

All'ospedale Sant'Anna di Torino

Ha già perso due figli Le negano il cesareo Il terzo rischia lesioni

I medici incolpano il ginecologo: non ha comunicato il peso del bimbo (4,5 kg) rimasto 5 minuti senza ossigeno. Esposto dei parenti

CHIARA PELLEGRINI
TORINO

■■■ Claudia Vracio è una neomamma di 32 anni. Da quasi una settimana vive l'incubo di scoprire se il suo piccolo Andrea, nato giovedì scorso all'ospedale Sant'Anna di Torino, è un bambino sano o meno, per colpa, forse, di un cesareo negato.

Claudia ha già conosciuto le ansie della gestazione. Per due volte ha cercato di diventare mamma, entrambe senza fortuna: un figlio perso per una malformazione cardiaca, l'altro, prematuro, morto due giorni dopo la nascita.

Due dolori che Claudia e il marito stavano superando con l'arrivo di Andrea. Una gravidanza senza problemi quest'ultima. E senza complicazioni era iniziato il travaglio. Claudia in sala parto spinge, spinge, spinge, con tutta la forza che ha dentro, ma Andrea proprio non vuole saperne di uscire. La sua piccola spalla è rimasta incastrata nell'ultimo tratto del collo dell'utero. «Per cin-

que minuti», racconta Veronica la mamma di Claudia al quotidiano *La Stampa*, «il medico di turno ha tentato di liberarlo, prima con una ventosa, poi con le mani». I minuti passano, e mentre Claudia urlava affinché le facessero un cesareo, la quantità di ossigeno al cervello del neonato è precipita fino all'asfissia. Finalmente nasce Andrea, un pupone di 4 chili e 580 grammi, le cui dimensioni potevano, con un semplice controllo ecografico, già far presagire a un probabile cesareo. Oggi le linee guida dell'Istituto superiore di Sanità consigliano il cesareo quando il peso del bambino supera il 4 chili e mezzo ma solo se la mamma è diabetica. L'ospedale si giustifica dicendo che il medico privato, che teneva in cura la signora, non aveva mai comunicato «né che il bimbo fosse così grande, né che la signora avesse avuto due gravidanze finite tragicamente». Gravidanze per cui era stata comunque seguita al Sant'Anna.

Dopo il parto il neonato è stato tenuto fino a ieri mattina in ipotermia, una tecnica che abbassa la temperatura del corpo consentendo di «tenere a riposo» i neuroni e limitare gli eventuali danni. Ora il piccolo è tornato nel reparto di neonatologia dove si trova in

osservazione. Si capirà nei prossimi giorni se il neonato abbia o meno riportato dei danni. Il problema, secondo l'ospedale, si è verificato solo nell'ultima fase del parto quando, dopo «si è presentata una distocia delle spalle»: Andrea, dopo che la testa era uscita, non ha fatto la rotazione che avrebbe dovuto ed è rimasto incastrato. «In questo caso», spiega l'ospedale, «il ginecologo ha agito con prontezza mettendo in atto con rapidità tutte le manovre necessarie». Intanto genitori hanno presentato un esposto contro l'ospedale, mentre la Procura di Torino ha aperto un fascicolo per lesioni colpose, contro ignoti, per accertare eventuali responsabilità.



☐☐☐ SALA PARTO

QUANTO COSTA

Secondo la Sigo (Società italiana di ginecologia) oggi un parto cesareo, in Italia, costa 2.400 euro. Mentre il fisiologico (parto naturale) 1.400 euro. In Sicilia i costi sono stati già unificati a 1.900 euro, con un ulteriore incentivo di 300 euro per l'analgesia e per il parto naturale nelle donne già cesarizzate.

QUANDO IL CESAREO

Secondo le linee guida dell'Istituto superiore di Sanità sono quattro le circostanze in cui è consigliabile fare un cesareo quando: il feto è in posizione podalica fino alla fine della gravidanza; quando la placenta è previa; quando la madre è diabetica e il peso stimato del feto supera i quattro chili e mezzo; quando sussiste il pericolo di trasmissione materno-fetale di malattie infettive.

Un anno di controlli dei Nas negli ospedali italiani

Il rapporto sulla malasanità: degrado in corsia e truffe Inflitte 1.800 sanzioni penali

di FIORENZA SARZANINI

Interventi chirurgici sbagliati, reparti fatiscenti, medici e infermieri con doppio lavoro: un anno di controlli dei Nas negli ospedali.

Il rapporto. Nella relazione emerge il degrado della sanità pubblica, già evidenziato a febbraio con le immagini dei malati curati per terra nel pronto soccorso degli ospedali di Roma.

Le sanzioni. Nel 2011 sono state 2.588 le ispezioni dei militari del Nucleo antisofisticazione, 760 le denunce penali, 1.777 le sanzioni. Nell'ultimo biennio effettuati sequestri negli ospedali per un valore di circa 20 milioni di euro.

Le operazioni. Numerosi i casi di pazienti operati senza necessità, di esami fatti pagare privatamente a chi non ne aveva bisogno. Falsi pure su lifting e diete.

A PAGINA 27

Finti sordi e tumori inesistenti Ecco come si specula sulla salute

Un primario di Ragusa operava pazienti sani. In due mesi 76 denunciati

A Massa Carrara, nel corso di almeno 45 interventi, i medici hanno consentito a persone non qualificate atti propri dell'attività sanitaria

ROMA — Ci sono le strutture fatiscenti e i medicinali scaduti o vietati somministrati ai pazienti, ma ci sono anche le truffe dei medici e gli abusi delle società **farmaceutiche**. Ci sono i reparti chiusi perché inutilizzabili e gli infermieri che risultano in servizio nelle strutture pubbliche mentre lavorano per le aziende private. Un mese fa le immagini dei malati curati per terra oppure abbandonati per giorni sulle barelle nei pronto soccorso degli ospedali romani avevano mostrato lo sfascio della sanità pubblica. Il rapporto annuale dei carabinieri del Nas relativo al 2011 e aggiornato al primo bimestre 2012 conferma la crisi di un settore che costa alle casse dello Stato centinaia di milioni di euro. Sono i numeri a fornire il quadro della situazione, con un dato che fa impressione: negli ultimi due anni sono stati effettuati sequestri di apparecchiature e medicine per circa 20 milioni di euro. E poi ci sono gli arresti, le denunce e ci sono soprattutto ben 10 reparti che si è deciso di chiudere per gravi irregolarità.

Arresti, denunce e segnalazioni contabili

Sono 2.588 le ispezioni effettuate dai militari del Nucleo antisofisticazione nell'anno appena trascorso e hanno portato a ben 760 denunce penali e 1.777 sanzioni. Una media che appare ancora più alta nei primi due mesi del 2012: in 60 giorni sono stati compiuti 387 controlli, 76 sono le persone denunciate e 152 le sanzioni già erogate. Nelle case di cura private o convenzionate va addirittura peggio: su 373 «visite» dei militari dell'Arma effet-

tuate nell'anno appena trascorso ci sono state 63 denunce e ben 146 sanzioni penali. In linea, quanto accaduto fino al 29 febbraio con 232 strutture esaminate, 14 persone segnalate alla magistratura e 49 sanzioni erogate.

E poi c'è il capitolo relativo al denaro: ai sequestri per un valore di circa 20 milioni effettuati negli ospedali nell'ultimo biennio si devono aggiungere i 280 milioni «sigillati» nelle cliniche. La relazione dei carabinieri evidenzia come nelle strutture pubbliche si registri il maggior numero di casi relativi alla malasanità, mentre nelle strutture che ricevono i contributi economici pubblici aumentano in maniera eclatante gli episodi di truffe legati soprattutto all'esercizio del doppio lavoro, ma anche agli interventi effettuati senza che ce ne fosse reale necessità.

Operazioni sbagliate e finti sordi

Nel novembre scorso i magistrati di Udine hanno chiesto e ottenuto l'arresto di tre medici dell'ospedale di Latisana e tra manager di case **farmaceutiche**. «L'inchiesta — annotano i Nas — è stata avviata su segnalazioni di privati cittadini che, per l'acquisto delle protesi acustiche, si vedevano indirizzare forzatamente dai medici che li avevano visitati solo verso alcune ditte del settore. Dagli accertamenti è risultato come i medici coinvolti segnalassero i pazienti, spesso anche a loro insaputa, agli imprenditori infedeli affinché questi ultimi vendessero i loro prodotti, agendo in regime di concorrenza sleale in danno delle altre ditte concorrenti e creando, di fatto, una sorta di "cartello". Le indagini hanno permesso di accertare che, in cambio della loro illecita attività, i medici venivano regolarmente pagati in contanti presso gli ambulatori dell'ospedale». Sono almeno 400 i pazienti coinvolti per un giro d'affari che ha su-



perato il mezzo milione di euro e il sospetto, sul quale tuttora si indaga, è che molti di loro non avessero affatto bisogno della protesi, ma che gli sia stata consigliata visto che veniva rimborsata dalla Asl. E l'indagine si è poi allargata a ben dieci province del Nordest da Gorizia a Treviso, passando per Rovigo e arrivando a Venezia.

Ancora più grave quanto scoperto a Ragusa agli inizi del 2011 con un primario che, non solo alterava le liste d'attesa dell'ospedale per favorire gli assistiti che si facevano visitare nel suo studio privato, ma effettuava interventi su pazienti sani e senza ottenere il cosiddetto «consenso informato». Sono due i malati che avrebbero subito un'operazione per l'asportazione di un tumore che in realtà non esisteva. E poi c'è il caso della signora portata in sala operatoria due volte nella stessa settimana e per due patologie completamente diverse. In realtà, si è scoperto in seguito, la seconda volta le è stata tolta la garza che i medici le avevano lasciato nell'addome e che ha rischiato di farla morire. Tra i reati contestati ci sono concussione, falso e truffa. Accuse analoghe per un chirurgo vascolare di Cagliari che «diagnosticava gravissime malattie ai suoi assistiti e poi li portava nel proprio studio privato per sottoporli a sofisticati e costosissimi esami, in particolare il doppler transcranico».

Doppi lavori e medici abusivi

Sono centinaia di casi di dottori o infermieri che risultano in servizio nelle strutture pubbliche, mentre in realtà stanno effettuando prestazioni a pagamento. A Milano «personale sanitario dipendente di alcune aziende ospedaliere pubbliche svolgeva attività professionale non autorizzata, nella fattispecie attività infermieristica, presso altre strutture sanitarie per conto di una cooperativa sociale nei giorni in cui avevano beneficiato di permessi retribuiti oppure assenze per malattie o addirittura in orari in cui risultavano in servizio in entrambe le strutture. I compensi venivano percepiti sotto forma di "rimborso spese", ma non è stata rintracciata alcuna documentazione fiscale». Le verifiche riguardano adesso la posizione delle 419 persone che risultano aver lavorato per la cooperativa.

Durante un'indagine a Massa Carrara si è scoperto che «nel corso di almeno 45 interventi chirurgici di artroprotesi eseguiti tra gli anni 2007 e 2009 presso l'ospedale "SS Giacomo e Cristoforo" i medici hanno consentito l'accesso in sala operatoria a persone non qualificate e sprovviste di adeguati titoli di studio, permettendo loro l'esecuzione di atti propri dell'attività sanitaria (divaricazione, aspirazione e tamponamento di ferite, l'uso di elettrobisturi, complesse manovre di posizionamento degli arti)». Si trattava in realtà di agenti di commercio di pro-

dotti per l'ortopedia, i cosiddetti «specialist», ed è scattata l'accusa di esercizio abusivo della professione sanitaria e falso ideologico.

Falsi lifting e diete

Nella relazione dei Nas si elencano i casi di interventi di chirurgia estetica spacciati per operazioni di asportazione di cisti o tumori e svariati episodi di dottori che prescrivono pillole a base di «fendimetrazina» per uso terapeutico, ben sapendo che in realtà servono a dimagrire ma la legge vieta questo tipo di impiego. Uno dei casi più eclatanti è stato scoperto a Roma lo scorso anno: i Nas hanno «sigillato» lo studio di un medico che aveva numerosi clienti famosi ai quali somministrava pasticche a base di anfetamina per far ritrovare loro una forma fisica perfetta.

Stesso meccanismo veniva utilizzato da una dottoressa specializzata in endocrinologia, dipendente dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, indagata per truffa aggravata e prescrizione non terapeutica di sostanza stupefacente. «Sul suo conto — annota il rapporto dei Nas — è emerso che nello studio privato svolgeva senza fatturazione attività di dietologa, percependo illecitamente l'indennità di esclusività per rapporto di lavoro a "tempo pieno" e prescrivendo indiscriminatamente farmaci dimagranti a base di "fendimetrazina", senza osservare le norme sull'uso terapeutico».

Fiorenza Sarzanini
fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Liste d'attesa truccate e pazienti dirottati

Le inchieste più recenti

A Napoli

Paolo Iannelli (foto), primario di Ortopedia dell'ospedale Cardarelli di Napoli, è finito in cella all'inizio di marzo: prospettava lunghi tempi di attesa ai pazienti che poi dirottava in una clinica privata. Sotto accusa

anche il fratello gemello Gabriele, cardiologo al Cardarelli e socio di Iannelli nella proprietà della clinica

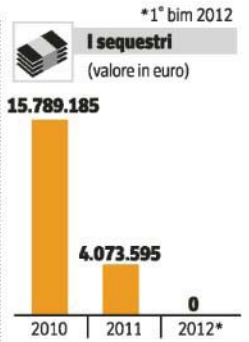
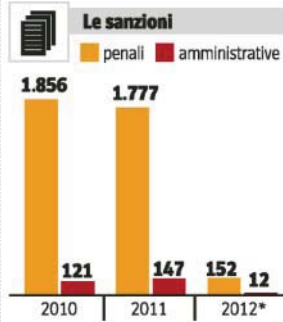
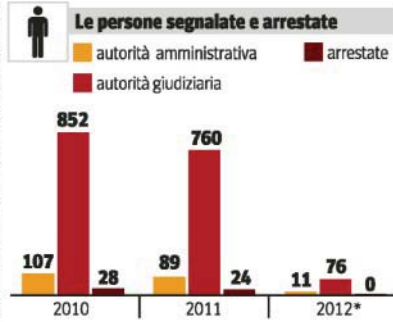
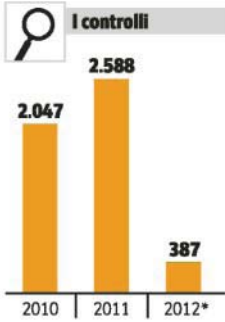
A Ragusa

Un caso a Ragusa a inizio 2011: un primario non solo alterava le liste d'attesa dell'ospedale per favorire chi si faceva visitare nel suo studio privato, ma effettuava interventi su pazienti sani. Due avrebbero subito un'operazione per un tumore inesistente

Le cifre

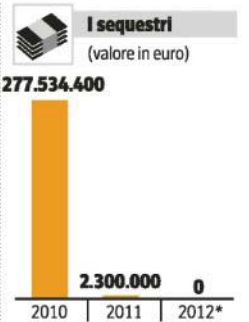
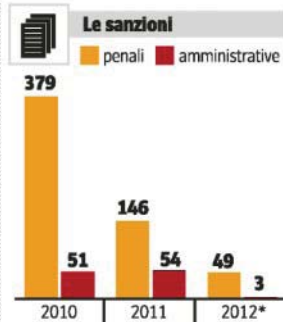
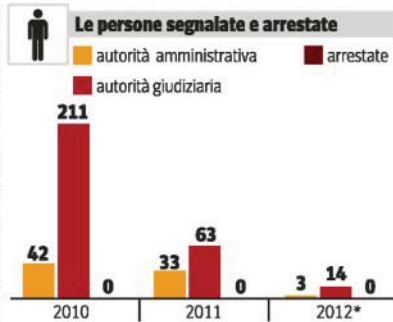
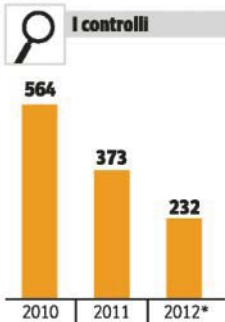
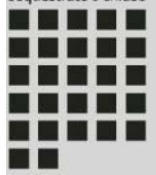
NEGLI OSPEDALI

10
Le strutture (ambulatori o reparti) sequestrate o chiuse



NELLE CASE DI CURA

27
Le strutture sequestrate o chiuse



Fonte: Rapporto annuale dei carabinieri del Nas

Il ministro Balduzzi e il fenomeno del milione di scommettitori «ludopatici» I giocatori d'azzardo in cura alle Asl

di ALESSANDRA ARACHI

Coloro che soffrono di «ludopatia», cioè di dipendenza dal gioco d'azzardo, saranno presto curati dal Servizio sanitario nazionale. Lo ha garantito il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**. In Italia si stima che siano circa un milione i giocatori patologici, e la metà sono addirittura giovani e giovanissimi. Slot machine, gratta e vinci, lotterie, scommesse sportive: con 500 euro di spesa *pro capite* il nostro Paese detiene un primato mondiale.

A PAGINA 31

Il fenomeno In Italia il primato mondiale di spesa pro capite. Gli imprenditori: serve un tavolo di confronto

Sanità pubblica per i malati di gioco

Il ministro Balduzzi: una vera patologia. Riccardi: vietare gli spot

ROMA — Sembra una parola gentile: ludopatia. Invece è una tragedia. Vuol dire «dipendenza dal gioco d'azzardo»: in Italia si stima che siano circa un milione i giocatori patologici, e la metà sono addirittura giovani e giovanissimi. Slot machine, gratta e vinci, lotterie, scommesse sportive: con 500 euro di spesa pro capite il nostro Paese detiene un primato mondiale. Un primato di cui davvero non si può andare fieri. Così il governo decide di correre ai ripari, ed è pronto a prendere provvedimenti.

Per cominciare: un «decreto interdirezionale», come ha garantito **Renato Balduzzi**, ministro della Salute, annunciando anche che il Servizio sanitario nazionale prenderà presto in carico i malati da gioco. Mentre **Andrea Riccardi**, ministro per l'Integrazione con delega alla Famiglia, ha chiesto il blocco totale e definitivo degli spot sui giochi d'azzardo.

Spiega il ministro **Renato Balduzzi**: «La ludopatia sarà inserita nell'aggiornamento

dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo da garantire il giusto percorso di prevenzione, cura e riabilitazione». Non ha dubbi il ministro della Salute: «La ludopatia va curata secondo le regole di una malattia. Occorre quindi rafforzare tutto il percorso di contrasto a questa malattia attraverso protocolli diagnostici-terapeutici, linee-guida e in generale tutto quello che si fa quando c'è una malattia. L'attenzione al problema è diventata finalmente generalizzata».

Si discuteva di ludopatia ieri in un convegno organizzato a Roma, a Palazzo Marini, intitolato: «A che gioco giochiamo? Un'oscura dipendenza» e il ministro **Andrea Riccardi** ha fatto sapere di aver chiesto direttamente al ministro dell'Economia di «inserire un articolo specifico nel decreto interdirezionale per evitare che singole patologie, curabili, diventino invece un vanto e drammatico costume sociale». Ma non solo.

Il ministro **Riccardi** ha rilanciato poi la sua crociata

contro gli spot sui giochi d'azzardo: «Vogliamo vietare o, perlomeno limitarne la pubblicità» dice. E poi spiega: «Siamo in una fase di crisi economica e questo è un momento di grande vulnerabilità per i giovani e per gli anziani con bassa pensione. Tante persone in ristrettezza possono scegliere di gettarsi nel gioco d'azzardo, raccogliendo il messaggio rassicurante che pesca proprio in questa fragilità profonda. Il nostro non vuole essere un falso moralismo, ma l'intenzione di riflettere su una patologia».

Massimo Passamonti, presidente di «Sistema gioco Italia» che aderisce a Confindustria, ha polemizzato con l'organizzazione del convegno, che ha escluso dal dibattito gli addetti ai lavori.

Ha spiegato **Passamonti**: «Ritengo errato nella forma e nella sostanza l'aver deciso di non invitare gli operatori del settore a un'occasione di di-

battito pubblico e istituzionale di così grande rilievo». E poi ha aggiunto: «Sono state ignorate circa 5 mila e 800 imprese, 140 mila punti vendita, oltre 100 mila addetti, ovvero una vera e proprio settore industriale. Ma risulta ancor più sorprendente l'assenza nel panel dei relatori AAMS, l'autorità demandata dallo Stato a regolamentare il settore dei giochi. A nome di tutta la Federazione rilancio la proposta di un tavolo di confronto con tutte le autorità».

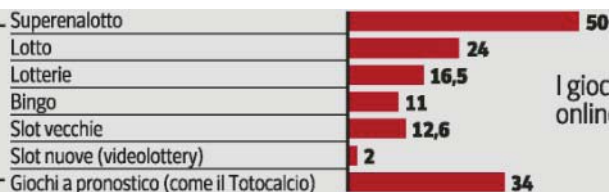
Al. Ar.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

GLI INCASSI DELLO STATO in % sui vari giochi



I giochi online



1,8 milioni

Le persone a rischio ludopatia in Italia, secondo i dati dell'Oms

1 milione

Gli italiani per i quali il gioco d'azzardo è già una vera patologia

LE PRIME 21 PROVINCE

■ SUD ■ PIL PRO CAPITE
■ NORD ■ Valori assoluti in euro
■ CENTRO SUD ■ AZZARDO PRO CAPITE
■ CENTRO NORD ■ Spesa procapite azzardo

Province	% di PIL pro capite	AZZARDO PRO CAPITE	Valori assoluti in euro
Pavia	7,81	2.125	26.918
Teramo	6,80	1.425	20.945
Caserta	6,78	1.053	15.536
Sassari	6,35	1.172	18.461
Pescara	6,17	1.307	21.190
Napoli	5,96	939	15.758
Latina	5,81	1.358	23.380
Brindisi	5,80	929	16.020
Terni	5,75	1.319	22.951
Benevento	5,69	946	16.634
Como	5,63	1.504	26.702
Taranto	5,42	914	16.877
Isernia	5,38	1.011	18.809
L'Aquila	5,32	1.128	21.221
Frosinone	5,28	1.238	23.437
Massa-Carrara	5,16	1.189	23.049
Savona	5,12	1.402	27.376
Bari	5,09	882	17.319
Matera	5,08	914	17.994
Salerno	5,04	906	17.984
Verbano-Cusio-Ossola	5,00	1.159	23.174

Fonte: sociologo della Consulta nazionale antiusura Maurizio Fiasco

Azzardo La patologia del gioco affare di Stato

CIOCIOLA A PAGINA 7

«Malattia la dipendenza da gioco»

*Il ministro Balduzzi: l'azzardo compulsivo verrà inserito nei Lea
Andrea Riccardi: vietare o limitare la pubblicità del gambling*

Roma

All'incontro organizzato dal Terzo Polo presentate una serie di proposte. Binetti (Udc): sempre più sottile la differenza tra divertimento e schiavitù

DA ROMA PINO CIOCIOLA

Un bel (trasversale) pezzo di Palazzo sembra mostrare i muscoli perché ci si decida a mettere almeno una toppa ai danni causati dal gioco d'azzardo. E un bel pezzo di governo sembra non voler fare orecchio da mercante. Il ministro per l'Integrazione Andrea Riccardi, ad esempio, ribadisce che bisogna «vietare o almeno limitare la pubblicità dei giochi d'azzardo», aggiungendo che ha appena chiesto al ministro dell'Economia d'«inserire un articolo specifico nel decreto interdirezionale, per evitare che singole patologie, curabili, diventino invece un vasto e drammatico costume sociale». Il suo collega alla Salute, Renato Balduzzi, ammorbidisce un po' il concetto, che però sta diventando convincimento diffuso nell'esecutivo: «La pubblicità non è qualcosa che si possa proibire, però richiede codici di autolimitazione e regole per impedire che il messaggio, specialmente fra i giovani e le persone fragili, ingeneri speranze che possono poi finire in tragedia». Nuove regole o clausole. Lo stesso Balduzzi però è andato anche oltre con gli annunci: «So che il ministero dell'Economia sta lavo-

rando per limitare gli spot» e potrebbe farlo «con l'introduzione di regole unilaterali da parte dello Stato o clausole nelle concessioni». Ma anche al suo ministero della Salute, col Viminale, stanno valutando come dare più poteri ai sindaci per intervenire sul numero di slot machine che si moltiplicano. Nuovo slancio. Così il convegno organizzato ieri dal Terzo Polo, «A che gioco giochiamo? Un'oscura dipendenza» (tanto affollato da far... chiudere le porte della sala già mezz'ora dopo il suo inizio per capienza raggiunta e superata), ha segnato una specie di spartiacque lungo il tragitto che porterà a nuove misure per arginare un fenomeno sempre più pericolosamente diffuso. Cinque possibilità. Sul tavolo parlamentare attendono non meno di cinque proposte, alcune bipartisan, insieme alla certezza che ne sortirà qualcosa a breve/medio termine: alzare almeno al 20% l'aliquota di tassazione sulla raccolta da giochi, destinare l'1% della stessa raccolta – cioè circa 140 milioni di euro – a prevenzione, cura e riabilitazione dal gioco d'azzardo patologico (diviso al 33% per lo Stato, 33% per i gestori e 33% sulle vincite), definire i «Livelli essenziali di assistenza» (Lea) delle dipendenze da gioco, destinare ad efficaci campagne di prevenzione la metà di quanto speso dai Monopo-



li per gli spot che incentivano il gioco e, in-

fine, mutuare su scala nazionale l'esperienza di alcuni comuni che sul loro territorio hanno regolamentato il gioco d'azzardo (definendone orari, luoghi e forme di tutela per minori e fasce deboli).

«Subito via quel video dalle scuole». E se il governo per bocca del ministro Balduzzi sempre ieri ha assicurato che il gioco patologico «sarà inserito nell'aggiornamento dei Lea, in modo da garantire il giusto percorso di prevenzione, cura e riabilitazione», Emanuela Baio (Api) è convinta che «alcune proposte possano essere accolte subito dal governo. Intanto andrebbe ri-

mosso immediatamente un video che sta circolando nelle scuole, stato promosso dai Monopoli, che propone il gioco come op-

portunità della vita per i giovani». E secondo Paola Binetti (Udc) «il confine tra gioco e dipendenza è sempre più sottile. Giocare è

possibile ovunque e in ogni momento. E l'attesa si trasforma in gioco e il gioco può diventare malattia».

38mila euro l'anno. Ogni giocatore patologico costa circa 38mila euro l'anno, stando allo studio "Social cost of gambling in Germany" del 2008: i costi diretti sono i trattamenti sanitari, la protezione dei giocatori, la prevenzione o altro (come procedimenti legali o crimini legati al gioco), in tutto cioè 3.571 euro stimati. Tra i costi indiretti quelli causati da assenteismo, calo di produttività e disoccupazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra le ipotesi anche quella di alzare l'aliquota di tassazione e destinare almeno l'1% di quanto raccolto alla cura dei giocatori patologici

220% L'AUMENTO DELLA RACCOLTA DA GIOCHI DAL 2004 AL 2011

88% L'AUMENTO DELLE ENTRATE ERARIALI DA GIOCHI DAL 2004 AL 2011

38.000 EURO IL COSTO SOCIALE ANNUO PER UN GIOCATORE PATOLOGICO IN CURA



ALLARME SLOT E GRATTA E VINCI SONO LA NUOVA PIAGA SOCIALE

SECONDA PUNTATA

È UN GIOCO MA DIVENTA UNA DROGA

IN ITALIA UN MILIONE DI PERSONE BUTTA LA VITA IN LOTTERIE E SCOMMESSE. PER IL MINISTERO È UNA DIPENDENZA. MA USCIRNE SI PUÒ E SONO NATI DEI CENTRI DI RECUPERO. COME QUELLO DI BOLZANO. NOI CI SIAMO STATI

dalla nostra inviata Fiamma Tinelli

Una sala giochi in zona Buenos Aires a Milano, sei del pomeriggio. Nella stanza, luci soffuse e luccichio di videolottery: pare di essere a Las Vegas. Seduto alle macchinette, un ragazzo sulla trentina,

in mano un sacchetto quasi vuoto di monetine, sembra parlare da solo. «Fa' la brava, dai...», dice, con la faccia tesa. «Su, forza, forza!». Quando la macchina ingoia silenziosa l'ultimo euro, le sferre un calcio. Nel sacchetto c'erano 200 euro. Ora non c'è più nulla.

In gergo si chiamano «gap», acronimo per giocatori d'azzardo patologici, e in Italia sono un milione, il doppio dei tossicodipendenti. Soprattutto uomini (ma le donne sono in aumento), età media 40 anni, per loro il gioco non è un passatempo: è un'ossessione. Tanto che il ministero della Salute pochi giorni fa ha finalmente deciso di includere la dipendenza da gioco d'azzardo nelle patologie curate dal Servizio Sanitario Nazionale, sullo stesso pianerottolo di alcolismo e tossicodi-

pendenza. Perché correre ogni giorno a storcersi con slot e scommesse fino a far saltare la famiglia o finire in mano agli usurai non è tanto diverso che passare la notte in macchina alla ricerca di un tiro di coca.

LE CIFRE DEL FENOMENO

76,6

miliardi di euro, il volume del business del gioco in Italia

52%

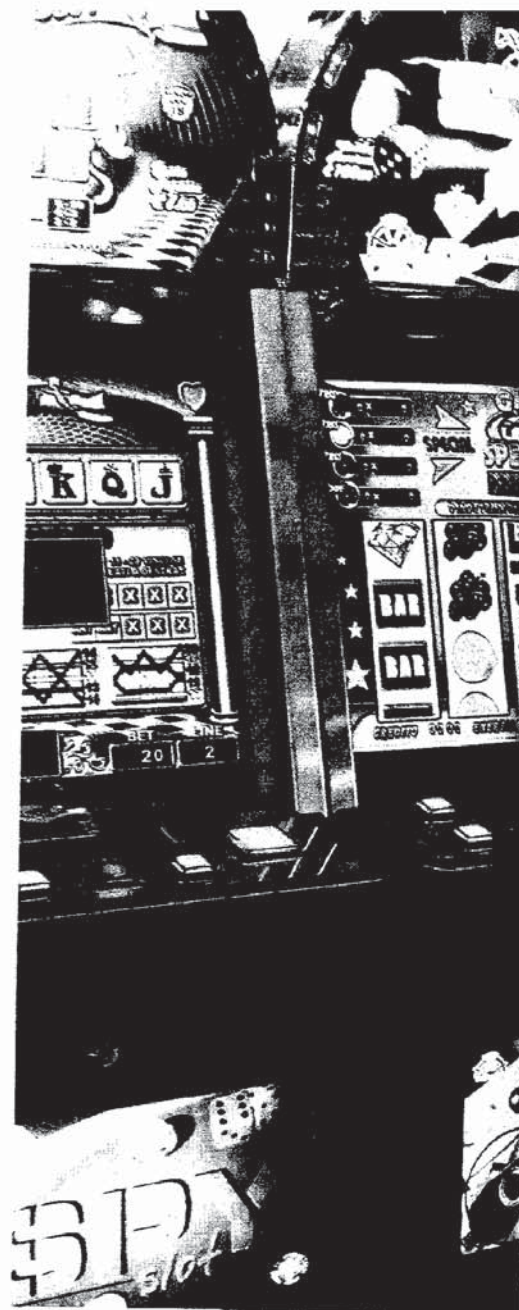
dei giocatori patologici ha un genitore con lo stesso problema

330%

l'incremento di gioco del poker *on line* dal 2010 al 2011

SI COMINCIA PER NOI

Si comincia per noia o per curiosità, un Superenalotto ogni tanto. Si finisce che le ore in sala scommesse sono le più belle della giornata. Perché? Alla base della dipendenza da gioco, dicono le ricerche, c'è una visione di sé compromessa: il gap soffre di bassa autostima, spesso depressione. E il tintinnio delle monetine che cadono giù dalla slot diventa una ricompensa meravigliosa. «Pensavo: "se vinco alla slot vinco nella vita, vuol dire che sono bravo"», dice Paolo, 42 anni, assicuratore. Un meccanismo, hanno dimostrato gli psichiatri, che funziona anche a livello biochimico: «L'effetto è esattamente quello dello "sballo" da alcol o droga: prima la botta di adrenalina, poi l'invasione della dopamina, l'ormone del benes-



sere», spiega Cesare Guerreschi, fondatore e direttore del Siipac di Bolzano, uno dei centri più qualificati d'Italia per la cura delle patologie compulsive.

NON RIESCONO A VEDERE LA REALTÀ

«Hai perso tutto, smetti di giocare, subito!». I familiari dei giocatori non sanno più come dirlo. Ma è del tutto inutile, perché nel gap si è instaurato un meccanismo perverso e formidabile: quello della distorsione cognitiva. «Se un giocatore punta 1.000 euro, ne perde 980 e con gli ultimi 20 ne recupera 40, nella sua testa non ha perso, ha vinto», spiega infatti Guerreschi. Per lui ogni giocata è l'ultima, si tratta solo di aspettare la vincita magica che coprirà tutti

● In Italia nel 2011 il ricorso all'usura è cresciuto del 134%



CHI CHIAMARE PER FARSI CURARE

● Centri qualificati Uscire dalla dipendenza da gioco d'azzardo si può, ma servono centri qualificati. Ecco dove trovare assistenza.

● Servizio pubblico Molti Sert, i centri pubblici di cura delle tossicodipendenze, hanno attivato delle sezioni dedicate al gioco d'azzardo. L'elenco completo dei Sert si trova sul sito gambling.it (sotto la voce «risorse d'aiuto»).

● Le strutture private Tra i centri specializzati: Siipac, Bolzano (www.siipac.it; tel. 0471-30.04.98); Comunità Papa Giovanni XXIII, Reggio Emilia (www.libera-mente.org; tel. 0522-53.20.36); Associazione Orthos, Siena (www.orthos.biz; tel. 0577-45.379).

● Il numero verde Il comune di Roma ha aperto un numero verde dedicato alla dipendenza da gioco d'azzardo attivo dal lunedì al venerdì: 800.997.750 (orari: 9-13 e 15-19).

● Su internet Per informazioni e indirizzi: Siipac (www.siipac.it); Alea (gambling.it); Azzardo e nuove dipendenze (www.andinrete.it); Agita (www.sosazzardo.it); Gruppo Abele (www.gruppocabele.org).

i debiti, metterà tutto a posto. E che, ovviamente, non arriva mai. Quello che arriva, invece, è un sacco di guai: ansia, aggressività, rabbia incontrollata. Matrimoni e relazioni familiari, seppelliti dalle bugie, sono la prima cosa che salta. Il giocatore, pur di trovare i soldi, è disposto davvero a tutto. «Ho curato persone che erano arrivate a rubare il salvadanaio dei figli o la pensione dei genitori», dice Guerreschi.

ORE 9, CONTROLLO DEGLI SCONTRINI

Guarire dalla dipendenza da gioco, però, è possibile. Ma non da soli. «Per uscirne servono terapie mirate, farmaci, incontri con la famiglia. E prima di tutto, bisogna capire di essere malati», spiega Guerreschi. Mar-

co, 37 anni, imprenditore, ha scelto di entrare in comunità, al Siipac, dopo essere stato lasciato dalla moglie. Anche se il centro di Bolzano è una comunità *sui generis*. «I pazienti vivono insieme in un appartamento, vengono in sede solo per le attività. Finite le 8 ore del programma, ognuno è libero di fare quel che vuole», spiega Maria Giambò, psicologa del centro. Anche di tornare a giocare? «In teoria sì, ma lo facciamo apposta: il primo passo fuori dalla dipendenza lo fai solo se sei responsabile di te stesso».

Al Siipac si comincia la mattina alle 9, col tutoraggio: Marco, Francesco, Paolo e Saverio, che ieri hanno ricevuto 10 euro a testa per le spese personali, devono rendere conto degli acquisti. «Certo che lo sappiamo, che →

● Il 60% dei giocatori patologici pensa insistentemente al suicidio, il 15% prova a suicidarsi

IL MINISTRO RICCARDI: «LO STATO AIUTI CHI È DIPENDENTE»

«IL GIOCO D'AZZARDO STA DIVENTANDO UNA VERA MALATTIA», DICE. E QUI LANCIA UNA SFIDA CORAGGIOSA

Ministro Riccardi, si parla di un milione di italiani dipendenti dal gioco d'azzardo. E intanto, nuove sale gioco spuntano ovunque (anche davanti alle scuole) e ogni giorno nasce una nuova «lottery». Siamo in piena emergenza sociale: è venuto il momento di dire basta?

«Non c'è dubbio che il gioco d'azzardo stia diventando, per molti italiani, una vera e propria malattia, una dipendenza con conseguenze simili alla droga.

Particolarmente esposti sono gli appartenenti a categorie deboli: giovani, disoccupati, famiglie che non riescono ad arrivare alla fine del mese, anziani soli. Nelle scorse settimane si citava il caso di un anziano che in poche ore ha dilapidato al gioco 60 mila euro, i risparmi di una vita. Con il ministro della Salute, Renato Balduzzi, c'è grande sintonia sulla gravità del fenomeno e sulla necessità di un intervento serio. E i nostri uffici stanno lavorando insieme per studiare cosa si può fare».

Cosa sta facendo il governo per intervenire su questo problema? Proibirete la



È PREOCCUPATO
Andrea Riccardi, 61, ministro con delega alle dipendenze.

pubblicità, come lei aveva ipotizzato?

«Personalmente sono convinto che la pubblicità dovrebbe essere proibita, come già accade con le sigarette. In subordine, penso che sia necessario tutelare soprattutto i più giovani, vietando la pubblicità televisiva nelle fasce protette. Un'altra idea su cui stiamo lavorando è quella di prevedere negli spot una sorta di avviso sugli effetti collaterali del gioco, un po' come accade con i farmaci. In più, occorrerebbe una operazione di trasparenza: se compro un biglietto che promette una vincita milionaria, devo anche sapere quanti biglietti sono stati

emessi e quali sono le probabilità reali di vincita».

Sono in programma campagne di informazione e prevenzione della dipendenza attraverso radio, tv, giornali?

«Come ministro con la delega ai giovani, sto pensando da tempo a una specifica campagna destinata ai ragazzi che passano troppo tempo al computer: lo slogan potrebbe essere "vivi on life, non on line". Credo sia necessario intervenire in qualche modo anche sulla ludopatia».

Il gioco d'azzardo porta alle casse dello Stato 90 miliardi di euro l'anno: il problema del conflitto d'interessi esiste. L'ultima campagna contro gli eccessi sul gioco d'azzardo l'ha fatta l'Aams. E il dvd distribuito nelle scuole recitava «Il gioco d'azzardo risponde al primordiale bisogno di vincita dell'uomo». Se verranno fatte campagne di informazione contro gli eccessi da gioco, a chi dovrebbero essere affidate?

«Ci sono degli spazi previsti per campagne istituzionali di sensibilizzazione che la legge affida ai ministeri. Io penso soprattutto a queste».

Lo Stato non dovrebbe forse intervenire economicamente per sostenere gli enti pubblici e privati che curano la dipendenza, come si fa in altri Paesi europei?

«Penso che sia giusto che lo Stato, incassando molti fondi dal gioco d'azzardo, debba occuparsi di quei cittadini che rimangono impigliati nella rete della dipendenza, che si indebitano e che finiscono, spesso, nelle mani degli usurai».

Da dove pensa che nasca tutta questa febbre da gioco?

«Da un'attesa miracolistica, da un miraggio di un facile, improvviso e colossale guadagno, capace in un momento contrassegnato da una pesante crisi economica di risolvere come per incanto tutti i problemi. È un messaggio particolarmente diseducativo: intanto, perché il denaro non è tutto; poi perché la ricchezza è frutto del lavoro quotidiano e del sudore della fronte. Infine, perché per rincorrere il miraggio, si finisce per dilapidare i risparmi, peggiorando la propria situazione patrimoniale». **F.T.**

→ un giocatore è capace di raccattare gli scontrini altrui dal bancone del bar pur di buttare due euro nella slot», sorride Giambò. Ma il tutoraggio serve proprio a questo, a far riprendere consapevolezza del valore dei soldi. Il programma prosegue fino alle 18, tra incontri di terapia, quelli di gruppo, il laboratorio artistico, lo sport. La percentuale di successo è alta: più del 75% di guarigioni. Ma un centro così costa fino a 2.000 euro al mese. E lo Stato, che dal gioco incassa miliardi, non ci mette una lira.

LO SCANDALO DEL DVD PER LE SCUOLE

Cosa fa il governo per arginare l'emergenza? I ministri Andrea Riccardi e Renato Balduzzi hanno lanciato l'allarme, la commissione Affari Sociali sta indagando sul pro-



blema. Ma è un fatto che quando si parla di gioco d'azzardo, c'è un gigantesco conflitto d'interessi. L'informazione per il «gioco responsabile», per esempio, è affidata all'Aams, cioè al Monopolio di Stato. Che ha creato un dvd distribuito in molte scuole italiane. I contenuti? «Ci si attacca alle slot machine o ai videopoker per dare risposta al primordiale

A BOLZANO, SEDUTI IN CERCHIO DAVANTI AI TERAPEUTI, IMPARANO A VIVERE SENZA GIOCO
Bolzano. Un incontro di gruppo al Siipac, centro specializzato nella cura della dipendenza da gioco d'azzardo. Di fronte ai pazienti (seduti di spalle), il fondatore del centro, Cesare Guerreschi, e la psicologa Maria Giambò. «La terapia insegna a colmare il vuoto dell'astinenza, che è micidiale», dice Guerreschi. (Foto Michela Taeggi).

bisogno di vincita che l'essere umano ha in sé», recita il video. E ai ragazzi che dopo un test si rivelano poco attratti dalle scommesse si dice: «Il gioco d'azzardo non ti interessa? Ti manca solo una frusta tra le mani... lo spirito del bacchettone aleggia sulla tua testa!».

Fiamma Tinelli
2. fine

● Più 10,5 per cento: è l'aumento del gettito di lotto, lotterie e altre attività di gioco nel 2011

SUSSULTI AL BANCONE/ I

Federfarma: i titolari a ranghi serrati cercano alleanze

Trattative, confronti, alleanze per far risorgere 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 presidi 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 presidi, 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

RIFORMA UE DELLA PRIVACY

Tutela a maglie strette sui dati sanitari

Il Parlamento europeo e il Consiglio Ue stanno vagliando un'importante riforma della normativa comunitaria sulla protezione dei dati proposta dalla Commissione europea il 25 gennaio scorso. L'obiettivo principale della riforma è di aggiornare il vecchio quadro legislativo approvato nel 1995 e adattarlo alle sfide poste dalle nuove tecnologie che hanno rivoluzionato il modo in cui i dati personali vengono raccolti e utilizzati. Altri obiettivi importanti sono quello di aumentare la fiducia dei consumatori soprattutto on line, ridurre gli oneri amministrativi per le imprese e sfruttare il potenziale del mercato unico digitale per promuovere la crescita e l'innovazione. La proposta della Commissione facilita l'accesso del cittadino ai propri dati personali, agevola il trasferimento di dati da un fornitore di servizi all'altro, sancisce il diritto all'oblio e prevede maggiori responsabilità per chi tratta i

dati. Il testo introduce inoltre il principio del consenso esplicito per l'autorizzazione al trattamento dei dati, prevede l'applicazione delle norme Ue anche ai dati trattati all'estero da imprese attive nel mercato comunitario e che offrono servizi ai cittadini europei e infine rafforza i poteri delle autorità nazionali garanti della privacy.

La nuova normativa prevede tutele speciali per i dati personali relativi alla salute, in cui rientrano tutti i dati sullo stato di salute dell'interessato quali una malattia, l'invalidità, l'anamnesi medica, i trattamenti clinici, i risultati di esami diagnostici, ma anche altre informazioni quali a esempio le richieste di prestazione di servizi sanitari, i pagamenti o l'ammissibilità all'assistenza sanitaria. L'articolo 81 del Regolamento autorizza il trattamento dei dati personali relativi alla salute solo se effettuato da personale vincolato dal segreto professionale e se

necessario per finalità di prevenzione, diagnosi, assistenza sanitaria, medicina del lavoro, gestione dei servizi sanitari. Il trattamento dei dati è consentito inoltre per motivi di Sanità pubblica quali la protezione da gravi minacce per la salute, per la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi medici, e per altri motivi di interesse pubblico tra cui la gestione efficiente della spesa sanitaria pubblica. L'utilizzo dei dati è altresì concesso per finalità storiche, statistiche o di ricerca scientifica, come la creazione di registri dei

pazienti per migliorare le diagnosi e condurre studi sulle terapie.

La protezione dei dati personali è un diritto sancito nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e deve essere meglio tutelato soprattutto nella nuova era digitale del cloud computing e dei social network. Secondo l'Organizzazione euro-

pea dei consumatori (Beuc), i cittadini devono avere maggiori informazioni sui loro diritti e maggiore controllo sulle informazioni che li riguardano. La raccolta e l'utilizzo di dati medici a esempio attraverso la cartella clinica elettronica o la creazione di basi di dati offrono nuove opportunità a vantaggio della sicurezza del paziente, della qualità delle cure e della ricerca scientifica. Allo stesso tempo aprono nuovi scenari di rischio qualora i dati finiscano accidentalmente nelle mani di persone od organizzazioni non autorizzate. Soprattutto per dati sensibili quali quelli sulla salute i consumatori devono ricevere maggiori garanzie e protezione contro ogni rischio di abusi e discriminazioni.

Ilaria Passarani
Responsabile salute Beuc

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Documentazione
 clinica accessibile
 solo sotto segreto
 professionale**

▼ **Infermieri: un futuro giocato da protagonisti**

Migliorare la capacità relazionale e aumentare il numero degli infermieri. Sono le priorità individuate dal Rapporto Censis in occasione del XVI Congresso Ipasvi. (Servizio a pag. 23)

A Bologna il XVI Congresso Ipasvi - La fotografia del Rapporto Censis sulla categoria

Infermieri in cerca di ruoli

Focus su aspetti relazionali, appeal della professione, spazi nel privato

Non solo posto fisso per l'infermiere del futuro. C'è infatti un piccolo spazio per la libera professione, nel «mercato» dell'assistenza infermieristica. L'idea di una sfida da giocare in ambito privato, magari con partita Iva, studio proprio e contratti di consulenza va considerata più che altro una prospettiva di nicchia, ma anche una chance reale.

Soprattutto in vista di un aumento delle patologie croniche, destinate a crescere con l'invecchiamento della popolazione. È quanto risulta dal Rapporto di ricerca Censis, «L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro», commissionato dall'Ipasvi, in occasione del XVI congresso nazionale, a Bologna dal 22 al 24 marzo.

Nonostante quella dell'infermiere sia una professione inquadrata nella percezione collettiva come lavoro dipendente, esiste una dimensione di mercato privato, secondo quasi il 6% degli intervistati (quasi l'11% al Sud-isole), che dichiara che nell'ultimo anno ha dovuto rivolgersi, direttamente o per un proprio familiare coabitante, a un infermiere, pagando direttamente di tasca propria; di questi il 2,6% lo ha fatto per avere assistenza e il 3,2% per avere una prestazione una tantum; la relativa spesa sostenuta è stata nell'anno 2011 in media pari a 245 euro.

Un aspetto ancora marginale della professione che si riflette anche sulle priorità che gli italiani immaginano per il futuro degli infermieri:

solo il 7,5% ritiene che sia importante preparare i futuri infermieri a essere liberi professionisti, lavoratori autonomi e non solo dipendenti di strutture sanitarie.

Tra gli aspetti ritenuti prioritari per il futuro della professione ci sono invece la necessità di migliorare la preparazione psicologica e relazionale (46,8%), di aumentare il numero di infermieri che escono dalle università (39,9%), di migliorare il rapporto con le nuove tecnologie (37%), la manualità, la capacità di utilizzare i dispositivi e le attrezzature mediche (30,5%), di formarli di più agli aspetti organizzativi dell'attività medica.

La categoria, secondo la fotografia scattata dal Rapporto Censis, conta 375.185 infermieri professionali iscritti all'Ipasvi nel 2010, e di questi il 25,2% opera nelle regioni del Nord-ovest, il 21% circa in quelle del Nord-est, il 20,9% al Centro e il 32,9% al Sud-isole.

L'incidenza sulla popolazione oscilla tra il 6,8 per 1.000 abitanti al Nord-est, il 6,6 al Centro e il 5,9 nelle altre aree geografiche; e il campo di oscillazione regionale va da 8,4 per 1.000 abitanti in Molise a 5,3 per 1.000 abitanti in Campania.

Le donne sono oltre il 77%, ma ci sono regioni in cui il peso dei maschi è nettamente più alto; sono infatti uomini oltre il 41% degli infermieri siciliani, il 39,8% di quelli campani e il 37,8% di quelli calabresi; scendono a meno del 15% invece in regioni come Valle d'Aosta,

Piemonte e Lombardia. In generale, la prevalenza delle donne nella professione si sta assottigliando: i maschi, che erano il 26,9% nel 2003/2004 sono diventati il 30% nel 2009-2010.

In aumento anche la presenza degli stranieri, che attualmente coprono una quota di oltre il 10% con una punta del 16% nel Lazio. Il dato più eclatante è che gli infermieri stranieri sono aumentati di quasi 8mila unità (25%) nel periodo 2007-2010.

Nel lungo periodo il numero totale di infermieri è salito sia in valore assoluto che come incidenza sulla popolazione: nel decennio dal 2000 al 2010 sono aumentati di 80mila unità, facendo crescere di un punto percentuale l'incidenza per 1.000 abitanti, sino al 6,6 per 1.000.

Ma i numeri sono ancora troppo bassi rispetto alla necessità di personale infermieristico che emerge dalla Sanità e questo rimanda ai percorsi formativi, ai corsi universitari e a quello che producono, nonché alle modalità di accesso «anacronistiche», attualmente vincolate dal numero chiuso.

D'altro canto, a ostacolare l'ingresso nella professione non è certo la mancanza di appeal. Anzi, per l'84% degli italiani è una scelta da incoraggiare. La figura dell'infermiere viene infatti considerata sempre più attraente perché «utile agli altri» e perché «consente di trovare lavoro rapidamente». Basti ricordare che il 93% dei laureati in scienze infermieristiche trova lavoro entro un anno dal conseguimento della lau-

rea.

E una valutazione positiva è anche espressa sull'attività svolta dagli infermieri da parte di chi ha avuto rapporti con loro nelle varie tipologie di strutture o servizi sanitari. Una valutazione che si fonda su un giudizio positivo relativamente alle «buone capacità tecnico-professionali e anche alla buona capacità relazionale, intesa come capacità di entrare in rapporto con i pazienti e di rispondere alle loro esigenze, da quelle prettamente sanitarie a quelle di carattere informativo».

Mentre la competenza tecnico-professionale è apprezzata, ma considerata di fatto un prerequisito, la capacità relazionale viene vista come un fattore sempre più centrale, che si concretizza in molti aspetti, tra i quali spicca il ruolo di «interfaccia» che gli infermieri svolgono tra pazienti e Ssn. Garantendo informazioni e risposte ai problemi di vario tipo dei pazienti si migliorano infatti i rapporti di malati e familiari con le strutture sanitarie, realtà sempre più complesse, spesso percepite come poco trasparenti.

«Nella Sanità del futuro - si legge nel rapporto - gli infermieri sono destinati a giocare un ruolo importante, sempre in stretta relazione con i medici, ma con spazi di autonomia significativi in grado di contribuire a innalzare la qualità del Servizio sanitario».

A questo proposito, è positivo il giudizio su quelle esperienze di pronto soccorso dove gli infermieri, nel rispetto

delle linee guida e con la verifica dei medici, già ora si occupano direttamente dei casi meno gravi (codici bianchi), accelerando le procedure di presa in carico, e ferma restando la qualità dell'assistenza. Per il 48,5% del campione intervistato dal Censis si tratta infatti di una «buona

idea, purché gli infermieri abbiano le professionalità adeguate e seguano le linee guida indicate dai medici».

Va rilevato però anche un 44,5% che si dichiara in disaccordo con queste esperienze di «upgrading» perché «ci deve sempre e comunque es-

sere il medico».

In conclusione, secondo il Censis, tra le priorità da segnare in agenda: «Aumentare le opportunità di accesso ai corsi universitari per Scienze infermieristiche; mettere al centro della formazione non solo le competenze tecnico-professionali ma quelle re-

lazionali, di attenzione al paziente e alla famiglia; ampliare nella Sanità gli spazi di azione autonoma e diretta degli infermieri, laddove ciò migliora la qualità dei servizi».

Rosanna Magnano

Spazi di libera professione

Ha fatto ricorso a un infermiere privatamente pagando di tasca propria

5,8%
ITALIA



10,9%
SUD-ISOLE

Priorità per il settore infermieristico nel prossimo futuro

Quali sono le priorità secondo Lei per il settore inferm. nel prossimo futuro in vista di una Sanità migliore dal punto di vista dei pazienti?	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Italia
Migliorare la preparazione psic.ca, relazionale	40,3	47,1	46,7	50,7	46,8
Aumentare il n. di infermieri che escono dalle nostre università	35,2	34,1	45,0	42,7	39,9
Migliorare il rapporto con le nuove tecnologie	40,3	39,3	34,4	35,8	37,0
Migliorare la manualità, la capacità di utilizzare i dispositivi e le attrezzature medicali	31,3	31,2	28,5	32,0	30,5
Formarli di più agli aspetti organizzativi dell'attività medica	13,7	12,0	14,2	11,8	12,9
Prepararli a essere liberi professionisti, lavoratori autonomi e non solo dipendenti di strutture sanitarie	9,9	8,0	7,4	5,5	7,5

Perché fare l'infermiere è una buona scelta

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Ha un alto val. soc., di aiuto verso gli altri	79,5	83,9	72,2	72,1	76,6
Si trova facilmente occupazione	52,0	42,4	43,9	47,2	46,9
Ci sono prospettive di carriera	12,6	7,5	10,1	5,9	8,9
È tutto sommato ben retribuito	6,4	8,6	11,8	8,6	8,6

Pochi infermieri in corsia

Secondo Lei, allo stato attuale in Italia ci sono:	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
Pochi infermieri	71,4	65,5	69,1	67,5	68,5
Il n. è adeguato	26,3	31,3	25,9	28,6	28,0
Troppi infermieri	2,3	3,2	5,0	3,9	3,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte tabelle e grafico: indagine Censis, 2012

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'osped-

dale.

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 inappropriata (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

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 ricor-

no 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:

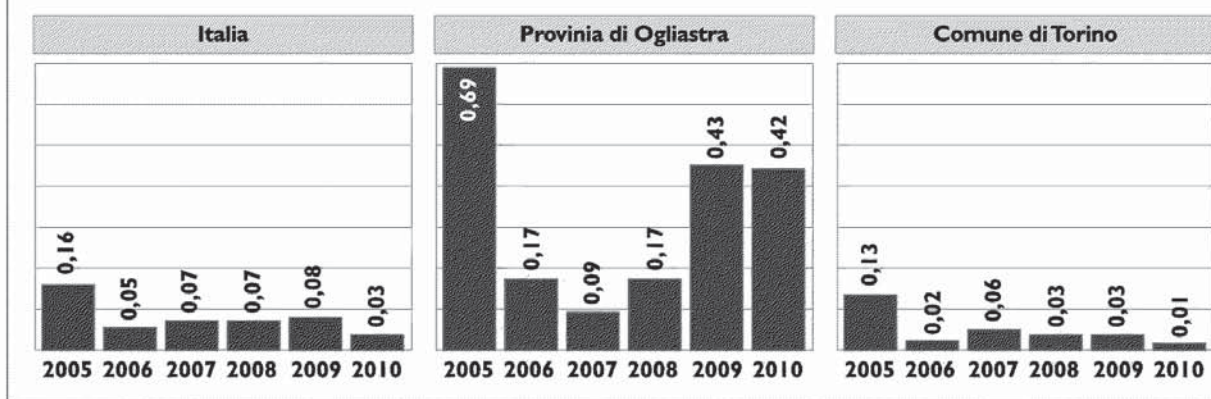
in Sicilia a esempio l'area con il maggior tasso di ricovero ricorre alle corsie quasi 44 volte di più di quella che invece utilizza di più il territorio (si veda tabella a pagina 9), ma anche in Puglia la situazione è simile con una differenza di oltre 21 volte, mentre a esempio in Lombardia non si 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 inappropriata. 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.

L'andamento negli anni: l'esempio dell'ospedalizzazione per influenza



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	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior
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

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

Area	Regione	x 1.000 ab.
OSPEDALIZZAZIONE PER INFLUENZA		
Provincia Ogliastra	Sardegna	0,42
Provincia Enna	Sicilia	0,34
Provincia Carbonia Iglesias	Sardegna	0,31
Provincia Ancona	Marche	0,16
Provincia Catania	Sicilia	0,15
Italia		0,03
Comune Torino	Piemonte	0,01
Provincia Mantova	Lombardia	0,01
Provincia Monza e Brianza	Lombardia	0,01
Provincia Trento	Trentino A.A.	0,01
Comune Venezia	Veneto	0,01
Provincia Trieste	Friuli V.G.	0,01
Comune Genova	Liguria	0,01
Provincia Piacenza	Emilia R.	0,01
Provincia Rimini	Emilia R.	0,01
Provincia Pistoia	Toscana	0,01
Provincia Pisa	Toscana	0,01
Provincia Macerata	Marche	0,01
Provincia Pescara	Abruzzo	0,01
Provincia Chieti	Abruzzo	0,01
Provincia Potenza	Basilicata	0,01
Provincia Agrigento	Sicilia	0,01
OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA		
Comune Bari	Puglia	7,42
Comune Palermo	Sicilia	7,38
Provincia Terni	Umbria	5,91
Provincia Palermo	Sicilia	5,79
Provincia Cremona	Lombardia	4,57
Italia		2,10
Provincia Gorizia	Friuli V.G.	0,19
Comune Firenze	Toscana	0,28
Provincia Potenza	Basilicata	0,34
Comune Venezia	Veneto	0,37
Provincia Biella	Piemonte	0,38
OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA NEGLI ADULTI		
Provincia Avellino	Campania	0,60

Area	Regione	x 1.000 ab.
Provincia Reggio Calabria	Calabria	0,36
Provincia Brindisi	Puglia	0,34
Provincia Medio Campidano	Sardegna	0,34
Provincia Lecco	Lombardia	0,32
Italia		0,13
Provincia Novara	Piemonte	0,04
Provincia Trento	Trentino A.A.	0,04
Provincia Imperia	Liguria	0,04
Provincia Arezzo	Toscana	0,04
Provincia Fermo	Marche	0,04
OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE NON CONTROLLATO (SENZA COMPLICANZE)		
Comune Taranto	Puglia	0,77
Comune Bari	Puglia	0,59
Provincia Foggia	Puglia	0,54
Provincia Oristano	Sardegna	0,53
Comune Verona	Veneto	0,50
Provincia Rieti	Lazio	0,50
Italia		0,21
Provincia Aosta	V. d'Aosta	0,03
Provincia Torino	Piemonte	0,04
Comune Torino	Piemonte	0,04
Provincia Lucca	Toscana	0,04
Provincia Imperia	Liguria	0,05
Provincia Massa Carrara	Toscana	0,05
Provincia Firenze	Toscana	0,05
Comune Firenze	Toscana	0,05
Provincia Livorno	Toscana	0,05
Provincia Arezzo	Toscana	0,05
Provincia Grosseto	Toscana	0,05
OSPEDALIZZAZIONI PER INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO		
Provincia Siracusa	Sicilia	1,30
Provincia Ferrara	Emilia R.	1,20
Provincia Bolzano	Trentino A.A.	1,10
Comune Bologna	Emilia R.	1,10
Provincia Crotone	Calabria	1,00
Italia		0,50
Provincia Vercelli	Piemonte	0,20
Provincia Imperia	Liguria	0,20

Area	Regione	x 1.000 ab.
Provincia Lucca	Toscana	0,20
Comune Napoli	Campania	0,20
Provincia Agrigento	Sicilia	0,20
OSPEDALIZZAZIONE PER IPERTENSIONE ARTERIOSA		
Provincia Foggia	Puglia	3,60
Comune Taranto	Puglia	1,90
Provincia Vibo Valentia	Calabria	1,90
Provincia Brindisi	Puglia	1,80
Provincia Rieti	Lazio	1,40
Italia		0,52
Provincia Torino	Piemonte	0,10
Provincia Vercelli	Piemonte	0,10
Provincia Novara	Piemonte	0,10
Provincia Asti	Piemonte	0,10
Provincia Verbano Cusio Ossola	Piemonte	0,10
Provincia Aosta	V. d'Aosta	0,10
Provincia Monza e Brianza	Lombardia	0,10
Provincia Belluno	Veneto	0,10
Provincia Imperia	Liguria	0,10
Provincia Lucca	Toscana	0,10
Provincia Firenze	Toscana	0,10
Provincia Livorno	Toscana	0,10
Provincia Arezzo	Toscana	0,10
Provincia Grosseto	Toscana	0,10
OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO		
Comune Taranto	Puglia	7,60
Provincia Rieti	Lazio	6,40
Comune Catania	Sicilia	6,10
Provincia Chieti	Abruzzo	5,60
Provincia Pesaro Urbino	Marche	5,50
Provincia Foggia	Puglia	5,50
Italia		3,77
Provincia Lucca	Toscana	1,70
Provincia Biella	Piemonte	2,10
Provincia Novara	Piemonte	2,20
Provincia Verbano Cusio Ossola	Piemonte	2,20
Provincia Sondrio	Lombardia	2,40
Provincia Medio Campidano	Sardegna	2,40

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

SICUREZZA DEI DATI: IL «FATTORE P»

Alle variabili considerate per pesare l'ospedalizzazione in 14 indicatori, il Programma nazionale esiti dell'Agens ha applicato come per le prestazioni in Asl e ospedali (veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 9/2012) una serie di correzioni per rendere il dato finale confrontabile, ma a fare la differenza nella qualità del dato fornito è il «fattore p». Una serie di dati viene detta statisticamente significativa se il suo valore p è minore o uguale a 0,05 (ovvero il 5%). Il «fattore p» misura in sostanza il rischio relativo di errore di un risultato che è considerato nullo o irrilevante quando il fattore "p" non supera il valore di 0,05 e il dato quindi può essere considerato statisticamente rilevante.

VIA LIBERA IN STATO-REGIONI

Verifica dei Lea: la semplificazione Stem

Obiiettivo semplificazione per gli adempimenti sull'attuazione dei Lea. A organizzare il tutto è la Stem, la Struttura tecnica di monitoraggio, a cui la Stato-Regioni della scorsa settimana ha dato il via libera.

Il riferimento sono gli adempimenti 2010, tra cui la Stem ha identificato tre filoni.

Il primo è la riduzione della tempistica. La Stem propone un impegno reciproco di Stato e Regioni per accelerare l'invio e la verifica della documentazione e i tempi di approvazione degli atti relativi, evitando la richiesta di informazioni che non derivano da flussi informativi correnti.

Secondo filone è l'omogeneizzazione degli strumenti di trasmissione. La richiesta è di una piattaforma informativa e informatica comune per garantire la migliore veicolazione di informazioni standardizzate, unificando la regia regionale e impeden-

do duplicazioni e ripetizioni nella trasmissione della documentazione già inviata al tavolo negli anni precedenti.

Terzo filone il raggruppamento di argomenti omogenei e tabelle. Il lavoro di riscontro delle informazioni richieste dal questionario di rilevazione degli adempimenti sarebbe razionalizzato dall'integrazione con tabelle riepilogative dei dati per fornire a colpo d'occhio i riferimenti che le Regioni devono utilizzare che dovrebbero contenere: contributi in conto esercizio, indistinti e vincolati; comunicazioni Aifa sul pay back e calcolo dei tetti della farmaceutica; saldi di mobilità.

Il documento della Stem, oltre all'elenco degli adempimenti 2010, contiene poi un elenco degli adempimenti specifici che dovranno essere semplificati. Alcuni (invio dati al Sis, promozione della riduzione dei ricoveri, tra-

missione dati di assistenza in emergenza-urgenza Nsis-Emur, di assistenza domiciliare Nsis-Siad e di assistenza residenziale e semiresidenziale Nsis-Far) dovranno essere semplificati dal ministero della Salute, altri (mantenimento dell'erogazione dei Lea, confermabilità dei direttori generali, assistenza protesica) toccano al comitato Lea.

Cancellato (per scadenza dell'accordo) l'adempimento sull'erogazione delle prestazioni terminali. Quello sull'intramoenia è eliminato per la sentenza della Consulta 371/2008 che ha dichiarato l'illegittimità della legge 120/2007 nel prescrivere la predisposizione obbligatoria di un piano aziendale per la libera professione. Il tema, sottolinea la Stem, potrà essere previsto all'interno del nuovo Patto per la salute 2013-2015.

Eliminato poi anche il riferimento al Patto di stabilità inter-

no che non riguarda la Sanità.

Sul monitoraggio delle prescrizioni, la Stem sottolinea la necessità di accorpate in un unico adempimento le previsioni per tessera sanitaria, monitoraggio delle prescrizioni e relativi accordi integrativi dei medici di base: obiettivo è la razionalizzazione delle attività regionali su tessera, medicina generale e pediatria di libera scelta.

Per il controllo delle cartelle cliniche la Stem rinvia al Dm (Economia) 10 dicembre 2009 che ne disciplina i parametri e, infine, per la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili il nuovo faro è il Dlgs 118/2011 (di applicazione del federalismo fiscale sull'omogeneizzazione dei bilanci), che la trasforma in «valutazione ordinaria».

P.D.B.