

ALLARME AIFA

Occhio a dare i farmaci ai bimbi: il 70% non studiati per l'infanzia

■ Circa il 70% dei farmaci utilizzati per i bambini non è appositamente studiato per loro, e uno degli errori più comuni che i genitori commettono è quello di ridurre le dosi di medicinali utilizzati per gli adulti «ri-tarandole» in base al peso e all'età del piccolo. Una pratica che può essere però rischiosa.

Proprio per promuovere un uso consapevole e sicuro dei farmaci in pediatria, parte la campagna informativa dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) «Farmaci e pediatria», presentata ieri al ministero della Salute, che lancia un messaggio chiaro: «Bimbi e adolescenti non sono adulti in miniatura, non dare loro i tuoi farmaci». Attraverso spot radio e tv, il consiglio ai genitori è di non «sperimentare i farmaci indicati per gli adulti sui figli, somministrandoli senza il controllo del pediatra e con dosi e durata delle terapie approssimativi». Il problema, sottolineano gli esperti, è che sono ancora troppo poche le sperimentazioni pediatriche dei farmaci e la ragione non sono solo legate ai costi: vi è infatti, sottolinea l'Aifa, una sorta di «pregiudizio etico ad esporre i bambini alle sperimentazioni cliniche benché, al contrario, ciò vada a ledere i loro stessi interessi, perché preclude la possibilità di sviluppare farmaci adatti alle loro specifiche esigenze».

Da qui la richiesta delle Società scientifiche di effettuare un maggior numero di studi clinici in ambito pediatrico, considerando che le sperimentazioni pediatriche sono pari a poco meno del 10% del totale. Nell'ambito della campagna verrà anche lanciato un sito che conterrà un database con l'elenco dei medicinali disponibili per

la popolazione pediatrica (anche quelli *off-label*, ovvero fuori indicazione) e la relativa posologia.

Quasi 9 mila saranno le schede a disposizione di genitori e medici per aiutarli nella scelta della terapia farmacologica più appropriata.



il fenomeno

di Gianluca Grossi

CADERE NELLA RETE Studio smonta le cure fai-da-te

Il medico di famiglia adesso è internet Ma sbaglia le diagnosi

Sempre più pazienti (ma anche dottori) cercano on line le terapie. Che spesso sono piene di errori

Fino a pochi anni fa nessuno si sarebbe immaginato di poter consultare periodicamente la «rete» per conoscere il significato di particolari sintomi fisici. Oggi, invece, lo fanno quasi tutti, al punto che per qualcuno internet sta progressivamente sostituendo la figura del medico di famiglia. Ma è un grave errore, perché un recente studio conferma che i dati medici accumulati online sono spesso fuorvianti, se non del tutto sbagliati.

Il riferimento è in particolare a *Wikipedia*, la famosa enciclopedia online, in voga dal 2001, e pubblicata in 285 lingue. La ricerca condotta dagli esperti della Campbell University, negli Usa, evidenzia che il 90% delle voci mediche contenute in *Wikipedia* è inesatta. Il motivo? Le incursioni continue degli utenti che, liberi di poter contribuire all'approfondimento dei vari argomenti, finiscono con il fornire indicazioni prettamente mediche appannaggio dei luminari; e le compagnie farmaceutiche, accusate di cancellare vari dati relativi agli effetti collaterali di determinati medicinali.

«Riceratori e persone comuni non dovrebbero utilizzare l'enciclopedia online come risorsa primaria - spiega Robert Hasty, a capo dello studio - perché gli articoli riportati non passano attraverso il regolare controllo cui sono sottoposti, per esempio, i pezzi destinati alle più importanti riviste mediche». *Wikipedia* da prendere

re con le pinze, dunque, tenuto conto del fatto che praticamente tutte le malattie e relativi sintomi sono citati, per un totale di almeno 20 mila voci dedicate alla salute. Si è giunti a questo risultato analizzando i dati concernenti patologie come il

diabete, il tumore ai polmoni, e il mal di schiena. E verificando molte incongruenze relative, per esempio, alla somministrazione di antidepressivi ai più piccoli o alle modalità di diagnosi dell'ipertensione. In tutti i casi c'è il rischio di giun-

gere in ritardo a una diagnosi o creare inutili allarmismi.

Chi è malato, o pensa di esserlo, deve quindi rivolgersi al medico di fiducia. Il problema è che spesso sono gli stessi dottori a interrogare la «rete». Risulta che almeno il 70% degli

specialisti lo faccia. «I medici, ma anche gli studenti di medicina, dovrebbero evitare di consultare *Wikipedia* per superare i propri dubbi - dice Hasty - considerato che in certi casi il fenomeno può avere implicazioni cliniche importanti». Piuttosto sarebbe utile che contribuissero a sfatare certi luoghi comuni e a correggere loro stessi le voci «traballanti», si legge sul *Journal of American Osteopathic Association*.

Cosa da non sottovalutare se si pensa che nei Paesi civilizzati la paura di essere malati, l'ipocondria, è sempre più diffusa e con essa la spinta a utilizzare un servizio semplice, veloce, che promette una diagnosi rapida e sicura, senza avere i requisiti per farlo. Almeno una persona su dieci si crede malata senza esserlo, e il fatto di consultare internet può farla ammalare veramente, non della patologia temuta, ma di una sorta di nevrosi legata all'osses-

Dubbi frequenti su...

Piedi gonfi

Tante domande online per un disturbo comune, che può essere causato dal caldo oppure da problemi circolatori

Allattamento

Tante le mamme ansiose che vogliono sapere come far mangiare il proprio pargolo e come valutare la sua crescita

Circoncisione

Molti giovani chiedono notizie sull'utilità dell'intervento che per lo più viene fatto per questioni igienico-sanitarie

Ulcere intestinali

In tanti si preoccupano per un male spesso determinato dallo stress: domande su cure e diete che sono adeguate

Una voce diversa

Capita che ai giovani la propria voce non piaccia: su internet cercano notizie su come modificarla con metodi naturali



CACCIA AL RIMEDIO

Una persona su dieci si crede malata. E il web diventa una nevrosi

siva attenzione per il proprio corpo. Lo dimostra anche il recente film *Supercondriaque*, che ironizza su un disagio che in alcuni casi richiede un sostegno psicoterapeutico.

L'attendibilità di *Wikipedia* va valutata con attenzione anche perché, con l'allungamento della vita media, sempre più persone fanno uso di farmaci e spesso consultano la Rete per avere informazioni. Secondo l'Aifa ogni italiano prende ogni giorno almeno un farmaco essenziale (della cosiddetta fascia A); e gli anziani arrivano a prenderne in media 11 al giorno. Anche se, in generale, si sta sempre peggio. I dati, infatti, affermano che l'aspettativa di vita sana alla nascita sia in costante calo, passata dai 68,7 anni del 2004, ai 62,1 anni del 2012.

La fotografia

90%

La percentuale di voci mediche inesatte contenute in «Wikipedia», secondo uno studio della Campbell University, negli Usa

70%

Secondo un'indagine la quota di medici specialisti che per informarsi ricorrono anche alle notizie in «rete»

62,1

Gli anni dell'aspettativa di vita sana, secondo i rapporti 2012. Nel 2004 l'aspettativa in questione era di 68,7 anni

Dal 6 giugno. Interessati 18 mila uffici e 38 amministrazioni

Primi a debuttare i ministeri e l'Inps

Le pubbliche amministrazioni destinatarie di fatture elettroniche sono costituite da tutti i soggetti anche autonomi che concorrono al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica definiti in ambito nazionale e che sono inseriti nel conto economico consolidato ed individuati entro il 30 settembre di ciascun anno nell'apposito elenco pubblicato dall'Istat.

Si tratta di tutti i soggetti anche autonomi che, a norma dell'articolo 1, comma 2 della legge n. 196 del 2009, concorrono al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica definiti in ambito nazionale. L'elenco comprende non solo amministrazioni centrali quali organi costituzionali e di rilievo costituzionale, presidenza del Consiglio dei ministri, ministeri ed agenzie fiscali, ma anche enti di origine, natura e compiti alquanto diversificati tra loro.

Si va infatti dagli organismi di regolazione dell'attività economica, come Aifa ed Aran, agli enti produttori di servizi economici come Anas Spa, Enac, Fit e gruppo Equitalia, alle autorità amministrative indipendenti come Agcm, Avcp, Agcom Aeeg e Garante per la protezione dei dati personali.

L'obbligo grava infine anche su enti a struttura associativa come Anci, Upi ed Unioncamere, nonché su enti produttori di servizi assistenziali, ricreativi e culturali, quali Accademia della Crusca, Cri, Coni e su enti e istituzioni di ricerca quali Asi, Cnr, Enea, Infn, Ingv, Isfol e Ispra.

Tra i primi destinatari dell'obbligo e quindi tenuti a ricevere fatture elettroniche dal prossimo 6 giugno 2014, vi sono i ministeri e le loro articolazioni, le agenzie fiscali e gli enti nazionali di previdenza ed assistenza sociale tra cui Inpdap, Inail e Inps. Sono ricompresi tra i primi destinatari anche le casse di previdenza privatizzate. A questo primo appuntamento sono chiamate 38 amministrazioni e circa 18 mila uffici.

La decorrenza dell'obbligo per

tutte le altre amministrazioni, comprese quelle locali, è stata anticipata dall'articolo 25 del decreto legge n. 66 del 2014 al 31 marzo 2015.

La tempistica di adeguamento era stata in precedenza definita dal decreto ministeriale n. 55 del 2013, che aveva fissato al 6 giugno 2015 la decorrenza per tutte le amministrazioni pubbliche come indicate nell'elenco Istat, de-

IL SECONDO STEP

Per tutti gli altri soggetti (a partire dagli enti locali) debutto al 31 marzo 2015
Organizzazione interna definita entro la fine di quest'anno

legando invece ad un ulteriore regolamento l'individuazione della data di avvio per gli enti locali.

L'anticipazione dell'obbligo al 31 marzo 2015 impone agli enti locali e agli altri enti centrali, ricompresi nell'elenco Istat, l'individuazione, entro il 31 dicembre 2014, degli uffici interni destinatari di fatture elettroniche, così da consentire al sistema di interscambio di recapitare correttamente le fatture. La loro identificazione avviene per mezzo del codice univoco denominato Codice univoco ufficio assegnato dall'Indice delle Pubbliche amministrazioni (Ipa).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I focus del Sole 24 ORE
Settimanale - Reg. Tribunale
di Milano n. 170 del 07-06-2013

DIRETTORE RESPONSABILE
Roberto Napolitano

PROPRIETARIO ED EDITORE
Il Sole 24 Ore S.p.A.

SEDE LEGALE, REDAZIONE E DIREZIONE
Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano

STAMPATORE
Il Sole 24 ORE S.p.A., via Busto Arsizio 36,
20151 Milano e Via Tiburtina Valeria,
Km 68,700, Carsoli 67061 (AQ)
Stampa quotidiana S.r.l., via Galileo Galilei
280/A, località Fossatone, 40059 Medicina (BO)
L'Unione Editoriale S.p.A., via Omodeo s/n,
09030 Elmas (CA)



SALUTE

UMBERTO VERONESI

Siamo convinti che il principio dei nuovi farmaci intelligenti sia la strada maestra da seguire per i prossimi 20 anni di lotta contro il cancro

IN TUTTOSCIENZE

IL PROGETTO

La risonanza «total body» permetterà di controllare tutto il corpo in 30 minuti

Vent'anni di conquiste contro il cancro ma c'è ancora tanto da fare

UMBERTO VERONESI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

L'Istituto Europeo di Oncologia è stato ideato negli Anni 80 e realizzato negli Anni 90 - è stato inaugurato il 30 maggio 1994 - intorno ad una sfida scientifica: riunire sotto uno stesso tetto l'esperienza e la competenza disseminate per l'Europa, integrando tutte le attività di lotta al cancro (ricerca, cura, formazione dei medici e informazione della popolazione), serve ad ottenere risultati migliori per i malati oncologici? Dopo 20 anni la risposta generale è sì, ma bisogna fare dei distinguo fra obiettivi raggiunti e non raggiunti.

Un risultato molto significativo che abbiamo ottenuto è il controllo della malattia a livello locale: quando il tumore è iniziale, confinato all'organo colpito e non diffuso ad altre parti dell'organismo, abbiamo imparato a guarirlo

con metodiche poco invasive, che permettono una buona qualità di vita durante e dopo la terapia. Per il tumore del seno tre innovazioni hanno sostanzialmente cambiato la cura, portando la guaribilità vicino al 90%: il linfonodo sentinella, la chirurgia radioguidata («Roll») e la radioterapia intraoperatoria. Oggi, se una donna scopre un tumore mammario di piccole dimensioni, può effettuare tutti i trattamenti necessari in sala operatoria e, se lo desidera, anche in day hospital, tornando a casa alla sera. Anche il tumore del polmone, che oggi ha ancora una mortalità altissima perché non viene diagnosticato per tempo, se è scoperto in fase precoce può essere trattato in toracosopia (vale a dire attraverso piccoli fori nella cute) oppure con il robot (sempre senza tagli chirurgici), ottenendo una guarigione nel 85% dei casi, senza bisogno di altre terapie. Per il carcinoma prostatico ci sono

due ottime alternative, a seconda dei casi: la radioterapia, che è giunta a livelli di precisione tali da poter effettuare un trattamento completo in sole 5 sedute, e la chirurgia robotica che, a parità di efficacia con quella tradizionale e con un ricovero di 48 ore, riduce quasi a zero i temuti effetti collaterali di incontinenza e impotenza. La guaribilità è del 80%. Per il tumore del colon, che risulta il più diffuso in Italia, abbiamo a disposizione addirittura una tecnica diagnostica che è anche terapia, perché la colonscopia è in grado di individuare e rimuovere le lesioni iniziali destinate a svilupparsi in tumore.

Questo ci introduce al secondo grande obiettivo conseguito che è l'efficacia dell'«imaging» diagnostico. La tecnologia in questo campo ha avuto uno sviluppo senza precedenti, tanto che stiamo studiando in Istituto la Risonanza Magnetica Total Body che, senza raggi e senza liquidi di contrasto, in 30 minuti effet-

tua un viaggio virtuale in tutto il corpo per rivelarci situazioni anomale: infiammazioni, lesioni vascolari, tumori iniziali. Va detto che tutti questi progressi hanno un presupposto imprescindibile: la partecipazione in massa della popolazione. Che ce ne facciamo di macchine superpotenti che trovano il cancro ancora prima che si manifesti e cure di alta precisione per microlesioni impalpabili, se la gente non si fa controllare? Ecco quindi il primo obiettivo mancato. Abbiamo fatto molto per diffondere la diagnosi precoce, ma non abbastanza. Ci sono casi, come quello del tumore del polmone, che devono diventare prioritari non solo per i centri oncologici, ma per le politiche sanitarie. Ogni giorno muoiono in Italia 100 persone per tumore del polmone e sappiamo che il 90% di questi tumori è dovuto al fumo di sigaretta. Eppure non facciamo campagne anti-fumo che incidano sul comportamento. Sappiamo anche che la maggior parte dei tumori

polmonari potrebbe essere guarita grazie alla diagnosi precoce - con Tac a basse dosi - ma non riusciamo a convincere i fumatori a sottoporsi all'esame. La ricerca scientifica senza l'alleanza con la società è quasi impotente.

Il secondo obiettivo mancato riguarda proprio la ricerca

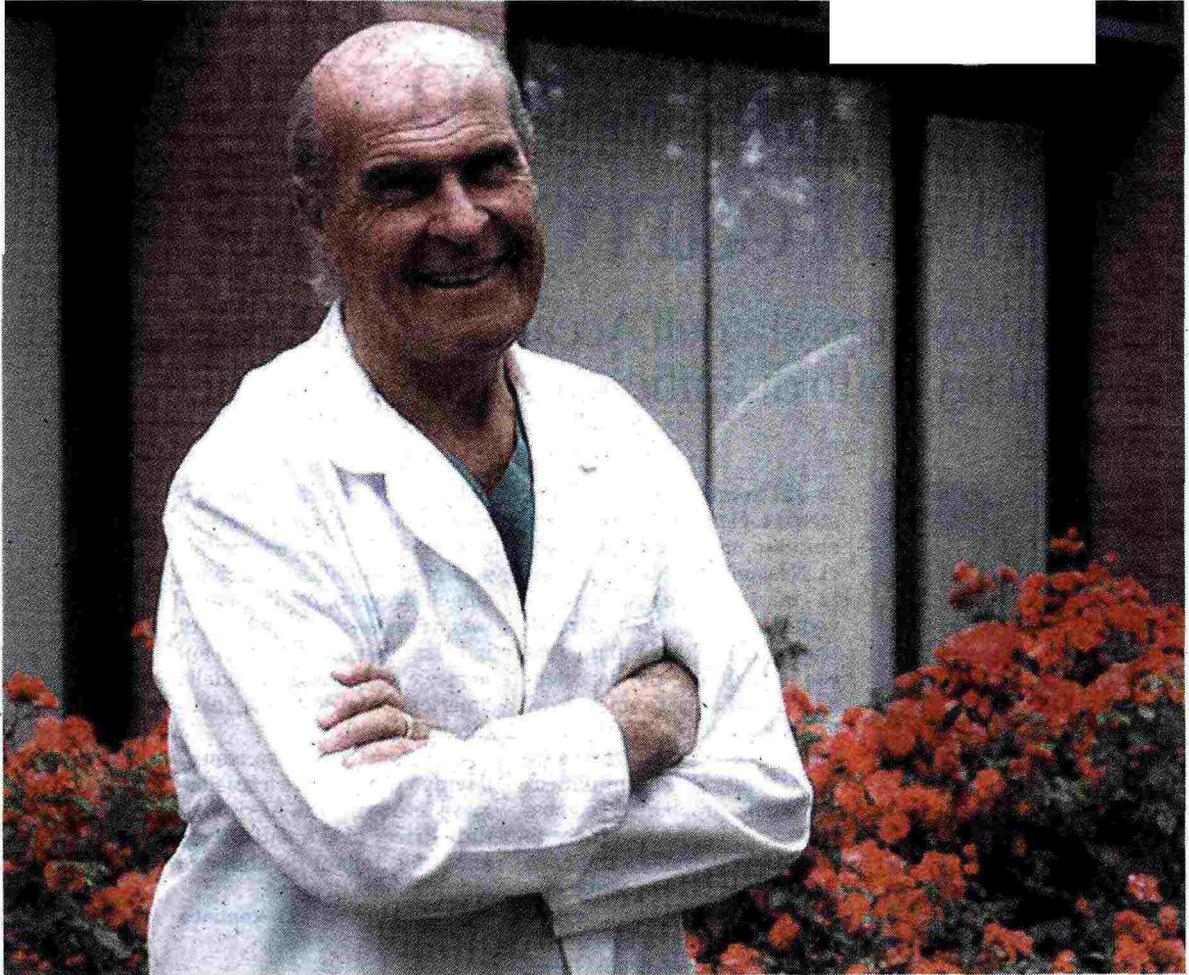
molecolare - non solo allo Ieo, ma in tutto il mondo - che ancora non ha trovato rimedi adeguati per il cancro quando inizia la diffusione - la metastasi - e va curato non solo localmente, ma in modo sistemico, con i farmaci. I farmaci molecolari, che sono stati la grande promessa del 2000 a segui-

to della decodifica del Dna, e che dovevano finalmente assicurare massima efficacia e minima tossicità, in alternativa a una chemioterapia che ancora spaventa a volte come il tumore stesso, tardano ad entrare nella pratica clinica. Oggi sono poco più di 20 i farmaci intelligenti in uso, anche se sono un

centinaio quelli in studio. Per la società questa è una sconfitta, ma per la scienza è una battuta d'arresto. Rimaniamo convinti che il principio dei nuovi farmaci - trovare molecole che intervengano solo sulle mutazioni di un tumore - è la strada maestra da seguire per i prossimi 20 anni.

1 - continua

L'Ieo
 Compie
 20 anni
 l'Istituto
 Europeo
 di Oncologia
 di Milano
 ideato
 da Umberto
 Veronesi:
 si tratta di
 un'occasione
 unica per fare
 il punto
 sulla lotta
 ai tumori
 La prossima
 settimana
 un'indagine
 sul futuro
 della ricerca
 e della clinica



L'INCHIESTA

Da 18 a 40 euro per lo stesso esame ecco la giungla dei ticket sanitari

CATERINA PASOLINI

Gli italiani saranno forse tutti uguali davanti alla legge, ma per quanto riguarda il diritto alla salute non sembra proprio. Tra i costi degli esami e i tempi d'attesa per una visita, è una giungla. Perché tutto cambia a seconda del reddito e soprattutto in base a dove vivi.

A PAGINA 25

La beffa dei ticket da Napoli a Venezia così triplica il prezzo di un test

Lo studio: da nord a sud costi diversi per i pazienti Da 13 a 45 euro per gli stessi esami del sangue

CATERINA PASOLINI

ROMA. Gli italiani saranno forse tutti uguali davanti alla legge, ma per quanto riguarda il diritto alla salute non sembra proprio. Tra i costi degli esami e tempo necessario per avere un appuntamento col medico, il nostro paese sembra una giungla in cui perdersi. Perché tutto cambia a seconda del reddito e soprattutto in base a dove vivi. Basta fare qualche decina di chilometri e gli stessi identici test clinici possono costare anche il triplo e la lista di attesa allungarsi a dismisura. Così per farsi visitare da uno specialista in Valle d'Aosta il 35 per cento dei pazienti aspetta una settimana, nel Lazio questa fortuna capita solo al 14 per cento di loro.

A fotografare il rapporto degli italiani col sistema sanitario, nell'anno in cui per la crisi economica il 13 per cento ha rinunciato a farsi curare, è Altroconsumo. L'associazione, ha messo a confronto quanto si paga per lo stesso servizio da nord a sud, raccontando con un questionario distribuito a 5000 persone

come gli italiani boccino la loro sanità regionale. Su una votazione da 1 a 100 punti ne hanno dati in media solo 57.

Partiamo dai costi. Con la stangata del superticket, introdotto nel 2011 su ogni ricetta o prestazione del valore di oltre 10 euro, i prezzi sono diventati geograficamente ondivaghi. Una prima visita specialistica costa dai 18 euro in Basilicata ai 28 in Lombardia per finire al record di 39 euro del Friuli, ovvero più del doppio che a Potenza. Stesso discorso per gli esami del sangue di routine che possono più che triplicare, passando dai 13,20 di Trento ai 35 delle Marche oppure variano tra i 14 e 44 euro nella stessa Toscana. A parità di prestazioni, quindi, costi molto diversi. Questo perché quattro regioni non applicano il superticket (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Basilicata e Sardegna), nove lo applicano nella misura dei dieci euro fissi a ricetta, quattro invece, come la Toscana e l'Umbria, lo differenziano a seconda del reddito e altre tre in base al valore della ricetta.

Per dimostrare il peso del superticket sulle nostre tasche, Altroconsumo ha preso in considerazione casi comuni. Il primo è un sospetto di calcoli renali per i quali il medico di base ha chiesto un esame delle urine, una visita dal nefrologo, una radiografia e un'ecografia. Dove non si applica il superticket il costo totale è sui 90 euro, ma balza a 160 dove c'è come in Piemonte, mentre in Toscana, dove questo è calcolato in base al reddito al paziente può costare dai 92 ai 212 euro.

Stessa storia per sospetti noduli alla tiroide che prevedono visita dall'endocrinologo, esami del sangue, e un ago aspirato. Per un costo minimo in Basilicata di 118 euro, in Friuli di 177 euro e un'oscillazione tra questi due estremi in alcune regioni come l'Umbria dove il superticket viene calcolato in base al reddito.

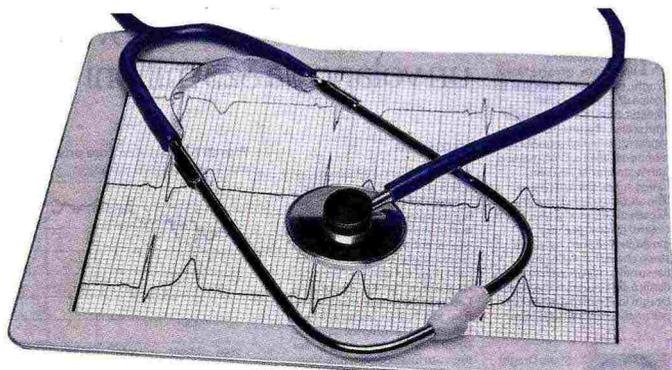
Variabili anche i tariffari regionali, che sono quanto versa la regione alla struttura che fa il test o la visita, e a quali bisogna aggiungere il superticket per capire quanto poi alla

fine paga il cittadino. Così in Abruzzo il tariffario prevede per una radiografia al torace 15,49 euro mentre in Friuli per la stessa prestazione è previsto quasi il doppio: 27,90. Una radiografia al polso in Campania è valutata 14,20 euro mentre nel Veneto ben 27,90. In Puglia un elettrocardiogramma è messo in tariffario a 10,81 euro contro i 15 euro del Friuli. Per un esame delle urine il costo nella provincia autonoma di Trento è di 1,85 euro, quasi tre volte tanto in Piemonte.

Il superticket, secondo l'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali, ha fatto diminuire del 17-20 per cento in un anno le prestazioni. «E a guardare questi dati è comprensibile, perché è palese la disparità dei cittadini sulla salute, che è legata alla regione in cui vivono e al reddito. Il tutto a dispetto dall'uguaglianza sancita dalla Costituzione», commenta Paolo Martinello, presidente di Altroconsumo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

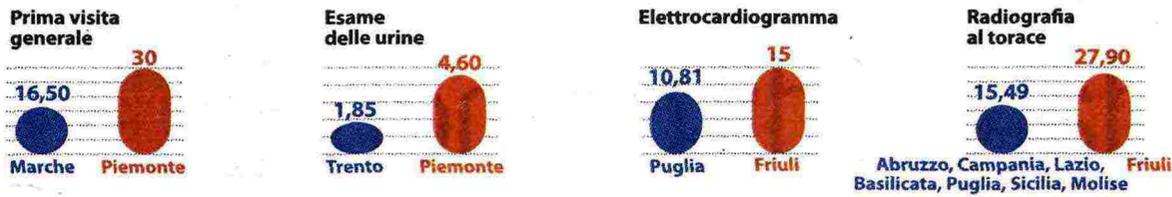
L'indagine di Altroconsumo denuncia anche profonde disparità tra i cittadini nelle liste d'attesa



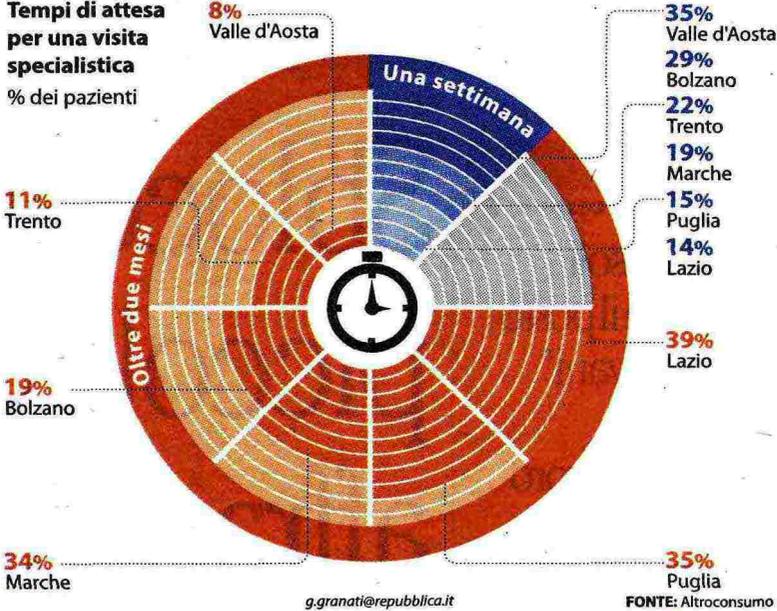
Dove gli esami costano di più e dove costano di meno



QUANTO VIENE PAGATO DALLA REGIONE A OGNI STRUTTURA PER LE PRESTAZIONI in euro



Tempi di attesa per una visita specialistica % dei pazienti



IL VOTO DEI PAZIENTI

La regione dove il servizio sanitario ha ottenuto il miglior punteggio dai suoi abitanti che hanno valutato da uno a cento servizio, tempi, burocrazia, è la Valle d'Aosta con 75 punti. Fanalino di coda la Calabria con 42



Dove e come si paga il superticket

- Non viene applicato alcun superticket
- Si applica il superticket di 10 euro per ogni ricetta medica con valore superiore ai 10 euro



- Il superticket viene applicato in maniera progressiva all'aumentare del valore della ricetta medica
- Il superticket viene applicato in maniera differenziale a seconda del reddito

FONTE: Altroconsumo

Addio ai test d'accesso in medicina Il governo si spacca sulla riforma

Sull'abolizione del numero chiuso a medicina il governo sconfessa se stesso. A pochi giorni dalla proposta del ministro dell'istruzione e università Stefania Giannini di mettere uno stop agli accessi programmati alle facoltà di medicina (si veda *ItaliaOggi* del 21/5/2014), infatti, arrivano immediate le «perplexità» da parte della titolare del dicastero della salute Beatrice Lorenzin che si dice poco persuasa del modello ipotizzato. Ma non solo, perché in realtà la scelta di riformare gli ingressi secondo il modello francese, cioè accesso libero al primo anno e selezione alla sua conclusione su base meritocratica, non va giù neppure alle rappresentanze sindacali dei medici e alla stessa Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri che considerano questo cambiamento impossibile da gestire allo stato attuale. La criticità maggiore è rappresentata dai numeri degli aspiranti al camice bianco, in media 70 mila ogni anno, che le università si troverebbero a dovere gestire senza avere l'attrezzatura in termini organizzativi, strutturali e ordinamentali. Poi, spiega il ministro Lorenzin, le facoltà di medicina «sono fortemente interdisciplinari e quindi sono state costruite per avere un rapporto diretto tra lo studente e il medico cioè il professore, sul campo. Un rapporto che verrebbe meno con il passaggio repentino all'abolizione del numero chiuso».

C'è poi il problema degli accessi alle scuole di specializzazione, garantiti per circa il 50% di quanti si laureano. Quindi, dice ancora il ministro della salute «dovremmo ipotizzare un diverso modo di programmare: in questi anni abbiamo pensato a un certo numero di borse di specializzazione per tot studenti. Questa cosa andrebbe vista nel suo insieme». In assenza di una rivisitazione complessiva del sistema universitario, dice invece il sindacato dei giovani medici (Sigm) che scenderà in piazza con una manifestazione di protesta complessiva il prossimo 3 giugno, «il rischio è quello di far scontare scelte dettate dall'emotività del momento sulle spalle dei singoli studenti, che rischiano di perdere tempo prezioso con percorsi universitari non definiti». Il modello francese, dice invece Amedeo Bianco presidente della Fnomceo, «va contestualizzato in una realtà italiana in cui esiste un gap tra vocazioni e disponibilità. Anche nel modello francese c'è una selezione e il numero programmato di accessi. Da noi quest'anno il rapporto è stato di uno a sette. Un percorso di selezione unico che raccolga tutti i candidati di medicina, odontoiatria, veterinaria, ci porterebbe ad avere più di centomila aspiranti con problemi per seguirli». Prima di qualsiasi cambiamento sostiene infine l'Anao giovani, l'Associazione medici dirigenti, «occorre avere chiare le modalità con cui garantire la formazione e i servizi per il primo anno di medicina a una platea di aspiranti medici, senza abbassare sensibilmente la qualità formativa dell'iter di studi».

di **Benedetta Pacelli**



Il rapporto

Sanità, la Campania è ultima per assistenza

Il ministero pubblica la graduatoria 2012. Tutte le altre regioni superano il punteggio minimo

Marco Esposito

La buona notizia per il sistema sanitario nazionale è che altre due regioni, Puglia e Calabria, nel 2012 hanno raggiunto la sufficienza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, i Lea. L'anno precedente a uscire dalla situazione di criticità erano state Lazio, Molise e Sicilia. La cattiva notizia è che c'è ancora una regione, la Campania, in situazione da "allarme rosso" ovvero con un punteggio inferiore a 130. Ma anche la cattiva notizia per la Campania contiene un nocciolo di ottimismo perché il punteggio è passato da 101 a 117 ottenendo uno dei più forti miglioramenti tra tutte le regioni e per il 2013, secondo le prime stime, quota 130 dovrebbe essere finalmente raggiunta.

Ma cosa sono i punteggi Lea? Sono 21 indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria che permettono di monitorare l'effettiva erogazione di servizi sanitari ai cittadini. La classifica del 2010 è guidata dall'Emilia Romagna a quota 210, peraltro in lieve calo rispetto ai 213 del 2011. Prima delle regioni del Sud è la Basilicata con 169 (era a 167). La Puglia è uscita

dalla zona rossa (criticità) incrementando il punteggio da 123 a 140 (migliore recupero). La Calabria si è portata sopra quota 130 passando da 128 a 133.

I punti riassumono in modo sintetico analisi complesse. E a volte dietro un miglioramento di punteggio non c'è una accresciuta qualità di servizio ma soltanto la capacità di inviare dati in tempo. Pur con tutti i limiti delle rilevazioni, il quadro generale vede una tendenza al miglioramento generale e una riduzione delle distanze tra le regioni.

In Campania le criticità più gravi secondo il ministero della Salute restano la vaccinazione antinfluenzale per gli anziani e gli screening per intercettare in tempo i tumori (cervice utero, mammella e colon retto). La prima tanto importante non deve essere perché è stata poi esclusa dal report. Ma il tema degli screening è decisivo ai fini della prevenzione contro il cancro. Qui c'è un punteggio che varia da 0 a 15 assegnando il massimo (5 punti per ciascuna delle tre tipologie di tumore) se lo screening raggiunge almeno la metà della

popolazione in età a rischio (almeno il 60% per la mammella). Ebbene in Italia il triplice obiettivo è raggiunto soltanto in Emilia Romagna, Veneto, Valle d'Aosta e

in provincia di Trento mentre molto vicini al massimo (13 punti) sono Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria. Fanalino di coda sono tre regioni: Puglia, Calabria e appunto Campania il che equivale a dire che in uno dei tre screening la quota di popolazione raggiunta non arriva al 5% dell'obiettivo mentre per altri due casi ci si ferma a metà di quanto sarebbe necessario. Molto lontana dai target è anche l'assistenza residenziale per gli anziani: a fronte di un obiettivo di 10 posti letto ogni 1000 anziani la Campania non arriva a 1.

Nonostante l'ultimo posto, la regione nel 2012 brillava in alcuni comparti. Per esempio le verifiche della salubrità nei ristoranti e negli esercizi alimentari sono al 100% dell'obiettivo contro il 45% del Lazio. Buona anche la rapidità nell'arrivo dei soccorsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica 2012

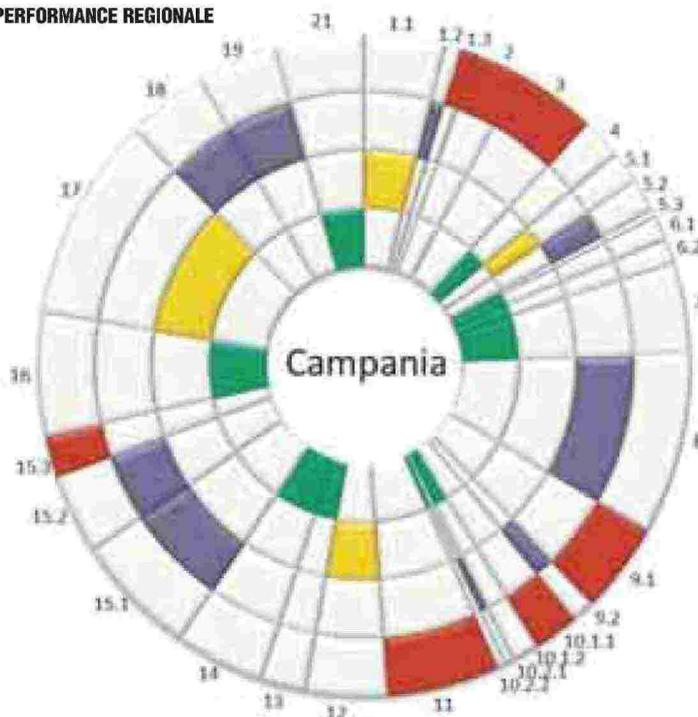
VALUTAZIONE SINTETICA 2012
Adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA"

Valutazione	Regione	Punteggio
Adempiente	Emilia R.	210
	Toscana	193
	Veneto	193
	Piemonte	186
	Lombardia	184
	Liguria	176
	Umbria	171
	Basilicata	169
	Lazio	167
	Marche	165
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Sicilia	157
	Molise	146
	Abruzzo	145
	Puglia	140
	Calabria	133
Critica	Campania	117

■ Rinvio al Piano di Rientro relativamente all'assistenza residenziale per anziani e disabili, all'assistenza per malati terminali ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

■ Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani e gli screening

LA PERFORMANCE REGIONALE



centimetri



Caldoro

Il presidente della Campania Caldoro ha portato in pareggio i conti della Sanità del 2013 e si appresta a combattere la battaglia per modificare la regole messa a punto nel 2011 da Roberto Calderoli che assegna le risorse per il diritto alla salute in base alle fasce di età, danneggiando i territori con speranza di vita più bassa, come la Campania.

La garanzia dei Lea

I livelli minimi da assicurare a tutti i cittadini

I Lea, livelli essenziali di assistenza, sono per legge garantiti a tutti i cittadini, ovunque si trovino ad abitare e quale sia il reddito personale. Per tale motivo viene calcolato il costo corretto delle prestazioni e le risorse sono ripartite tra le Regioni, cui spetta l'erogazione dei servizi sanitari, in base al costo standard per abitanti.

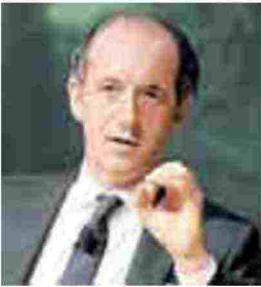
Tuttavia la ripartizione non viene effettuata in rapporto agli abitanti bensì alla popolazione pesata per età, ovvero tenendo conto del maggior costo degli anziani sul sistema sanitario (e del minore peso dei giovani). La Campania in quanto regione giovane in base a tale regola vede sparire 481 mila assistiti. La pesatura effettuata esclusivamente per età è stata introdotta con la riforma Calderoli nel 2011 e ha trovato la sua prima applicazione negli ultimi due mesi del 2013.

I punteggi della griglia

I voti assegnati vanno da -1 fino a un massimo di 9

Il sistema di punteggi della griglia Lea prevede per ciascun parametro un voto (da pesare) di -1 nel caso in cui il dato sia mancante o palesemente errato. Un voto 0 se lo scostamento rispetto all'obiettivo è considerato «non accettabile» (per esempio parti cesarei primari oltre il 23%). Un voto pari a 3

se lo scostamento è rilevante ma in miglioramento rispetto all'anno precedente (come in Campania, passata dal 38,20% del 2011 al 36,78% del 2012). Il voto sale a 6 se lo scostamento è minimo (per i cesarei una quota tra il 20 e il 23%). Si ottiene 9 se l'obiettivo è raggiunto (restando all'esempio dei parti cesarei, se cioè la quota è sotto il 20%, come in Friuli Venezia Giulia, dove è al 16%).



Zaia

Per il governatore del Veneto Luca Zaia il fatto che le persone a basso reddito abbiano bisogno di maggiore assistenza sanitaria è un tema da affrontare con politiche sociali ma non deve incidere nel riparto del fondo sanitario. Semmai a suo parere bisogna dare più risorse alle regioni industrializzate perché il tasso di inquinamento favorisce l'insorgere di malattie.

Test su 21 voci

Dai vaccini per i bimbi fino ai posti letto per i malati terminali

La griglia dei Lea prende in esame 21 voci, molte delle quali ripartite in sottovoci. La numero 20 in realtà dal 2012 non viene più monitorata. Ecco in sintesi: 1 vaccini; 2 screening cervice uterina, mammella e colon retto; 3 costo assistenza collettiva; 4 controlli territoriali; 5 allevamenti; 6 piano residui; 7 patologie evitabili in ricovero; 8

anziani in domiciliare; 9 assistenza anziani; 10 assistenza disabili; 11 posti letto per malati terminali; 12 consumo di farmaci in dosi giornaliere; 13 risonanza magnetica; 15 tasso di ospedalizzazione; 16 ricoveri chirurgici in giornata; 17 tasso di ricoveri inappropriati; 18 percentuale di parti cesarei primari; 19 frattura del femore nei pazienti anziani operata entro 48 ore; 20 soppresso nel 2012; 21 tempo di intervento dei mezzi di soccorso.

Tumori

Il dato più allarmante è la quota molto bassa di esami anticancro



Le 300 specie batteriche della placenta che accompagnano un figlio alla vita

Uno per ogni organo: dall'intestino alla bocca, dalla vagina alla cute. Ma di microbiota - l'insieme delle specie batteriche presenti in un determinato distretto del corpo - oggi si parla anche a proposito della placenta: l'organo provvisorio composto da tessuto materno e fetale che, durante la gravidanza, fornisce al nascituro ossigeno e sostanze nutritive.

È stato uno studio pubblicato su «Science Translational Medicine» ad accendere i riflettori sulle oltre 300 specie batteriche che «accompagnano» il neonato sin dalla nasci-

ta e che contribuiscono alla formazione della sua futura flora batterica intestinale: oggi indagata per il presunto nesso di causa-effetto tra la sua composizione e l'insorgenza di diverse malattie.

A fare chiarezza, dopo aver analizzato 320 placente raccolte in sala parto, è stato un team di ricercatori dell'università di Houston, incuriositi dal riscontro che i microbi abbondanti nel canale vaginale materno non erano gli stessi presenti in maggioranza nell'intestino dei neonati. Fino a oggi, infatti, il parto naturale era

ritenuto quasi necessario per permettere al nascituro di prendere contatto con alcune specie batteriche che oggi, invece, risultano presenti già nella placenta. La loro azione sarebbe in grado anche di condizionare l'esito del parto. «Un'alterata composizione del pool di specie batteriche può aumentare il rischio di nascite premature», dice Kjersti Aagaard, docente di ostetricia e ginecologia al Baylor College of Medicine di Houston e prima firma della pubblicazione, da cui è emersa anche una composizione molto diversa, in termini di microrganismi, tra la placenta e l'intestino. Diverse similitudini, invece, sono state riscontrate tra i batteri che albergano nella placenta e quelli che popolano il cavo orale.



Nuove terapie contro la sclerosi

Circa 2 mila nuove diagnosi ogni anno, più di 68mila italiani colpiti. Sono i numeri della sclerosi multipla, malattia neurologica cronica, imprevedibile e invalidante, che colpisce spesso i giovani tra i 20 e i 30 anni, in particolare le donne. Per promuovere la lotta a questa patologia e la ricerca di una cura ricorre oggi il «World MS Day», giornata mondiale dedicata alla malattia promossa dalla Federazione internazionale sclerosi multipla con l'aiuto di diverse associazioni nazionali.

Se è vero che non esiste ancora una cura definitiva, il decorso della «RRMS» - la sclerosi «recidivante-remitte», la forma più diffusa della malattia che riguarda circa l'85% delle diagnosi - può essere però rallentato. Da sempre all'avanguardia nello sviluppo di terapie innovative per i pazienti affetti da patologie rare e disabilitanti, Genzyme, società del Gruppo Sanofi, renderà presto disponibili due nuove terapie studiate per contrastare la malattia e migliorare aspettative e qualità di vita dei pazienti. La prima è già stata approvata dalle autorità europee e statunitensi che analizzano la validità dei nuovi farmaci, vale a dire Ema e Fda, ed è una terapia orale in somministrazione monogornaliera che unisce efficacia terapeutica a comodità di assunzione.

La seconda, già approvata in Europa ed ora sotto valutazione negli Usa, è un anticorpo monoclonale somministrato per infusione endovenosa con un dosaggio e uno schema di somministrazione innovativi. Richiede uno

schema di somministrazione che, pur prevedendo un monitoraggio mensile in stretta collaborazione con il centro di cura, libera il paziente da un trattamento cronico. Vi sono inoltre significative evidenze circa la possibilità di ridurre la disabilità già acquisita, aspetto estremamente rilevante ed innovativo nel panorama delle opzioni terapeutiche per questa grave patologia cronica.

Delle nuove frontiere nella cura dei pazienti affetti da questa malattia si è parlato anche al «Top Seminars Sclerosi Multipla», uno dei più importanti appuntamenti scientifici di aggiornamento sugli aspetti clinici e terapeutici della malattia, realizzato grazie al contributo non condizionante di Genzyme, che si è chiuso la settimana scorsa a Sorrento. Tra i neurologi presenti, il professor Giancarlo Comi, direttore del dipartimento di Neurologia IRCSS del San Raffaele di Milano e uno dei massimi esperti della patologia.

«Nuovi farmaci si affiancano alle terapie già disponibili: il nuovo e l'antico possono così convivere, offrendo ai neurologi uno scenario rinnovato e l'opportunità di definire percorsi terapeutici sempre più personalizzati, capaci di massimizzare i benefici di ogni singolo trattamento e minimizzare i rischi per i pazienti - ha commentato Comi -. Si tratta di un cambiamento nell'approccio terapeutico: se fino a ora a gravità crescente del danno si somministravano farmaci sempre più potenti, oggi si può considerare in alternativa una strategia terapeutica in cui si gioca d'antici-

po, con un trattamento aggressivo di breve durata per raggiungere una soppressione dell'attività di malattia,

L'obiettivo è controllare la malattia nel 50% dei casi

per poi passare a una terapia di mantenimento a bassa intensità. L'obiettivo di questa strategia induttiva è ridurre il rischio di una progressione della disabilità a breve termine e offrire ai pazienti migliori prospettive di qualità di vita».

La scelta tra le due strategie sarà dettata dalle caratteristiche della malattia in quel particolare paziente: individualizzare la terapia e ottimizzare il rapporto tra rischi e benefici è il nuovo orizzonte terapeutico che si propone di controllare l'evoluzione della malattia in almeno il 50% dei malati nei prossimi due anni.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

«Top Seminars Sclerosi Multipla»: è uno dei più importanti appuntamenti scientifici di aggiornamento sugli aspetti clinici e terapeutici della sclerosi multipla. Si è svolta la settimana scorsa a Sorrento, con la partecipazione di oltre 200 neurologi.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

LA SENTENZA. Il giudice di Marsala ha accolto il reclamo

Stamina, il tribunale dà ragione al Civile

Ribaltata l'ordinanza che aveva imposto al nosocomio di trattare il piccolo Gioele col metodo di Vannoni

Silvana Salvadori

A segnare il passo nella vicenda Stamina sono, ancora una volta, le sentenze dei tribunali. Entrambe provenienti dalla Sicilia. L'ultima, in ordine di tempo, è arrivata ieri da Marsala dove il Tribunale ha accolto il reclamo con cui gli **Speciali Civili** si erano opposti all'ordinanza del giudice Antonio Genna che a fine aprile aveva ordinato la ripresa delle cure con il metodo Stamina per Gioele Genova, il bimbo di due anni affetto da Sma1 e giudicato in quell'occasione "in pericolo di vita".

La manifestazione davanti all'ospedale dello scorso 5 maggio era stata organizzata proprio per chiedere il rispetto della sentenza che imponeva ai medici bresciani di eseguire l'infusione entro quella data, ma poche ore prima era arrivata la concessione della sospensione che dava ai giudici il tempo per valutare il ricorso del nosocomio. Ieri l'ultima parola del collegio dei giudici ha dato ragione al Civile: «Il paziente non verrà preso in carico dall'ospedale - specifica il direttore generale Ezio Belleri -, ma voglio precisare che contro Gioele non c'è stato nessun accanimento. L'iter legale che seguiamo è identico per tutti i malati che si rivolgono ad un tribunale, non abbiamo mai fatto alcuna distinzione, rispettiamo solo le regole. Ora prendiamo atto di questa sentenza così come avevamo preso atto della decisione del primo giudice».

E se questa decisione pare non preveda altre implicazioni legali, ben altra cosa è quanto è stato deciso dal Tribunale di Ragusa che invece impone al direttore generale di verifi-

care a livello nazionale la disponibilità di tutti i medici ad effettuare la terapia. «In Italia ci sono 680.000 medici, come può essere possibile verificare la disponibilità di ciascuno ancora lo dobbiamo capire» spiega Belleri. Il quale sottolinea anche un altro aspetto: «Anche qualora trovassimo in Italia un'equipe medica disposta a lavorare per le operazioni successive a quelle di laboratorio con il metodo Stamina, dovremmo capire in che termini la biologa di Stamina Erika Molino intenderebbe riprendere l'attività. La sua disponibilità ci pare quantomeno "condizionata" e le sue affermazioni sono da valutare».

La biologa, unica in Italia ad essere autorizzata da Stamina a lavorare sulla metodica, nei giorni scorsi ha fatto sapere di poter riprendere la propria mansione solo «nei limiti delle proprie responsabilità purché non incorra in responsabilità civili e penali».

UN'ALTRA "sentenza" è arrivata invece dalle urne europee nelle quali Davide Vannoni, era candidato in tutte le circoscrizioni per la lista "Io Cambio". Ieri Vannoni ha affidato al solito Facebook il suo pensiero in merito alle sole 2.183 preferenze ricevute (l'intera lista è rimasta ben lontana dalla soglia di sbarramento al 4 per cento): «Questa candidatura era necessaria per due ragioni: ribadire il concetto che non abbiamo nulla di cui vergognarci e che crediamo in quanto stiamo facendo e anche per contarci una volta per tutte, dimenticandoci delle 500.000 firme raccolte in due settimane lo scorso anno e che potevano farci illudere di avere alle spalle un interesse di molti». ●



Davide Vannoni con i familiari dei pazienti fuori dal Civile FOTOLIVE

Il direttore Belleri precisa che sul bambino affetto da Sma 1 non c'è alcun accanimento

Vannoni bocciato alle urne spiega che era necessaria la sua candidatura Ha ricevuto 2183 preferenze



STAMINA&GIOELE Tribunale accoglie il reclamo contro la ripresa delle cure

■ Il Tribunale civile di Marsala (Trapani) ha accolto il reclamo presentato dagli **Spedali Civili di Brescia** contro l'ordinanza del giudice Antonio Genna, che lo scorso 15 aprile aveva disposto la ripresa dei trattamenti del metodo «Stamina» per il piccolo Gioele Genova. Gioele è un bambino marsalese di poco più di 2 anni affetto da una malattia degenerativa, la Sma, atrofia muscolare spinale. L'azienda ospedaliera bresciana si era opposta alla decisione del giudice presentando un reclamo. Le cure non saranno dunque più praticate; in precedenza proprio il giudice Genna aveva ordinato la ripresa delle cure con il «metodo Stamina» dopo avere ascoltato il parere espresso dal dottor Marino Andolina. Il padre del bambino, Antonio Genova, ha affidato il suo amaro sfogo ai social network parlando di «speranza negata».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

