

L'APPELLO DEI GINECOLOGI SIGO

Punti nascita: il riordino non può attendere

Contro i cesarei Servono nuovi Drg Nas insufficienti e premi alle Regioni

DI NICOLA SURICO *

Dopo 14 mesi dall'approvazione del piano nazionale sul riordino del percorso nascita poco o nulla è cambiato sul territorio. Lo dimostrano i dati dell'indagine recentemente presentata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e l'allarme dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Non si è ridotto il numero di cesarei (la media italiana è del 38,2%) né le strutture prive dei requisiti minimi per garantire sicurezza (il 72% dei punti nascita non è dotato di terapia intensiva neonatale ed esegue meno di 500 parti l'anno). In queste strutture ogni ginecologo assiste a un parto alla settimana e qui si registra inoltre il 44,7% dei parti chirurgici.

La tanto attesa e auspicata "rivoluzione" del percorso nascita è quindi tuttora di là da venire, ma a chi va attribuita la responsabilità di questo fallimento? Alle Regioni, ai direttori generali, ai professionisti, alle donne che non vogliono rinunciare a partorire "sotto casa"? La tentazione di trovare un colpevole in maniera semplicistica e sbrigativa è forte ed è in questo senso che la Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) legge la decisione del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, di inviare i Nas per effettuare controlli campione e acquisire i file delle cartelle cliniche delle partorienti, al fine di riscontrare eventuali abusi da parte della Asl competente.

Ben vengano i Carabinieri nei reparti, ma non saranno sufficienti a risolvere il problema. La soluzione è già stata definita e si trova proprio nel piano di riordino dei punti nascita varato nel dicembre 2010. Si tratta di farlo applicare: manca l'intervento della politica a sostegno di misure di razionalizzazione.

Alcune Regioni hanno recepito il piano solo nel dicembre 2011 - a un anno di distanza - e ancora non hanno nominato la commissione prevista. Bisogna partire dal dato oggettivo che la maggior parte dei cesarei inappropriati non è legata alla professionalità del singolo operatore ma a questioni di sistema, organizzative dei reparti e alle modalità dei rimborsi. Analizzando i dati si scopre che le percentuali più elevate si registrano nelle piccole strutture e nel privato accreditato. Le prime vanno chiuse, come già da tempo stabilito. Le seconde ricevono troppe risorse a fronte dell'attuale sofferenza del pubblico e non si può non considerare l'aspetto economico in questa "anomalia italiana".

Oggi nella maggior parte del Paese non si è ancora avviata la riconversione dei centri inadeguati e la tariffa di rimborso (Drg) per un cesareo è superiore (in alcuni casi di molto) a quella per un parto naturale. Solo la Sicilia ha avviato, tra mille difficoltà, la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti ed equiparato le due procedure. È di pochi giorni fa l'annuncio dell'assessore **Massimo Russo** della costituzione del comitato percorso nascita regionale (Cpnr) e dei tre comitati percorso nascita aziendale/locale (Cpna), uno per ognuna delle tre aree territoriali regionali (orientale, centrale, occidentale).

Possiamo quindi guardare a questo modello virtuoso per definire alcune priorità di intervento che, come Sigo, chiediamo vengano attuate su tutto il territorio.

La prima è la revisione dei Drg: questo provvedimento, da solo, potrebbe ottenere risultati significativi sul contenimento dei cesarei. Possono inoltre essere individuate altre strategie per le Regioni che hanno tassi di taglio cesareo contenuti o in riduzione attraverso meccanismi di incentivazione economica. Il secondo punto è la creazione delle condizioni perché la riconversione dei piccoli punti nascita possa avvenire senza ripercussioni né sui professionisti né sulle partorienti. Significa investire in tecnologia e risorse

umane per assicurare le guardie attive e aumentare il numero delle sale parto. Richiede la sperimentazione di modelli integrati ospedale-territorio e differenziati per la gravidanza fisiologica, a rischio o patologica.

Una terza urgenza, accanto ai provvedimenti economici e di politica sanitaria, è la promozione culturale della nascita, sostenendo attivamente la diffusione di raccomandazioni su comportamenti clinici di comprovata efficacia e appropriatezza e sensibilizzando la popolazione. Ancora una volta è la politica a tenere le redini di questo sistema: l'elaborazione di linee guida e la loro capillare diffusione avranno infatti un impatto limitato, se non saranno adeguatamente sostenute da una decisa implementazione a livello locale.

La nostra società scientifica è da anni in prima linea su questo tema, abbiamo collaborato attivamente con i ministri Fazio e Balduzzi nella stesura del piano di riordino e nella messa in pratica. Per questo ci auguriamo che la decisione di attivare i Nas, comprensibile e condivisibile in un'ottica di approccio complessivo al problema, non rappresenti la sola misura per accelerare nell'attuazione del piano. Il rischio è alimentare, nei cittadini il senso di sfiducia e diffidenza nei confronti della Sanità, quella medica difensiva che raggiunge picchi di criticità proprio in ostetricia. Solo con una comune assunzione di responsabilità, definendo tempi certi, adeguate misure economiche e parametri non derogabili, potremo avviare un percorso che può segnare la definitiva modernizzazione della nostra assistenza al parto.

* Presidente Sigo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RAPPORTO CENSIS**«Spesa privata alle stelle»***In affanno la qualità delle cure - Fuga verso il low cost*

Un Ssn col fiato corto, la cui qualità lascia a desiderare soprattutto nelle Regioni con piano di rientro. Tanto che i cittadini sono costretti a provvedere di tasca propria alle cure o a rivolgersi all'offerta low cost. È il quadro tracciato dall'ultimo studio del Censis, presentato a Roma la settimana scorsa.

Nel complesso, gli italiani sborsano 30,6 miliardi dal proprio portafoglio (+8% rispetto

al periodo 2007-2010) e denunciano un peggioramento dei servizi (38% dei cittadini di Regioni in piano di rientro). Ma propongono anche la loro ricetta: fatta di efficienza, ticket parametrati al reddito, costi ottimali per servizi e prestazioni su scala nazionale. E il Censis, da parte sua, suggerisce di imboccare con decisione la "terza via" della mutualità.

A PAG. 6-7

Ricerca Censis sull'effetto dei tagli al Ssn: minore qualità dei servizi e ricorso al privato

Quella salute di tasca propria

La proposta: efficienza e mutualità - **Balduzzi: «Rotta sull'appropriatezza»**

Sempre più disamorati nei confronti del federalismo, sempre più delusi della qualità dell'assistenza specie nelle Regioni con i conti in bilico, pronti ad aggiungerci di tasca propria per procurarsi la miglior cura. Ma anche costretti (in tanti) a rifugiarsi nella panacea del low cost e nelle cure fai-da-te perché la salute - accanto all'educazione dei figli - resta la preoccupazione primaria dell'italiano che è disposto a ogni sacrificio pur di assicurarsela. Di questi tempi sempre più a caro prezzo. Ovvero: 30,6 miliardi di euro di tasca propria (+8% rispetto agli anni 2007-2010), di cui 14 miliardi per i medicinali (+ 5,8%), 11 miliardi e mezzo per i servizi ambulatoriali (+11,1%), circa 5 miliardi per i servizi ospedalieri (+8%).

A tracciare il quadro di una Sanità pubblica col fiato corto rispetto alla domanda e al fabbisogno di risorse per il mantenimento di un livello adeguato dei servizi è lo studio Censis-Forum per la ricerca biomedica «Quale sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in sanità?», presentato giovedì scorso a Roma. Sotto la lente in primo luogo il gap tra pronostico di spesa e risorse disponibili: nel 2015 nelle casse del Ssn mancheranno all'appello fino a 17 miliardi.

E già oggi a pagare il prezzo

più salato sono i cittadini delle Regioni sotto piano di rientro, dove l'incremento della spesa pubblica tra 2007 e 2010 appare dimezzato rispetto a quello registrato nelle Regioni con i conti in ordine: +8% a fronte del +15%. Proprio nelle Regioni in sofferenza, concentrate soprattutto al Sud, la potatura forzosa delle risorse si è tradotta in un impoverimento della qualità dei servizi: la pensa così il 38% degli intervistati che vi risiedono. Il giudizio non migliora se si guarda al dato nazionale: il 41,6% dei cittadini considera non all'altezza delle aspettative l'offerta sanitaria pubblica e solo un 13% registra un miglioramento nel corso dell'ultimo biennio in esame.

L'aumento della spesa privata e parallelamente l'insoddisfazione dal punto di vista qualitativo hanno anche altre cause: «L'aumento non dipende solo dalle recenti manovre di bilancio - spiega il vice-direttore del Censis **Carla Collicelli** -. Ci sono settori della copertura pubblica da sempre inadeguati, come l'odontoiatria, con il 95% della spesa tradizionalmente a carico dei privati». Un'insoddisfazione storica, quella degli italiani per alcune inefficienze inestirpabili del Ssn: caso emblematico sono le liste d'attesa che si classificano al primo posto (68,5%) tra le criticità segnalate

praticamente senza eccezioni da Nord a Sud. A seguire le code tout court (sportelli, ambulatori ecc.), la mancanza di coordinamento tra le strutture, le dimissioni "frettolose" dettate dalla necessità di risparmio.

E chi sperava nella sirena del federalismo sta già tornando sui suoi passi: il 60% degli italiani è contrario a una Sanità finanziata dalla sola tassazione locale (nel 2009 era il 55%). Mentre un 73% di cittadini delle Regioni con i Piani di rientro vota contro l'autonomia della sanità regionale. A livello politico il rebus non è stato ancora del tutto sciolto. Ma gli italiani una ricetta l'avrebbero: più efficienza, più controlli su medici e prescrizioni, ticket parametrati al reddito, costi ottimali per servizi e prestazioni validi a livello nazionale, penalità per chi ha comportamenti dannosi alla salute.

«I cittadini sembrano proprio i protagonisti più maturi: un popolo straordinario gli italiani, capace di grande senso di responsabilità», ha commentato il presidente di Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, in sintonia con il Censis. A dare l'altolà a un trend dove «il

diritto alla salute è sempre meno esigibile e dove la Sanità diventa una grande "porta portese" dilatata dal web dove la qualità e la sicurezza diventano ben difficilmente controllabili» è poi il segretario Anao **Costantino Troise**.

Ma il ministro **Renato Balduzzi**, che condivide parte della ricetta Censis - «serve più governance del sistema, abbandono di vecchi meccanismi, applicazione seria del federalismo fiscale e migliore distribuzione delle risorse e del personale» - puntualizza. «Su un tema-chiave come le liste d'attesa - spiega - l'insoddisfazione degli italiani è frutto dell'idea moderna del "tutto e subito". Non tutte le patologie giustificano questa insoddisfazione».

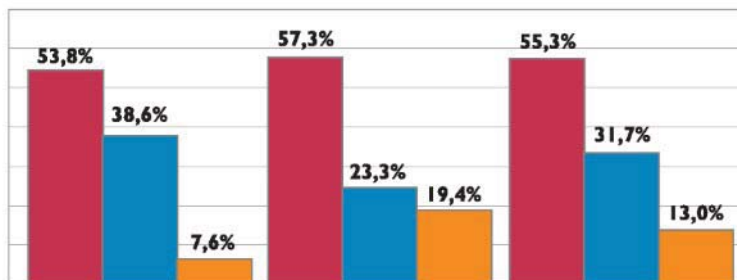
Ma l'impoverimento degli italiani è reale e il Censis rilancia la propria, di ricetta: promuovere sempre più la mutualità come uno dei canali in grado di mobilitare risorse, garantendo la tutela della salute senza generare costi aggiuntivi che le famiglie sono sempre meno in grado di sostenere da sole.

**Barbara Gobbi
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giudizio sulla performance del Ssn nella propria Regione



Regioni in Piano di rientro Altre Regioni Italia
 ■ Rimasto uguale ■ Peggiorato ■ Migliorato

(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

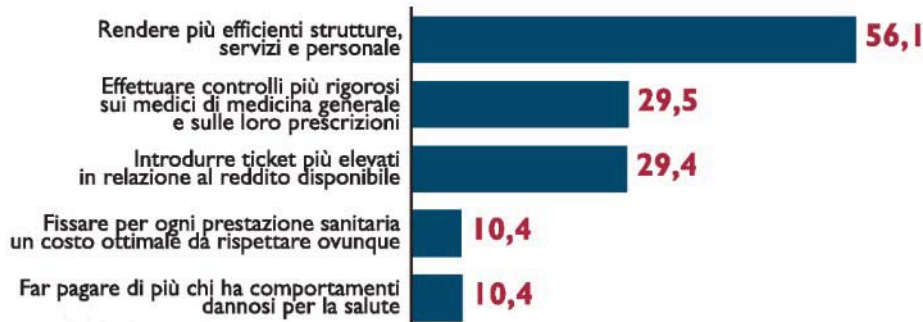
Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

Opinioni sul finanziamento dei Ssr solo con propri tributi/tasse

	Regioni con Pdr	Altre Regioni	Totale
Favorevoli	26,7	47,3	40,1
<ul style="list-style-type: none"> così ognuno sarà responsabilizzato a spendere anche in Sanità solo quello che può permettersi 	19,9	38,7	32,1
<ul style="list-style-type: none"> Le risorse sono poche e non c'è più spazio per la solidarietà tra le Regioni 	6,8	8,6	8,0
Contrari	73,3	52,7	60,0
<ul style="list-style-type: none"> altrimenti pagherebbero solo i poveri delle Regioni più deboli e i più ricchi andrebbero altrove 	54,9	31,7	39,9
<ul style="list-style-type: none"> la tutela della salute è un diritto che va aggiunto dallo Stato, anche con la redistribuzione territoriale delle risorse 	18,4	21,0	20,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

L'agenda per un'assistenza sanitaria sostenibile sul piano finanziario



I «DRIVER SOCIO-CULTURALI» DELLA DOMANDA

Se il “fai da te” è orfano di compliance

Rapporto con le terapie farmacologiche prescritte in caso di malattia non grave (valori %)

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e +	Totale
Seguo le prescrizioni sia nelle dosi che nella durata della cura	48,2	57,4	62,4	71,5	61,2
Interrompe alla scomparsa dei sintomi	33,2	24,0	18,6	15,2	21,4
Ne prende solo una parte perché interrompe la cura prima del tempo o riduco le dosi	10,1	9,8	7,1	4,3	7,6
Non li compra	4,2	5,3	9,1	7,9	7,0
Li compra ma non li prende	4,3	3,5	2,8	1,1	2,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

La spesa sanitaria privata è cresciuta del 27% in dieci anni. Un fenomeno di lungo corso, ricordano dal Censis, che non può essere attribuito solamente alle manovre di bilancio. Occorre guardare anche ad altri fenomeni, come quell’“approccio funzionalista” alla salute, che spinge il cittadino a investire di tasca propria in rimedi capaci di risolvere un piccolo disturbo pur di tornare al più presto a svolgere le proprie attività quotidiane. Tanto più in tempi di estrema precarietà lavorativa. «In una popolazione che invecchia e soffre sempre più frequentemente di malesseri di varia entità, e ancor più in una fase di crisi in cui aleggia lo spettro, effettivo o psicologico, della perdita del posto di lavoro, la ricerca di risposte rapide ai piccoli disturbi e la corsa a rientrare con rapidità al lavoro finiscono per avere un’importanza significativa e contribuiscono in maniera forte a spiegare la dinamica della spesa privata», si legge nel report Censis-Forum ricerca biomedica.

Il “fai da te” e l’autoregolazione non sono privi di effetti. Primo tra tutti la ridefinizione e la personalizzazione delle terapie in funzione dei risultati raggiunti o percepiti. Il risvolto più negativo, per la salute ma anche per le tasche degli italiani, è la tendenza a interrompere la terapia, anche quando prescritta. Fenomeno che in caso di malattia non grave riguarda il 21% del campione considerato, che abbandona la cura alla scomparsa dei sintomi (si veda tabella).

Nel complesso, se pure il 39% degli intervistati dichiara di consultare subito il proprio medico di base in caso di sintomi non gravi, la percentuale di quanti tendono a non rispettare le prescrizioni nelle dosi e/o nella durata della cura si avvicina al 40 per cento. E anche qui si registra un gradiente Nord-Sud: al Nord-Ovest l’abbandono della terapia è molto diffuso (sfiora il 50%), mentre è più ridotto al Centro e al Sud-Isola. «Un quadro che a lungo andare - è scritto ancora nel report - può avere implicazioni anche pesanti in termini di inappropriatezza, e anche dal punto di vista dell’esborso economico».

Altri “driver” culturali della modernità hanno effetti molto più diretti sul divario crescente tra domanda e offerta di servizi sanitari. Tra questi, il ricorso forte (il 16% degli italiani) alle medicine “dolci”, che dà luogo a una spesa per farmaci di terapie non convenzionali intorno a 1,7 miliardi l’anno. Una tendenza che si intreccia alla visione sempre più olistica del benessere, che include anche aspetti non strettamente sanitari. Corollario di questa visione “a tutto tondo” della salute di una persona è l’attenzione alla medicina e alla chirurgia estetica, che alimenta un mercato specifico e tutto privato. «Dati del Monitor Biomedico 2010 - ricordano ancora Censis e Fbm - consentono di stimare in circa un milione le persone che dichiarano di aver fatto ricorso nella loro vita a interventi estetici, e di queste oltre 800mila sono donne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA FUGA DAI PREZZI DI MERCATO

La grande scalata delle cure «low cost»

Check up donna al 15% del valore reale di mercato. Check up medico completo, ricco di analisi, a un quarto del valore. La blefaroplastica te la porti a casa con il 25% del prezzo di listino teorico. Sono le offerte a cui, stretti dalle manovre di bilancio, gli italiani si rivolgono sempre più spesso. «Stime Assolowcost - si legge nel Report Censis-Forum per la ricerca biomedica - indicano in oltre 10 miliardi di euro il valore della Sanità low cost, con una dinamica di crescita annua estremamente intensa, dell'ordine del 25%». Mentre secondo una ricerca della Scuola di formazione continua del Campus biomedico di Roma il risparmio ottenibile rivolgendosi alle strutture che erogano prestazioni "a basso prezzo" oscilla tra un minimo del 30% a un massimo del 60%. Con tagli ai prezzi di mercato fino all'80%, nel segmento che opera sul web tramite offerte promozionali.

Se si deve ricorrere a una data prestazione sanitaria, magari perché prescritta dal medico, e non si vogliono o non si possono aspettare i tempi del pubblico, è frequente che si tenda ad acquistarla direttamente a un prezzo più favorevole. E «da questo punto di vista può essere interessante osservare come si va modificando l'offerta sanitaria privata, all'interno della quale è in corso una proliferazione di provider di vario tipo a seguito dei processi di ristrutturazione in atto nel servizio sanitario».

L'odontoiatria è il settore paradigmatico dell'exploit di un fenomeno destinato a crescere. Tanto più vista la crisi che attanaglia gli studi dentistici, che nel solo 2009 hanno registrato quasi un milione di visite in meno. Una seduta completa si può acquistare sul web, ricordano ancora dal Censis, al 15% del costo di mercato. Ma a farsi largo è anche la prevenzione, con l'offerta di pacchetti che alle orecchie delle famiglie impoverite suonano sempre più come sirene irresistibili. «Quel che è certo è che nell'ambito della componente privata del mercato sanitario crescono anche il low cost e l'appeal del low cost. Questo prefigura scenari preoccupanti per vari motivi - si legge ancora nel report Censis-Forum per la ricerca biomedica - innanzitutto per i possibili danni derivanti da un rapporto costi/benefici squilibrato, ma anche per la mancanza di controlli di qualità, per il venir meno del principio di universalismo e per l'induzione di una domanda impropria e di risposte inappropriate». Senza contare l'"impatto moltiplicatorio", e dunque di rigonfiamento dei consumi, in direzioni non sempre di prima necessità, a tutto scapito dei bisogni e delle prestazioni essenziali e appropriate».

C'è infine la distinzione, d'obbligo, tra le caratteristiche dei soggetti promotori: for profit "puri" o addirittura "non profit" che, oltre a reinvestire nella comunità di origine, guardano al mercato socio-sanitario e socio-assistenziale privato spesso in una logica di territorio e di continuità assistenziale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati della Sanità low cost

Valore (stima)	10 mld di euro
Crescita annua attesa (variazione % sul valore annuo)	20-30%
Risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato (*)	30-60%
Offerte promozionali di siti web: risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato	70-85%

(*) Indagine della Scuola di formazione continua del Campus Biomedico di Roma

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Assolowcost



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

UNA NUOVA INTRAMOENIA

Tra gli aspetti negativi della sanità – riproposti dal Censis in un rapporto che fotografa la situazione – uno spicca: l'intramoenia. La norma riconosce ai medici ospedalieri di esercitare la professione, a pagamento, al di fuori dell'orario di lavoro contrattuale. Nata nel 1999, quando l'ex ministro Bindi riconobbe questo contentino per tenersi buoni i camici bianchi, è sempre stata anche fonte di truffe e iniquità. Ogni tanto le inchieste dei Nas dei carabinieri fanno emergere comportamenti illeciti. Ma la truffa è intrinseca nell'intramoenia. In particolare nelle strutture dove non ci sono spazi per esercitarla. Le Asl dicono che non hanno le risorse necessarie. In realtà la libera attività «allargata» agli studi privati fa comodo a tutti. Tranne che ai cittadini. Ai quali nel 2010, esasperati dalle lunghe liste di attesa, è costata 1,3 miliardi. Da tempo si è preso atto che la libera professione in regime pubblico può originare corruzione, soprattutto per assenza di controlli. Perciò il ministro vuole un disegno di legge, con regole più stringenti e trasparenti, che dovrà essere approvato entro il 30 giugno. Altrimenti l'intramoenia allargata sarà prorogata. Insieme alle truffe.

g. pepe@repubblica.it



PROGRAMMA ESITI**I record dei ricoveri inutili***Eccessi soprattutto al Sud - Migliori e peggiori su 7 indicatori*

Dove il territorio non funziona si moltiplicano i ricoveri. Quasi sempre inappropriati e inutili. E anche in questo caso la variabilità non è solo Nord-Sud, ma anche all'interno della stessa Regione: per alcune tipologie di interventi ci

sono strutture nello stesso territorio che ricoverano fino a oltre 40 volte le altre. Sono i dati sull'ospedalizzazione che emergono dal Programma nazionale esiti curato dall'Agenas.

A PAG. 8-9

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI/ I risultati Agenas 2010 sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione

Troppi ricoveri senza territorio

Corsie più utilizzate se mancano cure extraospedaliere - Effetto «Drg a rischio»

L'influenza si previene con la vaccinazione che serve, secondo l'Oms, a ridurre proprio i ricoveri e i decessi (stimati in 250mila-500mila l'anno). E i ricoveri per influenza sono inseriti anche tra gli indicatori che nelle schede di dimissione ospedaliera valutano lo sviluppo più o meno efficiente dell'assistenza a livello di territorio. Per questo superare gli 0,4 ricoveri per mille abitanti, il peggiore cioè dei risultati rilevati dal Programma nazionale esiti "versione 2010" curato dall'Agenas (per i dati 2009 v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 42/2011), è un dato eccessivo vista la media nazionale di 0,03 ricoveri sempre per mille abitanti e il fatto che in molte aree geografiche (analizzate in questo caso a livello di Comuni e Province) ci si ferma anche allo 0,01 per mille. L'andamento dei dati però risente molto in questo caso delle diverse situazioni annuali (si vedano grafici), anche se dove il dato è più alto si tende a una crescita, mentre a livello nazionale e dove è più basso il trend è in diminuzione.

Anche la variabilità per questo indicatore, al contrario di quella misurata per singola prestazione e struttura (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 9/2012) è relativamente contenuta nella maggior parte delle Regioni, ma la forbice aumenta proprio e solo in quelle che registrano i dati più rilevanti di ospedalizzazione. E che sono soprattutto Regioni del Sud (con l'eccezione delle Marche), dove tradizionalmente è maggiore il ricorso all'ospedale.

Sui 14 indicatori di ospedalizzazione analizzati dal Programma nazionale esiti, in queste pagine sono illustrati i risultati di sette, che fanno parte di quelli che misurano il livello di ricorso ai servizi territoriali o dei Drg inseriti nella lista di quelli a rischio di inappropriatezza (come il ricovero per scompenso cardiaco o per diabete). Dalle tabelle sono stati esclusi i valori uguali a zero o a cento e quelli con un «fattore p», indice dell'attendibilità dei dati, superiore a 0,05.

Anche per questa serie di indicatori, come per quelli sulle singole prestazioni nelle strutture, è spesso evidente una forte variabilità regionale. In Sardegna a esempio l'ospedalizzazione per influenza registra la punta massima a livello nazionale che è superiore di 21 volte il miglior risultato ottenuto nella Regione. Ancora maggiore la variabilità per altri indicatori, come a esempio l'ospedalizzazione per gastroenterite nei bambini: in Puglia la frequenza più elevata è maggiore di 43 volte rispetto a quella minore.

Un dato che invece mostra un'estrema variabilità sia a livello nazionale che di singole Regioni è quello dei ricoveri per gastroenterite in età pediatrica, per la quale l'ospedalizzazione è controindicata se, però, funzionano le strutture sul territorio. Il range di ricoveri per mille abitanti, infatti, va dal minimo di 0,19 in Friuli al massimo di 7,42 in Puglia, ancora una volta con la maggior parte di Regioni del Sud tra quelle che ricorrono di più all'ospedale e delle Regioni

del Centro-Nord invece tra quelle che assistono di più sul territorio. E anche la differenza intraregionale è elevata: in Sicilia a esempio l'area con il maggior tasso di ricovero ricorre alle corsie quasi 44 volte di più di quella che invece utilizza di più il territorio (si veda tabella a pagina 9), ma anche in Puglia la situazione è simile con una differenza di oltre 21 volte, mentre a esempio in Lombardia non si va tra chi fa meglio e chi fa peggio oltre il doppio.

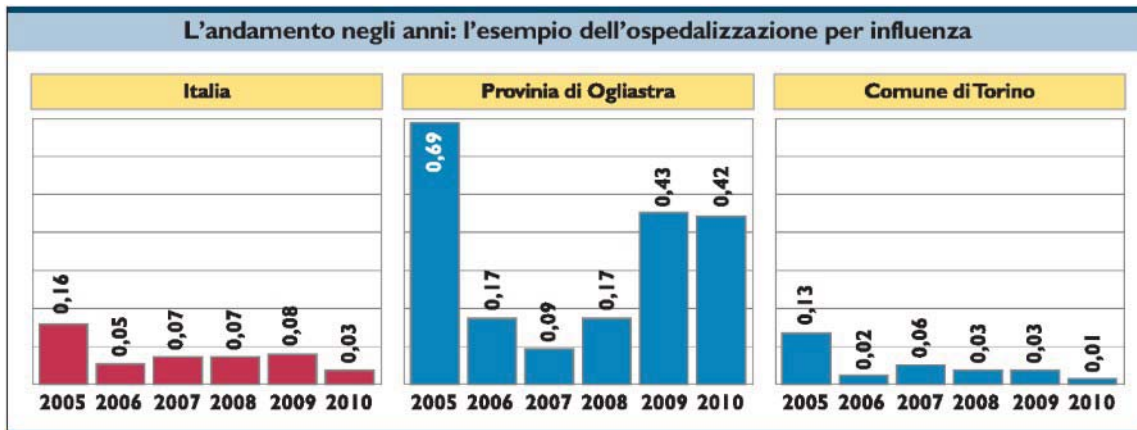
L'indice che mostra il range minore è quello di ricovero per il diabete non controllato e senza complicazioni, da anni ormai tra gli indicatori che le Sdo considerano per la valutazione dei servizi territoriali e anche tra i Drg ad alto rischio di inappropriatezza. La differenza maggiore è in Calabria, dove l'area che fa peggio ricovera "appena" sei volte e mezzo di più di quella che fa meglio.

Elevato invece in assoluto è l'utilizzo delle corsie per lo scompenso cardiaco che in media raggiunge in Italia i 3,77 ricoveri per mille abitanti. Secondo i clinici una corretta gestione a livello di territorio della malattia (con protocolli adeguati) permette di ridurre la progressione della patologia e di conseguenza i ricoveri, il che si traduce in questo caso nell'equazione più ricoveri, meno assistenza territoriale, ma anche cattiva gestione della patologia.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Valori dei ricoveri per 1.000 abitanti per singolo indicatore: i migliori e i peggiori risultati

Area	Regione	x 1.000 ab.	Area	Regione	x 1.000 ab.	Area	Regione	x 1.000 ab.
OSPEDALIZZAZIONE PER INFLUENZA			Provincia Reggio Calabria	Calabria	0,36	Provincia Lucca	Toscana	0,20
Provincia Ogliastra	Sardegna	0,42	Provincia Brindisi	Puglia	0,34	Comune Napoli	Campania	0,20
Provincia Enna	Sicilia	0,34	Provincia Medio Campidano	Sardegna	0,34	Provincia Agrigento	Sicilia	0,20
Provincia Carbonia Iglesias	Sardegna	0,31	Provincia Lecco	Lombardia	0,32	OSPEDALIZZAZIONE PER IPERTENSIONE ARTERIOSA		
Provincia Ancona	Marche	0,16	Italia		0,13	Provincia Foggia	Puglia	3,60
Provincia Catania	Sicilia	0,15	Provincia Novara	Piemonte	0,04	Comune Taranto	Puglia	1,90
Italia		0,03	Provincia Trento	Trentino A.A.	0,04	Provincia Vibo Valentia	Calabria	1,90
Comune Torino	Piemonte	0,01	Provincia Imperia	Liguria	0,04	Provincia Brindisi	Puglia	1,80
Provincia Mantova	Lombardia	0,01	Provincia Arezzo	Toscana	0,04	Provincia Rieti	Lazio	1,40
Provincia Monza e Brianza	Lombardia	0,01	Provincia Fermo	Marche	0,04	Italia		0,52
Provincia Trento	Trentino A.A.	0,01	OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE NON CONTROLLATO (SENZA COMPLICANZE)			Provincia Torino	Piemonte	0,10
Comune Venezia	Veneto	0,01	Comune Taranto	Puglia	0,77	Provincia Vercelli	Piemonte	0,10
Provincia Trieste	Friuli V.G.	0,01	Comune Bari	Puglia	0,59	Provincia Novara	Piemonte	0,10
Comune Genova	Liguria	0,01	Provincia Foggia	Puglia	0,54	Provincia Asti	Piemonte	0,10
Provincia Piacenza	Emilia R.	0,01	Provincia Oristano	Sardegna	0,53	Provincia Verbano Cusio Ossola	Piemonte	0,10
Provincia Rimini	Emilia R.	0,01	Comune Verona	Veneto	0,50	Provincia Aosta	V. d'Aosta	0,10
Provincia Pistoia	Toscana	0,01	Provincia Rieti	Lazio	0,50	Provincia Monza e Brianza	Lombardia	0,10
Provincia Pisa	Toscana	0,01	Italia		0,21	Provincia Belluno	Veneto	0,10
Provincia Macerata	Marche	0,01	Provincia Aosta	V. d'Aosta	0,03	Provincia Imperia	Liguria	0,10
Provincia Pescara	Abruzzo	0,01	Provincia Torino	Piemonte	0,04	Provincia Lucca	Toscana	0,10
Provincia Chieti	Abruzzo	0,01	Comune Torino	Piemonte	0,04	Provincia Firenze	Toscana	0,10
Provincia Potenza	Basilicata	0,01	Provincia Lucca	Toscana	0,04	Provincia Livorno	Toscana	0,10
Provincia Agrigento	Sicilia	0,01	Provincia Imperia	Liguria	0,05	Provincia Arezzo	Toscana	0,10
OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA			Provincia Massa Carrara	Toscana	0,05	Provincia Grosseto	Toscana	0,10
Comune Bari	Puglia	7,42	Provincia Firenze	Toscana	0,05	OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO		
Comune Palermo	Sicilia	7,38	Comune Firenze	Toscana	0,05	Comune Taranto	Puglia	7,60
Provincia Terni	Umbria	5,91	Provincia Livorno	Toscana	0,05	Provincia Rieti	Lazio	6,40
Provincia Palermo	Sicilia	5,79	Provincia Arezzo	Toscana	0,05	Comune Catania	Sicilia	6,10
Provincia Cremona	Lombardia	4,57	Provincia Grosseto	Toscana	0,05	Provincia Chieti	Abruzzo	5,60
Italia		2,10	OSPEDALIZZAZIONI PER INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO			Provincia Pesaro Urbino	Marche	5,50
Provincia Gorizia	Friuli V.G.	0,19	Provincia Siracusa	Sicilia	1,30	Provincia Foggia	Puglia	5,50
Comune Firenze	Toscana	0,28	Provincia Ferrara	Emilia R.	1,20	Italia		3,77
Provincia Potenza	Basilicata	0,34	Provincia Bolzano	Trentino A.A.	1,10	Provincia Lucca	Toscana	1,70
Comune Venezia	Veneto	0,37	Comune Bologna	Emilia R.	1,10	Provincia Biella	Piemonte	2,10
Provincia Biella	Piemonte	0,38	Provincia Crotone	Calabria	1,00	Provincia Novara	Piemonte	2,20
OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA NEGLI ADULTI			Italia		0,50	Provincia Verbano Cusio Ossola	Piemonte	2,20
Provincia Avellino	Campania	0,60	Provincia Vercelli	Piemonte	0,20	Provincia Sondrio	Lombardia	2,40
			Provincia Imperia	Liguria	0,20	Provincia Medio Campidano	Sardegna	2,40

Migliori performance rispetto alla media
 Peggiori performance rispetto alla media
 Dati peggiori della media ma non considerati negativi

Variabilità regionale: risultati peggiori e migliori per lo stesso indicatore nella stessa Regione *

Regioni	Influenza		Gastroenterite pediatrica		Asma negli adulti		Diabete non controllato (senza complicanze)		Infezioni del tratto urinario		Ipertensione arteriosa		Scompenso cardiaco	
	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore	Peggior	Migliore
Piemonte	0,05	0,01	3,42	0,38	0,17	0,04	0,20	0,04	0,50	0,20	0,30	0,10	3,40	2,10
V. d'Aosta	-	-	-	0,54	-	0,05	-	0,03	-	0,50	-	0,10	-	3,10
Lombardia	0,10	0,01	4,57	2,23	0,32	0,09	0,39	0,13	0,80	0,30	0,40	0,10	4,60	2,40
Bolzano	0,10	-	3,45	-	-	0,13	0,43	-	1,10	-	0,60	-	4,10	-
Trento	-	0,01	-	1,08	-	0,04	-	0,20	-	0,30	-	0,20	-	3,00
Veneto	0,08	0,01	2,45	0,19	0,21	0,06	0,50	0,13	0,80	0,30	0,50	0,10	5,00	3,50
Friuli V.G.	0,06	0,01	1,39	0,28	0,06	1,00	0,22	0,11	0,90	0,60	0,50	0,20	4,50	4,20
Liguria	0,03	0,01	2,06	0,28	0,04	1,60	0,17	0,05	0,70	0,20	0,40	0,10	4,70	3,20
Emilia R.	0,10	0,01	3,80	0,14	0,05	0,90	0,37	0,18	1,20	0,50	0,60	0,30	4,90	3,30
Toscana	0,08	0,01	1,30	0,13	0,04	0,40	0,11	0,04	0,50	0,20	0,40	0,10	3,30	1,70
Umbria	0,07	0,02	5,91	0,20	0,16	1,10	0,15	0,14	0,80	0,60	0,70	0,40	3,70	3,30
Marche	0,16	0,01	1,95	0,15	0,04	0,70	0,18	0,09	0,60	0,30	0,60	0,20	5,50	3,00
Lazio	0,06	0,02	3,64	0,18	0,06	0,80	0,50	0,12	0,50	0,30	1,40	0,60	6,40	2,90
Abruzzo	0,09	0,01	1,53	0,11	0,06	0,80	0,25	0,12	0,60	0,40	0,60	0,40	5,60	4,20
Molise	0,05	0,02	2,26	0,14	0,13	-	0,13	0,10	0,50	0,40	1,20	0,70	4,40	3,80
Campania	0,08	0,02	3,56	0,60	0,09	0,30	0,20	0,12	6,00	0,20	1,10	0,70	4,80	3,30
Puglia	0,11	0,03	7,42	0,34	0,10	0,40	0,77	0,21	0,90	0,50	3,60	0,80	7,60	3,00
Basilicata	-	0,01	1,42	0,07	0,06	2,60	0,32	0,29	-	0,40	0,60	-	4,60	4,30
Calabria	0,14	0,02	4,45	0,36	0,08	0,70	0,33	0,13	1,00	0,30	1,90	0,60	5,10	4,30
Sicilia	0,34	0,01	7,38	0,17	0,06	0,80	0,40	0,06	1,30	0,20	0,80	0,20	6,10	3,10
Sardegna	0,42	0,02	2,16	0,31	0,05	1,10	0,53	0,18	0,90	0,50	1,00	0,30	4,70	2,40
Media nazionale	0,03		2,10		0,13		0,21		0,50		0,52		3,77	

(*) Per mostrare la variabilità sono compresi alcuni dati con indice di errore (fattore p) più alto del normale. Sono stati esclusi i risultati uguali a zero

INFORMATIVA URGENTE DEL MINISTRO AL SENATO**Balduzzi: «Un care manager per i Dea»**

Un "care manager" che stia vicino a chi entra in pronto soccorso e che non sia volontario. Un cruscotto informatizzato per il monitoraggio h24 della disponibilità di posti letto, nelle Uo di degenza. Un coordinatore in grado di governare i flussi in ingresso e in uscita. La disponibilità di protocolli e procedure alla loro verifica. Monitoraggio e vigilanza dei reparti degenza per assicurare la piena efficienza. L'attivazione degli ambulatori dei Mmg per i casi lievi e moderati. Sono alcune delle proposte illustrate dal ministro della Salute **Renato Balduzzi** per rispondere al problema dell'iperafflusso e del sovraffollamento dei pronto soccorso e dei Dipartimenti di emergenza e accettazione, «la criticità maggiore» del sistema, che il ministro ha illustrato in un'informativa urgente al Senato.

Nei ps «c'è soprattutto un problema di buona organizzazione del servizio», ha sottolineato il ministro. Che ha ricordato come «dal primo gennaio 2012 sono penalizzate le Regioni inadempienti rispetto ai flussi informativi ai pronto soccorso». Saranno cioè penalizzate per l'attribuzione dei finanziamenti statali: al momento, infatti, non tutte le Regioni sono in regola nell'invio dei dati necessari a delineare il quadro dell'emergenza-urgenza in Italia. C'è poi l'esigenza di rafforzare il territorio con l'attivazione di ambulatori dei Mmg, migliorare il filtraggio nei ps, riqualificare triage e Obi, accrescere la disponibilità di Rsa e post-acuzie.

In Italia ci sono 343 Dipartimenti di emergenza, 550 servizi di ps, 103 centrali operative e sono circa 23 milioni le persone che ogni anno accedono al pronto soccorso. Cifra, spiega Balduzzi, frutto di «dati veri e propri, cioè 13 milioni di accessi, a cui si aggiungono dati stimati, perché non tutte le Regioni tra il 2009 e il 2011 hanno inviato i relativi dati». A completare la rete ci sono al momento 103 centrali operative di pronto intervento, presenti in molte Regioni, in altre sotto forma di sperimentazione. «Sul fronte dell'integrazione ospedale-territorio - ha detto Balduzzi - c'è ancora molto da fare. La criticità maggiore è l'iper-afflusso nei Dea e al 118 perché è frequente l'accesso di pazienti con quadri clinici indefiniti. È necessario quindi puntare sull'appropriatezza e su questo sarà importante il lavoro dei Mmg». Balduzzi ha quindi sottolineato che nel nuovo Patto per la salute è fondamentale «inserire la continuità assistenziale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CAMERA

Liberalizzazioni: rebus irrisolti in farmacia

Quanto costerà l'indennità di residenza da erogare per legge alle farmacie aperte nei Comuni sotto i 5mila abitanti?

E quanto costerà mettere in piedi in fretta e furia i concorsi regionali per l'assegnazione delle nuove sedi?

È con questi due interrogativi "pesanti" formulati dal Servizio Bilancio all'articolo 11 del Dl 1/2012 che le liberalizzazioni al bancone paiono definitivamente avviate verso il via libera finale della Camera senza ulteriori modifiche ma con la condizione di un Dl "interpretativo" per risolvere quanto meno la vertenza sulle commissioni bancarie per il massimo scoperto. Le richieste di chiarimenti da parte del Governo avanzate dai tecnici hanno un loro perché: la legge n. 221/1968 prevede infatti a vantaggio dei titolari di farmacie rurali la corresponsione di un'indennità finanziata, tra l'altro, da un contributo a carico delle farmacie non rurali e dello Stato, della cui quantificazione non v'è

traccia nella relazione tecnica. Allo stesso modo i tecnici del Servizio Bilancio chiedono delucidazioni anche sugli eventuali effetti a carico della finanza pubblica del pur limitato esercizio del diritto di prelazione concesso ai Comuni per l'assegnazione delle nuove farmacie aperte in deroga: la legge del '68 prevede che se la prelazione riguarda una farmacia classificata come rurale l'indennità sarà per intero a carico dello Stato. In tempi di vacche magre la richiesta di conteggi predittivi appare sensata. Come sensato è il secondo interrogativo avanzato in tema di concorsi: quanto costerà - si è chiesto il Servizio Bilancio - istituire in ogni Regione una commissione esaminatrice con tanto di rimborsi spesa e gettoni di presenza? Rebus di poco conto, rispetto alle spiegazioni forse vanamente attese dai farmacisti rispetto alla norma sul "pensionamento" divenuto un vero tormentone per i senatori e i deputati coinvolti nell'esame del provvedimento. La

norma a una prima lettura sembra dire quel che recita: raggiunta l'età del pensionamento del titolare va nominato un direttore di farmacia. Impegno oneroso e ansioso soprattutto per chi lavora da solo in farmacia. Una analisi del Servizio studi del Senato sul testo poi trasmesso alla Camera sembra chiarire che la misura riguarda solo la direzione delle farmacie gestite in forma societaria (L. 362/91, art. 7) e le sostituzioni temporanee.

Ma le schede di lettura della Camera vedono la stessa norma in modo un po' diverso: «... per favorire il ricambio generazionale del settore farmaceutico, con disposizione introdotta dal Senato, non è consentito al direttore di farmacia privata superare nell'esercizio professionale il limite del requisito di età pensionabile (65 anni, fino a un massimo di 70 ex Dlgs 502/92, ndr.)».

Le farmacie hanno sperato per un po' che il chiarimento (o la cancellazione?) arrivasse col prov-

vedimento promesso alle banche, poi hanno affidato a un quesito indirizzato direttamente al ministro della Salute, Balduzzi, il chiarimento sull'interpretazione autentica della norma. Sembrerebbe invece destinato a non trovare sbocchi l'appello del presidente Fofi, **Andrea Mandelli**, a rivedere le norme sul concorso straordinario per soli titoli e con l'equiparazione tra l'attività svolta nelle farmacie rurali sussidiate, negli esercizi di vicinato e nelle farmacie urbane, che «mortifica il merito e azzerano le competenze acquisite».

La richiesta: ripristinare anche l'esame, come previsto nella prima versione del Dl, offrendo qualche chance d'accesso alla titolarità anche ai farmacisti ospedalieri o dei servizi territoriali, ai ricercatori universitari, agli informatori scientifici del farmaco.

Ma forse bisognerà aspettare che passi un altro treno.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUSSULTI AL BANCONO / I

Federfarma: i titolari a ranghi serrati cercano alleanze

Trattative, confronti, alleanze per far ri-sorgere le farmacie dalla voragine delle liberalizzazioni. Sedati i dissidi interni e sopite le rinnovate polemiche maggioranza-opposizione l'Assemblea nazionale Federfarma di martedì scorso ha serrato i ranghi e fatto fronte comune per non peggiorare la situazione poco felice per la categoria, uscita "ammaccata" dallo tsunami delle liberalizzazioni e con i fatturati già in calo in media del 10%. Recupero di operatività e di redditività sono gli obiettivi prioritari dei titolari dei presidii che hanno affidato alla presidente **Annarosa Racca** un mandato in sette punti, che va al nocciolo del problema senza

trascurare nessuna possibile sponda. In primis il rinnovo della convenzione con il Ssn e il nuovo meccanismo di remunerazione del farmacista: l'obiettivo è aprire i tavoli massimi entro fine giugno e riuscire a fare barriera contro la "mercificazione" del farmaco e l'ulteriore impoverimento (non solo economico) dei presidii, rivedendo anche tutta la scontistica a favore del Ssn.

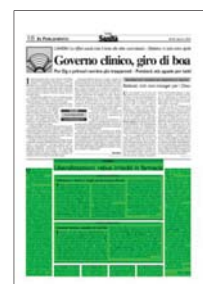
Poi la ricerca di dialogo con le Regioni e la vigilanza sull'attuazione del decreto sulle liberalizzazioni, verificando ed eventualmente impugnandone sul piano legale gli elementi di anticostituzionalità; il rilancio dell'immagine del ruolo professionale-sanitario del far-

macista in farmacia, assediata troppo da vicino da punti vendita che di diverso dai presidi convenzionati hanno soprattutto la referenza; il sostegno economico alle farmacie, da realizzare fornendo dati, servizi e consulenze sul fronte fiscale, legale e informatico.

Infine il mandato forse più delicato di tutti: ricucire o rinsaldare i delicati rapporti di filiera trovando spunti che mettano d'accordo tutti per il bene comune. «Ricerca di comuni interessi con altri poteri», recita letteralmente il settimo comandamento dell'agenda Federfarma per i prossimi mesi.

E sarà forse l'esercizio più spericolato con cui la presidente Racca sarà chiamata a cimentarsi dall'inizio del suo mandato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SUSSULTI AL BANCONE/ 2

Comunali toscane, orgoglio nel marchio

Trascurate e bistrattate dalla teoria delle liberalizzazioni ma combattive e pronte a raccoglierne la sfida per fornire ancora più servizi e sviluppare competitività. È un segnale chiaro quello che arriva dalle farmacie comunali della Toscana (caso d'eccellenza nel panorama nazionale, con 64 aziende partecipate e 242 farmacie aperte in 80 Comuni) che la settimana scorsa si sono dotate del marchio «Farmaqui» per rendersi "riconoscibili" ai cittadini che a colpo d'occhio sapranno di avere a che fare con un presidio collegato all'ente locale. L'iniziativa - la prima del genere in Italia, lanciata a Firenze da Cispel Confservizi - punta a rilanciare il ruolo della farmacia comunale proprio quando il Dl 1/2012 relega il diritto di prelazione dei Comuni al ruolo di Cenerentola: nessuna possibilità di partecipare all'assegnazione delle nuove sedi

derivanti dalla modifica del quorum; accesso solo alle eventuali sedi previste nelle stazioni, negli aeroporti e nei centri commerciali. «Le farmacie pubbliche - ha sottolineato il presidente di Cispel Confservizi toscana **Alfredo De Girolamo** - hanno davanti nuove sfide e oggi devono cambiare la loro fisionomia con un marchio che le tiene insieme, le rende sempre più visibili, e le inserisce nel sistema dei servizi alla persona. Del resto la farmacia è il primo presidio socio-sanitario di prossimità per i cittadini».

Dello stesso avviso anche l'assessore regionale al diritto alla salute **Daniela Scaramuccia**, convinta che il Governo abbia sottovalutato il servizio qualificato e diffuso svolto dalle farmacie pubbliche: «La farmacia è sempre stata un punto di contatto tra il servizio sanitario e il cittadino, e lo diventerà sempre di più», ha commentato. Con buona pace delle liberalizzazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prevenzione

Tubercolosi,
allarme bimbi
Diagnosi e cure
da migliorare

PAGANELLI

Diagnosi e terapie difficili, l'allerta è sugli under 5

Tubercolosi

Sabato 24 la Giornata mondiale dedicata all'emergenza infanzia

Anche in Italia allarme dopo i casi di Milano, Roma e Torino

La questione dei medicinali a dose fissa per i più piccoli

MAURIZIO PAGANELLI

imbi sotto i 5 anni e giovani a rischio tubercolosi: d'improvviso anche l'Italia, nel 2011, ha dovuto svegliarsi dal "lungo sonno" su questa antica malattia. Dai neonati del Gemelli a Roma, alle epidemie nella scuola elementare di Milano, agli studenti ticiniani di Torino e di Padova.

Proteggere l'infanzia dalla tubercolosi è il tema scelto dall'Oms-Stop Tb per la giornata mondiale che si celebra il 24 marzo (data che ricorda l'annuncio ufficiale di Robert Koch della scoperta del batterio che causa la Tbc). Nel mondo muoiono 200 bimbi al giorno (i dati sono in revisione) e sono 500 mila infettati da adulti (su 9 milioni di persone con Tbc attiva) ogni anno, per una malattia facilmente curabile con gli antibiotici a nostra disposizione, se ben utilizzati. «La

trasmissione ai bambini è un indicatore chiaro dell'infezione», spiega Mario Raviglione, capo del Dipartimento Stop Tb dell'Oms da Ginevra «per gli under 5 vi sono difficoltà di diagnosi anche per la difficoltà di sputare e quindi di analizzare l'escreato. In più esistono forti problemi con le terapie fisse utilizzate per gli adulti (4 farmaci in un'unica pillola). Quelle attuali non sono adatte alle nuove raccomandazioni sui dosaggi per i piccoli, ma le aziende, anche per i costi degli studi, non le hanno modificate e così siamo costretti a fornire separatamente i medicinali con problemi di aderenza alla cura che dura tra i 6 e gli 8 mesi». Proprio la non corretta applicazione delle linee guida su diagnosi e cura, secondo il recente studio (a cura della Fondazione Maugeri su *European Respiratory Journal*) su 200

casi dei centri di riferimento di 5 Paesi europei, può portare allo sviluppo di forme di resistenza, l'allarmante Mdr-Tb. Paradossalmente nell'Occidente ricco c'è meno controllo e sorveglianza sul paziente e minore attenzione alla associazione Hiv-Tbc.

In Italia, per la Giornata mondiale l'appuntamento principale sarà a Milano (il 23 marzo, palazzo Marino, ore 14) focalizzato sulla Tbc nelle aree metropolitane dove cresce povertà ed emarginazione (Londra ha il record di casi conclamati). Sostiene Giorgio Besozzi, del direttivo di Stop-Tb Italia onlus: «Milano in particolare ha un'incidenza 3-5 volte superiore alla media. Anche se nei bimbi la percentuale è bassa (5%) gli ultimi casi nelle scuole segnalano che sono i più rischio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EPIDEMIE

Nel 2011 in una scuola di Milano A Roma tra i neonati del Gemelli; in ospedale a Torino, Padova e Palermo

NEL MONDO

9,4 milioni di casi, 500 mila affetti da Tbc resistente ad alcuni farmaci, 1,7 milioni i morti ogni anno

**IN ITALIA**

Costante negli ultimi anni il trend: circa 5000 casi l'anno, 7 su 100mila abitanti (a Milano 3 volte superiore alla media)

CONTAGIO

La tubercolosi si trasmette per via aerea Ogni caso con forma attiva e non curata può infettare tra 10 a 15 persone

**L'INFANZIA**

Gli under5 sono contagiati dagli adulti: 500 mila ogni anno (8 su 10 con forma polmonare) 200 i bimbi morti al giorno

I RISCHI

La tubercolosi è malattia assai collegata alle condizioni di vita e sanitarie Rischi, diagnosi e cure difficili per i più fragili e i sieropositivi

L'assistenza

Sindrome Down,
la vita si allunga
ma resta la sfida
dell'integrazione

PINI

Si allunga l'aspettativa di vita, la nuova sfida è sull'autonomia **Sindrome di Down**

Oggi si arriva anche oltre i 60 anni, ma con i problemi conseguenti per famiglie e genitori sempre più anziani. Le associazioni:

"Ecco perché serve sempre più integrazione, anche lavorativa"

<p>LA SCHEDE</p>	<p>L'ABITAZIONE Casa del Sole, a Pordenone, è un progetto riuscito: due coppie di Down convivono e lavorano in piena autonomia</p>	<p>IL LAVORO L'azienda di calzature Deichmann ha deciso di assumere una persona affetta da sindrome Down per ogni punto vendita (Venezia, Milano)</p>	<p>IL MODELLO Negli Usa un bimbo con sindrome di Down ha sfilato per una linea presentata dalle grandi firme dei magazzini di lusso Nordstrom</p>	<p>LA LAUREA Giusi Spagnolo, 26 anni, è la prima donna a laurearsi in Italia. Nel 2005 Andrea Brambilla si è laureato alla Statale di Milano</p>
-----------------------------	---	--	--	---

VALERIA PINI

rancesca fa la segretaria all'ospedale Gaslini di Genova, Mario è magazziniere a Venezia, mentre Vittorio si è conquistato un posto da bibliotecario a Torino. Sono storie di chi ce l'ha fatta, persone con sindrome di Down che hanno un lavoro. Qualcuno è riuscito anche a laurearsi come Giusi e Pablo. Ci sono coppie che convivono, in piena autonomia. Ma non per tutti è così. A volte i percorsi sono più complicati. Domani, 21 marzo, si celebra la Giornata mondiale delle persone con sindrome di Down e Cooldown, il Coordinamento nazionale delle associazioni, ha lanciato "Credi ancora che l'integrazione non sia possibile?", una campagna contro pregiudizi e luoghi comuni.

Oggi in Italia le persone con sindrome di Down sono più di 38.000. Secondo stime recenti negli ultimi anni non sono diminuite in modo significativo. «Questo soprattutto perché si fanno figli più tardi. Le donne si sottopongono a screening prenatali, ma spesso decidono di andare avanti con la gravidanza, anche se scoprono che il bimbo è Down - dice Aldo Moretti, direttore Scientifico del Centro italiano Down - Non abbiamo dati nazionali, ma dalle stime nelle diverse regioni scopriamo che la media di nuovi nati con sindrome di Down non si è discostata in ma-

niera significativa da quella degli anni '70, quando non si facevano controlli». Che lo si scopra durante la gravidanza o dopo, la nascita di un bambino Down resta comunque un momento delicato per i genitori. «Quando il piccolo arriva è un momento difficile per la famiglia. Lì per lì ci sono tante paure e bisogna fare i conti con una realtà che non si conosce. Con il tempo si impara a conoscere il bambino e nasce il rapporto con lui. Incomincia il cammino insieme», spiega Franca Bruzzo, segretario nazionale del Cooldown, e madre di una giovane Down.

Il percorso per le madri e i padri è lungo, fatto di difficoltà, gioia e amore. Un rapporto che secondo le statistiche dura sempre di più a lungo. Oggi il 61% di Down ha più di 25 anni. «L'attesa di vita che negli anni '70 era di circa 24 anni, oggi si attesta a 60 anni. Questo dato estremamente importante, derivante da una maggiore capacità da un lato e attenzione dall'altro del mondo sanitario, comporta anche l'apertura di nuove prospettive e bisogni. In passato molti Down morivano nei primi anni di vita, spesso per le malformazioni cardiache, che ora sono facilmente operabili», spiega Moretti, «I Down hanno le stesse patologie del resto della popolazione, con un'incidenza più alta in età adulta. In più c'è il rischio di demenza, più frequente nei Down, alcune forme degenerati-

ve sono legate al fatto che invecchiano prima», dice Moretti.

Persone con sindrome di Down che vivono di più e genitori sempre più anziani. Con il tempo chi li accudisce non ci riesce più. «All'orizzonte ci sono situazioni in cui la famiglia non può gestirli e per questo è importante dare loro l'autonomia - conclude Moretti - Questo anche per prevenire certe forme di demenza. Se l'individuo non è integrato, regredisce». Sull'integrazione si lavora fin dai primi anni di vita. «La scuola è il mezzo per la socializzazione e per lo studio. Lo stimolo tramite i coetanei è importante. È importante non fare tagli in questo settore», dice Bruzzo. Le ore di scuola sono importanti perché servono a stimolare la capacità di interagire e di comunicare. E anche lo sport aiuta. Obiettivo: riuscire a trovare una strada al di fuori dalla famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La terapia

Fibrosi cistica,
un sollievo
dall'antibiotico
che si respira

BAGLIONI

Fibrosi cistica

La scoperta della mutazione ha cambiato

la ricerca. Intanto **nuovi farmaci**

migliorano la qualità della vita dei pazienti

Cure più rapide ma si punta al "ripara-gene"

SILVIA BAGLIONI

ntibiotici a somministrazione rapida e semplice. Le molecole capaci di cambiare il destino di almeno un gruppo di pazienti, ricerche pronte a trasformarsi in nuovi **farmaci**: tante le novità sulla fibrosi cistica, la "più frequente" fra le malattie genetiche rare (la prevalenza in Italia è di settemila malati, 1 neonato affetto su 2500 e circa due milioni e mezzo di portatori sani). «La scoperta del gene, chiamato CFTR, ha aperto grandi speranze — spiega il presidente della Lega italiana per la Fibrosi Cistica, Franco Berti — e ha permesso di chiarire la funzione della proteina associata alla malattia (trasportatore del cloro), di individuare un numero enorme di mutazioni e di comprendere i meccanismi all'origine della sindrome». Le terapie attuali non guariscono la malattia, ma ne curano le complicanze. Ogni giorno i pazienti devono dedicare almeno

2 ore alle cure. Per questo la Lega plaude alla terapia antibiotica in polvere di Novartis, che riduce il tempo di cura (5 minuti contro 20 di quella tradizionale) e aumenta l'aderenza alla terapia.

L'Italia, partecipando alla rete di ricerca clinica europea, sta giocando un ruolo importante, grazie soprattutto all'impegno di enti non profit come Telethon e la Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica con 190 studi finanziati in 10 anni. Un filone di ricerca mira all'identificazione di nuove cure contro l'infezione polmonare che potrebbero derivare da molecole dell'organismo. Nuovi candidati a diventare **farmaci** sono anche le sostanze in grado di inibire i meccanismi di resistenza agli antibiotici o sostanze come la trimetilangelicina, derivato dello psoralene, usato per il trattamento della psoriasi e altre malattie cutanee, che ha dimostrato di avere un doppio effetto: ridurre l'infiammazione e stimolare la proteina CFTR. Il campo più all'avanguardia punta su nuove molecole per la cura radicale della malattia. In quest'ambito spicca, a livello internazionale, il lavoro sostenuto da Telethon

e Fondazione del gruppo di Luis Galletta, responsabile del laboratorio di genetica molecolare dell'ospedale Gaslini di Genova. Due le famiglie di molecole individuate — le diidropiridine e gli aminoariltiazoli — potenzialmente in grado di correggere la proteina CFTR difettosa e di rafforzarne l'attività.

«Oggi sappiamo — spiega Gianni Mastella, direttore scientifico della Ffc — che bisognerà avere un **farmaco** per ogni classe di mutazione. Di queste ultime settimane la notizia che l'ente regolatore americano ha approvato l'Ivacaftor (il Kalydeco sviluppato da Vertex), **farmaco** molto efficace su pazienti con la mutazione G551D che però rappresentano in Italia meno dell'1%. Una strada molto promettente, soprattutto se s'individuerà un **farmaco** per correggere la mutazione deltaF508, la più frequente in assoluto alle cui ricerche sta lavorando anche la Fondazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COME COLPISCE

I geni mutati nelle ghiandole provocano secrezioni dense e viscosi che danneggiano progressivamente gli organi coinvolti

NEL MONDO

70mila persone sono colpite da fibrosi cistica

Più di

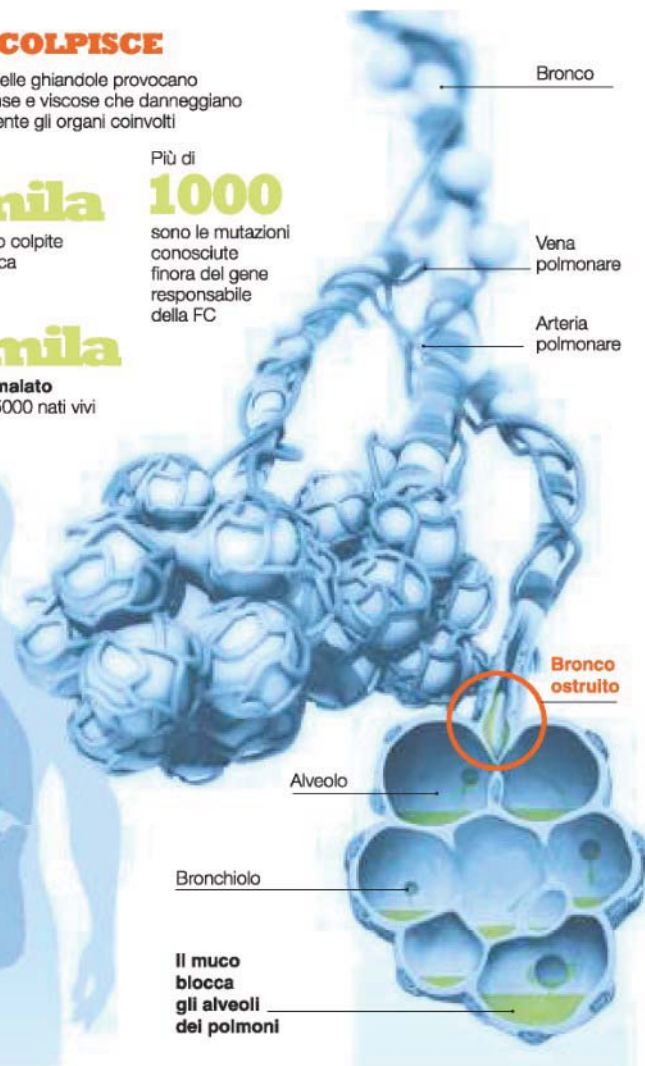
1000

sono le mutazioni conosciute finora del gene responsabile della FC

IN ITALIA

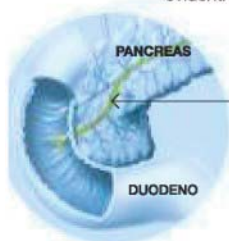
1:3mila

1 bambino malato ogni 3000-35000 nati vivi



PRINCIPALI DISTURBI

I disturbi di solito sono evidenti sin dalla nascita



IL PANCREAS

Il muco blocca il condotto pancreatico provocando insufficienza pancreaticata

Vie aeree bloccate e infezioni polmonari ricorrenti

Cirrosi epatica

Insufficienza pancreaticata

Ostruzione intestinale

Infertilità

Il muco blocca gli alveoli dei polmoni

BRONCO NORMALE

Via aerea libera, passaggio normale dell'aria



BRONCO OSTRUITO

Via aerea bloccata da muco viscoso

Pareti ingrossate

Infezione batterica



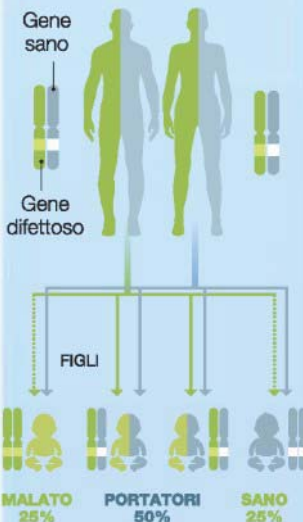
INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL FATTORE GENETICO

Il gene difettoso è recessivo: il figlio di due genitori portatori ha il **25%** di probabilità di essere malato di fibrosi cistica

PADRE PORTATORE

MADRE PORTATRICE



1:25

1 italiano su 25 è un portatore sano di FC: circa 2,5 milioni di persone