare di dover tornare indietro... Quella norma non crea risparmio, fa solo confusione».

Ma l'impressione è che le Regioni su quella "confusione" lì ci continuo eccome.

Sara Todaro



Salute. Federfarma conferma la chiusura di protesta del 1° febbraio

Farmacie pronte alla serrata

IL PROVVEDIMENTO

Fondo di solidarietà
per i punti vendita
nei piccoli comuni
Sarà riscritta la norma
sui **farmaci** generici

ROMA

■ Un reddito minimo garantito di circa 3mila euro lordi al mese a chi rischierà di avviare una delle 841 farmacie "vacanti" nei comuni con meno di mille abitanti che finora sono state sempre rifiutate. Più dipendenti nelle farmacie con i guadagni più elevati, pena la perdita della convenzione col servizio sanitario pubblico. La spinta a vendere i generici, ma forse senza più l'obbligo per i medici di segnalarlo nelle loro ricette. Tra il tentativo di rimpolpare il "fattore occupazione" e la riscrittura di alcune norme nel mirino soprattutto dei camici bianchi, è ormai definito l'articolo (l'11) del decreto legge su liberalizzazioni e concorrenza che potenzia con almeno 5mila nuove farmacie la rete distributiva dei medicinali.

I farmacisti titolari di Federfarma intanto confermano la prima giornata di sciopero proclamata per mercoledì prossimo, 1 febbraio, in attesa di conoscere gli sviluppi in Parlamento. «Decreto insostenibile, sarebbero tollerabili al massimo 2mila farmacie in più», ribadisce la presidente di Federfarma, Annarosa Racca. Mentre il presidente delle farmacie comunali di Assofarm, Venanzio Gitti, pur rassicurando che la rete pubblica non farà alcuna serrata, definisce il provvedimento «un'occasione mancata»: sotto tiro il

mancato diritto di prelazione dei sindaci sulle nuove farmacie che apriranno dopo i concorsi straordinari (che saranno per «titoli ed esami») da mettere a bando al massimo entro 5 mesi dalla conversione in legge del decreto. Un tempo che per molte regioni sarà difficile rispettare: in quel caso subentrerà un commissario ad acta del Governo.

Già più volte ritoccatto, il decreto è stato ormai pressoché definito dal Governo. Ma con altre novità. Per sostenere l'apertura di farmacie nei piccoli comuni, sarà creato un fondo di solidarietà, finanziato dalle farmacie urbane, col versamento all'Enpaf (ente di previdenza di categoria) di una quota che assicuri ai farmacisti titolari di quelle sedi disagiate un reddito netto non inferiore al 150% di quello percepito per contratto da un farmacista collaboratore di primo livello con due anni di servizio. Circa 3mila euro lordi al mese, appunto. E sempre nell'ottica dell'aumento dell'occupazione, ecco un'altra novità: con decreto della Salute saranno determinati i livelli di fatturato delle farmacie oltre i quali scatterà l'obbligo di avere «uno o più farmacisti», altrimenti si perderà la convenzione col Ssn.

Verso la riscrittura la norma che obbliga i medici a indicare in ricetta l'esistenza dei **farmaci** generici, ma senza tornare indietro sulla maggiore informazione ai cittadini. I medici di famiglia dello Snam ieri hanno detto di essere pronti a «dure azioni di autotutela fino alla disobbedienza civile».

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Patto per la salute: conferenza il 26 gennaio

Conferenza straordinaria dei governatori giovedì 26 gennaio dedicata al Patto per la salute 2013-2015. Le Regioni confermano così la corsa verso il nuovo Patto e già i primi giorni di questa settimana è all'esame degli assessori una bozza grezza di ciò che politicamente sarà analizzato nella riunione di giovedì. Al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale, venerdì 20 gennaio, un testo ancora non c'è, ma sono già chiari gli argomenti su cui le Regioni sono al lavoro.

L'unica voce che non entrerà nel Patto di quelle annunciate come probabili alla vigilia dell'avvio dei lavori è quella relativa ai nuovi criteri di riparto del fondo sanitario: giovedì 26 se ne comincerà a parlare, a febbraio ci sarà una conferenza ad hoc e il presidente dei governatori, Vasco Errani, ha sollecitato per questo la commissione Salute a terminare il mandato tecnico che la stessa Conferenza gli ha assegnato in collaborazione con Agenas e ministero.

Per quanto riguarda gli aspetti da analizzare e coordinare, il coordinamento della commissione Affari finanziari ha segnalato alcune criticità. La prima è che il taglio delle risorse pari a 8 miliardi per il 2013-2014 è stato confermato dal Governo con il rischio che tutte le Regioni vadano in piano di rientro se questa diminuzione delle risorse non viene sterilizzata in sede di valutazione dei bilanci regionali. La seconda è legata all'aumento dell'Iva previsto dalle due ultime manovre finanziarie che costituisce un aggravio di costi che non ha trovato finora copertura se non a carico delle Regioni. Poi ci sono le misure alternative ai ticket previste per parte del 2011 e per tutto il 2012 che non hanno garantito la copertura prevista.

Secondo la commissione, poi, la tempistica fissata dal ministero della Salute non è assolutamente automatica e scontata perché si sono volute affrontare in un unico documento due scadenze differenti: il rinnovo del Patto per la salute che è in vigore fino al 31 dicembre e la data del 30 aprile 2012 fissata dalla manovra estiva per l'intesa sui criteri necessari ad applicare le nuove regole (e i tagli) previste anche con misure alternative alla

riduzione degli 8 miliardi previsti nella manovra dell'estate scorsa.

La preoccupazione dei governatori è che il «forte contributo» richiesto dal ministro della Salute alle Regioni sulla scrittura del nuovo Patto e la definizione del riparto delle risorse del fondo sanitario 2012 siano un impegno - "serio e difficile" lo hanno definito - che si rischia di non essere in grado di concludere pienamente.

Secondo le riflessioni dei governatori sugli input per il nuovo Patto, il taglio delle risorse previste per i prossimi anni è un'occasione per ripensare all'organizzazione generale dei servizi sanitari regionali prefigurando una sorta di piano di rientro nazionale nel quale tutti i soggetti interessati sono chiamati a fare la propria parte. E nel nuovo Patto per la salute dovranno essere individuati specifici interventi per le Regioni in piano di rientro.

E se all'avvio del lavoro sul Patto si è scelto di limitare a un nucleo ristretto di Regioni l'analisi delle cose da fare, i Governatori, dopo l'ultima bozza dell'indice fornita dalla Salute (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 2/2012) hanno deciso di rafforzare il rapporto tra gli assessori che partecipano al tavolo con il ministro e il resto della commissione Salute, individuando strumenti ad hoc per garantire adeguata informazione e un rapporto costante anche con la commissione Affari finanziari.

E il «G21» (cioè la rappresentanza di tutte le Regioni) ha scelto una serie di argomenti da approfondire ai tavoli tecnici in questi giorni: **farmaceutica** e dispositivi medici (misure per l'appropriatezza e i produttori); ticket ed esenzioni (ridefinizione dei criteri partendo dal reddito e dal carico familiare collegandoli non più solo alla presenza o meno di esenzione per patologia); riforma delle cure primarie prevedendo alle Regioni la possibilità di avere a livello territoriale degli spazi di manovra che oggi non hanno; previsione dell'introduzione di una tassa di scopo per gli investimenti; ridefinizione/rivisitazione dei Lea in relazione alla diminuzione del fabbisogno.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Non possono imporci di pagare lo spread sui generici»

Il differenziale non è pubblico

«Sono esterrefatto, anche se poi è sempre la stessa musica: per risolvere i problemi di bilancio si costruiscono modelli e sistemi ingiusti che permettono il trasferimento di risorse alle Regioni. Ma stavolta il meccanismo è inaccettabile».

Emilio Stefanelli, membro del comitato di presidenza di **Farmindustria** e voce storica delle Pmi italiane del **farmaco**, reagisce così alle voci circolate nei giorni scorsi sulla controproposta regionale sui tetti **farmaceutici** al tavolo per il Patto sulla salute. «Inaccettabile» è, secondo Stefanelli, la proposta di rimodulazione dei tetti di spesa avanzata dai tecnici dei territori: 12,1% (contro l'attuale 13,3%) per la territoriale, comprensiva però di tutto il ticket pagato dai cittadini (compresi i differenziali di prezzo versati per gli originator che non hanno ridotto i prezzi); 3,2% per l'ospedaliera (contro l'attuale 2,4%). In entrambi i casi scatterebbe un extratetto con obbligo di ripiano parziale a carico di tutte le aziende del settore (non solo quelle produttrici di **farmaci ospedalieri**) per una "manovra" che da sola varrebbe quasi un miliardo di minore spesa.

«Certo. Le Regioni hanno le idee chiare: basta diminuire il tetto per costringerci a pagare. E qui si pensa di diminuire anche il tetto complessivo: se si fa così lo sfondamento è assicurato», sbotta Stefanelli. «Non ci dimentichiamo il decreto Abruzzo che ci ha tolto uno 0,7% di tetto che poi è diventato un taglio permanente. Oggi si propone di passare da un complessivo 15,7 a un complessivo 15,3. E in più c'è l'incredibile pretesa che le aziende restituiscano alle Regioni lo spread sui generici... Allora con questo criterio dovremmo restituire anche i soldi della classe C».

Pollice verso insomma sui calcoli locali che «fanno passare per spesa pubblica anche quello che i cittadini decidono di pagare di tasca propria scegliendo di ritirare in farmacia il prodotto prescritto dal medico». «Quei soldi - ripete Stefanelli - non sono spesa pubblica, ma vengono conteggiati artificiosamente nel tetto della **farmaceutica**. Andando avanti così si rischia di far saltare il sistema industriale italiano che vanta 20mila addetti e 30mila aziende dell'indotto: è questo che le Regioni vogliono in un momento dove tutti parlano di necessità di crescita del Paese?»

Possibile che basti questo a far saltare il sistema? Stefanelli ha gioco facile: l'aggravante è a portata di mano: «La norma sui generici inserita nella bozza di DI sulle liberalizzazioni non arreca niente di buono: danneggia le imprese e non porta un euro in più di risparmio nelle casse dello Stato». Ma allora non c'è soluzione? «Mi sembra che la soluzione proposta dall'Aifa sia abbastanza equilibrata: distribuisce gli sforzi e lascia nella spesa ciò che è spesa. Speriamo solo di essere ascoltati anche noi a quel tavolo dove non siamo ammessi».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO**USA, PERFINO
CHI HA IL TUMORE
NON SMETTE**

Fumare fa male, lo ricordano campagne d'informazione e spot. La cosa più naturale per i malati di cancro sarebbe smettere, ma non è sempre così. Molte persone affette da tumore del polmone e del colon retto non abbandonano le sigarette. Lo rivela uno studio pubblicato su *Cancer*, giornale dell'American Cancer Society. Il problema è che di fronte a una diagnosi di cancro il primo obiettivo è combattere la malattia. Ma non basta, perché continuare a fumare può influire in modo negativo sulle cure. I ricercatori del Massachusetts General Hospital di Boston hanno esaminato un campione di 5.338 persone. Al momento della diagnosi il 39% di pazienti con tumore del polmone e il 14% con quello del colon retto fumava, cinque mesi dopo il 14% del primo gruppo e 9% del secondo non aveva smesso. È stato tracciato anche un identikit dei casi più a rischio. Fra coloro con cancro al polmone, chi continuava a fumare non era stato sottoposto a intervento chirurgico ed aveva alle spalle un passato da "fumatore accanito". Nel gruppo di pazienti con tumore del colon retto chi non abbandonava il vizio era nella maggior parte dei casi maschio, non era stato sottoposto a un'operazione e negli anni precedenti aveva fumato molto.

(v. p.)

C'è febbre e febbre

Da freddo
o da virus,
il picco influenzale
arriva a febbraio

ERNESTO DI CIANNI
E MARIAPAOLA SALMI

Brividi, dolori muscolari e stordimento: il picco è previsto a febbraio,
ma questa volta il virus sarà meno aggressivo. E se il termometro
segna temperature alte, ecco che cosa fare prima di chiamare il medico

Influenza

Prima il caldo, poi il freddo è l'anno del raffreddore

MARIAPAOLA SALMI

N

on ci sarà pandemia quest'anno. La curva dei casi di influenza cominciato a crescere molto lentamente a partire dalla scorsa settimana, va detto però che il protrarsi di una temperatura mite seguita dalle improvvise rigidità di stagione hanno favorito la diffusione di virus enterici, di rinovirus e coronavirus. Così a farla da padrone sinora sono l'influenza intestinale e il raffreddore anche se il sistema sentinella nazionale, Influnet, ha registrato casi di influenza soprattutto al Nord e qualcosa al Centro-Sud, specie tra i bambini.

«Prevediamo il picco influenzale ai primi di febbraio — dice Gianni Rezza dell'Istituto superiore di sanità — non ci saranno particolari criticità perché i virus di tipo A, H1N1 e H3N2, hanno le stesse caratteristiche dello scorso anno, mentre il virus di tipo B ancora non è circolato; i virus colpiranno tipicamente l'apparato respiratorio».

A rischio influenza sono i bambini più piccoli (0-4 anni) e quelli in età scolare (5-14 anni). Consapevoli dei potenziali rischi le mamme italiane. Un'indagine della Società italiana di pediatria (Sip) realizzata con il sostegno Novartis conferma che le madri sanno che l'influenza è altamente trasmissibile

tra i più piccoli e che il rischio di complicanze e di ricovero ospedaliero (2 bambini su 100) sono evenienze frequenti. «Malgrado questo la scorsa stagione solo il 6 per cento dei piccoli sotto i 5 anni è stato vaccinato — sottolinea Alberto E. Tozzi, responsabile scientifico comunicazione Sip — nessun paese, eccetto la Finlandia, ha lanciato strategie per la vaccinazione a tappeto».

Qualche preoccupazione in più per gli over 70. «L'influenza ha iniziato a colpire, in una settimana 169 mila persone — afferma il presidente di FederAnziani, Roberto Messina — si è ancora in tempo per il vaccino che agisce in 10 giorni e per i ritardatari le regioni dovrebbero estendere la campagna di anti-influenzale».

Per tutti, bambini in primis, valgono poche sagge raccomandazioni. «Riposo a letto, antipiretici se la febbre sale troppo, alimentazione leggera e molti liquidi», suggerisce Alberto Villani, responsabile pediatria generale del Bambino Gesù di Roma — e non sottovalutare la situazione se il bambino è molto abbattuto». Quanto ai farmaci antivirali solo se strettamente necessari e sin dai primi sintomi, altrimenti non servono. Per alcuni, come tamiflu, non è ancora accertata l'efficacia e la sicurezza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per saperne di più

I test/1

IL DOSAGGIO DEGLI ANTICORPI

La diagnosi delle malattie infettive diverse dall'influenza si affida spesso al laboratorio. Il dosaggio degli anticorpi specifici è sufficiente nella maggior parte dei casi: la classe IgM è indicativa dell'infezione in atto, mentre la classe IgG identifica gli anticorpi della memoria, che rimangono in circolo, pronti a far fronte a nuovi attacchi. Quando si trovano nel sangue entrambe le classi di anticorpi, vuol dire che l'infezione volge al termine.

I test/2

INTESTINO, IL TIFO PRIMO SOSPETTATO

Il toxoplasma è un tipico esempio dell'utilità di determinare la classi di anticorpi. Di frequente troviamo nel sangue anticorpi anti-toxoplasma IgG. Significa che il soggetto ha avuto contatto col parassita (infezione spesso silente, senza sintomi) e che è protetto da nuove infezioni. Se invece si trovano gli IgM vuol dire che l'infezione è in corso, condizione di rischio in gravidanza. Tifo: per la diagnosi precoce si fa l'emocoltura, ma siccome la procedura è complessa ci si affida alla coprocultura e, dopo 7 giorni alla sierodiagnosi di Vidal-Wright.

I test/3

ANALISI PER I RENI E LA PROSTATA

Per le infezioni urinarie è necessario l'esame delle urine con urinocoltura. Se il sospetto è per un'infezione della prostata, prima della raccolta delle urine, conviene praticare il massaggio prostatico.

I test/4

BASTA UNA LASTRA PER CAPIRE TUTTO

Nelle infezioni polmonari, in genere, è sufficiente praticare una semplice lastra radiografica del torace in due proiezioni.

I test/5

PANCREAS, SI CERCANO LE LIPASI E LE AMILASI

Gli enzimi pancreatici (lipasi e amilasi) servono a definire patologie del pancreas. Quando la causa della malattia è lo streptococco, dosare: ves, tas, streptozyme, streptoM, C3, C4. In tutti i casi esaminati è bene praticare anche emocromo, transaminasi, gammaGT, bilirubina frazionata, creatininemia, glicemia e fosfatasi alcalina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MECCANISMO

1. Durante i processi infiammatori le prime cellule del sistema immunitario sono le cellule (globuli bianchi) di maggior dimensioni e movimento: leucociti, cellule che agiscono da "focolo locale" che si lega al patogeno.

2. La interferone I e II (IL-1 e IL-6) e l'IL-1 β e l'IL-6 e l'IL-1 β vanno ad agire direttamente sul nucleo ipotalamico.

3. Il sistema risponde producendo prostaglandina (PGE $_2$), una proteina che riduce il punto di attivazione del sistema di produzione di calore.

4. Parte una azione di difesa (sistema muscolare, circolatorio, metabolico, sistema nervoso) e produce calore di tipo **TERMOGENESI** (in calore in temperatura).

5. I suoi segnali partono al cervello per ristabilire il calore in profondità dove si trova il **TERMOREGOLATORE** (in calore in temperatura).

RECEZIONE DELL'IPOTALAMO
La zona decisa di sistema ipotalamico (IPOTALAMO POSTERIORE, IPOTALAMO ANTERIORE, NUCLEO IPOTALAMICO).

CENTRO VASOMOTORE

SISTEMA NERVOSO SIMPATICO

GLOBBULO BIANCO

CLASSIFICAZIONE DELLA FEBBRE

FEBBRE	TEMPERATURA
FEBBRE MOLTO ALTA	38,5-41°C
FEBBRE ALTA	39-40°C
FEBBRE MODERATA	38,5-39°C
FEBBRE BASSA	38-38,5°C
FEBBRE BASSA	37-38°C

TIPI DI FEBBRE

CONTINUA
La temperatura continua a salire sopra 40°C e rimane costante. La febbre continua non viene influenzata dai trattamenti. Presente quando il tempo è **permanente**.

REMITTENTE o DISCONTINUA
La febbre continua con cadute giornaliere di due-tre gradi e ritorno a valori normali. Presente quando il tempo è **settimanale** o **bi-settimanale**.

INTERMITTENTE
Periodi di parata di almeno 2 ore e di almeno 4 giorni. Presente quando il tempo è **settimanale** o **bi-settimanale**.

ONICOLANTE
Febbre con andamento parossistico. Il periodo febbrile dura da 3 a 5 giorni.

RECURRENTE o REMITTENTE
Febbre multitemperale febbrile (FMT). Il periodo febbrile dura da 3 a 5 giorni.

LA NESSUNAZIONE
È possibile misurare la temperatura corporea con un termometro per uso medico. La temperatura può essere misurata per:
1. via ascellare
2. via orale
3. via rettale
4. via timpánica (con termometri specifici)

LE CAUSE
I fattori che sono alla base del processo della temperatura corporea vengono definiti fattori patogeni e vengono divisi in fattori esogeni e fattori endogeni.

FATTORI ESOGENI

- INFEZIONE**: Agente infettivo (virus, batteri, funghi, protozoi, elminti, ecc.).
- FARMACI**: Influenza o di farmaci ad azione metabolica.
- FATTORI ESISTENZIALI**: Infarto miocardico, gastroenterite, ecc.

FATTORI ENDOGENI

- COMPLESSI IMMUNITARI**: Malaria, tubercolosi.
- NECROSI**: Calore tumorale.

I SINTOMI
+38°
Febbre (sensazione di calore),
Piloerezione (pilo di crani),
Dilatazione dei vasi sanguigni,
Mancanza generale.

Le terapie

La legge ora c'è
ma il dolore
in Italia si cura
ancora poco

MARGRETH

Dolore

Il 70% degli italiani non sa che esiste

da due anni. Cure inadeguate

anche nei centri specializzati

Una legge per soffrire meno ma ancora troppi la ignorano

**Appena la metà
dei pazienti si cura
Ancora poco
prescritti
gli oppioidi**

ALESSANDRA MARGRETH

Idolore si può curare, basta sapere come e dove. Sono passati due anni da quando la legge 38/2010 ha stabilito le norme per il trattamento della sofferenza inutile. Tutti hanno dunque diritto ad accedere alla terapia applicata alle forme croniche per il controllo del dolore. Il problema è che molti non lo sanno. L'associazione "Vivere senza dolore" ha recentemente presentato i risultati di Cu. p. i. do (cura previeni il dolore), una campagna itinerante in 14 città italiane. Nei gazebo gli specialisti hanno fornito informazioni sottoponendo ai cittadini alcuni questionari per fotografare la situazione.

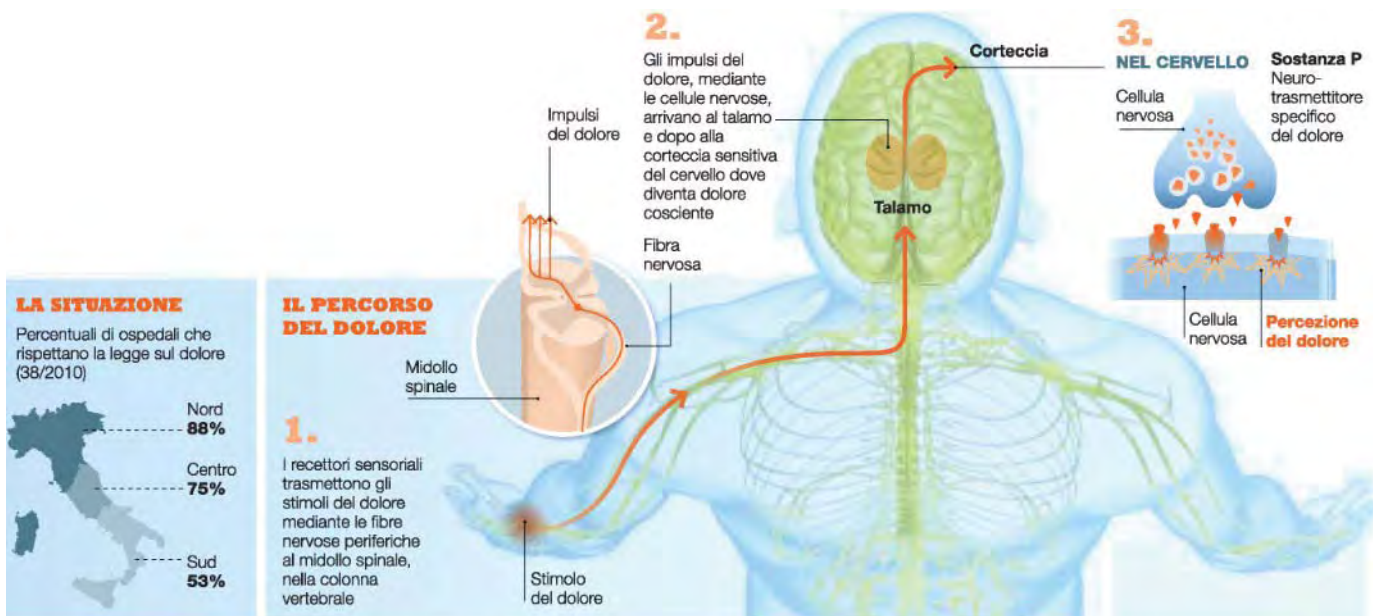
Hanno risposto in 1.830. Il 70,3 per cento degli intervistati non

sapeva dell'esistenza della legge 38/2010. La prevalenza del dolore cronico tra loro era del 67,3%, e in quasi la metà dei casi queste persone non si rivolgevano alla figura di riferimento, come invece avviene in altre patologie. Solo il 47,7% dei sofferenti di dolore cronico aveva un trattamento in corso. I farmaci usati? I Fans nel 38,5% dei casi, gli oppioidi solo nel 6,9.

Nella stragrande maggioranza delle persone (93,4%) l'origine del dolore non è causata da un tumore. Secondo Cu. p. i. do il principale responsabile del dolore cronico è l'artrosi (45,2%). L'iniziativa ha verificato anche che il dolore non era trattato in modo soddisfacente nemmeno all'interno del policlinico Tor Vergata di Roma, rinomato centro di terapia del dolore (questi centri vengono definiti Hub. «L'esperienza è stata utile — commenta Antonio Gatti, docente di Anestesia e Terapia del dolore a Tor Vergata — per potenziare la collaborazione tra le varie unità operative ospedaliere e il nostro Hub».

La scoperta è stata lo spunto per una nuova campagna itinerante, battezzata "Hub2Hub", prevista dal 15 febbraio al 30 giugno prossimi in una quindicina di centri di terapia del dolore in tutta Italia. Lo scopo è capirne di più su conoscenza e applicazione della legge all'interno degli ospedali sede di un Hub. L'indagine riguarderà sia i cittadini e i pazienti ricoverati che i medici delle varie unità operative.

Con la legge 38/10 il dolore è diventato un parametro da monitorare obbligatoriamente, il quinto assieme a pressione, battito cardiaco, temperatura corporea e respiro. La rete di cui fanno parte gli Hub e gli Spoke (laboratori di terapia antalgica), assicura la cura dei pazienti con dolore cronico. Queste reti coinvolgono i medici di base e gli specialisti. La nuova legge ha semplificato anche la prescrizione dei medicinali per il trattamento del dolore cronico severo. In particolare i farmaci oppiacei, per cui oggi può venire usato il normale ricettario.



Per saperne di più**Lo studio****GLI OPIOIDI
E LA MEMORIA**

Parte dell'effetto analgesico degli oppioidi è attribuibile a un'azione che cancella la memoria del dolore. Lo sostengono i ricercatori del Centre for Brain Research della MedUni di Vienna, su *Science*. Gli analgesici spengono nel cervello l'attività degli stimoli dolorosi, e in dosi moderate gli oppiacei, come la morfina, bloccano lo stimolo che causa dolore. In dosi più elevate, eliminano ogni traccia del dolore, cancellandone la memoria (a. m.)

La scala**COME SI MISURA
IN ADULTI E PICCOLI**

Valutare correttamente l'intensità del dolore è il primo passo per scegliere il trattamento più adeguato. Il dolore è un'esperienza soggettiva, è il paziente che deve "dare il voto" al suo. Per questo sono state sviluppate scale di misurazione numeriche come la Nrs (Numeric Rating Scale), da 0 a 10. Per i bambini si usa una scala con faccine (scala di Wong-Baker) (a. m.)

La fondazione**L'INIZIATIVA
DI CENTO CITTÀ**

La Fondazione Isal di Rimini promuove la conoscenza, la ricerca e la formazione nell'ambito della terapia del dolore. Dal 2009 ha dato vita al progetto "Cento città contro il dolore", un vero network di assistenza e cura del dolore, che si ripeterà ad ottobre www.fondazioneisal.it (a. m.)

I numeri**ITALIA TERZA NELLA UE
IL 26% NE SOFFRE**

Il 26% di chi soffre di dolore cronico aspetta più di tre mesi prima di richiedere una visita. In Italia il dolore cronico comporta oltre 3 milioni di ore lavorative perse e una spesa di 2 miliardi di euro in prestazioni e farmaci. Il 23% dei pazienti dichiara di aver dovuto cambiare la propria posizione sociale, il 14-17 di aver perso il proprio lavoro, il 28 ha avuto un cambio di responsabilità nella propria mansione. Il 19% degli europei (1 su 5) soffre di dolore cronico non oncologico (cause varie: osteoporosi, lombosciatalgie, emicrania, artrosi). Il 26% degli italiani con punte del 40 tra gli over 65 ne soffre, più le donne degli uomini. L'Italia è il terzo Paese europeo, dopo Norvegia e Polonia (a. m.)

STUDIO NEGLI USA

“Le staminali possono restituire la vista”

MARCO ACCOSSATO
TORINO

Arriva dalle cellule staminali la speranza di ridare la vista. Lo rivela - a dieci anni di distanza dalla scoperta del potere delle cellule ricavate da embrioni umani - il primo studio al mondo condotto sull'uomo, su due pazienti affetti da maculopatia senile e dalla sindrome di Stargardt, la forma più diffusa di degenerazione maculare giovanile, di solito diagnosticata tra i 10 e i 20 anni di età.

A quattro mesi di distanza dal trapianto di staminali, i due pazienti hanno riportato miglioramenti nella vista.

L'annuncio è stato dato su «Lancet» dai ricercatori americani che hanno condotto lo studio. Nuove ricerche si concentreranno ora sulla possibilità di curare casi meno avanzati della malattia, come hanno dichiarato sulla rivista britannica Robert Lanza, responsabile dell'équipe all'Advanced Cell Technology di Marlborough, in Massachusetts, e Steven Schwartz, esperto di retina alla University of California di Los Angeles.

Le staminali ricavate da embrioni umani sono cellule «matri», già utilizzate per la rigenerazione di altri organi e tessuti. L'occhio è privilegiato per questo genere di studi e sperimentazioni, perché non produce una grande reazione immunitaria.





Pillole di salute

I malati di celiachia aspettano il vaccino Ma la strada è lunga

☐☐☐ **LUCA BERNARDO***

■ ■ ■ La malattia celiaca è un'enteropatia autoimmunitaria, caratterizzata da infiammazione cronica della mucosa del piccolo intestino e dalla presenza di autoanticorpi tipici; essa si manifesta in individui geneticamente predisposti in seguito al contatto della mucosa intestinale con il glutine in un'età di comparsa compresa tra l'infanzia e l'età adulta. Individui non trattati per tale patologia sono a rischio di sviluppare osteoporosi e linfomi intestinali: per tale motivo è importante la diagnosi precoce, oggi possibile dosando nel sangue gli autoanticorpi specifici per la celiachia con un semplice prelievo ematico, come dice la dottoressa Zenia Pirone. Il trattamento consiste nella dieta priva di glutine, con conseguente risoluzione della sintomatologia e quasi completo annullamento dei rischi annessi alla malattia.

La Celiachia è attualmente considerata una malattia sistemica autoimmunitaria che si manifesta principalmente come un'enteropatia cronica e che colpisce pazienti di tutte le età. Caratterizzata istologicamente da uno stato di infiammazione cronica della mucosa del piccolo intestino e dalla presenza di anticorpi essenzialmente contro la frazione gliadinica del glutine, essa si manifesta in soggetti geneticamente predisposti.

Dal punto di vista clinico, negli ultimi quindici anni, grazie a una maggiore tempestività della diagnosi in età pediatrica e grazie alla valorizzazione dei sintomi sfumati propri dell'adolescenza e dell'età adulta, abbiamo assistito a una evidente modificazione nella modalità di presentazione della malattia; il classico quadro del bambino con diarrea cronica e addome prominente è diventato più raro, lasciando posto a una molteplicità di presentazioni cliniche sfumate, atipiche.

Nel paziente pediatrico, nella sua forma "tipica", la celiachia si manifesta verso la fine del primo anno di vita, dopo pochi mesi dall'introduzione del glutine nella dieta con lo svezzamento. Sintomi caratteristici sono la diarrea con feci semiliquide, abbondanti e lucide; possono esserci anche dolori addominali, vomito intermittente e la crescita è, solitamente, ral-

lentata, con perdita di peso e anemia carenziale. Già durante l'età scolare, ma soprattutto durante l'adolescenza, la malattia celiaca si manifesta con sintomi modesti, spesso senza diarrea e con il coinvolgimento di organi diversi dall'intestino.

Due condizioni identificate abbastanza recentemente sono: la celiachia silente e la celiachia latente. La prima è caratterizzata da lesioni della mucosa intestinale tipiche della celiachia in assenza di sintomatologia clinica: il 10-15% dei parenti di primo grado asintomatici di soggetti con celiachia presenta una mucosa intestinale atrofica; nella forma latente soggetti con mucosa normale a dieta contenente glutine, in un momento successivo della loro vita presenteranno sintomi e atrofia della mucosa intestinale, glutine dipendente.

Il trattamento di elezione per la malattia celiaca è l'aderenza a vita a una dieta priva di glutine e quindi dei cereali che ne sono fonte.

Al momento non c'è un **farmaco** alternativo e/o integrativo a una dieta priva di glutine utilizzabili nella pratica clinica. Sono tuttavia in corso degli studi clinici in atto per la sperimentazione di terapie alternative, tra cui quelli che utilizzano enzimi batterici per completare la digestione del glutine o **farmaci** per bloccare la permeabilità intestinale (larazotide).

Il vaccino anche se si tratta di una possibilità definitiva, è l'approccio tecnicamente più complesso, Siamo alle primissime fasi di un cammino lungo che molto probabilmente necessita ancora di molti anni per essere sviluppato e di stabilire una strategia valida che possa curare la celiachia anche in soggetti che hanno già la malattia.

***Direttore Dipartimento
Materno Infantile
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico Milano**

