

Sanità

Ospedali sotto la soglia di sicurezza ecco il rapporto choc del ministero



Carla Massi

Venire al mondo o farsi curare un tumore può trasformarsi in un rischio vero nel nostro Paese. Perché bisogna vedere in che Regione si nasce o ci si ammala.

A pag. 7

Tumori e nascite, ecco gli ospedali da bocciare

► Il rapporto del ministero della Salute: molte strutture ancora sotto gli standard
 ► Valle D'Aosta, Toscana e Emilia le regioni più affidabili. Male Campania e Sicilia

LO STUDIO

ROMA Venire al mondo o farsi curare un tumore possono trasformarsi in rischi veri nel nostro paese. Perché bisogna vedere in che Regione si nasce o ci si ammala e in quale ospedale avviene il ricovero. Una serie di variabili che potrebbero far andare in direzioni opposte sia il parto che la terapia. Le due prestazioni per le quali i pazienti possono aspettarsi esiti assai diversi che si abiti in una zona o in un'altra.

Per quanto riguarda i punti nascita e i servizi oncologici, infatti, sono ancora molte le strutture che lavorano sotto gli standard minimi di sicurezza. Contano un numero così basso di interventi che non possono essere considerate totalmente affidabili. E' il dato più evidente che emerge dal Programma nazionale esiti firmato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari per il ministero della Salute.

Qualche numero per illustrare un lavoro che ha analizzato l'efficienza e la qualità anche di altri parametri come l'intervento sulla

frattura di femore nell'anziano (oltre la metà dei casi viene operata in ritardo, quindi dopo 48 ore dal ricovero) o l'angioplastica in caso di infarto (era nel 27,6% dei malati nel 2008 mentre è passata al 39,6% nel 2013).

LE POLEMICHE

Dopo anni di polemiche, lotte con annessa occupazione degli ospedali destinati alla chiusura e trattative tra i comitati dei pazienti e le amministrazioni locali in pochi avrebbero ipotizzato che in Italia esistono ancora 133 strutture che contano meno di 500 parti all'anno. Che non rispettano, dunque, il parametro minimo fissato dai nuovi standard ministeriali. Le Regioni che hanno più ospedali sotto il livello di garanzia sono Campania con 20 punti nascita con basso tasso di utilizzo, Sicilia con 18 e Lazio con 12 (6 case di cura private non accreditate). Tutti i centri, fin da oggi, dovranno iniziare una serie revisione del lavoro in sala parto e giustificare perché la situazione è pressoché identica a quella di due o tre anni fa. Poche nascite non significa, guardando dal punto di vista economico, solo il basso utilizzo delle strutture. Sia per i

parti che per i tumori, infatti, dove si fanno più interventi si muore di meno e si contano meno errori. «Interverremo sugli ospedali sotto gli standard», assicura Francesco Bevere direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari.

L'analisi del rapporto focalizza l'attenzione su alcuni tipi di neoplasie, colon, polmone, mammella e stomaco. Indicatori importanti per disegnare la mappa dei centri, il loro volume di lavoro e, quindi, di sicurezza. L'anno scorso 805 strutture hanno eseguito interventi per tumori del colon: tra queste, 106 (il 13,2%) hanno presentato un'attività superiore ai 50 interventi annui (è dimostrato che la mortalità a 30 giorni diminuisce dove si fanno più di 50-70 interventi in dodici mesi). Per il polmone solo il 16% dei centri (36 su 231) ha superato i 100 interventi annui (anche in questo caso la mortalità a 30 giorni diminuisce laddove si fanno più di 50-70 operazioni). Per il tumore alla mammella, infine, le linee guida internazionali fissano lo standard di qualità minimo in 150 interventi annui. In Italia solo il 13% delle strutture (98 su 761) è arrivato o ha superato quel-

la cifra. Un problema organizzativo riscontrato in diversi ospedali? Fare lo stesso intervento, per esempio quello del cancro al seno, in più reparti all'interno di uno stesso istituto. Un esempio sembra essere l'Umberto I a Roma dove si interviene sulla stessa patologia in reparti differenti. Una situazione figlia di una vecchia politica sanitaria che, così, accontentava diversi capi. Oltre che l'incarico venivano, così dati, i letti, il per-

sonale etc. Oggi la tendenza è di accorpare i servizi superspecializzati per non disperdere forze e denaro.

I DIRETTORI

«Sono inaccettabili le differenze che emergono tra le regioni - commenta il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - I direttori generali devono adeguarsi agli standard, non si tratta di un op-

tional. Il Programma esiti non è uno strumento punitivo o una classifica ma un

lavoro che ha l'obiettivo di valutare e misurare le performance». Il ministro non vuole parlare di voti e di classifiche ma, di fatto, è difficile non parlare di pagelle quando, elaborando i dati, si trova la Toscana in testa per le buone prestazioni accompagnata dalla Valle d'Aosta e in fondo Campania e Calabria.

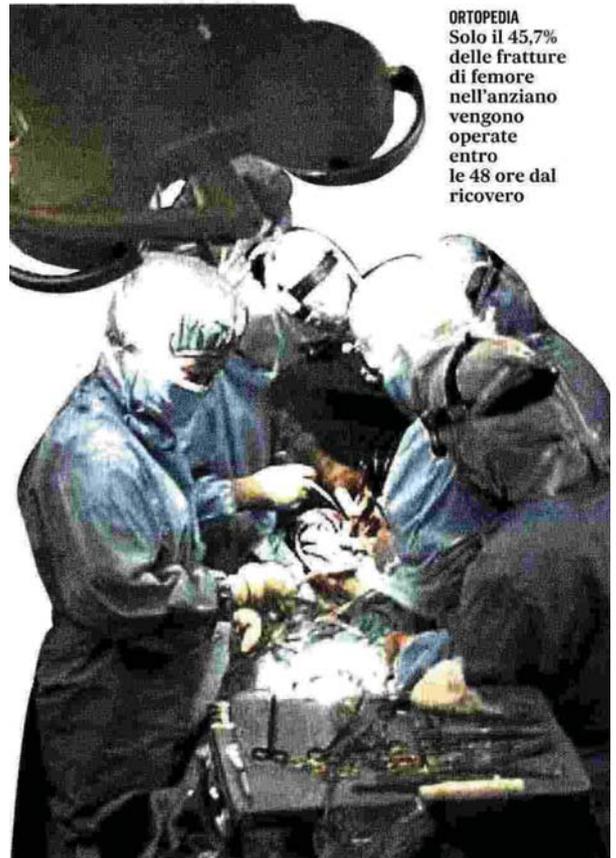
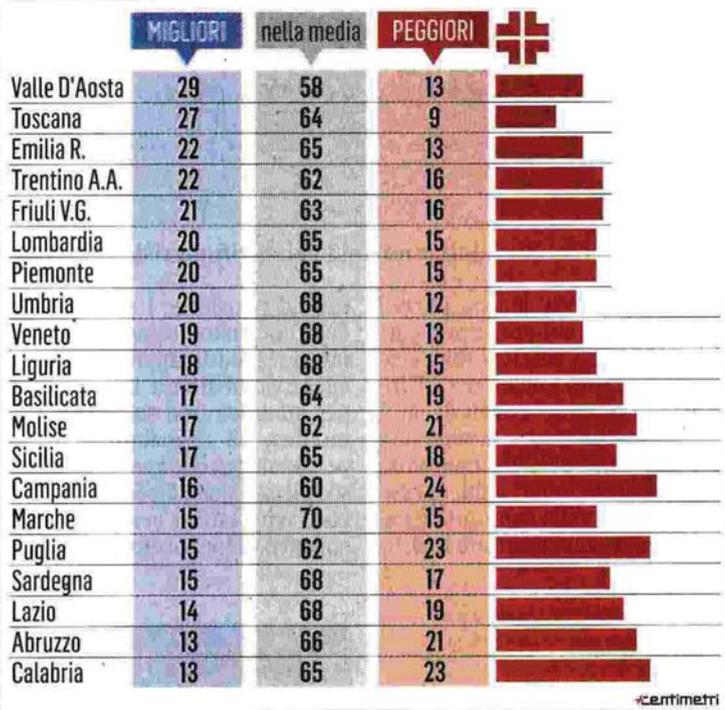
Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL LIVELLO DI SICUREZZA VARIA A SECONDA DELLE STRUTTURE: DOVE SI FANNO PIÙ INTERVENTI CI SONO MENO ERRORI E MORTALITÀ PIÙ BASSA

IL MINISTRO LORENZIN «SONO INACCETTABILI CERTE DIFFERENZE I DIRETTORI GENERALI DEVONO ADEGUARSI AI REQUISITI»

Le percentuali dei servizi



ORTOPEDIA
 Solo il 45,7% delle fratture di femore nell'anziano vengono operate entro le 48 ore dal ricovero

Parti, i 133 ospedali a rischio sicurezza

Nascite ma anche tumori e infarti: si muore meno dove si opera di più

VITO SALINARO

Su 521 ospedali 133 effettuano meno di 500 parti l'anno. Sotto, dunque, il parametro minimo fissato dagli standard ospedalieri ministeriali. Il dato emerge dal Rapporto Esiti (Pne) 2014, elaborato dall'Agencia per i servizi sanitari (Agensea) per il ministero della Salute. Le regioni con più ospedali sotto questa la soglia di sicurezza sono Campania, Sicilia e Lazio. Altro film già visto... Forti differenze tra regioni anche in tema di parti cesarei, comunque diminuiti dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Nel Nord i valori sono attorno al 20%, al Sud sfiorano il 40%, con il record della Campania dove si raggiunge il 50%.

Anche qui gli standard qualitativi e quantitativi fissati dal ministero sono violati se è vero che la quota massima di cesarei primari per i nosocomi con più di 1.000 parti non può oltrepassare il 25%, mentre per quelli con meno di 1.000 parti è fissata al 15%. Pur se i dati e i volumi sono parziali, la soglia di sic-

urezza è spesso lontana.

Il Rapporto, che evidenzia comunque un generale miglioramento della qualità delle cure, suggerisce che dove si fanno più interventi si muore meno. Di contro, le strutture che non rispettano gli standard di sicurezza, intesi come il minimo di prestazioni, sono anche quelle che presentano i maggiori rischi per i pazienti. Vale anche per i tumori. E qui l'elenco degli ospedali non a norma sconfinava un po' ovunque perché per le pericolose neoplasie di colon, polmone, mammella e stomaco, solo il 10-20% delle strutture rispetta gli standard minimi di volume. Nel 2013 in Italia, 805 ospedali hanno eseguito interventi chirurgici per tumori del colon; tra queste, 106 (il 13,2%) hanno presentato un volume di attività superiore ai 50 interventi annui (la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente nelle strutture dove si effettuano più di 50-70 interventi annui). Per il cancro del polmone solo il 16% delle strutture (36 su 231) ha registrato volumi di attività superiore ai 100 interventi annui (anche

in questo caso la mortalità si abbassa laddove si opera di più). Differenze registrabili anche nei casi di infarto dove però c'è un sensibile e positivo aumento dei casi trattati con angioplastica salvavita entro 2 giorni (dal 27,9% del 2008 al 39,6% del 2013).

Un altro indicatore che fa testo: le fratture del femore. Su quelle nell'anziano operate entro le 48 ore (tempo utile per evitare complicazioni e ridurre le mortalità), nonostante un miglioramento (si è passati dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013) si è ancora lontani dallo standard atteso: l'80%. Difficile stilare classifiche definitive quando sussistono forti disequaglianze persino all'interno delle regioni. Ci ha provato la Toscana che, secondo il Pne, si è attestata al vertice, seguita da Val d'Aosta e Provincia autonoma di Trento. In fondo alla graduatoria la Campania, seguita da Calabria e Puglia. «Differenze inaccettabili - tuona il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin -; i direttori generali si adeguino agli standard, non è un optional».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

Tumori e ginecologia, standard ancora lontani

Nelle strutture sanitarie dove si fanno più interventi si muore di meno. Ma il numero minimo di prestazioni è ancora non raggiunto in molte regioni: è la fotografia dell'ultimo programma nazionale esiti (Pne), elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) per il Ministero della Salute. Un rapporto corposo, presentato a Roma, che evidenzia come per i tumori di colon, polmone, mammella e stomaco, in media, solo il 10-20 per cento delle strutture rispetta gli standard minimi di interventi.

Una realtà a tinte fosche, che registra miglioramenti nella qualità delle cure, ma anche una rilevante differenza di risultati tra le Regioni.

«Sono inaccettabili le differen-

ze che emergono tra le Regioni - ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - I direttori generali devono adeguarsi agli standard, non è un optional. Il Pne non è uno strumento punitivo o una classifica, ma un programma per valutare e misurare l'attività delle strutture sanitarie».

Ha spiegato anche il direttore generale dell'Agenas, Francesco Bevere: «Presto saranno valutati anche i volumi di attività prodotti dalle singole equipe mediche».

Ma, per il momento, l'istantanea del Pne dimostra come il nostro Paese sia ancora in ritardo e frammentato rispetto ad alcuni standard raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Differenze rilevanti tra le regioni sono state registrate, ad esempio,

sul numero di parti cesarei primari o sui tempi negli interventi chirurgici per fratture al femore nell'anziano. Si tratta di due indicatori-esempi che identificano più di altri lo stato di organizzazione degli ospedali. Sulle fratture del femore nell'anziano operate entro 48 ore (tempo considerato minimo, per evitare complicazione e ridurre la mortalità), nonostante un miglioramento rispetto alle analisi precedenti (si è passati dal 28,7 per cento del 2008 al 45,7 per cento del 2013), lo standard atteso dell'80 per cento resta ancora lontano.

L'osservatorio dell'Agenas è consultabile anche online ed è in continua evoluzione. Tiene conto di 129 indicatori sulla qualità e l'efficienza dell'assistenza.

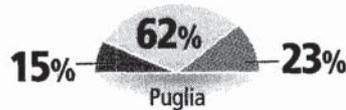
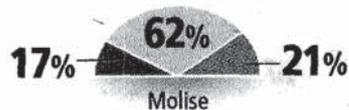
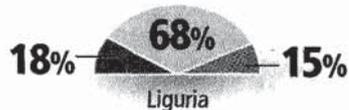
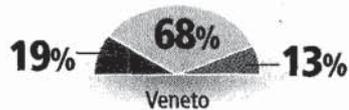
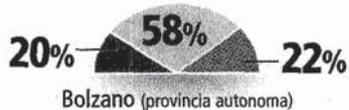
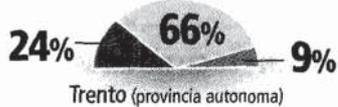
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La pagella degli ospedali

INDICATORI RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE

Migliori Nella media Peggiori



Centimetri
LA STAMPA

Differenze
L'indagine del ministero della Sanità fa emergere uno spaccato del sistema sanitario italiano con realtà virtuose e altre al di sotto degli standard di efficienza



“Buona ma obsoleta” La pagella della Sanità

A rischio gli ospedali che non raggiungono la “soglia” di sicurezza

il caso

ALESSANDRO MONDO

Per l'intervento di tumore ai polmoni, 613 l'anno scorso in Piemonte, sono le Molinette, l'ospedale Maggiore di Novara e il San Luigi di Orbassano i centri dove il numero di prestazioni supera soglie davvero significative. Sui 2.305 casi di intervento per tumore al colon, solo alle Molinette, al Mauriziano, all'Ospedale di Cuneo e Alessandria si sono superati i 100 interventi. Sui 3.727 casi di intervento per tumori al seno, in ospedali come Susa, Chieri, Chivasso, Nizza Monferrato, Novi Ligure, Borgosesia, Ciriè, Mondovì il numero di interventi spesso è inferiore ai 10.

Il report del ministero
Sono alcuni risultati, in termini

REPARTI

Molti non sono di stretta utilità e incidono sui costi

di volumi e standard di qualità, confluiti nel «Piano nazionale esiti» realizzato dall'Agenas, l'Agenzia di valutazione del ministero della Salute, presentato a Roma dal ministro Lorenzin: uno spaccato della Sanità italiana pubblica e privata, sintesi di quella delle varie regioni, che individua in maniera «chirurgica» luci e ombre.

La ricognizione

E ancora: sono migliorati, ma non abbastanza, i tempi di intervento per le fratture al femore, tali da incidere sul tasso di invalidità e persino sulla sopravvivenza dei pazienti. Cala il ricorso ai parti cesarei, una buona notizia, ma solo nelle strutture di secondo livello, caratterizzate da oltre mille interventi l'anno. Complessivamente buone le performance sui fronti della valvuloplastica e del by-pass aortocoronarico, eppure non mancano gli ospedali dove i volumi sono troppi bassi. Volumi che devono rispettare indicatori precisi: almeno 150 interventi l'anno per il tumore alla mammella, 100 per quello al colon, 20 per quello allo

stomaco, 100 per le colicistectomie... Si chiamano «soglie minime» e rappresentano una garanzia di sicurezza. Poi i parti: 500 l'anno, di default, con una percentuale per i cesarei.

Luci e ombre

Eccellenze riconosciute e ospedali sottodimensionati. Reparti funzionali e reparti «ridondanti»: in base alla trasposizione in Piemonte di alcune stime su base nazionale si può ipotizzare un 5-10% di strutture accorpabili, con un potenziale di risparmio di 150 milioni a regime sulla spesa ospedaliera. Volumi di interventi adeguati alternati ad altri sottosoglia rispetto alla media nazionale e ai parametri ministeriali, con potenziali ricadute sugli standard di sicurezza.

Buone prestazioni

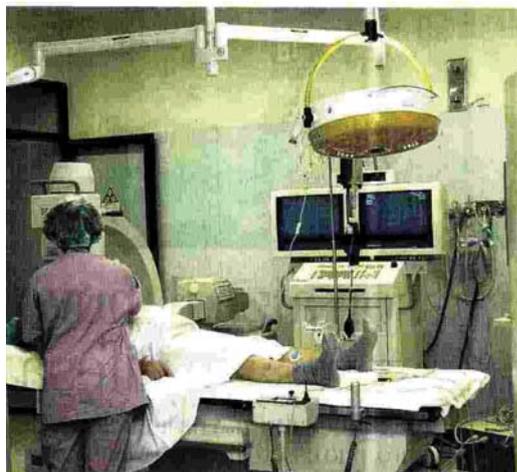
Riassumendo, per la qualità delle prestazioni la Sanità piemontese si posiziona nella parte alta della classifica nazionale attestandosi ai primi (ma non ai primissimi) posti.

Modello obsoleto

La contropartita, spiegano dall'assessorato di corso Regina, è un modello organizzativo che per molti versi è rimasto quello degli Anni '80. Pesa l'eccessiva frammentazione dell'offerta rispetto ad altre regioni, più avanti nella programmazione. Guai a generalizzare, s'intende: il livello delle prestazioni varia da Asl ad Asl e da ospedale ad ospedale, talora con alti e bassi da un reparto all'altro. Ma sarebbe altrettanto sbagliato negare una sfasatura che in alcuni comparti risulta evidente.

Il piano della Regione

Non a caso, premette il direttore dell'assessorato alla Sanità Fulvio Moirano, il «report» del ministero della Salute, riferito al 2013, sarà la «bussola da utilizzare per il riordino ormai improrogabile della rete ospedaliera. Diversi gli obiettivi: decidere come e dove intervenire, permettere ai prossimi direttori delle Asl di lavorare su un quadro preciso. Non ultimo: motivare di fronte agli amministratori locali, al personale medico e ai sindacati scelte difficili: cifre alla mano, in questo caso. Vedremo se basterà.



Luci e ombre

Stando al quadro che emerge dal rapporto del ministero non è in discussione il livello delle prestazioni quanto l'organizzazione obsoleta della rete ospedaliera



Rapporto Agenas. Tempi lunghi per le fratture. Meridione in ritardo, male anche il Lazio

Gli ospedali sono malati

..... **Antonio Caperna**

ROMA - Dal numero di parti cesarei primari fino ai tempi per un'operazione di frattura al femore. Le performance del Sistema sanitario nazionale migliorano ma le differenze tra le Regioni, e soprattutto all'interno delle stesse, permangono.

A rilevarlo è l'edizione 2014 del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) per conto del Ministero della Salute. Una fotografia su efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte dagli ospedali italiani, analizzandone 129 indicatori. Si sa che dove si fanno un numero maggiore di interventi chirurgici, si hanno anche esiti di cura migliori. Eppure una struttura ospedaliera su 4 è ancora sotto la soglia di sicurezza per i parti ed i tumori, ma aumentano le terapie efficaci e gli interventi chirurgici effettuati in tempo. L'indagine rappresenta

Parti e tumori, troppi sotto la soglia di sicurezza
Lorenzin: «Differenze inaccettabili fra le Regioni»



SANITÀ A DUE VELOCITÀ

Tra il Nord ed il Sud Italia troppe differenze nelle cure



«uno strumento operativo, per il miglioramento delle performance, della qualità delle cure e per l'analisi dei profili critici». Tuttavia evidenzia «forti disomogeneità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni, aree, ospedali, con importanti variazioni temporali». E ci sono molte strutture che eseguono un numero esi-

guo e sotto gli standard di interventi. Un esempio è il campo oncologico, dove per il tumore alla mammella le linee guida internazionali fissano lo standard di qualità minimo in 150 interventi annui. In Italia però solo il 13% delle strutture (98 su 761) l'ha superato. E per i tumori di colon, polmone e sto-

maco, in media, appena il 10-20% delle strutture rispetta gli standard minimi di volume. Un argomento che sarà toccato a Roma nel week end durante il congresso nazionale degli oncologi italiani (AIOM).

Il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ammonisce infatti i direttori generali: «Devono adeguarsi agli standard, non è un optional. Il rispetto degli indicatori deve essere un dovere per le amministrazioni. Inaccettabili ad esempio i problemi di ricezione dei dati da alcune Regioni oppure che ci siano tante differenze tra loro». Differenze emergono anche nel caso dei parti cesarei, i cui numeri segnano un miglioramento (dal 29% del 2008 al 26% del 2013) ma con forti differenze tra il Nord (20%) e il Sud (40% con punte del 50% in Campania). Gli standard sono fissati al 25% per le maternità con oltre mille parti e al 15% sotto i mille.

riproduzione riservata ©

Legge di Stabilità Le Regioni protestano, ma lo Stato taglia di più

ROMA L'ultimo allarme l'ha lanciato il coordinatore degli assessori al Bilancio, Massimo Garavaglia, della Lombardia. Oltre ai 5,8 miliardi di tagli già previsti, da ultimo con la legge di Stabilità, che oggi sarà alla firma da parte del Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, le Regioni potrebbero sopportare nel 2015 anche un minor gettito di quasi 500 milioni, come conseguenza del taglio dell'Irap deciso dal governo. Il peso della manovra sugli enti locali, che si apprestano alla trattativa con Palazzo Chigi, secondo sindaci e governatori è «insostenibile». Anche se, numeri alla mano, il peso maggiore del risanamento dei conti pubblici, dal 2008 al 2013, lo ha sostenuto lo Stato centrale. E, anzi, il contributo degli enti locali alle manovre di «lacrime e sangue» che si sono succedute dal 2008 a oggi, è pian piano diminuito.

Secondo i dati elaborati dalla Commissione sul federalismo fiscale e dalla Ragioneria dello Stato, l'apporto di Regioni, Comuni e Province alle manovre di finanza pubblica ha raggiunto il picco massimo nel 2011, con il 37,5% del totale (17,2 miliardi tra minori spese e maggiori entrate su 45,8 totali), poi è sceso al 31% nel 2012 (32 miliardi su 105) e al 26,6% nel 2013 (ancora 32 miliardi ma su un volume di misure di correzione del deficit salito alla cifra record di 122,8 miliardi di euro).

Secondo gli stessi dati Copaff, il volume della spesa primaria gestito dalle amministrazioni centrali dello Stato è sceso da 191,7 a 172,2 miliardi tra il 2009 ed il 2012, con una flessione del 10,1%. Mentre la spesa gestita dagli enti locali, compresa la sanità, è passata da 244,2 a 230,4 miliardi, con una flessione del 5,6%. E tra gli enti locali, quelli che hanno sopportato gli oneri maggiori in questi cinque anni di manovre restrittive sono state, e di gran lunga le Regioni.

La loro spesa è scesa, in termini assoluti, da 38,2 miliardi a 32 alla fine del 2012, passando dal 5,3 al 4,5% della spesa complessiva, mentre quel-

la dei Comuni si è ridotta, nello stesso periodo di tempo, dall'8,8 all'8,2% del totale, quella delle Province dall'1,6 all'1,4%, mentre quella degli enti del servizio sanitario è cresciuta, sul totale complessivo della spesa primaria dello Stato, dal 15,2 al 15,4%.

Anche guardando il contributo degli enti locali alle ultime manovre correttive, il costo a carico delle Regioni è molto elevato, rispetto a Comuni e Province. A volte il doppio di quello dei Comuni, benché il volume di spesa gestito sia più basso di un terzo abbondante. Nel 2009 le Regioni hanno tagliato un miliardo e mezzo, e i Comuni hanno speso 500 milioni in più. Nel 2010 le Regioni hanno tagliato 2,3 miliardi, i Comuni hanno ottenuto 900 milioni in più, nel 2011 i governatori hanno tagliato 8,1 miliardi i sindaci 4,6, mentre nel 2012 e nel 2013 le Regioni hanno risparmiato più di 12 miliardi e i sindaci «solo» otto. Un incontro con il governo, pronto a lasciare mano libera agli amministratori purché siano garantiti i saldi previsti dalla legge di Stabilità, potrebbe esserci in settimana. I governatori delle Regioni del Nord chiedono che i tagli a carico del comparto siano almeno ripartiti in funzione dei costi standard. «Chiedo al Governo - dice Luca Zaia, governatore del Veneto - chi debba tagliare tra noi che abbiamo 0,6 dipendenti per mille cittadini, la Campania che ne ha 1,3, il Friuli 2,6 o Bolzano che ne ha nove. E chiedo se sia davvero equo escludere le Regioni Speciali dai tagli».

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il conto delle manovre dal 2009



Fonte: Commissione paritetica sul federalismo fiscale

Cds

Giornata da leone per Lorenzin. Sta con Renzi e attacca le Regioni: «Responsabili se salta il Patto». In serata stoccata finale: «Non avete il potere di tagliare la Sanità». Manovra/ Ecco l'ultima bozza

di Lucilla Vazza

Giornata lunga oggi per il ministro Beatrice Lorenzin, che in mattinata ha presentato i dati Esiti a cura dell'Agenas e che in serata ha preso parte alla conferenza stampa indetta dai ministri del Nuovo Centrodestra. Una giornata in cui il filo conduttore è stata la linea della fermezza contro le regioni riottose, in piena sintonia con il presidente del Consiglio Renzi.

Stamattina ha giocato duro, il ministro Lorenzin, che senza mezzi termini ha detto: «Se le Regioni decidono di far saltare il Patto per la Salute se ne devono assumere le responsabilità», e parlando dei sacrifici per 4 miliardi di euro che la legge di stabilità chiede alle Regioni, ha incalzato i governatori «Il patto per la salute serve ai cittadini italiani - ha precisato - non al ministro. Se le Regioni pensano di giocare un'operazione "do ut des" hanno sbagliato porta». Ultima stoccata in serata, a margine della conferenza del Nuovo centrodestra riguardo alle critiche espresse dai governatori sui possibili tagli ai servizi: «le Regioni hanno 4 miliardi da tagliare rispetto a tutte le voci di spesa. Io credo - aggiunge - che la sanità sia l'ultimo degli elementi in cui loro interverranno, soprattutto perché non possono farlo in modo diretto». Tradotto: le regioni non hanno il potere e non possono tiranneggiare il governo.

Inaccettabili rilevazioni a macchia di leopardo.

Stamattina, la prima bacchettata era arrivata presentando i dati Agenas. Lorenzin ha voluto sottolineare il senso della rilevazione e l'obbligo di collaborazione a fornire i dati per le misurazioni: «Disparità e differenze tra Regioni non sono più accettabili. Il Piano nazionale esiti non è uno strumento punitivo, ma ha solo l'obiettivo di intervenire per misurare le performance e modificare le anomalie. I direttori generali hanno l'obbligo di adeguarsi al Patto nazionale per la Salute. Per il ministro non ricevere i dati non è accettabile». E questo rimprovero era diretto a quei territori - soprattutto alcune regioni a statuto speciale - «l'invio delle informazioni richieste non è un optional, ma un obbligo», e come contraddirla, visto che alcuni dati sono stati inviati in maniera incoerente.

Il bonus bebè.

La giornata da leone della ministra si è conclusa con la spiegazione sul funzionamento del bonus bebè annunciato da Renzi ieri, nella trasmissione di Barbara D'Urso. Alle mamme con reddito inferiore ai 90mila euro andranno circa mille euro l'anno per tre anni, ovvero 80 euro al mese. Chi supera la soglia dei 90mila euro riceverà il bonus solo se ha un terzo figlio. «Abbiamo fortemente voluto questa misura - ha spiegato Lorenzin - perché se non nascono bambini il paese non avrà futuro e non potrà sostenere il welfare. Cercheremo di estendere queste misure per cinque anni».

ERANO ENTRATI IN CONTATTO CON IL PAZIENTE ZERO

Dallas, quarantena finita per i 43 in osservazione

NEW YORK

Quarantatré persone entrate in contatto con il «paziente zero» di Dallas Thomas Eric Duncan sono da ieri ufficialmente fuori dalla quarantena dopo 21 giorni passati sotto stretta osservazione. Lo ha annunciato il giudice della contea di Dallas Clay Jenkins.

Un'altra persona verrà «liberata» in giornata e altre quattro «molto presto», ha detto il giudice Jenkins. «Sono tutti asintomatici e a quanto pare nessuno di loro si ammalerà di Ebola». Altre 120 persone restano sotto osservazione, ha detto il sindaco di Dallas Mike Rawlings aggiungendo che «la data magica» per la fine della sorveglianza è adesso il 7 novembre.

Le persone rimesse in libertà sono i contatti di Duncan prima del ricovero in ospedale: tra questi Louise Troh, la fidanzata, e i suoi più stretti familiari. Restano invece in quarantena i dipendenti del Texas Health Presbyterian che hanno curato il liberiano o le due infermiere rimaste contagiate.

«Oggi è una pietra miliare», ha detto il sindaco: «Un'ostacolo che dovevamo superare, ma abbiamo ancora altri ostacoli».



L'ANNUNCIO

Allarme Ebola coordinatore unico per l'Europa

L'EUROPA avrà un "coordinatore unico" per l'azione di contrasto all'epidemia da virus Ebola, che nei Paesi dell'Africa occidentale ha fatto quasi 5.000 vittime. Dopo l'ipotesi di un "supercommissario" contro Ebola allo studio da parte del presidente Usa Barack Obama, anche l'Europa decide dunque una via analoga per coordinare gli interventi. La linea di azione è stata decisa ieri a Lussemburgo al vertice dei ministri degli Affari Esteri dei 28 Stati membri, che stimano in un miliardo di euro da parte dell'Ue i fondi necessari per fermare l'epidemia in Africa, concordando sulla necessità di aumentare gli sforzi dell'Europa.

«Abbiamo deciso di istituire la figura del coordinatore Ue per Ebola in modo da individuare qualcuno in grado di raccordare gli sforzi europei al lavoro dell'Onu e del G7», ha spiegato il ministro degli Esteri, Federica Mogherini, al termine del Consiglio esteri Ue, ricordando anche l'impegno dell'Italia a contribuire con un fondo di aiuti pari a 50 milioni di euro.

Intanto, dalla Norvegia arriva una buona notizia: è guarita la dottoressa norvegese di Medici senza frontiere che aveva contratto il virus in Sierra Leone, mentre in Spagna si attendono i test definitivi che dovrebbero confermare la guarigione dell'infermiera Teresa Romero. Sempre dalla Sierra Leone arriva, però, la conferma del decesso di un altro membro del personale Onu: si tratta di un'operatrice di Un Women ed è il terzo membro dello staff Onu deceduto per Ebola. Sempre sul fronte africano, ieri l'Oms ha dichiarato ufficialmente "libera dal virus" la Nigeria, dopo 42 giorni senza nuovi casi sospetti. L'attenzione resta però alta e l'emergenza Ebola sarà discussa anche nel vertice dei leader europei in programma giovedì e venerdì prossimo.



Manovra, nodo tagli e bonus bebé Bruxelles chiede misure correttive

LE REGIONI: SU DI NOI EFFETTI NEGATIVI ANCHE DALL'IRAP MA SI TRATTA CON IL GOVERNO SUI TRASFERIMENTI

► Gli ultimi aggiustamenti fanno slittare l'invio al Colle, i ministeri ancora non sanno quanti fondi perderanno

IL CASO

ROMA Slitta l'approdo al Colle della manovra per la firma del Capo dello Stato. Il testo della legge di stabilità sarebbe dovuto arrivare ieri, come annunciato dal ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan, al Quirinale. Ma fino a notte inoltrata i tecnici di Palazzo Chigi e quelli del Tesoro erano ancora al lavoro sulla limatura del provvedimento. Molti capitoli non erano ancora chiusi. A cominciare dal bonus bebé annunciato da Matteo Renzi domenica a Canale 5. Come spesso accade il premier ha preso in contropiede le strutture tecniche deputate a scrivere le norme che hanno dovuto lavorare per tutta la giornata di ieri. Ma non è stato l'unico passaggio.

I NODI PIÙ DELICATI

Nelle stesse ore in cui da Bruxelles filtrava la volontà del presidente uscente della Commissione, Barroso, chiedere all'Italia un aggiustamento strutturale pari allo 0,5 per cento del Pil, invece che lo 0,1 (e dunque implicitamente sei miliardi di misure aggiuntive) altri nodi più delicati sono stati oggetto d'esame, a cominciare dai tagli ai ministeri. Molti dei ministri coinvolti nella sforbiciata (la cui

regia è rimasta saldamente nelle mani di Palazzo Chigi) hanno tentato di avere le tabelle allegate alla legge di stabilità nelle quali saranno indicati i tagli di spesa che dovranno subire. Una ricerca che fino alla tarda sera di ieri, per molti si è rivelata vana. Altri ritocchi sono in cantiere, come quello annunciato dal consigliere economico di Palazzo Chigi, Yoram Gutgeld al Corriere della Sera, di ritoccare da 6.200 fino a 8.060 euro la franchigia per gli sgravi triennali che saranno concessi alle imprese che assumeranno nel 2015 giovani utilizzando il contratto a tutele crescenti del jobs act. Sul piatto degli sgravi contributivi il governo ha deciso di mettere 1,9 miliardi di euro. L'azzeramento dei contributi, secondo i calcoli, arriverebbe fino a circa 19.000 euro di salario. La platea teorica sarebbe quindi di circa 300.000 lavoratori, ma in concreto saranno, secondo il governo, molti di più: oltre 800.000.

IL NEGOZIATO

Intanto prosegue sottotraccia la trattativa con le Regioni per la modulazione del maxi-taglio da 4 miliardi complessivi. Sergio Chiamparino, presidente del Piemonte e della Conferenza Regioni, ha detto che intende negoziare con il premier Renzi «a testa alta». Ed è anche entrato nel merito,

suggerendo una riduzione delle spese relative alle strutture territoriali dello Stato, come le prefetture ed altri uffici. Tema, che come ha ricordato allo stesso Chiamparino Marianna Madia, ministro della Pubblica amministrazione, è in realtà inserito non nella legge di Stabilità ma nel disegno di legge di riforma della Pa.

L'incontro con il governo, indicativamente previsto per giovedì, potrebbe però slittare alla prossima settimana. Le posizioni sono ancora distanti ma si delinea il terreno di mediazione: da una parte la rinuncia da parte dei governatori ai due miliardi tagliati rispetto al previsto incremento del Fondo sanitario nazionale (e dunque non sulla spesa effettiva), dall'altra lo spostamento su voci diverse della quota restante, in modo che non risultino penalizzati i servizi. Ieri Massimo Garavaglia, assessore al Bilancio della Lombardia e coordinatore dei suoi colleghi ha anche lamentato un ulteriore effetto negativo di 450 milioni a seguito della riduzione della base imponibile Irap. Le posizioni appaiono in parte differenziate anche all'interno del fronte leghista, con Zaia deciso a mantenere un atteggiamento intransigente e Maroni più propenso a trovare una mediazione.

**Andrea Bassi
Luca Cifoni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bonus alle neomamme

Olanda



191 euro/trimestre per figlio 0-5 anni; 232: 6-11 anni; 273: 12-18 anni aumentabili in base a salute bambino, reddito famiglia, numero figli...

Regno Unito



26 euro/settimana: primo figlio; 17 euro/settimana: successivi dati fino a 16 anni (estensibili) a tutte le famiglie sotto 63.000 di reddito

Germania



184 euro/mese: primi 2 figli; 190: terzo e quarto figlio; 215: dal quinto dati fino a 18 anni (estensibili) a tutti i residenti, prescindendo dal reddito

Francia



923 euro al 7° mese di gravidanza + 184,62/mese fino ai 3 anni con redditi tra 35.000 (1 figlio) e 62.000 euro (3 figli), aumentabili per babysitteraggio, genitori single, redditi bassi o assenti...



Belgio



1.223 euro/una tantum: primo figlio; 920: figli seguenti 90 euro/mese per primo figlio; 167 per secondo; 250 per successivi aumentabili per salute bambino, scuola frequentata, genitore disoccupato...

ANSA centimetri



Il ministro dell'Economia, Padoan



Beatrice Lorenzin

> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Addio al Patto per la salute

LA SANITÀ è una sanguisuga. E anche una specie di bancomat. Dei 112 miliardi di euro stanziati tanti se ne vanno in sprechi, corruzione, inefficienza. Ecco perché funziona da sportello bancario: ci sono tesoretti ai quali attingere. Ma questa "operazione" richiede tempo e volontà politica. Adesso le Regioni insorgono contro la Legge di stabilità perché si dichiarano al collasso economico. Invece secondo Renzi c'è ancora da tagliare. Non ha torto: i costi amministrativi locali sono alti e gli sprechi sanitari una voragine. Però tra ministro e presidenti regionali è stato siglato un "Patto per la salute" sugli stanziamenti al Ssn da qui al 2016. E Lorenzin si è impegnata a non farlo toccare. Ora che dice? Il rischio è che il Patto salti e che le Regioni più virtuose si ribellino. Perché meno soldi, meno servizi. Parfrasando, non si può avere una Sanità ubriaca e, al tempo stesso, piena.

guglielpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GLI 80 EURO PER LE NEO-MAMME



MASSIMO DI NONNO/BUENAVISTA

Crescere un figlio, stangata che arriva a 6700 euro l'anno

Molti prodotti in farmacia, anche se necessari, non sono prescrivibili

FLAVIA AMABILE
ROMA

Dunque, con 80 euro una mamma che ha appena avuto un figlio nel primo anno riesce ad acquistare qualche mese di pannolini ma deve pagare tutto il resto, e non è poco anche solo a voler considerare le voci davvero irrinunciabili: passeggino, lettino, biberon, seggiolone, seggiolino dell'auto, ciuccio, farmaci, visite mediche, salviette, creme.

Quanto costa avere un figlio? Tanto, lo sanno tutti quelli che hanno vissuto

quest'esperienza in teoria democratica che l'Italia sta trasformando in un lusso per pochi. Qualcuno ha provato anche a calcolare la cifra esatta, e c'è da farsi venire i brividi a leggere la somma finale.

Sono 6700 euro l'anno in questo 2014, il 3% in più rispetto al 2013, ha calcolato la Federconsumatori. Un po' di più, rilancia l'Associazione nazionale famiglie numerose che nel 2011 aveva ipotizzato fino a oltre 10mila euro l'anno per i bambini fino a 3 anni, calcolo ancora validissimo, siamo in una situazione di

deflazione, i prezzi non aumentano.

Si spende innanzitutto per il cibo, circa 4mila euro l'anno a testa, secondo l'Anfn. Altri 2700 euro vanno via in baby sitter, carrozzine, pannolini etc. Una delle voci più subdole ma indispensabili sono le spese mediche. È vero che, se si ha la fortuna di trovare un buon pediatra di base, la visita è gratuita. Ma è anche vero che questa fortuna capita a pochi e che, comunque, se il piccolo si ammala bisogna chiedere una visita a domicilio e difficilmente i medici si muovono per meno di

80-90 euro. Basta una febbre e il bonus è già andato. Anzi. Provate ad entrare in una farmacia e ad uscirne senza aver speso almeno 20 euro quando a casa avete un bambino con l'influenza di stagione. «Ieri ne ho spesi 30 solo in prodotti parafarmaceutici, quindi non prescrivibili - racconta Maria Cimarelli, fondatrice e presidente di Working Mothers Italy - ma ho mio figlio con la febbre e come si fa a non acquistare gli integratori di fermenti lattici se debbono prendere l'antibiotico?». Ogni anno si spendono almeno 787 euro in visite mediche ed almeno altri 426 euro in medicine, avverte

la Federconsumatori.

Sociologi, psicologi e nutrizionisti fanno a gara nel tirare fuori ogni anno nuovi motivi validi per allattare al seno un figlio. Ma ogni neomamma ha almeno un'altra ragione più che efficace per trasformarsi nei primi tre giorni dopo il parto in una devota della «montata» di latte: riuscire a fare in

proprio vuol dire risparmiare almeno 1600 euro l'anno secondo le cifre della Federconsumatori.

Una delle spese principali nei primi tre anni di vita sono gli asili nido o le baby sitter. Il costo varia molto da Nord a Sud, a Milano si spende sui 700 euro al mese, al sud anche un terzo nelle poche strutture esistenti. Il problema della

spesa è stato purtroppo superato in molti casi: «Le donne stanno pagando il peso della crisi - spiega Maria Cimorelli - molte di loro mi raccontano di aver perso il lavoro, dunque restano a casa con i figli». Il calo è confermato dall'Istat: è iniziato con un -0,04% nel 2011, è proseguito con un -1,4% nel 2012 e non si è più fermato.

Come stupirsi, quindi, se il

numero di famiglie in povertà assoluta aumenta proprio tra le famiglie numerose? Nel caso di famiglie con tre figli più di 8 famiglie su 100 sono in condizione di povertà assoluta. Nel caso di famiglie con 4 figli ad essere povere sono più di una famiglia su 10. Se poi ci si concede 5 figli le famiglie povere raddoppiano. Perché in Italia i figli sono sempre di più un lusso.

BABY SITTER

Un altro costo che molte famiglie sono costrette a sostenere



800

Pannolini
La spesa media per i pannolini nel primo anno. Varia in base alle marche e ai cambi



1420

Visite mediche
Mediamente il pediatra nel primo anno incide per 1420 euro



2500

Latte e pappe
I genitori dopo l'allattamento spendono circa 2500 euro per il cibo



650

Passeggino
La spesa media per il «tris» composto di passeggino, carrozzina e ovetto



Depressione. Tra gli adolescenti è la patologia più diffusa per l'Oms
Un disturbo che colpisce 2,6 milioni di italiani. La psicoterapia anche nei casi
autolesivi. Intreccio con l'alcol e nuovi farmaci. Ricerca su biomarcatori nel sangue

La speranza che cura il "male oscuro" Sos teen-ager

FRANCESCO CRO*

L'OMS ha stimato che la depressione è la prima causa di malattia tra gli adolescenti e stima che nel 2020 diventerà la seconda causa di malattia nel mondo. Nel nostro Paese (2,6 milioni di malati, prevalenze doppie tra le donne, indagine Istat) il rischio di ammalarsi di depressione nel corso della vita è del 10%; i maschi sono più inclini all'abuso di alcol, spesso associato ai disturbi dell'umore.

Ma come prevenire l'effetto più tragico di una forte depressione, cioè il suicidio (circa 4000 in Italia, uno dei tassi più bassi nel mondo)? «Grazie all'uso di strategie mirate, con le tecniche psicoterapeutiche cognitivo-comportamentali»: è l'opinione della psicologa Marjan Ghahramanlou-Holloway, direttrice del Laboratorio per il trattamento dei comportamenti suicidi di Bethesda, che ha messo a punto un intervento breve (10 sedute in ambulatorio, 6-8 in ricovero) partendo dalla convinzione che la sindrome suicida debba essere affrontata direttamente, non solo come sintomo di altre patologie psichiatriche. Il terapeuta costruisce un'alleanza con il paziente, invitandolo a raccontare il suo tentativo di suicidio come una storia compiuta (inizio, svolgimento, fine) sottolineando circostanze, pensieri, sentimenti e azioni che lo hanno portato a cercare di togliersi la vita; così la persona viene aiutata a comprendere e a conoscere i processi mentali alla base del suo comportamento. Si identificano i problemi e le possibili risorse da mettere in campo; possono essere utili le "scatole della speranza", da aprire in caso di necessità, contenenti materiale affettivamente significativo come foto, poesie, immagini o preghiere, o le "carte di resistenza", nelle quali riportare da un lato i pensieri o le convinzioni che si associano alla perdita di speranza e dall'altro le possibili strategie nei momenti di sconforto. Infine vanno potenziate le abilità acquisite al fine di prevenire le ricadute: il paziente dovrà raccontare di nuovo la storia del suo tentativo di suicidio, ma questa volta con un finale diverso. Secondo lo studio dell'Ufficio di Statistica Cnesps-Iss il suicidio in Italia riguarda, al contrario della depressione, soprattutto i maschi (8 su 10, uno su tre over 70) e rappresenta la seconda causa di morte più frequente tra gli uomini di 15-29 anni, simile ai dati dei tumori (13% del totale di morti) e inferiore solo

agli incidenti stradali (35% del totale). Sulla depressione in generale il sistema di sorveglianza Passi segnala per il 2013 «un andamento in diminuzione dei sintomi di depressione... più significativo se si confronta il 2008 con il 2013». Ma il recente convegno delle Società di Psichiatria su bisogni e pratica clinica parla di casi in aumento, 6 su 10 evidenti già in adolescenza, cronicità, cure in ritardo e interruzioni nei trattamenti con troppe ricadute. La psicoterapia (di vario orientamento) è uno degli strumenti da utilizzare anche in situazioni cliniche complesse.

Sul fronte farmaci un recente filone di ricerca riguarda sia depressione che impulsività e tendenza al bere: è il caso dell' amitafadina, che potenzia l'attività nel cervello dei tre neurotrasmettitori chiave coinvolti: noradrenalina, serotonina e dopamina. La cariprazina agirebbe invece selettivamente sulla dopamina (mancanza di piacere e iniziativa), mentre il brexpiprazolo sembra riuscire a modulare l'attività dei neurotrasmettitori, inibendola o stimolandola. Infine sono allo studio farmaci regolatori del recettore per l'aminoacido eccitatorio glutammato, come la ketamina anestetico noto come sostanza d'abuso per le sue proprietà dissociative, ma con effetto antidepressivo rapido e potente.

Si agli interventi psicoterapeutici che quelli farmacologici potranno giovare dei progressi nella conoscenza dei meccanismi neurofisiologici della depressione: negli Usa la neurobiologa Alla Karpova ha dimostrato che è possibile ripristinare i processi decisionali bloccando il rilascio di noradrenalina nella corteccia cingolata anteriore, mentre la biochimica Eva Redei ha evidenziato 9 molecole di RNA presenti nel sangue dei depressi, "marcatori biologici" della malattia e possibili predittori della risposta alla psicoterapia.

*Psichiatra, Dip. Salute Mentale, Viterbo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Effetto crisi

Almeno diecimila suicidi verificatisi in Europa, Canada e Stati Uniti tra il 2008 e il 2010 sarebbero da attribuire alle conseguenze della crisi economica. L'incremento della disoccupazione sembra colpire, dal punto di vista psicologico, soprattutto i quarantacinquantenni: un'indagine coordinata da Caroline Coope, infermiera ricercatrice presso la Scuola di medicina sociale dell'Università di Bristol (Regno Unito), ha dimostrato che rimanere a lungo senza lavoro è un fattore di rischio particolarmente incisivo per le persone appartenenti alla fascia d'età compresa tra i trentacinque e i quarantacinque anni, mentre sui più giovani peserebbero maggiormente i debiti e le difficoltà abitative. Gli effetti negativi sulla salute mentale sono più evidenti nei primi cinque anni di disoccupazione, ma persistono anche a lungo termine. Anche nel nostro Paese la crisi ha colpito duramente: secondo i dati diffusi dalla Link Campus University di Roma i suicidi per motivi economici sono cresciuti, dal 2012 al 2013, del 67% soprattutto tra gli imprenditori e i disoccupati. Il sociologo Aaron Reeves e i suoi collaboratori (Oxford) hanno registrato notevoli differenze nel tasso di suicidi tra i diversi Paesi colpiti dalla crisi giungendo, alla conclusione che le decisioni operate in materia di politiche sociali dai singoli Stati possono risultare cruciali. In Svezia e in Finlandia i suicidi non sono aumentati e in Austria il tasso di suicidi è addirittura sceso.

(f. c.)

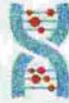
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DEPRESSIONE, IN CIFRE



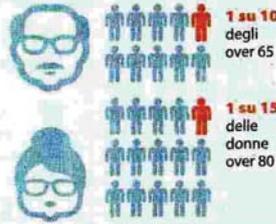
IL TEST

Si esegue nel sangue



9 molecole di RNA
sono marcatori di depressione

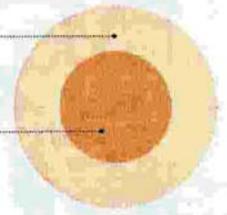
GLI ANZIANI DEPRESSI



LA PREVALENZA

4,7 milioni
7,8%
degli Italiani
hanno sofferto
di depressione
almeno 1 volta
nella vita

2,6 milioni
4,3%
soffrono di
depressione



IL CONSUMO DI ANTIDEPRESSIVI

Dosi di antidepressivi consumati al giorno ogni 1000 abitanti

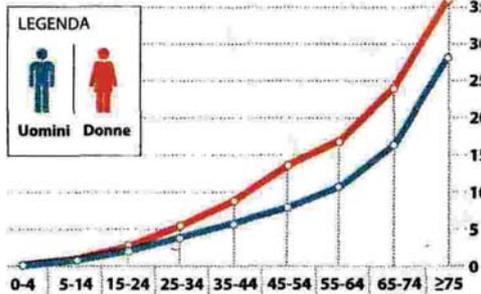


FONTI

RIELABORAZIONE DATI RSALUTE/ AIFA, L'USO DEI FARMACI IN ITALIA, RAPPORTO NAZIONALE 2013*/ ISTAT, "TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE", 2014/ OMS

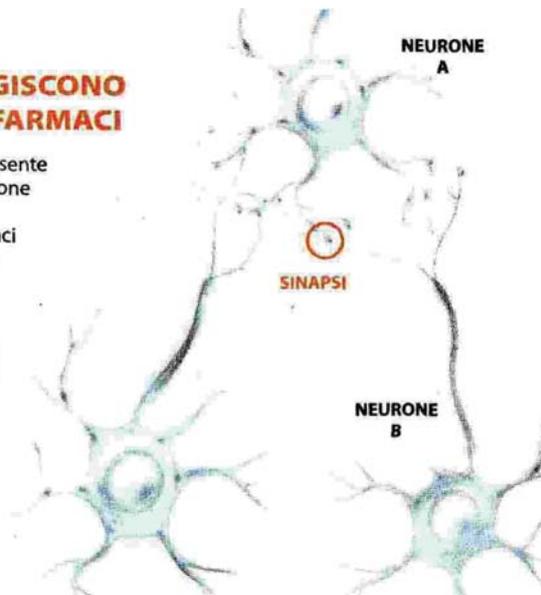
L'USO DI PSICOFARMACI

Prevalenza d'uso per fascia d'età. Cifre in % per genere



COME AGISCONO QUESTI FARMACI

La sinapsi consente la comunicazione tra i neuroni. Gli psicofarmaci intervengono sulla sinapsi modificando la quantità dei mediatori chimici, come la serotonina



POST PARTUM

“Rebecca blues” rete protettiva per le mamme senza alcun aiuto

DEPRESSIONE prima e dopo il parto: molte donne non sanno cosa fare, altre hanno problemi ad ammetterlo e la rete dell'assistenza sociale non ha sempre maglie così ramificate da contenere il problema. E i dati, fa notare Antonio Picano, psichiatra dell'ospedale “San Camillo” di Roma parlano chiaro: «In Italia una mamma su sette si ammala di depressione e in genere solo un quarto chiede aiuto perché la vergogna è parte strutturale della patologia ma le strategie più semplici per affrontare il problema si sono rivelate falli-

mentari in tutto il mondo».

Per questo Picano, con la sua associazione “Strade onlus” ha creato il social network “Rebecca Blues”, il primo progetto che si avvale di un'app e di una piattaforma «pensata per aiutare le donne rispettandone l'intimità e valorizzando il loro rapporto con il medico di fiducia». E se da un lato l'applicazione - pensata per gli smartphone - permetterà l'autodiagnosi attraverso la compilazione online di un test, dall'altro fornirà l'aiuto di un medico in caso di bisogno. In più la piattaforma avrà una chat e filmati informativi. In molti casi l'intervento del medico di fiducia sarà sufficiente altrimenti la paziente sarà indirizzata verso un trattamento specialistico.

«Il progetto parte da Roma dove verrà attivato al San Camillo anche uno sportello di consulenza sulla maternità», dice Picano. Ma l'idea è di allargare i confini e di esportare il tutto oltre la Capitale. «Siamo già stati contattati da dieci

strutture tra cui l'ospedale pediatrico Bambino Gesù», aggiunge lo psichiatra «ovviamente il nostro intento è di arrivare in più città possibili perché questo disagio colpisce molte persone e produce danni strutturali anche ai figli delle mamme depresse». A riprova c'è anche la teoria della psichiatra Tricia Bowering, esperta di disturbi d'ansia nel periodo perinatale e istruttrice clinica al Dipartimento di psichiatria dell'Università della British Columbia a Vancouver per la quale la gravidanza il parto e il puerperio rappresentano momenti di vulnerabilità psicologica della donna, anche per l'ansia: ad esempio, il rischio di sviluppare un disturbo ossessivo-compulsivo, con timori ricorrenti, intrusivi e irrazionali di poter fare male al bambino, raddoppia nel primo anno dopo il parto. Un punto quello d'ansia sul quale c'è ancora molto lavoro da fare in Italia come nel resto del mondo.

(anna rita cillis e f. cro)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sintomi

Tristezza, perdita di interesse, stanchezza, senso di colpa, disturbi di sonno, poco appetito, scarsa concentrazione.



Malati

Secondo l'Oms sarebbero 350 milioni le persone di ogni età a soffrire di depressione nel mondo.

PERSAPERNE DI PIÙ
www.epicentro.iss.it
www.who.int/topics/depression/

<http://www.pharmastar.it/>

Depressione, la diagnosi arriva due anni dopo i primi sintomi



20 ottobre 2014

In Italia, 7 pazienti depressi su 10 attendono un anno prima di ricevere un trattamento farmacologico. E solo il 40% di loro risponde in maniera soddisfacente alla terapia e non presenta ricadute.

In media, passano ventiquattro mesi prima che la diagnosi sia chiara. Un lasso di tempo troppo lungo che può anche rivelarsi fatale: nel 47% dei casi il disturbo diventa cronico e porta così a un peggioramento significativo della qualità di vita.

“Nel nostro Paese la depressione maggiore colpisce 7,5 milioni di persone, il 12,5% della popolazione. Ma sono numeri sicuramente sottostimati. È la prima causa di disabilità, ma il difficile inquadramento del problema genera ancora molta confusione – commenta il prof. **Emilio Sacchetti**, Presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP) –.

Un periodo di tristezza momentaneo in seguito a delusioni, lutti o insuccessi personali non significa essere malati. La depressione può anche non avere cause apparenti. Riuscire a cogliere in tempo i primi sintomi permette di arrivare in anticipo alla diagnosi e quindi alla terapia più appropriata con maggiori probabilità di successo. Purtroppo una grande percentuale di pazienti non assume i trattamenti come dovrebbe. Di conseguenza l'efficacia ne risente”.

Un aspetto problematico, soprattutto perché oggi si dispone di molecole efficaci e più tollerabili. Come

l'agomelatina, capostipite di una nuova classe di antidepressivi, con un meccanismo d'azione completamente diverso dai farmaci tradizionali e già disponibile in Italia e la vortioxetina, da poco approvata a livello europeo, con un profilo di tollerabilità/efficacia migliore rispetto ai suoi predecessori SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). Un trattamento adeguato, unito al sostegno psicoterapeutico, è in grado di migliorare in maniera significativa la situazione nella maggior parte dei casi.

Purtroppo, oltre la metà dei pazienti avrà negli anni una ricaduta. E l'eventuale concomitanza di altre malattie croniche, tipiche negli anziani, peggiora ulteriormente la qualità della vita.

“Il tema della salute mentale è uno dei più delicati nell'ambito dell'assistenza sul territorio – sottolinea il dott. **Antonio Gaudio**, Segretario Generale di Cittadinanzattiva –. In particolare, come emerge dai dati del nostro ultimo “**Rapporto PIT Salute**” presentato lo scorso mese, i cittadini ci comunicano che l'assistenza di pazienti con disturbi mentali pesa in maniera insostenibile sulle famiglie: le segnalazioni sono in crescita dal 16% del 2012 al 19,3% del 2013. Così come ci fanno notare che per una visita psichiatrica nel sistema pubblico sono necessarie anche lunghe attese.

I pazienti hanno necessità in questo settore, più che in altri, di un sistema che garantisca sul territorio servizi accessibili e di qualità. Perché altrimenti il costo per le famiglie, anche psicologico, rischia di essere davvero troppo alto”.

“In un' elevata percentuale di persone, per lo più superiore al 30-50%, il disturbo complica una malattia somatica, come cancro, problematiche cardio-cerebrovascolari e diabete – aggiunge il prof. **Riccardo Torta**, Direttore dell'unità di psiconcologia della AOU S. G. Battista di Torino –.

Il non trattamento di queste forme depressive, oltre a impattare la sfera emotiva e compromettere funzionamento e qualità di vita, amplifica la percezione dei sintomi (stanchezza, dolore, ecc.) e determina un peggioramento della prognosi. Peraltro gli antidepressivi, oltre a migliorare il tono dell'umore e a ridurre l'ansia, agiscono in modo positivo su svariati sintomi somatici, favorendo il recupero funzionale dei pazienti e riducendo l'impatto economico-sociale della patologia”. Numerosi studi hanno ormai evidenziato come le donne corrano un rischio doppio di essere colpite dal disturbo. L'esordio dei sintomi avviene nel 60% dei casi nell'adolescenza, con l'arrivo della pubertà e del menarca.

“Possiamo certamente affermare che la malattia è sempre più “rosa” – sottolinea la dott.ssa **Francesca Merzagora**, Presidente dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.Da) –. Fattori genetici, alterazioni ormonali ed eventi negativi impattano pesantemente sul sesso femminile. Purtroppo, sono proprio le donne ad avere meno fiducia nei trattamenti farmacologici: addirittura il 54% ritiene che la patologia sia più difficile da curare rispetto al tumore del seno. Per questo abbiamo intrapreso da quattro anni un percorso istituzionale e sanitario, con i “Bollini rosa”, per avvicinare le donne alle cure superando lo stigma sociale”.

La depressione è responsabile di un notevole peso socio-economico. I costi della malattia in Europa sono raddoppiati negli ultimi anni: da 1,7 miliardi di euro nel 1997 a 3,5 miliardi nel 2005. I principali sono quelli indiretti, legati a congedo e pensionamento precoce, che incidono tra il 65 e l'85% del totale. I pazienti presentano un rischio di assenza dal lavoro 7 volte maggiore, superiore anche alle patologie cardiache o al diabete. Le spese per il trattamento terapeutico, invece, sono relativamente basse. Anche se, secondo l'ultimo rapporto OsMed (Osservatorio Medicinali) dell'AIFA, in Italia quasi 2,6 milioni di persone assumono farmaci antidepressivi.

Nonostante questi dati, la gestione del disturbo è ancora subottimale e non raggiunge i necessari obiettivi terapeutici: la remissione dei sintomi e la prevenzione delle ricadute o recidive. È importante quindi che il clinico abbia a disposizione un armamentario terapeutico il più completo possibile, così da poter scegliere lo strumento più adatto sulla base delle specifiche esigenze del paziente.

Dolore. A 4 anni dalla normativa d'avanguardia su cure palliative e terapie con oppioidi e anti-infiammatori sembrano carenti le corrette diagnosi e il conseguente uso dei farmaci. 13 milioni gli italiani con problemi di cronicità

Sofferenza sottovalutata la buona legge non basta

MARIA PAOLA SALMI

L DOLORE cronico, non oncologico, è un problema socio-economico oltre che sanitario. A quattro anni dalla legge 38/2010, per ora la sola in ambito europeo a garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, manca ancora l'appropriatezza diagnostica e terapeutica e i medici necessitano di informazione e formazione. Questo lo scenario tratteggiato nel Libro Bianco, edito da *AboutPharma* con il sostegno incondizionato di Mundipharma, presentato nei giorni scorsi a Roma durante il convegno "HOPE Health Over Pain Experience". Negli Stati Uniti la spesa del dolore cronico è superiore a quella di diabete, ipertensione e cancro insieme. In Europa il 20% della popolazione ha a che fare con un'esperienza di dolore prolungato nel tempo, mentre uno recente studio italiano stima la prevalenza del dolore cronico come pari al 21,7% della popolazione, circa 13 milioni di italiani il 41% dei quali

dichiara di non aver ricevuto un trattamento adeguato. Nel complesso il costo sociale del dolore cronico in Italia ammonta a 36,4 miliardi di euro all'anno (circa 4.557 euro a paziente).

«Su 13 milioni di pazienti si può ritenere che un terzo non si cura o lo faccia di tasca propria», dice Carlo Lucioni, senior Health Economist di Health Publishing and Services. Il mercato dei farmaci per il dolore (FANS, oppioidi deboli e forti) è cresciuto, sdoganando gli oppioidi ma nel confronto con gli anti-infiammatori non steroidei (FANS), questi ultimi rimangono i farmaci più utilizzati con una spesa nel 2013 che ha toccato i 240 milioni di euro contro i 179 degli oppioidi di cui 101 per quelli forti. L'Italia rimane ancora il Paese con la minore attenzione al problema dolore, ultima tra i top5 paesi europei per consumo di oppioidi e al primo posto per utilizzo di FANS. «La parte normativa è fatta, non c'è niente da aggiungere, è perfetta tanto da tutelare rispetto al dolore anche i bambini, quel che manca è l'informazione e la prepa-

razione dei medici - osserva il professor Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale Terapia del dolore e Cure palliative. Tornando ai dati nel Libro Bianco, i FANS sono prescritti soprattutto per il dolore osteoarticolare, in genere da parte del medico di medicina generale, questo nonostante si conoscano bene gli effetti collaterali sull'apparato gastrointestina-

I Fans restano ancora i medicinali più utilizzati ma spesso sbagliando
Attenzione agli effetti collaterali

le e sul sistema cardiocircolatorio e in controtendenza rispetto alle linee guida, all'allarme delle autorità e ai dati scientifici. Gli oppioidi sono utilizzati in ambito ospedaliero nella maggior parte dei casi e prescritti in modo inappropriato, fatto che genera la tendenza, tipica del nostro paese, all'autoprescrizione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 20 OTTOBRE 2014

Terapia immunosoppressiva: protegge il cervello dopo un trauma cranico

Un elegante esperimento condotto su animali di laboratorio dimostra che è il sistema immunitario il principale 'attore' del danno cerebrale conseguente ad un trauma cranico. Una scoperta che potrebbe rivelarsi utile anche nella prevenzione del danno cerebrale negli sportivi, dai pugili ai rugbisti.

Secondo uno studio pubblicato su [Acta Neuropathologica Communications](#) da un gruppo di ricercatori di varie università del Texas, un particolare trattamento immunosoppressivo potrebbe ridurre il volume delle lesioni cerebrali, conseguenti ad un trauma cranico. La ricerca è stata condotta su animali di laboratorio (topi), ma gli autori sostengono che, qualora questi risultati venissero ottenuti anche sull'uomo, i medici avrebbero tra le mani uno strumento per proteggere il cervello dalle conseguenze dei traumi cranici. Non solo quelli conseguenti ad incidenti stradali o cadute, ma anche quelli che si verificano in alcune categorie di sportivi, dai giocatori di *football* americano o di rugby, ai pugili.

Al momento non si dispone di trattamenti efficaci per prevenire o far regredire i danni cerebrali conseguenti al trauma cranico. Fino ad oggi, gli sforzi per comprendere il contributo del sistema immunitario al danno cerebrale post-traumatico, si sono concentrati sulla neuroinfiammazione e sugli infiltrati cerebrali di cellule immunitarie. Alla base della ricerca condotta dagli studiosi texani, c'è invece la teoria che i colpi alla testa danneggino il cervello a seguito dell'interruzione della barriera emato-encefalica, che permetterebbe alle cellule del sistema immunitario circolanti di venire in contatto con i neuroni cerebrali e quindi di distruggerli. Di qui, l'ipotesi che alcuni topi, con un particolare deficit immunitario, possano riportare meno danni cerebrali in seguito ad un trauma cranico e che un trattamento in grado di bloccare un determinato componente del sistema immunitario, il CD74, sia in grado di prevenire il danno.

Il CD74 gioca una parte cruciale nella risposta del sistema immunitario agli agenti patogeni; in particolare il CD74 viene frammentato in particelle che scatenano una serie di eventi culminanti nell'attivazione dei linfociti T, normalmente deputati all'eliminazione delle cellule infette o danneggiate. I ricercatori hanno ipotizzato che siano queste stesse cellule ad attaccare i neuroni nel caso in cui si verifichi la rottura della barriera ematoencefalica. Gli autori dello studio ipotizzano insomma che il trauma cranico induca un'espansione delle cellule immunitarie periferiche che potrebbero agire come potenziali cellule presentanti l'antigene.

Dato che il peptide invariante associato alla classe II del MHC (CLIP) è importante per il processamento dell'antigene e la sua presentazione, i ricercatori americani hanno messo a punto un antagonista competitivo (CAP) del CLIP, al fine appunto di testare l'ipotesi che questa competizione tra peptidi potesse prevenire o far regredire i processi neurodegenerativi conseguenti al trauma cranico.

L'esperimento è stato condotto su 32 topi, divisi in diversi gruppi, a seconda della presenza di un livello normale o carenziale di CD74 (che è un precursore del CLIP); alcuni topi venivano sottoposti a trauma cranico, altri fungevano da gruppo di controllo.

Per verificare l'ipotesi che il sistema immunitario contribuisca in maniera significativa al danno cerebrale conseguente a trauma cranico, i ricercatori hanno confrontato il volume delle lesioni cerebrali nei topi con deficit di CD74 e in quelli sani; gli animali con un sistema immunitario integro

presentavano le lesioni più ampie e questo dimostrerebbe l'importanza del ruolo del sistema immunitario nel determinismo di queste lesioni cerebrali.

Sono stati dunque messi a confronto due gruppi di animali sottoposti a trauma cranico; un gruppo è stato trattato con CAP, l'altro con soluzione salina, come gruppo di controllo. Gli animali trattati con CAP presentavano lesioni cerebrali più piccole, rispetto al gruppo di controllo e questo suggerisce che il CAP riduca il danno cerebrale indotto dal trauma cranico. Queste lesioni erano piccole come quelle rilevate nei topi con deficit di CD74, supportando dunque ulteriormente l'ipotesi che il successo del trattamento passa attraverso il blocco dell'attacco del sistema immunitario al cervello.

In conclusione, i linfociti splenici periferici, compresi i linfociti T CD4+ e CD8+, i linfociti T $\gamma\delta$ e i T-reg aumentano di numero entro 24 ore dal trauma. Il trattamento con CAP controlla e fa regredire l'aumento di quelle cellule, come anche la neuroinfiammazione e i processi neurodegenerativi conseguenti al trauma. Tutto questo supporta l'ipotesi che i processi neurodegenerativi successivi ad un trauma cranico dipendano dal processamento e dalla presentazione dell'antigene, che a sua volta richiede la presenza di CD74.

Maria Rita Montebelli



ACCEDI ▾ REGISTRATI

METEO

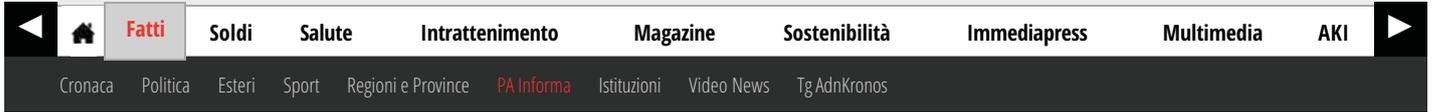


Milano

SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete



Fatti . PA Informa . Economia, affari e finanza . **Biosimilari: quello che c'è da sapere in un documento informativo sul sito della Commissione Europea**

Cerca in PA



ECONOMIA, AFFARI E FINANZA

33 % 33 % 33 %

Fonte: [aifa](#)

Biosimilari: quello che c'è da sapere in un documento informativo sul sito della Commissione Europea

[Tweet](#)

Articolo pubblicato il: 20/10/2014

Sulla piattaforma "Access to Medicines in Europe" ("L'accesso ai medicinali in Europa"), gli Stati Membri, i paesi SEE e i principali soggetti interessati sono stati invitati a partecipare a un gruppo di lavoro "Market Access and Uptake of Biosimilars" sui medicinali biosimilari nei mercati nazionali europei, per definire le condizioni necessarie ad un utilizzo informato e ad un adeguato accesso dei pazienti a tali prodotti. Il gruppo ha analizzato i temi legati al miglioramento delle informazioni sul concetto dei medicinali biosimilari, sui concetti scientifici e sui processi necessari per la loro approvazione, giungendo a conclusioni che sono rilevanti per i decisori, le società scientifiche, gli operatori sanitari e le autorità competenti, oltre che per i pazienti e per le organizzazioni di pazienti. Al fine di fornire adeguate informazioni sui medicinali biosimilari alle differenti categorie di destinatari, il gruppo di lavoro, in stretta collaborazione con la Commissione Europea, ha infatti predisposto un documento informativo che include una specifica sezione di domande e risposte e si rivolge a pazienti, medici e payer. L'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) hanno contribuito alla realizzazione del documento nell'ambito delle proprie responsabilità e competenze. In sintesi, i messaggi fondamentali, riportati nel documento, sono: un medicinale biosimilare è un medicinale biologico simile a un altro medicinale biologico già autorizzato (il "medicinale di riferimento"); il medicinale biosimilare si prevede che abbia lo stesso profilo di sicurezza ed efficacia del farmaco di riferimento ed è autorizzato per tutte le indicazioni del medicinale di riferimento o solo per alcune di esse (sulla base dei singoli casi); i medicinali biosimilari sono prodotti secondo le specifiche disposizioni della legislazione comunitaria, che include standard ben definiti ed elevati di qualità, sicurezza ed efficacia; lo sviluppo e il processo produttivo dei biosimilari sono più complessi e costosi rispetto ai medicinali generici ottenuti per sintesi chimica; gli standard previsti dalle Norme di Buona Fabbricazione (NBF) dell'Unione Europea si applicano alla produzione dei medicinali biosimilari come a quella di qualsiasi altro medicinale biologico; la conformità alle linee guida NBF dell'Unione Europea è verificata nel corso di ispezioni di routine effettuate dalle autorità regolatorie nazionali competenti dei paesi dell'Unione Europea. I medicinali biosimilari potrebbero inoltre offrire un'alternativa meno costosa rispetto ai medicinali

Video



Brando Quilici, 'Il mio amico Nanuk' storia d'amicizia e di una terra da salvare



Sole e caldo estivo fino a martedì poi 'Attila' e porta l'inverno



Correndo dimagrisci e ricarichi il tuo smartphone

