

Rassegna del 15/12/2010

NATURAL STYLE - Vado a Lugano e torno incinta - Dell'Anese Chiara

1

SALUTE

di Chiara Dall'Anese

Vado a Lugano e torno incinta

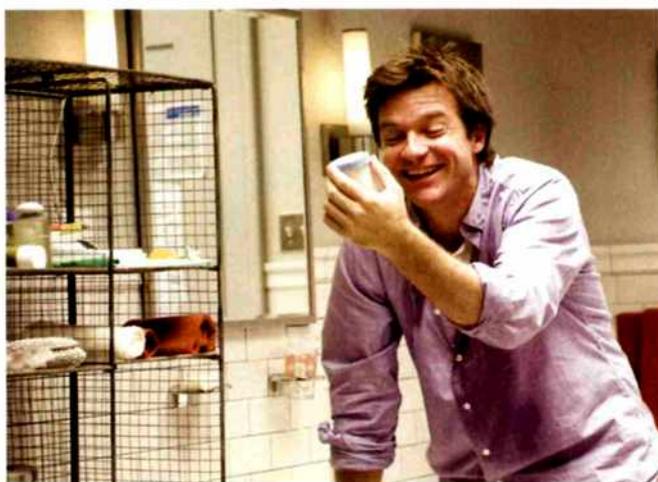
LE STORIE DI DUE DONNE CHE SONO DIVENTATE MAMME (OLTRE FRONTIERA) CON L'AIUTO DELLA SCIENZA RIPROPONGONO UN TEMA SEMPRE PIÙ CALDO: È GIUSTO RICORRERE ALLA FECONDAZIONE ASSISTITA?

Poltroncine rosse, coppie che chiacchierano e bimbi che corrono nell'atrio. Sembra la hall di un albergo moderno, e invece ci troviamo nella reception del centro ProCrea di Lugano, clinica specializzata in procreazione medicalmente assistita. Non ci sono display luminosi con i numeri eliminacode, né infermieri che chiamano per nome i pazienti dal fondo del corridoio: all'ora fissata per l'appuntamento, un medico si avvicina alla coppia, la saluta e la guida nel proprio studio al primo piano. La parola d'ordine è discrezione.

Il turismo della provetta

«Ogni anno, sono circa 1.500 le coppie che si rivolgono al nostro centro» spiega Luca Jelmoni, direttore di ProCrea. Arrivano soprattutto dall'Italia (l'80 per cento circa, di cui una buona metà dal Nord), ma anche da Germania e perfino da Cina, Russia, Arabia.

Secondo la Società europea di riproduzione umana ed embriologia, sono 30mila le coppie europee che ogni anno lasciano il proprio Paese per sottoporsi a trattamenti di fecondazione assistita, e un terzo sono italiane. Quasi sempre hanno alle spalle anni di tentativi andati a vuoto, consultati specialistici, a volte trattamenti per la cura della fertilità, in alcuni casi aborti.



Provette al cinema

Due scene dal film *Due cuori e una provetta*, attualmente nelle sale italiane. Kassie (Jennifer Aniston) ha 40 anni e vuole un figlio, ma non ha ancora trovato il compagno giusto. Stanca di aspettare, ricorre alla fecondazione eterologa con il seme di un donatore. E lo confida all'amico Wally (Jason Bateman, foto sopra).

Non basta portare pazienza

Angelica, 40 anni, è arrivata a Lugano quattro anni fa: «Io e mio marito abbiamo iniziato a cercare una gravidanza quando avevo circa 31 anni. Dopo un anno di tentativi falliti, ci siamo rivolti a un medico. Tutti i ginecologi che mi visitavano ripetevano che eravamo sani e dovevamo solo aspettare. Dopo qualche anno uno di loro ci ha suggerito l'inseminazione intrauterina, ma i tre tentativi



sono andati a vuoto. Nel 2006 mi sono rivolta a ProCrea, e sono rimasta incinta. Durante la gravidanza ero sempre in ansia, temevo che qualcosa andasse storto. Invece lo scorso anno sono diventata mamma! E chissà, magari tra un po' daremo un fratellino a nostra figlia».

Embrioni in eccesso

Per Sabrina, 42 anni, la ricerca di un figlio inizia nel 1999. «Gli esami →



I RIMEDI DOLCI CONTRO L'INFERTILITÀ

Granuli, aghi e frutti di bosco se la cicogna non arriva

Omeopatia, agopuntura e ayurveda possono essere d'aiuto a chi non riesce ad avere figli.

«*Pulsatilla* favorisce una buona ovulazione, mentre *Agnocasto* e *Aurum* regolarizzano il ciclo» spiega Stefania Piloni, ginecologa omeopata. «*Ovarinum* e *Folliculinum* sono ormoni omeopatizzati che stimolano l'ovaio. La

Maca peruviana, invece, risolve gli squilibri ormonali maschili e aumenta le capacità fecondanti degli spermatozoi.

C'è anche un rimedio ayurvedico da prendere in coppia: *Rasayana*. È un mix di erbe ricche di principi attivi che preparano l'utero alla gravidanza e migliorano la qualità del seme maschile».

L'agopuntura aiuta a rilassarsi, tanto che viene praticata in molti centri di procreazione assistita: «Uno studio recente mostra che, durante le terapie, raddoppia i risultati in termini di gravidanze».

La nutrizionista londinese Susan Dobbyn, nel libro *La dieta della fertilità* (Red!), suggerisce infine una dieta per aspiranti mamme

e papà. Il primo passo è scegliere solo alimenti biologici: pesticidi e fertilizzanti, infatti, riducono la fertilità. Via libera, poi, ai cibi che la potenziano: albicocche, alghe, frutti di bosco, banane, cavoli, frutta secca, quinoa e semi oleosi. Banditi, invece, fritti, caffeina, alcol e piselli, che influiscono negativamente sugli ormoni.



erano perfetti: né io, né mio marito avevamo patologie, eppure non riuscivo a rimanere incinta. Ci siamo rivolti a un ospedale milanese, dove mi sottoponevano a cicli di stimolazione ovarica, ma non succedeva niente.

Molti pensano di essere destinati a non avere figli, e rinunciano. Noi, invece, nel 2005 siamo andati in Svizzera. Sapevamo che non sarebbe stato facile, ma è andata bene: a 38 anni, con la fecondazione in vitro, ho avuto la prima bimba, e a 40 la seconda».

Mamme over 40

Aspettare troppo prima di rivolgersi a uno specialista non aiuta. Dopo i 35 anni ogni donna fa più fatica a restare incinta perché le cellule uovo femminili (ovociti) invecchiano. A differenza degli spermatozoi, prodotti continuamente dall'organismo maschile, questi sono tutti già presenti nel feto e maturano a ogni ciclo mestruale.

Non solo. Una ricerca inglese della St. Andrews University mostra che il loro numero cala con l'età: le trentenni conservano solo il 12 per cento degli ovuli che avevano alla nascita. Le over 40, il 3. Considerato che in Italia si fanno figli più tardi che nel resto d'Europa (secondo l'Istituto Superiore di Sanità, il primo arriva a 30 anni), questo fa crescere il numero di coppie che faticano ad avere bimbi. →

Uno su mille ce la fa
Una scena del party organizzato da Debbie (Juliette Lewis) e dalle altre amiche di Kassie per l'inseminazione dell'amica. Anche nelle coppie normali, le probabilità di restare incinte durante un rapporto non protetto sono solo una su quattro.



GIANNA NANNINI MAMMA A 54 ANNI

Fiocco rosa per la rockstar **Gianna Nannini**, 54 anni. Secondo indiscrezioni, la cantante potrebbe essere ricorsa alla fecondazione eterologa con donazione di ovociti. Sono diventate mamme "in zona Cesarini" anche **Heather Parisi** (50), **Monica Bellucci** (45) e **Antonella Clerici** (45).

Gli esami da fare

PER LEI

- **Screening ormonale.** Esame del sangue che misura i livelli di ormoni coinvolti nell'ovulazione (progesterone, prolattina, TSH, FSH, LH, estradiolo, FT3, FT4).
- **Tampone vaginale.** Rileva eventuali infezioni batteriche.
- **Ecografia pelvica.** Visualizza gli organi genitali interni ed evidenzia eventuali patologie.
- **Isterosalpingografia.** Rileva eventuali malformazioni dell'utero e studia l'assetto delle tube.
- **Endoscopia uterina.** Visualizza l'interno dell'utero e permette di rimuovere eventuali patologie.

PER LUI

- **Spermiogramma.** Esame del liquido seminale che rileva numero, motilità ed eventuali malformazioni degli spermatozoi
- **Spermiocoltura.** Rileva la presenza di infezioni batteriche nel liquido seminale.
- **Dosaggi ormonali.** Esame del sangue che misura i valori di ormoni coinvolti nella produzione di liquido seminale: FSH, testosterone, LH, estradiolo e prolattina.
- **Ecodoppler.** Ecografia dello scroto (sacca che racchiude i testicoli), se si sospetta un varicocele.

Le cause più frequenti di infertilità

PER LEI

- **Mancata ovulazione** per stress, anoressia, disfunzioni tiroidee, ovaio policistico, diabete, obesità.
- **Infiammazioni, endometriosi.**
- **Malformazioni congenite** (es. utero setto) o acquisite (es. polipi, fibromi) dell'utero.
- **Presenza di anticorpi antispermatozoi.**

PER LUI

- **Squilibrio** (congenito o acquisito) nella produzione di ormoni sessuali.
- **Alterata produzione di liquido seminale** per cause congenite, infiammazioni, varicocele (dilatazione vene del testicolo), fumo, abuso di alcol, esposizione a radiazioni o sostanze tossiche.
- **Disfunzioni erettili** o dell'eiaculazione.



Spermatozoi scarsi, o con poca motilità, sono una tra le principali cause di infertilità (o ridotta fertilità) maschile.

SALUTE



Robert Geoffrey Edwards tiene in braccio Louise Brown di pochi mesi, 1978.

Il Nobel 2010 al padre della fecondazione in provetta

Robert Geoffrey Edwards, 85 anni, è il vincitore del Premio Nobel 2010 per la Fisiologia e la Medicina. Il Karolinska Institut, che assegna il Premio, spiega che la scelta è caduta sul fisiologo inglese perché: «I suoi lavori hanno reso possibile la cura dell'infertilità, una condizione medica che affligge larga parte dell'umanità». Nel 1978 Edwards ha reso possibile la nascita della prima bimba in provetta, Louise



Louise Brown con due bimbi nati in vitro e (dietro) Edwards

Brown. Da allora, con questa tecnica sono nati 4 milioni di bambini in tutto il mondo. Louise, che ha speso 32 candeline lo scorso 25 luglio, quattro anni fa ha dato alla luce un maschietto con-

cepito in maniera naturale. Nella foto sopra, partecipa con Edwards alle celebrazioni per il 25° anniversario della fecondazione in vitro e tiene in braccio Antonia ed Henry, gemelli nati "in provetta".

Guida alle 3 tecniche più utilizzate

La IUI, inseminazione intrauterina

- Si introduce il liquido seminale nell'utero con un piccolo catetere. Consigliata in caso di infertilità inspiegata, oligo (pochi spermatozoi) o astenospermia (hanno scarsa motilità).

La Fivet, fecondazione in vitro

- Si prelevano gli ovociti e si fanno incontrare con gli spermatozoi in provetta. Le cellule fecondate si trasferiscono nell'utero poche ore dopo. Indicata in caso di occlusione delle tube, endometriosi.

La Icsi, microiniezione di spermatozoi

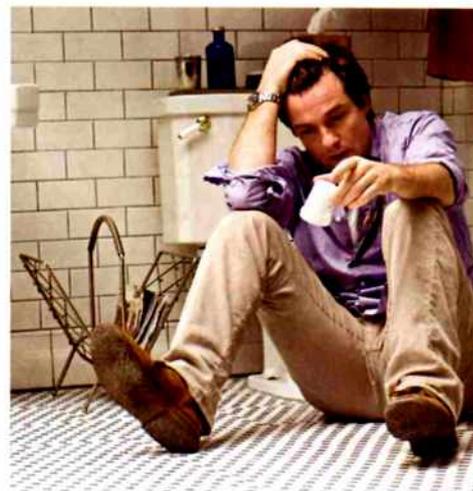
- Si inserisce un singolo spermatozoo all'interno dell'ovocita. Dopo la fecondazione, l'embrione è trasferito nell'utero. Consigliata in caso di oligo o azoospermia (spermatozoi scarsi o assenti).

Paese che vai, legge che trovi

Molte coppie italiane si rivolgono a cliniche straniere perché le leggi sulla procreazione assistita sono meno restrittive. In Svizzera, per esempio, è ammessa la fecondazione eterologa, in cui si utilizza il seme di un donatore. «Questo deve godere di buona salute, avere uno stile di vita regolare, sottoporsi a colloqui e test che aiutano a valutare la qualità del liquido seminale e a escludere la presenza di patologie» spiega Cesare Taccani, ginecologo del centro ProCrea.

La legge elvetica stabilisce che il seme può essere usato per procreare non più di otto figli (per contenere il numero di bimbi con lo stesso padre biologico). E vieta l'eterologa con donazione di ovociti, permessa invece in Germania (alle coppie sposate), o in Spagna (anche alle donne single). Ma è la Gran Bretagna

Figli o carriera? Nel film, Wally (Bateman) rimanda il momento della paternità per realizzarsi nel lavoro.



la nazione più tollerante: qui è possibile ricorrere anche all'utero in affitto.

Ma quanto costa?

Alla ProCrea di Lugano la fecondazione in vitro costa 4.500 euro circa, che salgono a 4.800 se si utilizza il seme del donatore. Al Crm di Londra 3500 euro, che raddoppiano (6.650 euro circa) se si utilizzano gli ovociti di una donatrice.

In Italia è mutuabile, ma bisogna fare i conti con liste d'attesa (anche un anno, contro una settimana del privato) e non solo: «Negli ospedali italiani mi sono sentita un numero, non una persona» racconta Angelica. «Non c'era un medico che ti seguisse dall'inizio alla fine».

Cosa si può fare in Italia

«È vero, a volte i pazienti si sentono "abbandonati"» dice Carlo Flamigni, specialista della riproduzione assistita. «Ma all'estero non è tutto rose e fiori: in passato, alcuni centri stranieri hanno sfruttato i vincoli della nostra legge 40 per applicare tariffe più alte agli italiani.

Il problema, semmai, sono le strutture italiane che non fanno diagnosi pre-impianto e non congelano embrioni (ora ammessi dalla legge) per ragioni etiche, o per timore di controlli da parte del ministero. Il mio consiglio è di rivolgersi alle associazioni di pazienti, che aiutano a selezionare i centri più qualificati».

Sanità. L'identikit nel rapporto 2010 «Health search»

Medici di famiglia divisi tra cure e burocrazia

Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

NEWS Dedicano metà della loro attività alle cure, ma l'altra metà alla "burocrazia". Sempre più oberati dal peso delle carte e dai nuovi impegni a cui li obbliga l'informatizzazione, in questi ultimi anni i medici di medicina generale hanno visto crescere il loro carico di lavoro clinico. Nel 2009 hanno visitato in media ogni assistito 7 volte. Circa 30 "contatti" giornalieri con i pazienti, che sono soprattutto donne (ma dai 75 anni prevalgono gli uomini) con oltre 55 anni. Un'attività che ha generato una spesa media per l'assistenza pubblica di circa 382 euro l'anno.

A fare la radiografia dell'attività dei medici di famiglia con i dati reali sulla professione è il rapporto 2010 «Health search», istituto di ricerca della Società italiana di medicina generale (Simg), anticipato sul numero in distribuzione del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità». «Nato per raccogliere dati e informazioni sui comportamenti degli interventi di cura dei medici, il rapporto, giunto alla sua sesta edizione, si è evoluto e oggi offre anche un sistema di valutazione dei relativi costi sanitari», spiega il presidente Simg, Claudio Cricelli:

Le "conseguenze" della visita, secondo il rapporto, sono state nel 23,4% dei casi una prescrizione di indagini diagnostico-strumentali (22% nel 2003, primo anno di rilevazione), nel 14,1% la richiesta di una visita specialistica (13% nel 2003) e nel 72% la prescrizione di farmaci (il 73,5% nel 2003).

A rivolgersi di più ai medici di famiglia sono stati i pazienti con diabete mellito (7,57 contatti/paziente), cardiopatia ischemica (7,3) e infarto miocardico acuto (7,27), mentre frequentano meno gli studi i

pazienti con insufficienza renale cronica (3,46 contatti/paziente nel 2009), tumori maligni del colon (3,63) e angina pectoris (3,66).

Il rapporto evidenzia anche negli ambulatori dei generalisti l'aumento di tutte le malattie a maggiore impatto sociale, croniche in prima linea. Tra queste il record spetta al reflusso gastroesofageo, disturbo dell'esofago che complica le funzioni digestive, le cui diagnosi sono aumentate dal 2003 al 2009 del 120 per cento. Segue l'asma, che passa dal 3,2% del 2003 al 5,6% del 2009 (+75%) e, con percentuali di aumento intorno al 30% circa, artrosi, ipertensione e ipertrofia prostatica.

Il check si allarga poi ai costi di gestione di un paziente, grazie alla collaborazione con il Centro di economia sanitaria dell'Università Tor Vergata di Roma. La gestione di un paziente è costata nel 2009 circa 382,7 euro, con punte di 573 euro per gli assistiti tra 65 e 74 anni e la spesa minore tra 15 e 24 anni: 151 euro circa. In pratica, un anno di assistenza del medico di medicina generale costa, specialisti, farmaci ed esami diagnostici compresi, il 12% di un ricovero ordinario in ospedale - dove però le cure sono più complesse e di alta specialità - che vale in media poco più di 3mila euro per le donne e 3.500 per gli uomini.

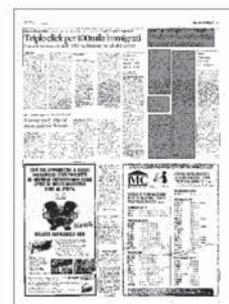
© RIPRODUZIONE RISERVATA

.COM www.sanita.ilsole24ore.com

Il rapporto «Health search»

I COSTI

Nuovi impegni con l'informatizzazione
La spesa media per l'assistenza pubblica è di 382 euro l'anno



CENSIS

Promossi dal 92% dei cittadini

■ Nove italiani su dieci promuovono medici di famiglia, pediatri e farmacie. Giudizi positivi anche per ospedali e pronto soccorso: ben l'81% dei cittadini ne ha infatti un'opinione positiva. Ma, ancora una volta, il sistema di offerta sanitaria appare disomogeneo a svantaggio delle regioni del sud. È, questo, il quadro tracciato dal Censis con la ricerca «Cittadini e salute. La soddisfazione degli italiani per la sanità», inserita nel quinto volume dei «Quaderni del ministero della Salute», presentati ieri e dedicati ad aspettative e valutazioni del cittadino-utente del Ssn.

«Nella maggior parte dei casi - spiega il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio** - è emersa una valutazione positiva da parte dei cittadini, il sistema dell'offerta sanitaria italiana si dimostra capace di rispondere ampiamente alle loro aspettative». Le farmacie raccolgono il massimo del consenso degli italiani (97%) in particolare «per la presenza capillare sul territorio - spiega **Ketty Vaccaro**, responsabile Welfare della fondazione Censis - e per l'accessibilità e gli orari di apertura». Quasi la stessa percentuale di soddisfazione che i cittadini hanno verso i medici di medicina generale (il 92%) che continuano a essere «un elemento cardine del sistema di offerta e un referente cui i cittadini si rivolgono con fiducia».

Mar. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arriva la dieta immaginaria niente cibo, basta il pensiero

I ricercatori su Science: "Così si riduce l'appetito"

**Gli scienziati:
sviluppi per
allontanare dalle
dipendenze come
sigarette e droga**

ELENA DUSI

TAVOLA apparecchiata, tovagliolo al collo, forchetta e coltello in pugno. Non importa se il piatto è vuoto: per riempire lo stomaco basta la fantasia. La "dieta immaginaria" ideata dai ricercatori della Carnegie Mellon University aiuta a mangiare di meno. Ma non è affatto facile come sognare a occhi aperti. Bisogna impegnarsi e pensare intensamente al proprio cibo preferito. Osservarlo, sentirne il profumo dentro di sé, ripercorrere il gesto della mano verso la bocca e poi assaporarne il gusto per diversi secondi.

Il frutto di queste operazioni all'interno del nostro cervello è una sovrapposizione fra immaginazione e realtà. Il gusto ricreato astrattamente produce un'assuefazione che è del tutto concreta. E quando i volontari arruolati dalla Carnegie Mellon di Pittsburgh si sono trovati veramente di fronte al loro cibo preferito (noccioline ricoperte di cioccolato o cubetti di formaggio) lo hanno solo sbocconcellato anziché tuffarcisi sopra.

L'esperimento è stato pubblicato su Science e i suoi risultati sono controintuitivi. Si credeva infatti che pensare al proprio cibo preferito facesse venire l'acquolina in bocca e aumentare il desiderio. «Invece abbiamo dimostrato — spiega Carey Morwedge, lo scienziato che ha condotto lo studio — che sopprimere il pensiero di una cosa bramata non serve a niente. E ora

speriamo di sviluppare strategie efficaci per allontanare la gente da cibi non salutari, sigarette e droghe».

Nel loro esperimento, i ricercatori di Pittsburgh hanno giocato sull'intreccio fra immaginazione, movimento ed emozione (il piacere che nasce da un sapore amato). Le tre strade si intersecano all'interno del nostro cervello, come sanno da tempo i neuroscienziati. Ma nessuno si aspettava che la loro sovrapposizione potesse avere l'effetto di ridurre l'appetito. Per i volontari che avevano assaporato con la mente molti cioccolatini, invece, l'arrivo dei dolci veri trovava i sensi già appagati, riducendo il consumo anche della metà. «L'assuefazione — concludono i ricercatori — non è governata solo dagli input sensoriali, ma anche dalle rappresentazioni mentali».

Le persone arruolate nell'esperimento sono state divise in vari gruppi. Alcuni dovevano immaginare di inserire 33 volte una moneta in una lavatrice a pagamento (dal punto di vista motorio, un gesto simile al portare una nocciolina col cioccolato alla bocca), altri dovevano pensare di inserire 30 monete e poi di mangiare 3 cioccolatini. Il terzo gruppo, il più fortunato, doveva fantasticare di portare alla bocca e assaporare 33 noccioline, con una foto invitante davanti agli occhi per rendere più credibile la ricostruzione mentale. L'esperimento è stato condotto in diverse varianti, usando anche cubetti di formaggio. Ma a tutti alla fine sono stati messi a disposizione leccornie (vere) a volontà. A lasciare il piatto più pieno chi si era già saziato con la sua fantasia.

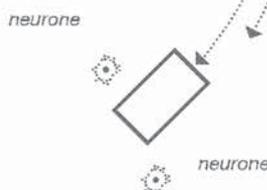
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spiegazione

- **L'assuefazione**
Dopo il primo boccone, quelli successivi danno sempre meno soddisfazione



- All'interno del cervello i neuroni responsabili dell'immaginazione coincidono in parte con quelli responsabili del movimento e delle emozioni



- Ecco perché per il cervello: immaginare un atto compierlo davvero

... sono azioni in parte sovrapponibili

marco.giamini@repubblica.it



L'esperimento

○ Alcuni dei volontari dovevano immaginare di mangiare **il loro cibo preferito a volontà**

○ Altri dovevano immaginare di mangiare **cibi molto meno golosi**

cioccolatini



insalata



Alla fine dell'esperimento, tutti ricevevano un piatto pieno di cioccolatini

Chi aveva immaginato di assaporare i suoi cibi preferiti, **ne mangiava una quantità minore**

Rapporto Aiop

Pazienti da altre regioni:
il privato batte il pubblico

Gli ospedali privati battono per la prima volta quelli pubblici nel curare pazienti in arrivo da altre regioni. La Lombardia si conferma al primo posto per numero di pazienti attratti da altre aree del Paese. In particolare, il dato assegna il 50,8 per cento delle degenze ordinarie all'ospedalità privata. Sono i numeri contenuti nell'ottavo rapporto annuale sulla sanità lombarda. Gabriele Pelissero (nella foto) presidente Aiop: il nostro è un modello vincente.

A PAGINA 3

Rapporto Aiop Da 10 anni tutti i ricoveri sono in calo. «In Lombardia la migliore sanità»

Pazienti in cura da altre regioni Il privato batte il pubblico

Più ricoveri nelle cliniche. Pelissero: il nostro è un modello vincente

Sorpasso storico, anche se di misura. Gli ospedali privati accreditati battono per la prima volta quelli pubblici nel curare pazienti in arrivo da fuori Lombardia. Lo dicono i dati dell'8° Rapporto sul sistema sanitario, presentato ieri dall'Associazione ospedalità privata (Aiop), guidata da Gabriele Pelissero.

Con 66.697 ricoveri ordinari di malati provenienti dal resto d'Italia, gli istituti privati conquistano il 50,8% di pendolari della Sanità contro i 64.706 del pubblico (49,2%). Un risultato che non s'era mai registrato prima d'ora, anche perché i posti letto sono rispettivamente il 21,3% contro il 78,7%.

È soddisfatto Gabriele Pelissero: «La Lombardia si conferma al primo posto da 10 anni per attrattività extra-regionale, considerata il fenomeno più rilevante e pe-

culiare della sanità italiana degli ultimi dieci anni. Seguono altre 8 regioni italiane con saldo positivo (Emilia, Lazio, Toscana, Veneto, Molise, Friuli Venezia Giulia, Umbria e provincia di Bolzano, ndr)».

Per la Lombardia, il valore economico del saldo attivo della mobilità è di quasi 500 milioni di euro. Complessivamente le degenze ordinarie extra-Lombardia sono 131.403. I più (a sorpresa) sono in arrivo dal Piemonte (24.087) e dall'Emilia (16.459).

Seguono la Sicilia (15.188), la Calabria (9.527) e la Puglia (9.494). Sono dati positivi che si scontrano, però, con un trend al ribasso. Da 10 anni i ricoveri sono in calo: nel 2008 la riduzione del 9% di pendolari della Sanità aveva sollevato preoccupazio-

ne (con un meno 14.185); per il 2009 la riduzione si è limitata al 4,9% (meno 5.602). Commenta Pelissero: «La Lombardia è anche la regione che viene meno abbandonata dai propri pazienti: solo il 3,6% dei lombardi sceglie per ricoverarsi gli ospedali di altre regioni».

Il Rapporto Aiop mette in evidenza che il saldo tra ingressi e uscite è stato nel 2008 (ultimo dato disponibile) di oltre 73 mila unità, cifra superiore del 40% rispetto alla seconda regione in classifica, ossia l'Emilia Romagna (53.767), e di oltre 4 volte rispetto Lazio (18.431), Toscana (14.691) e Veneto (13.678).

Presente all'incontro Aiop anche il governatore Roberto Formigoni e Margherita Peroni, presidente III Commissione Sanità del Consiglio regionale della Lombardia. «La pre-

senza del privato nel nostro sistema ospedaliero si mantiene perfettamente allineato al livello nazionale del 21,5% — sottolinea Formigoni —. Non è il maggiore, ma è il migliore. Il rapporto Aiop dimostra che gli ospedali di diritto privato confermano la capacità di assicurare l'intera gamma delle prestazioni ospedaliere, dall'emergenza-urgenza alla riabilitazione, dalla terapia intensiva all'alta specia-



lità. Viene confermata, insomma, la bontà del modello lombardo che in molti hanno preso a riferimento, sia per i principi di centralità del paziente e di libertà di scelta su cui si fonda, sia per la sua efficacia e qualità dimostrata».

S. Rav.

La classifica

Il maggior numero di pazienti arriva dal Piemonte (24.087), segue l'Emilia (16.459), poi la Sicilia (15.188), e la Calabria (9.527)

La scheda

Ricoveri extraregione

Le degenze ordinarie extra-Lombardia sono 131.403: privati a quota 66.697 (50,8%), pubblici a 64.706 (49,2%)

Il giro d'affari

Per la Lombardia, il saldo attivo della mobilità vale quasi 500 milioni di euro

I pazienti

I più sono in arrivo dal Piemonte (24.087) e dall'Emilia (16.459). Seguono Sicilia



(15.188), Calabria (9.527) e Puglia (9.494)

Il rapporto

Dati presentati da Aiop, guidata da Gabriele Pelissero (foto)

Sanità

Anno XIII - n. 47
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
14-20 dicembre 2010
www.24oresanita.com

Rapporto «Health search 2010» della Società italiana di medicina generale su attività e spesa

Il mondo del medico di famiglia

Oltre 10mila "contatti" l'anno, cronicità in pole position - Un paziente costa 382 euro

Medici di famiglia ai raggi X: carico di lavoro, prescrizioni, costi dell'assistenza sono passati al setaccio nell'edizione 2010 di "Health Search", istituto di ricerca della Simg, con l'Università di Tor Vergata. Che tracciano il ritratto di un dottore sempre più impegnato: 10mila contatti l'anno, 30 visite al giorno, che si concludono con ricette nel 72% di casi, con la prescrizione di analisi nel 23% e con la richiesta di una visita specialistica nel 14% delle situazioni. Per una spesa annuale complessiva indotta, a paziente, di circa 382 euro: il 12% del

costo di un ricovero.

Il report disegna anche l'identikit dei pazienti: sono soprattutto donne e hanno oltre 55 anni. Una grossa fetta di assistiti è rappresentata da malati cronici: l'indagine riporta dati in crescita per tutte le patologie a maggior impatto sociale. Con stime record su ipertensione, asma, artrosi, ipertrofia prostatica e reflusso.

L'ipertensione e il diabete sono i mali più impegnativi. Ma sono le malattie coronariche, nel loro complesso, a richiedere al medico di base il maggiore impegno.

SERVIZI A PAG. 2-5



CENSIS

Ssn promosso con riserva

Il giudizio dei cittadini in un'indagine realizzata per la Salute

Hanno buoni rapporti con il Ssn, giudicano congrua la copertura garantita dai servizi ospedalieri e territoriali e continuano a considerare il medico di famiglia l'elemento cardine del sistema. Ma lamentano comunque la tradizionale disomogeneità dell'offerta, soprattutto al Sud, e patiscono un po' ovunque le liste d'attesa. A misurare l'indice di gradimento degli italiani per il Servizio sanitario nazionale è stato il Censis in una indagine commis-

sionata dal ministero e pubblicata nel V fascicolo della collana «Quaderni della Salute», presentato martedì 14 dicembre. L'essenziale fiducia dei cittadini nel Ssn - scrive il Censis - poggia sulla natura stessa del servizio, universale e gratuito. Ma serve un metodo di monitoraggio integrato che consenta di valutare la qualità e stimolare il miglioramento continuo del servizio.

A PAG. 10-11

PRODUTTIVITÀ

Brunetta assegna voti alti

Prove di riforma: solo 15% di bocciati - Sindacati contro

Dipendenti del Ssn promossi, la metà a pieni voti: otto su dieci tra i medici (l'85%) e nove infermieri su dieci. I voti sono contenuti nelle tanto discusse pagelle introdotte dalla riforma Brunetta per la valutazione del persona-

le della Pa. Tutti i medici e il personale promossi sarebbero meritevoli, quando la riforma sarà a regime, dei premi di produttività. Critici i sindacati: «Il sistema è rozzo e grossolano».

A PAG. 24-25

CASSAZIONE

Ordini, le regole elettorali

Schede valide anche se non indicano tutti gli eleggibili

Elezioni ordinistiche: schede valide anche se l'elettore non ha espresso, contrariamente a quanto previsto nella norma degli anni 40, tutte le preferenze. Lo ha deciso la Cassazione con una sentenza innovativa che ha ribaltato an-

che suoi precedenti giudizi e ha fatto proprio il cosiddetto "diritto vivente" privilegiando, in materia elettorale, la volontà dell'elettore rispetto al rigore formale della legge.

A PAG. 22

IN VETRINA

Via libera alla legge di stabilità 2011 Slitta ancora l'intesa sul federalismo

Varo senza modifiche al Senato per la Finanziaria 2011: ticket sulla specialistica coperti fino a maggio, fondi Fas per l'edilizia e blocco dei pignoramenti nelle Regioni in deficit. Ancora un rinvio invece per l'intesa sul federalismo e costi standard: il Governo ha presentato alcune proposte ai governatori che ora devono decidere. (Servizio a pag. 6-7)

▼ Cure al femminile: il vademecum dell'Agenas

La medicina di genere come obiettivo strategico della Sanità pubblica al centro di una pubblicazione dell'Agenas che fa il punto sulle prime priorità. (Servizio a pag. 6)

▼ Ricoveri: inappropriata al check del ministero

Analisi sulle Sdo 2007, 2008 e 2009 del ministero della Salute: in base ai dati di otto indicatori previsti nel Patto per la salute il 20% dei ricoveri è inappropriato. (Servizio a pag. 9)

▼ Abruzzo: un buco di 360 milioni da sanare subito

L'Abruzzo deve sanare entro l'anno un nuovo buco sanitario 2004-2008 di 360 milioni. Lo ha deciso il Tavolo interministeriale di monitoraggio. (Servizio a pag. 17)

▼ Farmaci biosimilari nel rebus della sostenibilità

I biosimilari possono sostituire i farmaci biotech a scadenza brevetto con risparmi medi per il Ssn del 20%, ma servono sensibilizzazione e informazione. (Servizio a pag. 26)



L'energia verde che ci cura

«**C**hi non si cura del centesimo, non vale un millesimo». Era un proverbio da bisnonni. Il passaggio all'euro (datato) e la crisi (energetica e non, assai meno datate) lo hanno riportato in auge anche nel settore sanitario, dove la bolletta della luce rappresenta ancora una goccia in un oceano di spesa. Così, a esempio, all'Università di Udine hanno fatto due conti, hanno scoperto che l'ospedale da solo consuma il 3% dell'energia di tutta la città e si son detti: perché non cerchiamo di far risparmiare il Ssr a vantaggio di tutta la collettività? Aggiudicato. Ci vorranno due anni ma alla fine la centrale tecnologica del noso-

comio darà una mano anche a spegnere le caldaie di 17 scuole e 16 condomini. Di buone idee in materia, però, ce ne sono tante. E da tutte c'è da imparare. Si va dalle pareti radianti/raffrescanti che un'azienda specializzata di Pordenone piazza nelle sale operatorie ma anche in una base Nato, alle mille esperienze di cogenerazione e teleriscaldamento che stanno punteggiando le strutture sanitarie da Nord a Sud Italia. Minimo comun denominatore il risparmio. Che fa respirare i conti. E fa respirare meglio anche noi. (S.Tod.)

A PAG. 20

GUIDA ALLA LETTURA

| | |
|---------------------|--------------|
| Primo Piano | a pag. 2 - 5 |
| Dal Governo | 6 - 9 |
| Speciale | 10 - 11 |
| In Europa | 13 |
| Dibattiti | 14 - 15 |
| Aziende/Territorio | 17 - 21 |
| - Mercati&News | 20 - 21 |
| Lavoro/Professione | 22 - 27 |
| - Medicinæ | 26 |
| - La Giurisprudenza | 27 |

A PAG. 13

Studio Ocse

Per i sistemi sanitari l'efficienza può produrre risparmi fino al 2% del Pil entro il 2017

A PAG. 23

Conciliazione

Circolare applicativa di Sacconi senza obbligo di "tentativi" per il datore di lavoro

A PAG. 27

Consulta

Manager: il premio di servizio si calcola sullo stipendio da direttore generale





MEDICINA GENERALE/ Sesto rapporto «Health search» sui comportamenti dei Mmg

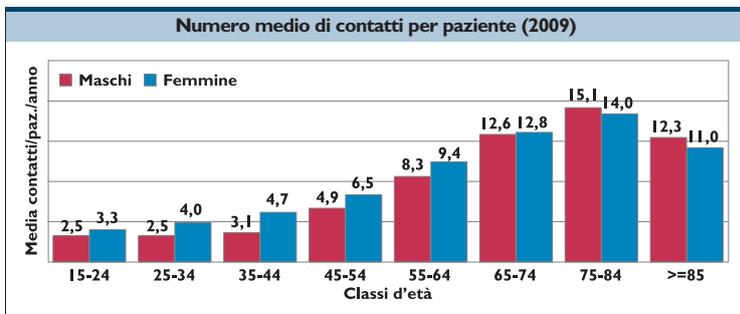
Il superlavoro del generalista

Circa 30 visite al giorno - Prescrizioni di farmaci nel 72% dei casi e analisi nel 23%

Oltre 10mila "contatti" nel 2009 con i pazienti (in media 7,1 ad assistito). E per contatto si intende una visita a cui segue un intervento prescrittivo o diagnostico e non, a esempio, una o più diagnosi e/o terapie allo stesso paziente nella stessa giornata. Una media di quasi 30 contatti al giorno per 365 giorni per i medici di medicina generale con 1.500 assistiti. Chi va dal medico di famiglia è soprattutto donna (ma non dai 75 anni in poi, quando a prevalere sono gli uomini) e ha più di 55 anni (ma dagli 85 in poi l'accesso diminuisce). Dei contatti avuti, 23,4 in media hanno portato alla richiesta di un'indagine diagnostico-strumentale, 14,1 alla richiesta di una visita specialistica e 7,2 a una prescrizione farmaceutica.

A rivolgersi di più ai medici di famiglia sono stati nel 2009 i pazienti con diabete mellito (7,57 contatti/paziente), cardiopatia ischemica (7,3) e infarto miocardico acuto (7,27), mentre frequentano meno i Mmg i pazienti con insufficienza renale cronica (3,46 contatti/paziente nel 2009), tumori maligni del colon (3,63) e angina pectoris (3,66). La maggior percentuale di diagnosi i generalisti l'hanno fatta nel 2009 per l'ipertensione essenziale (15,5%), seguita dal diabete mellito (5,3%), mentre nelle ultime posizioni ci sono tumore maligno della mammella, insufficienza cardiaca, faringite acuta e gravidanza normale (0,6% ciascuna). La gestione di un paziente da parte di un Mmg costa pro capite circa 383 euro l'anno (si veda articolo a pagina 3), con punte di 573 euro tra 65 e 74 anni e la spesa minore tra 15 e 24 anni: 151 euro circa.

Il rapporto 2010 «Health search», istituto di ricerca della Società italiana di medicina generale (Simg) radiografa l'attività del Mmg e fornisce i dati reali della professione. «Nato per raccogliere dati e succes-



sive informazioni sui comportamenti dei medici, è poi evoluto fino a offrire prima uno spaccato degli effetti degli interventi di cura e, oggi, a trasformarsi in un sistema di valutazione dei costi sanitari pesati per out come», spiega il presidente Simg, **Claudio Cricelli**. Per questo accanto a Health search c'è oggi il progetto «Sissi», "simulazione spesa sanitaria italiana", che in collaborazione con il Ceis, centro di economia sanitaria, dell'Università di Tor Vergata di Roma monitora costantemente la «sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per valutarne efficienza ed efficacia», si legge nel rapporto.

Il carico di lavoro. I dati di "Health search" non tengono conto del «carico burocratico che per i medici di famiglia assorbe - stima il rapporto - circa il 50% dell'attività, ma rispetto alla professione vera e propria cresce il numero di contatti medico-paziente: da 6,6 a 7,1 tra 2003 e 2009». Un dato in aumento

soprattutto per le donne e per i medici che operano nel Sud e nelle Isole. Aumentano i contatti con il progredire dell'età: dai 2,9 per paziente tra i 15 e i 24 anni si arriva agli 11,6 contatti negli ultra85enni. Picco nell'età 75-84 anni.

Quanto agli interventi diagnostico-terapeutici (indagini diagnostico-strumentali, prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche e ricoveri), anche in questo caso si registra un lieve aumento: dai 22 su 100 contatti nel 2003 ai 23,4 su cento contatti nel 2009; in quell'anno, il numero di richieste è stato superiore al Centro-Nord, mentre per tutto l'intervallo di tempo considerato è superiore per le donne. Da notare la relazione inversa tra aumento dell'età degli assistiti e numero medio di esami, per entrambi i sessi. Stesso fenomeno si registra, del resto, per le visite specialistiche, le cui richieste decrescono all'aumentare dell'età. Un fenomeno che gli autori del

report spiegano in due modi: con il fatto che i pazienti anziani sono generalmente affetti da malattie croniche, adeguatamente controllate dal medico di medicina generale; che gli assistiti "senior" frequentano spesso l'ambulatorio, abbassando così la percentuale di richieste specialistiche rispetto al numero di contatti.

Capitolo a parte, la prescrizione di farmaci: in lieve calo tra 2003 e 2009 (73,5 su 100 contatti nel 2003 contro 72,0 su 100 contatti nel 2009), sono di poco superiori al Centro-Sud. Altro dato in controtendenza rispetto ai precedenti: il numero di contatti culminati con una ricetta aumenta al crescere dell'età degli assistiti di entrambi i sessi. Si passa da 53,5 nella fascia 15-24 a 81,5 tra gli ultra 85enni.

Guardando alla causa specifica della visita (per la prevalenza e il management delle patologie a maggior impatto sociale si veda pagina 5), è l'ipertensione arteriosa essenziale la patologia più "impegnativa" (dai 15,9% contatti del 2005 ai 15,5% del 2009), seguita a grande distanza dal diabete mellito (dal 4,8% al 5,3%) e dai disordini del metabolismo lipidico (dal 3,1% al 3,3%). Ma è il diabete di tipo 2 la patologia per cui sono stati necessari più contatti, se si guarda al numero medio di visite annuali che il medico effettua per la gestione di una determinata malattia. Tuttavia, a guardare il complesso delle patologie riconducibili alla malattia coronarica, è questa nel suo complesso a richiedere al Mmg il maggior carico di lavoro.

a cura di
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

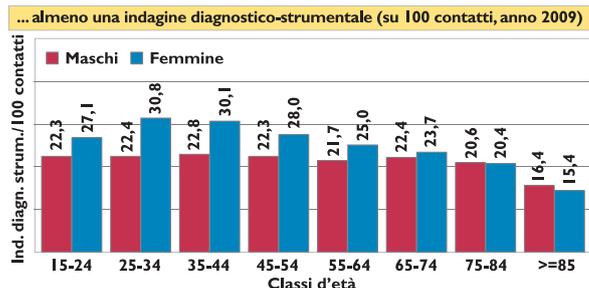
Patologie che hanno causato il maggior numero di contatti (% prime 30)

| Diagnosi codificate (Icd9-Cm) | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | 2005 | 2009 | 2005 | 2009 | 2005 | 2009 |
| Iipertensione essenziale (401) | 16,0% | 15,9% | 15,8% | 15,2% | 15,9% | 15,5% |
| Diabete mellito (250) | 5,5% | 6,3% | 4,3% | 4,6% | 4,8% | 5,3% |
| Disordini del metabolismo dei lipidi (272) | 3,4% | 3,6% | 2,9% | 3,2% | 3,1% | 3,3% |
| Malattie dell'esofago (530) | 2,0% | 2,4% | 2,0% | 2,6% | 2,0% | 2,5% |
| Disturbi nevrotici (300) | 1,3% | 1,5% | 2,5% | 2,8% | 2,0% | 2,3% |
| Artrosi (715) | 1,9% | 1,4% | 3,5% | 2,8% | 2,8% | 2,2% |
| Altre cause mal definite (799) | 3,0% | 2,1% | 3,0% | 2,1% | 3,0% | 2,1% |
| Altre forme di cardiopatia ischemica cronica (414) | 3,1% | 3,0% | 1,5% | 1,3% | 2,1% | 2,0% |
| Iperplasia della prostata (600) | 4,8% | 4,7% | - | - | 2,0% | 2,0% |
| Aritmie cardiache (427) | 2,0% | 2,2% | 1,7% | 1,8% | 1,9% | 2,0% |
| Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini (733) | 0,2% | 0,2% | 2,2% | 2,5% | 1,4% | 1,5% |
| Sintomi generali (780) | 1,0% | 1,2% | 1,2% | 1,4% | 1,1% | 1,3% |
| Altri e non specificati disturbi del dorso (724) | 1,4% | 1,3% | 1,3% | 1,3% | 1,3% | 1,3% |
| Glaucoma (365) | 1,2% | 1,1% | 1,2% | 1,1% | 1,2% | 1,1% |
| Gravidanza normale (311) | - | - | 1,2% | 1,3% | 1,0% | 1,0% |
| Ipotiroidismo acquisito (244) | 0,3% | 0,3% | 1,3% | 1,4% | 0,9% | 1,0% |
| Asma (493) | 0,9% | 0,9% | 1,0% | 1,0% | 0,9% | 0,9% |
| Gastrite e duodenite (535) | 0,8% | 0,8% | 0,8% | 0,9% | 0,8% | 0,9% |
| Sintomi relativi all'apparato respiratorio e altri sintomi toracici (786) | 0,8% | 0,9% | 0,8% | 0,8% | 0,8% | 0,8% |
| Misure contraccettive (491) | 1,6% | 1,1% | 0,7% | 0,5% | 1,1% | 0,8% |
| Cardiopatia ipertensiva (402) | 1,0% | 0,8% | 1,0% | 0,8% | 1,0% | 0,8% |
| Altri sintomi relativi all'addome e al bacino (789) | 0,5% | 0,7% | 0,6% | 0,8% | 0,5% | 0,8% |
| Entesopatie periferiche e sindromi analoghe (726) | 0,7% | 0,7% | 0,8% | 0,8% | 0,8% | 0,8% |
| Cistite (595) | 0,3% | 0,3% | 1,2% | 1,1% | 0,8% | 0,8% |
| Patologie dei dischi intervertebrali (722) | 0,7% | 0,7% | 0,6% | 0,7% | 0,7% | 0,7% |
| Altre e non specificate patologie articolari (719) | 0,3% | 0,6% | 0,4% | 0,8% | 0,4% | 0,7% |
| Gravidanza normale (V22) | - | - | 1,2% | 1,1% | 0,7% | 0,6% |
| Faringite acuta (462) | 0,8% | 0,7% | 0,8% | 0,6% | 0,8% | 0,6% |
| Insufficienza cardiaca (428) | 0,8% | 0,7% | 0,6% | 0,6% | 0,7% | 0,6% |
| Tumori maligni della mammella della donna (174) | - | - | 1,0% | 1,1% | 0,6% | 0,6% |

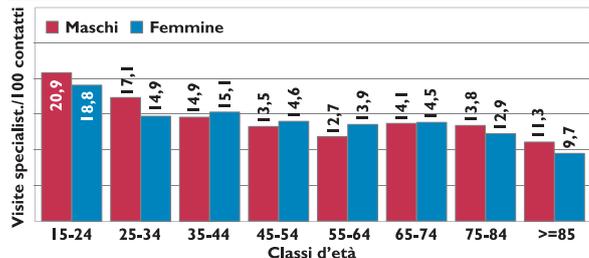
Prime 30 patologie per numero medio di contatti/paziente/anno

| Diagnosi codificate (Icd9-Cm) | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|---|--------|------|---------|------|--------|------|
| | 2005 | 2009 | 2005 | 2009 | 2005 | 2009 |
| Diabete mellito (250) | 6,72 | 7,31 | 7,52 | 7,84 | 7,11 | 7,57 |
| Altre forme di cardiopatia ischemica cronica (414) | 8,2 | 7,75 | 7,35 | 6,65 | 7,84 | 7,3 |
| Infarto miocardico acuto (410) | 8,15 | 7,4 | 7,29 | 6,94 | 7,90 | 7,27 |
| Infarto miocardico progressivo (412) | 8,24 | 7,4 | 7,73 | 6,14 | 8,11 | 7,06 |
| Morbo di Parkinson (332) | 8,34 | 7,13 | 7,03 | 6,26 | 7,61 | 6,65 |
| Iipertensione essenziale (401) | 6,66 | 6,32 | 7,14 | 6,82 | 6,93 | 6,59 |
| Psicosi schizofreniche (295) | 7,16 | 6,31 | 7,11 | 5,8 | 7,13 | 6,09 |
| Epilessia (345) | 7,79 | 6,31 | 7,13 | 5,85 | 7,45 | 6,07 |
| Cardiopatia ipertensiva (402) | 6,77 | 5,32 | 7,45 | 6,3 | 7,15 | 5,84 |
| Insufficienza cardiaca (428) | 6,79 | 6,15 | 6,19 | 5,51 | 6,47 | 5,8 |
| Tumori maligni della mammella della donna (174) | - | - | 5,98 | 5,67 | 5,97 | 5,64 |
| Cardiomiopatie (425) | 7,37 | 5,74 | 6,64 | 5,36 | 7,12 | 5,6 |
| Tumori maligni della ghiandola tiroide (193) | 6,32 | 5,35 | 5,98 | 5,55 | 6,06 | 5,5 |
| Psicosi affettive (296) | 6,12 | 5,11 | 6,03 | 5,6 | 6,06 | 5,41 |
| Tumori maligni della prostata (185) | 6,53 | 5,41 | - | - | 6,51 | 5,41 |
| Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (162) | 6,84 | 5,29 | 6,35 | 4,39 | 6,72 | 5,02 |
| Altre malattie del polmone (518) | 7,24 | 4,49 | 6,18 | 4,59 | 6,79 | 4,53 |
| Vasculopatie cerebrali acute (436) | 3,69 | 4,68 | 2,81 | 4,27 | 3,25 | 4,47 |
| Occlusione delle arterie cerebrali (434) | 5,27 | 4,7 | 4,67 | 4,17 | 4,98 | 4,44 |
| Artrite reumatoide (714) | 4,46 | 3,62 | 5,49 | 4,33 | 5,23 | 4,15 |
| Altre degenerazioni cerebrali (331) | 5,18 | 4,22 | 4,54 | 4,02 | 4,75 | 4,08 |
| Malattie diffuse del tessuto connettivo (710) | 4,57 | 3,19 | 5,35 | 4,19 | 5,25 | 4,05 |
| Enterite regionale (555) | 4,96 | 4,44 | 4,45 | 3,58 | 4,71 | 4,03 |
| Tumori maligni della vescica (188) | 4,62 | 4,1 | 4,13 | 3,56 | 4,52 | 3,99 |
| Altre psicosi non organiche (298) | 4,71 | 3,73 | 4,93 | 3,96 | 4,84 | 3,86 |
| Aritmie cardiache (427) | 4,58 | 3,93 | 4,28 | 3,68 | 4,41 | 3,79 |
| Glaucoma (365) | 4,52 | 3,83 | 4,34 | 3,6 | 4,41 | 3,7 |
| Angina pectoris (413) | 4,8 | 3,91 | 4,33 | 3,41 | 4,57 | 3,66 |
| Tumori maligni del colon (153) | 3,99 | 3,83 | 3,9 | 3,41 | 3,95 | 3,63 |
| Insufficienza renale cronica (585) | 4,47 | 3,64 | 4,38 | 3,27 | 4,43 | 3,46 |

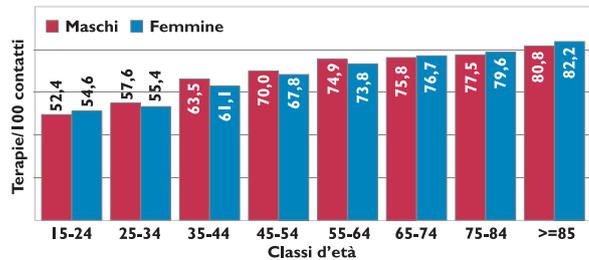
Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero contatti culminati con ...



... almeno una visita specialistica (su 100 contatti, anno 2009)



... almeno una prescrizione farmaceutica (su 100 contatti, anno 2009)



LA SPESA GENERATA DAI DOTTORI DI FAMIGLIA

Un anno di cure vale il 12% di un ricovero

Un paziente assistito dal medico di medicina generale costa mediamente in un anno (sempre il 2009 come riferimento) 382,7 euro. Un ricovero ospedaliero ordinario vale in media, secondo gli ultimi dati disponibili con le Sdo 2008, poco più di 3mila euro per le donne e 3.500 per gli uomini (nel 2008 il paziente del Mmg costava 374,5 euro) e un ricovero in day hospital valeva tra i 1.361 euro per le donne e i 1.430 per gli uomini. Come dire che l'assistenza sul territorio costa indubbiamente di meno (un anno di assistenza del Mmg vale il 12% circa del costo medio di un ricovero in regime ordinario e il 25% di un ricovero in day hospital) al Ssn, specialisti, farmaci ed esami diagnostici compresi. Ovviamente nell'ospedale regna la complessità delle cure, ma molte patologie, lo dicono anche i Lea, devono essere deospedalizzate anche per questo.

Secondo «Sissi», il progetto Health search-Tor Vergata (si veda articolo a pagina 2), la spesa media più elevata considerata nell'ottica di quella del Mmg si registra tra 75 e 84 anni, mentre quella per i più anziani (85+) è più bassa. Inoltre la spesa media è aumentata indipendentemente dalla classe di età dei pazienti, raggiungendo il picco nel 2006. Da lì in poi i costi medi si riducono in modo considerevole. Per i pazienti tra i 35 e i 44 anni la spesa pro capite nel 2009 è superiore del 23,5% rispetto a quella del 2001, e il dato sale al 33,1% per i pazienti tra i 64 e i 74 anni e al 38,6% per la classe di età successiva. E poiché tra il 2001 e il 2009 la dinamica inflativa, soprattutto per i farmaci, è stata abbastanza contenuta, gli aumenti sono da attribuire soprattutto all'aumento dei volumi prescritti.

La spesa media per assistito per fasce d'età (euro)

| Classe d'età | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009* |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 15-24 | 135,4 | 138,6 | 144,8 | 150,4 | 150,7 |
| 25-34 | 156,8 | 164,9 | 176,9 | 188,0 | 186,7 |
| 35-44 | 182,1 | 197,0 | 212,6 | 224,4 | 225,0 |
| 45-54 | 245,3 | 272,5 | 291,0 | 302,4 | 292,8 |
| 55-64 | 332,0 | 379,5 | 416,5 | 425,3 | 412,0 |
| 65-74 | 430,6 | 511,0 | 566,5 | 583,4 | 573,3 |
| 75-84 | 473,0 | 575,5 | 639,2 | 661,2 | 655,9 |
| 85+ | 421,0 | 492,3 | 556,5 | 583,8 | 583,1 |
| Totale | 284,5 | 328,5 | 364,9 | 382,6 | 382,7 |

(*) Previsioni

La spesa totale e % per grandi aggregati (miliardi di euro)

| Anno | Farmaci | | Specialistica | | Ricoveri | |
|-------|---------|-----------|---------------|-----------|----------|-----------|
| | Spesa | % su tot. | Spesa | % su tot. | Spesa | % su tot. |
| 2001 | 7,8 | 36,4 | 4,0 | 18,8 | 9,6 | 44,8 |
| 2003 | 10,6 | 40,2 | 5,4 | 20,7 | 10,3 | 39,1 |
| 2005 | 12,6 | 41,5 | 6,5 | 21,4 | 11,3 | 37,1 |
| 2007 | 12,3 | 38,9 | 7,2 | 22,6 | 12,1 | 38,5 |
| 2009* | 13,0 | 39,7 | 7,7 | 23,5 | 12,1 | 36,8 |

(*) Previsioni

A livello geografico la spesa pro capite per le Regioni del Centro e per le Isole è inferiore alla media nazionale (oltre 43 euro pro capite in meno al Centro nel 2001, quasi 55 euro pro capite in meno per le Isole nel 2009), mentre le Regioni del Sud e quelle nord-orientali si caratterizzano per un livello di spesa costantemente superiore alla media. La crescita della spesa ha però seguito percorsi differenti secondo «Sissi»: se da un lato quella media nelle Regioni del Nord-Est è au-

mentata tra il 2001 e il 2009 del 36,7%, in linea con il dato nazionale che indica un aumento del 34,5% nello stesso periodo, quella delle Regioni del Centro è cresciuta del 47,3%, mentre per le Regioni meridionali l'aumento è stato del 22,3%. Dal 2006 la spesa media in termini nominali cessa di crescere o, spesso, comincia a ridursi. La spesa pro capite maggiore, indica il rapporto, è in Friuli, Lombardia, Emilia Romagna e Marche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14-20 dicembre 2010

MEDICINA GENERALE/ In crescita tutte le patologie a maggior impatto sociale

In studio esplose la cronicità

Dati record su ipertensione, asma, artrosi, ipertrofia prostatica e reflusso



Tutte le malattie a maggiore impatto sociale, croniche in prima linea, aumentano (si vedano i grafici in pagina). È quanto emerge dall'analisi "Health search" su prevalenza di patologia, uso e consumo di farmaci. Le malattie sono state selezionate in base alla diagnosi registrata dal medico nella cartella clinica del paziente (con una storia clinica di almeno due anni del database del Mmg), utilizzando l'ultima classificazione dei Drg.

Ipertensione arteriosa. Trend in crescita: dal 17,5% del 2003 al 22,9% del 2009, con stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini. I maschi sono più ipertesi dall'adolescenza fino ai 55-64 anni, mentre dopo questa età la prevalenza è superiore tra le donne. Cresce ovunque l'aderenza terapeutica, con un maggior aumento del consu-

mo di sartani al Centro-Sud. **Ictus ischemico.** Stime sensibilmente maggiori negli uomini, con un trend complessivo dall'1,7 al 2,7% dal 2003 al 2009. Più alta la prevalenza, per gli uomini, al Centro-Nord; per i maschi, ancora, le stime sono consistentemente più alte in tutte le età. Stabili i dati sulla prevalenza d'uso di antipertensivi, ma nel 2009 solo il 35% utilizzava in maniera concomitante tutti i farmaci indicati, malgrado l'aumento nell'uso della politerapia.

Malattie ischemiche del cuore (Ihd). Anche in questo caso, prevalenza nettamente maggiore negli uomini, a fronte di un trend generalmente crescente. Stabile la prevalenza d'uso di antipertensivi, con valori superiori al 90%. Aumentano i polipidemizanti e antitrombotici (esposizione superiore nel Nord e nel Centro).

Scompenso cardiaco con-

gestizio. Trend in leggera crescita con stime analoghe per i due sessi e valori più alti al Centro-Nord e al crescere dell'età. L'analisi della prevalenza d'uso mostra la crescita di tutte le categorie terapeutiche; dal 2006 riduzione nell'esposizione ai glucosidi e agli Ace-inibitori a favore di altre categorie. Beta-bloccanti meno prescritti al Sud che al Centro-Nord e più prescritti (con gli Ace-inibitori) ai maschi. Per le donne maggiore esposizione a glucosidi e sartani.

Diabete mellito di tipo 2. Dati in crescita, soprattutto nei maschi (7,2% vs 6% nelle donne nel 2009). Rilevanti differenze geografiche nella stima di prevalenza con valori superiori al Sud rispetto al Nord Italia. Cresce l'uso della metamorfina (15,2% nel 2003 vs 36,5% nel 2009); insulina più usata tra i 15 e i 44 anni.

Bpco. Dal 2 al 2,6% tra

2003 e 2009; stime nettamente maggiori tra i maschi e valori più elevati al Sud. Cresce ovunque l'uso per oltre 168 giorni di corticosteroidi inalatori.

Asma. Diffusione a macchia di leopardo per un netto aumento complessivo, maggiore nelle donne (3,2 vs 5,6% tra 2003 e 2009). La malattia aumenta tra le donne al crescere dell'età, a differenza della fascia 15-24, dove prevale tra gli uomini. Maggior prevalenza d'uso per i corticosteroidi inalatori e per gli agonisti adrenergici tra 2003 e 2006, con una riduzione a partire dal 2008.

Depressione. Dal 2,4 del 2003 al 4,2% del 2009, con stime sensibilmente maggiori nelle donne che negli uomini (5,6 vs 2,7 nel 2009). Stime più alte al Centro-Nord, a eccezione della Campania. Cresce all'aumentare dell'età. Stabile l'esposizione agli antidepressivi; utilizzo maggiore nelle don-

ne e all'aumentare dell'età. **Artrosi.** Exploit dal 13,6% del 2003 al 18,8% del 2009, con stime nettamente maggiori tra le donne e al Sud. Trend in crescita con l'età. Riduzione sensibile nella prevalenza d'uso dei Fans (maggiore al Sud e nelle Isole), mentre altri farmaci come il paracetamolo sono in crescita.

Demenza. Trend in crescita (dall'1 all'1,8% tra 2003 e 2009) con stime sensibilmente maggiori nelle donne (1,2% vs 2,3%) e prevalenza superiore in alcune zone del Centro e del Nord (Veneto) rispetto alla maggior parte del Sud Italia. Picco (12,8%) nell'uso degli anticolinesterasici nel 2005-2006, poi ridotti fino all'8,5% nel 2009. Gli antipsicotici atipici assieme agli altri antipsicotici mostrano una sostanziale riduzione nell'esposizione tra il 2003 e il 2009.

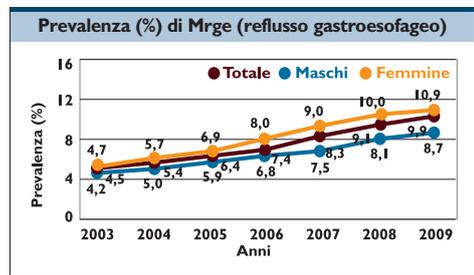
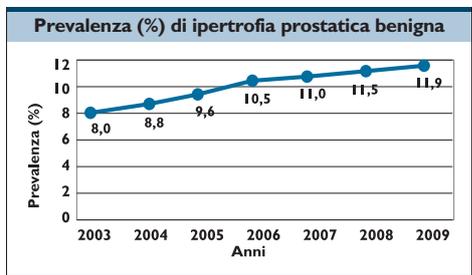
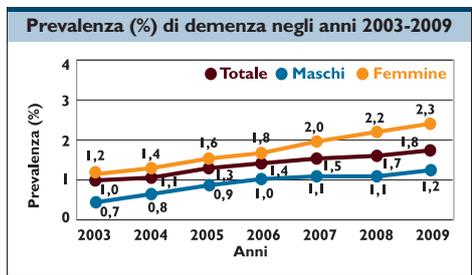
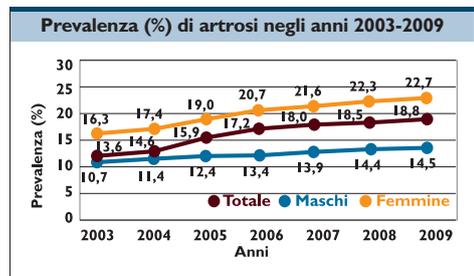
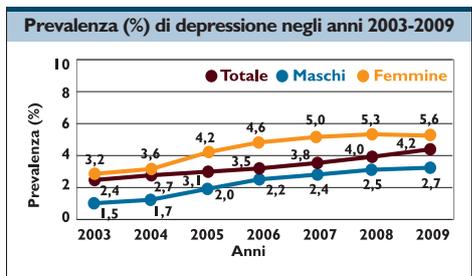
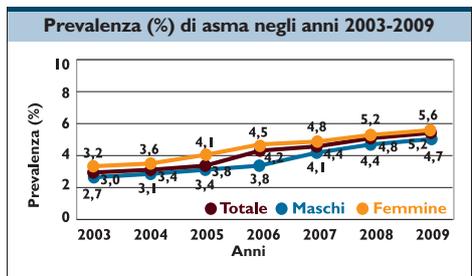
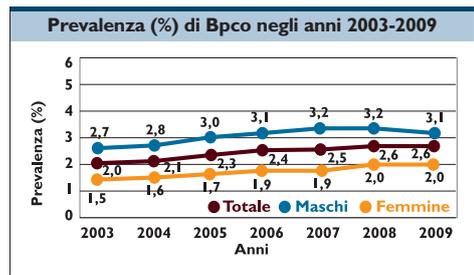
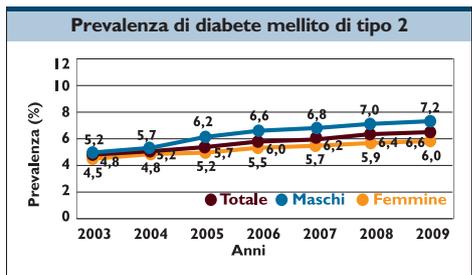
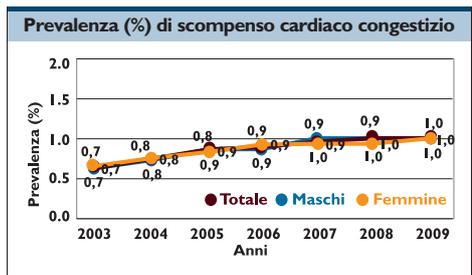
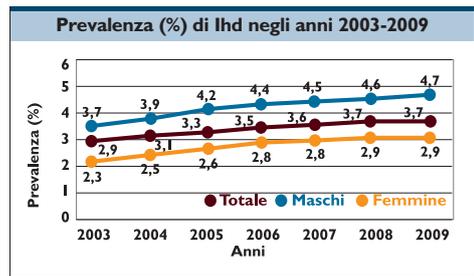
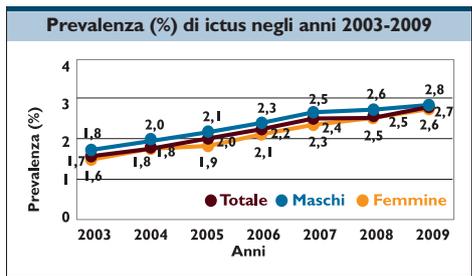
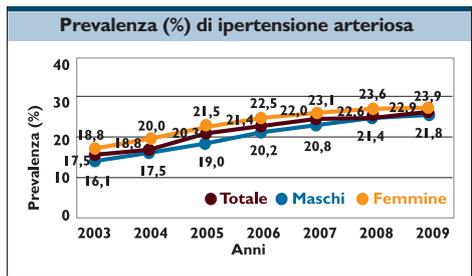
Ipertrofia prostatica beni-

gna. Dall'8,5% del 2003 all'11% del 2007. Riduzione nella prevalenza d'uso dei farmaci dal 46 al 43,2%. La tamsulosina rappresenta il farmaco più utilizzato.

Malattia da reflusso gastroesofageo. Dal 4,5 del 2003 al 9,9% del 2009, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (4,7% vs 10,9%). Picco nella fascia d'età 65-74 anni. Farmaci più usati: inibitori di pompa protonica (48,7% nel 2009) e antiacidi (più prescritti al Sud).

Tumori. Trend crescente per tutte le forme considerate (stomaco, colon retto, polmoni, melanoma, mammella, prostata), con punte di prevalenza per colon retto (dal 4% del 2003 al 5,8% del 2009), mammella (dal 14,1% al 20,1%), prostata (dall'8,7% all'11,4%). Alta variabilità geografica per tutte le forme considerate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Continua lo scontro dell'assessore leghista con il presidente Formigoni. Ma il Carroccio prende le distanze

Sanità, Bresciani non arretra

«Le quote sui manager non sono spartizione, ma federalismo»

Diciotto poltrone rivendicate: e nessun passo indietro sulle nomine dei manager sanitari indicati in proporzione ai voti presi alle elezioni. L'assessore leghista alla Sanità Luciano Bresciani ribadisce la sua posizione:

«Il volume del voto determina i direttori generali proposti dalla maggioranza in quote relative a quanto espresso dal cittadino. Questa è l'essenza del federalismo. La spartizione è altra cosa».

A PAGINA 2

La polemica Il 22 dicembre la decisione sui nuovi manager. Il governatore: tempesta in un bicchier d'acqua

Sanità, Bresciani sfida Formigoni

«Quote per le nomine? È federalismo»

L'assessore: non torno indietro. Ma la Lega: l'importante è scegliere i migliori

Diciotto poltrone rivendicate: e nessun (atteso) passo indietro sulle nomine dei manager sanitari indicati in proporzione ai voti presi alle elezioni. L'assessore leghista alla Sanità, Luciano Bresciani, ribadisce la sua posizione ieri mattina con un'agenzia di stampa Ansa: «Il volume del voto determina i direttori generali proposti dalla maggioranza in quote relative a quanto espresso dal cittadino. Questa è l'essenza del federalismo. La spartizione è altra cosa, non è indicata dal popolo, ma è vittima del potere».

Sono dichiarazioni che a quattro giorni di distanza dall'intervista al *Corriere della Sera* continuano a spiazzare il mondo politico. Carroccio compreso. Stefano Galli, presidente del gruppo consiliare della Lega al Pirellone, assicura: «Saranno scelti solo i migliori curricula». È la stessa posizione di Davide Boni, presidente del Consiglio della Regione Lombardia, nonché altro esponente di spicco del Carroccio: «La competenza e la preparazione sono due doti fondamentali per svolgere al meglio un ruolo determinante e importante in un settore delicato. Altre strade non ce ne sono». Boni si rifà anche a una citazione che ben esprime lo stupore dei lombardi degli ultimi

giorni: «Un bel tacer non fu mai scritto».

Riflettori dirottati sulla meritocrazia, insomma, in vista della scadenza a fine dicembre dei vertici dei 29 ospedali, delle 15 Asl e dell'Azienda dell'emergenza e urgenza (Areu). Una priorità — quella delle capacità — ricordata più volte anche dallo stesso Bresciani: «Verranno individuati i migliori direttori generali in assoluto secondo i canoni irrinunciabili della meritocrazia». In più, però, l'assessore della Sanità non nasconde il ruolo giocato dalla politica (cosa mai avvenuta prima ufficialmente): «Il cittadino col voto crea i consiglieri regionali, attenti ai bisogni del territorio. Il capogruppo li trasferisce all'assessore, che nei suoi compiti valuta la sostenibilità, l'utilità e con responsabilità di scelta le propone al presidente. È lui, poi, che nomina i direttori generali dopo aver sentito l'assessore: lo vuole la legge». Non ci sta Filippo Penati (Pd), vicepresidente del Consiglio regionale, che chiede di escludere Bresciani dalla partita delle nomine.

L'ultima parola, comunque, spetta al governatore Roberto Formigoni, che ufficializzerà le nomine il 22 dicembre. «Le regole che funzionano in Lombardia sono la ricerca dell'eccellenza

— incalza —. D'altra parte, per governare un sistema che è il migliore in Italia e tra i migliori in Europa, abbiamo bisogno di manager che puntino come noi all'eccellenza».

Solo le prossime ore potranno svelare se ci sarà un riavvicinamento Bresciani-Formigoni.

Il governatore invita a non fare «una tempesta in un bicchiere d'acqua»; dal canto suo l'assessore della Sanità è pronto a «valutare eventuali processi migliorativi» dei criteri di nomina. «Dal dibattito ci attendiamo necessariamente un miglioramento della qualità del nostro sistema. Il presidente Roberto Formigoni ha annunciato che darà un contributo alla discussione per mi-



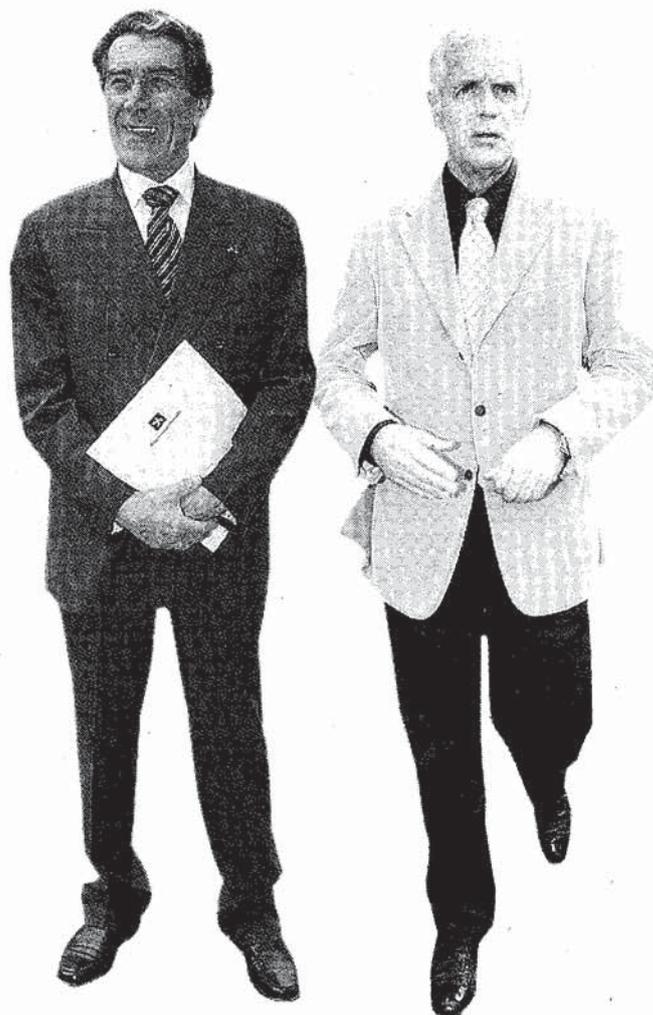
gliorare il percorso già tracciato — torna alla carica Bresciani —. Attendiamo con grande interesse il suo contributo. Nessuno farà un passo indietro, ma faremo tutti un balzo in avanti e il cittadino avrà la dovuta utilità». È quanto sperano tutti.

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Potere

«La strada che ho indicato è quella giusta. La spartizione è altra cosa, non è indicata dal popolo, ma è vittima del potere»



Duello L'assessore alla sanità Luciano Bresciani, 70 anni e il presidente della Regione Roberto Formigoni, 63 anni

PARTERRE



Un fondo indicizzato che lotta contro l'Aids

Sotto Natale, anche l'innovazione finanziaria sposa le buone cause. Un'iniziativa lanciata questa settimana lega un nuovo prodotto d'investimento alla lotta all'Aids, tubercolosi e malaria. La Dow Jones, che dà il nome all'indice di Borsa più famoso del mondo, ha costruito il *Dow Jones Global Fund 50 Index*, che comprende i titoli di 50 società globali (fra cui l'Eni) che sostengono la missione del Fondo globale per la lotta a Aids, tbc e malaria. Il Fondo, creato dal G-8 di Genova, ha approvato dal 2002 finanziamenti per oltre 19 miliardi di dollari a progetti per combattere le tre malattie. Deutsche Bank ha creato un Etf che segue l'andamento dell'indice, altamente correlato con i mercati azionari mondiali (principali investimenti in portafoglio sono Vodafone, Toyota, Total, Siemens). Parte delle commissioni dell'Etf va al Fondo globale. (A.Me.)



CRESCERE L'ALLARME TRA I RICERCATORI. I NEURONI SI DANNEGGIANO E I RISCHI VANNO DALLA PERDITA DI MEMORIA FINO ALL'ALZHEIMER

Mai esagerare con i colpi di testa

Traumi e commozioni cerebrali: "E' come farsi investire da un'auto"

La federazione di calcio olandese ha proibito questa «performance» al di sotto dei 16 anni

I neurologi chiedono subito contromisure: si devono rendere obbligatori i caschetti

EZIO GIACOBINI
UNIVERSITÀ DI GINEVRA

Immaginate di essere in piedi e vedervi arrivare dall'alto un corpo tondeggiante di 70 centimetri di circonferenza dal peso di 450 grammi che viaggia ad una velocità tra 50 e 80 km l'ora e che possiede un'energia cinetica - vale a dire la massa moltiplicata per la velocità al quadrato, diviso per due - pari a un peso di circa 80 kg.

Se tentaste di fermarlo, vi rendereste subito conto che pesa molto di più delle poche centinaia di grammi che possiede da fermo. L'impatto dipende non solo dal peso e dalla velocità dell'oggetto, ma anche dal momento in cui avete iniziato il tentativo di fermarlo e dal momento del suo arresto, cioè dalla decelerazione.

E' ciò che accade, in termini di fisica, in tutte le partite, quando un calciatore blocca e rilancia con un colpo di testa un pallone in arrivo, per esempio, dall'altra metà campo. Se si pensa che un professionista colpisce la palla di testa in media 5 volte per partita, e fino a oltre 250 durante una stagione, non vi stupireste del fatto che diversi studi norvegesi abbiano dimostrato che il 35% tra i 70 giocatori della nazionale rivela un elettroencefalogramma e una Tac cerebrale anormale, con segni di cambiamento dei ritmi normali e di atrofia cerebrale, mentre molti calciatori norvegesi non più attivi presentano una riduzione della corteccia cerebrale, accompagnata da severi disturbi cognitivi. E a risultati simili sono

arrivati anche altri studi sulle squadre nazionali di calcio olandesi e americane.

I giocatori che più di frequente ricorrono ai colpi di testa, come gli stopper e i centravanti da sfondamento, sono i più soggetti a problemi neurologici, come disturbi della memoria e della percezione visiva. Tra i giocatori olandesi, attivi e in «pensione, oltre un terzo presenta sintomi neurologici quali mal di testa, capogiro, irritabilità. Secondo il neurologo olandese Eric Matser dell'Università di Amsterdam fermare con un colpo di testa una palla che viaggia a 65 km l'ora equivale allo scontrarsi con un'auto in movimento a 50 km l'ora: i singoli microtraumi prodotti dall'impatto sul cervello - talvolta non rilevabili con la Tac - sono deleteri, perché si ripetono nel tempo, rappresentando così, di fatto, delle vere e proprie commozioni cerebrali lievi. Ma nel 90% dei casi non sono oggetto di controlli.

Il cervello è un corpo di consistenza molle e gelatinosa sospeso in un fluido, il liquido cefalo-rachidiano, che serve, tra l'altro, ad assorbire e ad attutire le sollecitazioni meccaniche esterne come un colpo di testa. Il cranio osseo, quindi, rappresenta solo una protezione parziale e la sua parete interna irregolare può danneggiare la fragile massa interna, quando, in seguito a un impatto, si sposta con movimenti ad alta accelerazione da una parte all'altra della scatola cranica. Ne conseguono non solo edemi e minute emorragie, ma danni diretti alle cellule nervose della corteccia, come quelli rilevabili nei pugili dopo un k.o. In questi sportivi i problemi maggiori si possono evidenziare a distanza di anni, soprattutto quando i colpi vengono ripetuti nel tempo. Classico è l'esempio della demenza, classificata dai neurologi come «demenza pugilistica». Non è un caso che gli allenatori tengano un registro dei k.o. di ogni pugile dopo un incontro e spesso sanno fare una diagnosi di pugile «suona-

to» meglio di uno specialista.

Analogamente, due studi - il primo in Norvegia su 535 calciatori e il secondo in Svezia su 44 calciatrici - hanno riscontrato un aumento nel sangue di alcune proteine caratteristiche dei danni cerebrali. Nella ricerca svedese l'aumento di queste sostanze era proporzionale al numero dei colpi di testa o dei traumi cranici subiti durante le partite. Se nel calcio, il numero e l'entità di contusioni e commozioni cerebrali lievi per partita o stagione non sono facilmente elaborabili, alcune statistiche condotte negli Usa in un arco di 10 anni hanno evidenziato 87 mila casi di traumi cranici, mentre nel football americano si sale a 204 mila e nell'hockey si è a 17 mila. E' significativo, però, che nel calcio i problemi siano del 200% più gravi.

Sulla base di ulteriori studi la federazione calcistica olandese ha quindi proibito i colpi di testa per i calciatori di età inferiore a 16 anni, sia in partita sia in allenamento. Esistono buone ragioni per ritenere che il cervello ancora in fase di sviluppo sia particolarmente sensibile. Sarebbe quindi una buona norma proibire i colpi di testa a tutti i giovani calciatori europei, come già viene fatto nelle scuole elementari statunitensi, tenendo conto anche degli allarmi per il numero sempre più elevato di traumi cranici nel football americano: dalla scorsa estate la «National football league» degli Usa ha diffuso un poster che viene esposto in tutti gli spogliatoi: attenzione alle contusioni alla testa - spiega - possono avere gravi effetti a lungo termine.

La delicatezza del problema è stata sottolineata da un articolo nella rivista «Lancet Neurology»: molti neurologi americani, studiosi di Alzheimer, hanno chiesto l'introduzione massiccia di nuove misure di prevenzione, come i caschi protettivi già in uso nei club giovanili dei college e nel calcio professionista femminile. La possibilità che i traumi

cerebrali ripetuti rappresentino un rischio per lo sviluppo di gravi malattie neurodegenerative quali Parkinson e Alzheimer - hanno spiegato - rappresenta una questione reale.



I DATI

Allergie raddoppiate nell'arco di 10 anni

Nell'ultimo decennio è più che raddoppiato il numero di persone che soffrono di allergie: oggi in Europa circa il 20-25% della popolazione soffre di sintomi respiratori, quali asma e rinite, dovuti ai pollini. Per i prossimi anni, hanno spiegato gli esperti, è previsto un aumento di tutte le malattie allergiche: oltre alle forme respiratorie causate da inalanti, anche le allergie ad alimenti, farmaci, veleno di insetti imenotteri, come pure le malattie dovute ad agenti presenti nei posti di lavoro. Il boom delle allergie colpisce in modo particolarmente duro i bambini. Ad esempio, sono circa due per ogni classe i bambini o i ragazzi che oggi soffrono di allergie alimentari, sono celiaci o diabetici. Gli studenti allergici sono circa il 13,5% della popolazione scolastica che, stando ai dati del Ministero dell'Istruzione supera i 7,71 milioni. Tra i bimbi più piccoli, 5mila sono a rischio di reazioni allergiche gravi che possono costare la vita. I bambini e ragazzi celiaci potenziali, poi, sono 70mila (di cui 30mila riconosciuti), mentre quelli che soffrono di diabete (di tipo 1) sono circa 50mila. Quasi settecentomila tra bambini e ragazzi, per i quali la mensa è un momento cruciale.



ELETTORI E SALUTE

di GIUSEPPE REMUZZI

Qualche tempo fa l'inserito che il Sole 24 Ore dedica alla sanità trattava delle nomine dei direttori degli ospedali della Lombardia. Una pagina intera con l'elenco di tutti i direttori divisi per affiliazione politica. L'effetto era quello di una scheda elettorale. Ho guardato questa pagina due o tre volte, non c'era direttore che non fosse accanto al simbolo del suo bravo partito. Per 15 di loro c'era persino l'area, indicata tra parentesi. Mi ha colpito, pensavo che effetto avrebbe fatto quella pagina alla gente e ancora di più agli ammalati. Ma a giudicare dalle dichiarazioni dell'assessore sbagliavo, «la logica delle nomine dei direttori è legata al peso del voto espresso dalla popolazione».

I direttori degli ospedali hanno una responsabilità enorme, che va dalla scelta degli indirizzi dell'ospedale alle specialità da privilegiare e poi devono confrontarsi con le Asl per stabilire cosa serve davvero ai cittadini, cosa vale la pena di fare negli ospedali e cosa nelle strutture private, contribuire ad eliminare programmi ridondanti, potenziare servizi che servano davvero e stabilire quanto siano appropriati gli interventi che si fanno. E non pensate sia facile. A detta di Carlo Borsani non ci riesce quasi nessuno. E poi questi direttori devono sapersi districare fra offerta e innovazione e decidere cosa serve agli ammalati, di cosa si può fare a meno e cosa invece non serve affatto, e bisogna tenere conto del fatto che oggi non c'è praticamente limite

a quello che si può fare in medicina, ma i soldi sono sempre meno.

Per competere con i migliori ospedali dell'Europa i direttori dovrebbero poter attirare medici bravi, a cominciare dai primari («Favente i brividi» — ha scritto Giovanni Belardelli sul Corriere qualche tempo fa — pensare che i primari degli ospedali possano essere scelti per appartenenza politica»). Cosa deve avere di speciale un direttore per poter fare bene tutte queste cose? Una buona testa, aver fatto buone scuole, studiare. E poi avere un buon rapporto col direttore sanitario e con i capi dipartimento, che dovrebbero essere competenti e motivati a lavorare insieme, questa di tutte è forse la cosa più difficile. Essere vicini a questo o a quel partito può essere d'aiuto? Tutt'altro, è un handicap. Quelle scelte lì si fanno bene solo se si è liberi. Ma «i direttori generali sono tenuti a rispettare il piano regionale», certo, assessore, ci mancherebbe, è proprio sulla qualità della programmazione che si misura la politica. E lì che chi governa la sanità deve esercitare il potere che gli viene dal voto. Ma i direttori non rispondono agli elettori, rispondono agli ammalati. «La percentuale dei voti della Lega si traduce in 18 direttori». No assessore, i direttori della Lega potrebbero essere 20 o nessuno, dipende da chi sono e da che cosa gli si affida. Se faranno buone scelte e daranno ai loro ammalati buoni medici e buone cure gli elettori saranno contenti, anche quelli della Lega.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BILANCI ED ESPOSTI IL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI PIZZA

«Più funzioni agli infermieri? Si rischia l'esercizio abusivo della professione»

LA DENUNCIA

Le critiche

In quindici pagine l'Ordine dei medici di Bologna punta il dito su un Documento gruppo di lavoro triage in pronto soccorso' ma anche su un documento 'Perimed'

di VALERIO BARONCINI

LA DEFINIZIONE, intanto: «Istigazione a compiere attività da non conferire a quel profilo professionale». Tradotto: esercizio abusivo della professione, l'articolo 348 del codice penale. Perché gli infermieri non possono diventare i medici e i medici avere le stesse responsabilità (penali e civili) di sempre. «Noi non vogliamo questa responsabilità», ragiona Gian Carlo Pizza, presidente dell'Ordine dei medici. Sul piatto il modello di infermiere *case manager* (che segue cioè il paziente in più fasi, accertando i problemi dei pazienti, identificando i problemi esistenti o i problemi potenziali, va-

LA QUERELLE

Il dg dell'Ausl Ripa di Meana aveva riaperto la discussione «Sempre meno risorse»

lutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente), rilanciato dal direttore generale dell'Ausl di Bologna Francesco Ripa di Meana sulle orme delle linee guida della Regione che, a inizio ottobre, erano finite in Procura su iniziativa dell'Ordine guidata da Pizza.

E ORA PIZZA rilancia: «Noi poniamo solo un problema di responsabilità: se alcuni atti medici devono essere dati agli infermieri senza modifiche del loro profilo professionale, allora noi non vogliamo questa responsabilità — aggiunge Pizza —. Non ce l'abbiamo con gli infermieri, anzi lo stimiamo. Il problema è molto sem-

plice e di facile soluzione». La Procura ha ricevuto le quindi-

Le adesioni

Contro la Regione e le linee guida si schierano anche gli ordini dei medici di Ferrara, Vercelli, Catania, Lucca, Milano, Roma, Pavia, Parma e Arezzo

ci pagine redatte da Pizza dove l'Ordine dei medici punta il dito su un 'Documento gruppo di lavoro triage in pronto soccorso' ma anche su un documento 'Perimed' presentato a livello ospedaliero a gennaio. E la protesta ora cresce: contro la Regione e le linee guida (cui l'Ausl non può che adeguarsi) si schierano anche gli ordini di Ferrara, Vercelli, Catania, Lucca, Milano, Roma, Pavia, Parma e Arezzo.

LA PROTESTA cresce ma l'Ordine dei medici dovrà tenere conto delle scelte della Regione, costretta a fare fronte a una diminuzione dei medici e delle risorse. Per quanto riguarda le critiche al progetto Perimed, con questo progetto «alla funzione prettamente

infermieristica vengono attribuite valutazioni cliniche particolari di supporto all'anestesista (infermiere valutatore insieme all'anestesista in caso di percorso a media intensità) e valutazioni da effettuarsi in piena autonomia (nel percorso a bassa intensità), lasciando alla valutazione unica dell'anestesista invece i casi complessi (percorso ad alta intensità)». Inoltre la Regione finirebbe con l'attribuire «funzioni proprie dell'arte medica in favore della professione infermieristica violando la normativa sanitaria nazionale, l'articolo 117 della Costituzione e l'autonomia scientifica e deontologica della professione medica». Critiche, queste, condivise in particolare dagli ordini di Ferrara e Parma che rischiano di vedere applicati, nei rispettivi ospedali, queste novità.



Via al ticket sulle ricette Oggi i tagli ai posti letto

Giunta al lavoro anche sul Dief. Critiche da Sel a Vendola

NESSUN ESENTE

Tra una settimana, appena pubblicata la delibera sul Burp, tutti dovranno pagare la nuova «tassa» medica

BEPI MARTELOTTA

● **BARI.** Tra una settimana (il tempo che occorre per la pubblicazione sul Bollettino ufficiale) tutti cittadini pugliesi, esenti e non, dovranno pagare 1 euro su ogni ricetta rilasciata dal medico di base o dalla Asl. Lo prevede la delibera che è stata approvata ieri dalla giunta onde adempiere agli obblighi del piano di rientro sanitario concordato con il governo.

L'atto di giunta, proposto dall'assessore **Tommaso Fiore**, ha esteso a tutti la nuova «tassa» sanitaria (che colpirà dunque anche gli esenti dal ticket sulla specialistica e la farmaceutica), inizialmente congegnata per non essere applicabile agli affetti da patologie neoplastiche (tumori), malattie croniche invalidanti e pazienti che hanno subito danni da trasfusioni o donazione d'organi (indennizzati, per questo, dalle Asl).

Ma oggi arriva in giunta anche l'annunciata «stangata» sui posti letto: la riconversione di 18 ospedali pugliesi prevista dal riordino messo a punto dalla giunta che sarà approvato in tempo con la scadenza fissata dall'accordo col governo (15 dicembre). Addio, dunque, a 1.400 posti letto (sui 2.200 previsti sino al 2011) e nuova vita (in qualche caso chiusura) per i piccoli nosocomi (con meno di 50 posti letto): nel Foggiano vengono toccati i presidi di Torremaggiore, S. Marco in Lamis e Monte S. Angelo; nella Bat Minervino e Spinazzola; nell'Asl di Bari Ruvo, Bitonto, Santeramo e Grumo (con Rutigliano e Noci che diventano poli riabilitativi); nel Lecce S. Cesario (polo riabilitativo), Maglie, Gagliano del

I SOCIALISTI

Pastore (Sel) bacchetta la giunta: mancano interventi contro gli sprechi

Capo e Poggiardo; nel Brindisino

l'ospedale di Cisternino; nell'Asl di Taranto i noscomi di Mottola e Massafra. Il piano, una volta approvato e inviato a Roma (al governo interessano solo i saldi finali), approderà a gennaio nelle commissioni e in Consiglio per «superare» i mal di pancia già manifestati anche dalla maggioranza. Slitta, invece, di qualche giorno l'approvazione da parte della giunta del Dief, il Documento di indirizzo economico-finanziario della sanità cui l'assessore Fiore sta apportando le ultime limature.

A sorpresa, sulla partita sanità arrivano bordate nei confronti del governo Vendola da parte di Sel (il partito del governatore). «Pare che non si voglia dare vita a una operazione radicale di bonifica degli sprechi e di recupero delle risorse - denuncia il socialista **Franco Pastore** - che non ve ne sia volontà». Pastore, in linea col Pdl, punta l'indice sull'acquisizione di beni e sulla necessità di «mitigare l'anarchia del sistema». Si

deve intervenire sulla spesa corrente, spiega, sulle gare per l'affidamento di servizi di gestione, sui bandi che non devono essere al massimo ribasso». Dal centrodestra, intanto, lanciano bordate. A fronte dei litigi con il ministro Fitto sulla questione internalizzazioni, sottolinea **Ignazio Zullo** (Pdl), Vendola lo scorso gennaio raccoglieva critiche sul provvedimento anche da consiglieri del Pd: «l'allora capogruppo Maniglio sollevava una serie di obiezioni



di vizi di incostituzionalità della legge che andavamo ad approvare. Invano abbiamo chiesto a più riprese di migliorare la norma per renderla costituzionale, la maggioranza con Vendola e Fiore in testa, non ha voluto darci ascolto - sottolinea - perché quello dell'internalizzazione doveva essere un loro cavallo di battaglia da non condividere con l'intero Consiglio».

Fa da contraltare il consigliere Udc **Peppino Longo**: «in un Bilancio di lacrime e sangue non posso non essere soddisfatto per i 10 milioni di euro che vengono destinati al completamento dell'ospedale della Murgia. La struttura sanitaria in costruzione sulla Statale 96 tra Altamura e Gravina rischierà di diventare una nuova cattedrale nel deserto o un altro monumento allo spreco. Da troppi anni si parla di completamento del grande ospedale e da altrettanti anni i cittadini murgiani attendono che le tante promesse vengano mantenute. Mi auguro che questi dieci milioni possano mettere la parola fine su questa vicenda».

LA PROPOSTA DI ZULLO E CASSANO

Pdl: «Troppe poltrone negli Irccs possibili risparmi per 1,5 milioni»

● «Perché l'oncologico di Bari per soli 128 posti letto ha ben 17 strutture complesse organizzate in ben 5 Dipartimenti?». A chiederlo solo **Ignazio Zullo** e **Massimo Cassano**, tornati a puntare l'indice sui costi eccessivi delle poltrone apicali a capo degli Irccs del Barese (Oncologico e De Bellis), per i quali chiedono l'accorpamento delle strutture dirigenziali onde distribuire al 50% i costi.

«Con la nostra proposta abbiamo quantificato un'economia gestionale di ben 950 mila euro e con la razionalizzazione delle strutture complesse - dicono - si otterrebbero ulteriori 600 mila euro. E quanto personale per l'assistenza ai malati oncologici si può offrire - chiedono a Fiore e Vendola - con 1,550 milioni di euro senza aggravare il bilancio della sanità di nemmeno un euro?». Nelle due strutture, continuano, «costano di più le poltrone del management» rispetto a quelle di strutture decisamente più complesse come la

PDL
Il vice-capogruppo in consiglio regionale **Massimo Cassano**



Asl di Bari. Il tutto nonostante all'Oncologico vi siano appena 128 posti letto e al De Bellis 107. Eppure, un direttore generale, i direttori sanitari, i direttori amministrativi e di presidio, il Collegio dei revisori e i Civ composti da 5 membri. Tutte «poltrone create dalla politica a guida Vendola-Tedesco». Dissente dai colleghi di banco sull'idea dell'accorpamento, invece, **Domi Lanzillotta**.

Il caso De Maria dopo la diffusione della circolare: rifarei tutto, ho solo seguito le indicazioni del ministero

Coca in ospedale, test per i medici

Chiesti dal direttore della Asl di Lecce per l'allarme a Galatina

LECCE — Via libera ai test sanitari, e all'occorrenza anche quelli anti-droga, sul personale in servizio all'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina. Il direttore generale, Guido Scoditti, (foto) ha chiesto di incrementare i controlli con lo scopo di dissipare dubbi e diffidenze nei confronti dei camici bianchi dopo l'allarme creato dalla circolare interna con cui il direttore sanitario, Giuseppe De Maria, ha esortato i dipendenti a non fare uso di cocaina.

A PAGINA 3 Della Rocca

Cocaina in corsia, via ai test sui medici

L'Asl ordina controlli rigorosi sul personale. Il primario Iandoli: «Non esageriamo»

Il manager Scoditti

«Ho incaricato di verificare lo stato di salute del personale. Ho voluto che i controlli fossero più stringenti per diradare i dubbi»

Gli accertamenti

L'esame anti-droga sarà sostenuto solo con il consenso dei dipendenti. Il sindaco Coluccia: «E' necessario far sparire le zone d'ombra»

LECCE — Era nell'aria ed è arrivato il via libera ai test sanitari, e all'occorrenza anche quelli antidroga, sul personale in servizio all'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina. Il direttore generale in persona, Guido Scoditti, ha chiesto al medico competente di incrementare i controlli con lo scopo di dissipare dubbi e diffidenze nei confronti dei camici bianchi dopo l'allarme creato dalla circolare interna con cui il direttore medico della struttura ospedaliera galatinese, Giuseppe De Maria, ha esortato i dipendenti a non fare uso di cocaina. È il secondo provvedimento che, nel giro di due giorni, ha adottato la direzione generale con l'intento di riportare la situazione nell'alveo della normalità.

L'altro ieri era scattata la sospensione con effetto immediato nei confronti di De Maria. Non sarà facile diradare le nubi e tornare ad un clima sereno considerate le fibrillazioni che scuotono in queste ore medici e infermieri, i quali non hanno mancato di manifestare fermo

disappunto per l'iniziativa del dottor De Maria che, a loro giudizio, getta sull'intero ospedale un'ombra difficile da cancellare. Spiega lo stesso Scoditti: «Ho incaricato il medico di verificare lo stato di salute del personale. I controlli vengono fatti di routine, ma in questo caso ho voluto che fossero più stringenti perché non possiamo consentire che la gente nutra dei dubbi sulla correttezza e sulla professionalità dei nostri dipendenti. È normale che una persona che si deve ricoverare a Galatina quantomeno sia sfiorata da qualche dubbio». Ma non è tutto. Il pool di ispettori inviato a Galatina «verificherà anche che le cose, in tutti i reparti, vadano come devono andare». Il medico competente, avvisa il manager «saprà bene cosa deve fare nel caso debbano essere approfonditi i controlli». Ma c'è un'altra iniziativa avviata in queste ultime ore dall'azienda sanitaria leccese: un patto con il Comune per placare gli animi all'interno del nosocomio e rassicurare i cittadi-

ni sul suo perfetto funzionamento.

Ieri mattina, a questo scopo, si sono incontrati il direttore sanitario della Asl, Franco Sanapo e il sindaco di Galatina, Giancarlo Coluccia. «Vogliamo far sparire le zone d'ombra che hanno ammantato non solo l'ospedale ma anche l'intera città - fa sapere il primo cittadino - in seguito all'impatto mediatico che ha avuto l'iniziativa del dottor De Maria. Il tutto va riportato nella giusta dimensione». Coluccia non risparmia critiche al direttore medico: «Avrebbe dovuto rapportarsi ai suoi superiori così come io riferisco al prefetto o agli organi di polizia certe situazioni». Si attendono anche le prime mosse della Procura, cui l'Asl ha trasmesso la circolare di De Maria. I medici, dal canto loro, non restano indifferenti. Il primario di Chirurgia del «Santa Caterina Novella», Ruggero Iandoli, puntualizza: «L'ospedale di Galatina non è la centrale del vizio. I controlli vanno bene, ma siano estesi a tutti gli ospedali. Queste sono situazio-

ni che, se non ben gestite, possono diventare pericolose. Ma oggi, noi, sulla questione della cocaina ci scherziamo sopra perché siamo consapevoli che è un falso problema e non vorremmo che allontanasse l'attenzione dalle problematiche reali con cui ci confrontiamo ogni giorno».

Dopo il siluramento di Giuseppe De Maria, l'ospedale sarà guidato direttamente dal direttore sanitario dell'Asl Franco Sanapo con l'aiuto della dirigente medica del «Vito Fazzi» di Lecce, Patrizia Ciminiello. Intanto, i politici prendono posizione sul caso. Aurelio Gianfreda (Idv), presidente della IV Commissione regionale per lo



Sviluppo economico, interroga l'assessore alla Sanità, Tommaso Fiore. Chiede: «Se prima di procedere alla sospensione del dottor Giuseppe De Maria non sarebbe stato opportuno promuovere un'indagine amministrativa al fine di conoscere se la circolare diffusa dal medico abbia procurato allarme ingiustificato oppure se la stessa abbia messo in evidenza un problema presente, anche se limitato a qualche operatore dell'ospedale di Galatina». I consiglieri regionali del Pdl, Rocco Palese, Antonio Barba, Erio Congedo, Roberto Marti, Mario Vadrucci e il consigliere della Puglia prima di tutto, Andrea Caroppo, giudicano «incomprensibile ed ingiusta la sospensione del direttore sanitario, reo semplicemente di aver fatto il proprio dovere, disponendo di non fare uso di droga in ospedale». Il deputato salentino dell'Udc, Lorenzo Ria, considera «eccessivo l'aver deciso di sanzionare il direttore De Maria solo perché, pur attraverso un metodo discutibile, è intervenuto con coraggio e tempestività su una questione delicata e gravissima».

Antonio Della Rocca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La procedura

Lo schema

Ogni operatore sanitario può volontariamente sottoporsi ai test antidroga che, invece, sono contemplati come obbligatori in uno schema d'intesa Governo-Regioni per una serie di categorie «sensibili».

Il questionario

Le Asl possono far compilare al personale, in forma anonima, appositi questionari da cui si può evincere se il dipendente fa uso di stupefacenti.

» **Ricerca** Roberto Chignola, dell'ateneo di Verona, ci ha lavorato per dieci anni

Cancro, scoperto il «muro» ai farmaci

VERONA - Un «muro» che impedisce l'efficacia di farmaci chimici e altri rimedi come la radioterapia. È una forma di difesa adottata dai tumori che è stata scoperta da due studiosi: Roberto Chignola, del dipartimento di Biotecnologie dell'Università di Verona e Edoardo Milotti, del dipartimento di Fisica dell'Università di Trieste. Una novità che potrebbe cambiare, in futuro, la lotta contro il cancro a cominciare dalla metodologia. Lo studio, infatti, è avvenuto a partire da una simulazione al computer. «Per metterla a punto ci abbiamo impiegato dieci anni - spiega Chignola - e rappresenta l'unico modo per studiare un tumore molto piccolo, le cui dimensioni non permettono ancora

l'individuazione da parte dei medici».

E proprio nei tumori ancora molto ridotti si presenta una forma di resistenza non precedentemente notata: «Gli spazi tra le cellule tumorali permettono la creazione di flussi in grado di respingere i trattamenti clinici - prosegue Chignola - un fenomeno che avviene a causa dell'assenza di vasi linfatici, presenti invece nelle cellule sane». Lo studio, dal titolo «Dinamica del microambiente tumorale in un modello computazionale real-life della crescita tumorale» è stato pubblicato il 30 novembre da *Plos One*, una nota rivista scientifica internazionale. Il lavoro dei due ricercatori è stato interamente finanziato dal-

l'Istituto nazionale di Fisica Nucleare. Secondo Giovanni Vallini, direttore del dipartimento di Biotecnologie dell'ateneo veronese «i risultati ottenuti sin qui promettono di svelare aspetti della patologia tumorale mai osservati in precedenza, che potrebbero chiarire i meccanismi di resistenza ai trattamenti antitumorali. Merito anche di un approccio multidisciplinare che permette lo sviluppo di nuove strategie di analisi che vanno oltre la tradizionale metodologia delle scienze biomediche, mettendo assieme contributi da aree apparentemente lontane come la fisica, la matematica computazionale, la biologia e la medicina». (d.o.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Studioso
Roberto
Chignola

