

La menopausa

CHE COS'È

È la perdita delle variazioni ormonali che inducono il ciclo, rendono fertili e sostengono la gravidanza. Inoltre induce mutamenti che riguardano la vitalità dei tessuti (in particolare ossa e pelle)



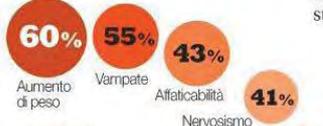
Sintomi psichici

- Difficoltà di concentrazione
- Disturbi del sonno: difficoltà ad addormentarsi, risvegli notturni con sudorazione
- Depressione nel 30% dei casi

Le vampate

Sono improvvisi rialzi della temperatura corporea e sudorazione. Durano in media 6 minuti. Ne soffre il 60% delle donne per due anni dopo la scomparsa dell'ultimo ciclo.

Frequenza dei principali disturbi



Fattori che anticipano

- Fumo
- Malnutrizione
- Magrezza
- Abuso di alcol
- Bassa statura

50 anni

è l'età media in cui si verifica l'ultimo ciclo

Ossa

Osteoporosi, aumenta il rischio di fratture, anche per traumi lievi. È la conseguenza del calo degli estrogeni che inducono un aumento del normale riassorbimento dell'osso

Tumore al seno

La menopausa e i relativi disturbi hanno anche un risvolto positivo: una azione protettiva per la riduzione di estrogeni e progesterone. **"Meglio evitare la terapia sostitutiva immediata"**

Vampate di calore? Più sono intense meno rischi in agguato

GIUSEPPE DEL BELLO

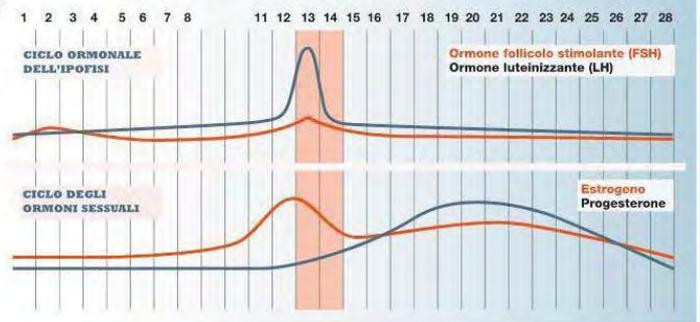
Per gran parte delle donne sono fastidiosissimi disturbi, per la scienza rappresentano una protezione da alcuni tumori. È il rovescio della medaglia di cui arriva conferma da un recente studio del Fred Hutchinson Cancer Research Center di Seattle secondo cui le donne che in menopausa sviluppano vampate di calore corrono meno il rischio di ammalarsi di tumore al seno. E più sono frequenti e intense le crisi e gli altri sintomi, come la sudorazione, maggiore è la protezione.

Secondo l'epidemiologo Christopher Li, autore senior della ricerca, il diminuito rischio dipende dalla riduzione di estrogeni e progesterone, a sua volta causata dalla cessazione della funzione ovarica. Nello studio so-

no state intervistate 1.437 donne in post menopausa: di queste, 988 avevano avuto diagnosi di carcinoma e 449 erano risultate indenni. Tutte sono state interrogate su vampate di calore, sudorazioni, insonnia, secchezza vaginale, sanguinamento mestruale, depressione e ansia. I risultati rivelano una riduzione del 40/60% del rischio di carcinomi duttale e lobulare (i più comuni) tra le donne afflitte da vampate di calore. «I sintomi della menopausa», spiega Li, «sopravvengono quando i livelli ormonali fluttuano o precipitano». «Lo studio conferma il ruolo di estrogeni e progesterone come facilitatori del cancro mammario», osserva Annamaria Colao, ordinaria di endocrinologia alla Federico II di Napoli, «I sintomi vasomotori si manifestano all'inizio della menopausa quando si riducono i livelli di estrogeni. Serve più pazienza, troppo spesso la terapia sostitutiva estroprogestinica viene prescritta immediatamente, senza dare il tempo di abituarsi al nuovo stato clinico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli ormoni sessuali durante il ciclo normale



Come ottimizzare i network oncologici

DI FEDERICO LEGA, MARCO SARTIRANA E VALERIA D. TOZZI *

Multidisciplinarietà, evidence based medicine, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico, centralità del paziente sono le questioni che aggregano intorno al tema delle reti cliniche comunità professionali, classe politica e manager. A partire dal 2002 vi è stata una costante presenza del tema delle reti cliniche nei Piani sanitari regionali che, in alcuni casi, hanno recepito esperienze in fase di consolidamento, in altri hanno "annunciato" il decollo delle progettualità.

Il dibattito sui modelli di rete e sulla verifica dei risultati prodotti è intenso anche a livello internazionale (soprattutto nel Regno Unito dove i clinical networks hanno già una consolidata esperienza): l'analisi dei contributi consente di affermare che le reti hanno aumentato la multidisciplinarietà, la specializzazione delle strutture di offerta e l'adeguamento alle linee guida internazionali e garantito maggior equità di accesso alle cure. Tuttavia non sono ancora disponibili evidenze in termini di miglioramento di outcome clinici e non mancano le criticità relative alla burocratizzazione dell'azione medica.

Nel Rapporto Oasi 2010 del Cergas Bocconi si presenta una prosecuzione della ricerca sulle reti cliniche, avviata nel 2009, approfondendo l'osservazione sulle reti oncologiche di Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Toscana. La ricerca è stata supportata da Roche e dalla partnership con Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica) e Cipomo (Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri).

Sono stati coinvolti, da un lato, i referenti dei progetti regionali per conoscere gli assetti di governance e, dall'altro, i primari di Oncologia medica (attraverso la somministrazione di un questionario) per valutare l'impatto dei progetti di rete sulla pratica e l'organizzazione dell'assistenza al malato e gli strumenti di governo clinico adottati per la diagnosi e cura di tre big killers: il cancro del colon retto, della mammella e del polmone.

L'analisi ha mostrato come l'obiettivo

principale con cui sono nate le reti sia di sviluppare la clinical governance e ridurre la variabilità professionale soprattutto tra centri con diversi livelli di specializzazione e volumi di casi. I sei casi studio rappresentano modelli organizzativi e assetti di governance molto differenti. Si tratta di modelli non rigidi, ma in costante evoluzione per le contingenze della comunità professionale, della riorganizzazione della rete di offerta e delle priorità di politica sanitaria. Molteplici sono le soluzioni osservate: dalla nascita di nuovi soggetti istituzionali (come nell'esperienza della rete oncologica toscana) al coordinamento interaziendale della rete

del Piemonte e della Valle d'Aosta al Dipartimento regionale del Friuli Venezia Giulia.

Ogni modello presenta livelli diversi di formalizzazione e il ruolo della Regione, delle aziende sanitarie e delle comunità professionali è straordinariamente diverso. Si è visto inoltre come l'equilibrio tra economie di scala e di specializzazione richieda di identificare bacini sub-regionali per la gestione degli aspetti organizzativi della rete, di dimensioni comprese tra 500mila e 1,5 milioni di abitanti. Di fatto numeri simili (di poco inferiori) alle esperienze del cancer network inglesi. Di seguito alcune riflessioni emerse dall'analisi comparativa dei casi.

1. La rete oncologica è principalmente una questione professionale. La rete ha supportato il consolidamento delle relazioni monoprofessionali per il 40% dei primari che hanno risposto al questionario e sostenuto l'apertura alle altre professionalità complementari rispetto alla gestione del malato nel 50% delle risposte ricevute.

2. La rete produce processi di apprendimento non solo professionale ma anche manageriale: in circa il 60% dei rispondenti, l'appartenenza alla rete e la partecipazione alle iniziative a essa collegate hanno migliorato le capacità professionali e manageriali. Per gli oncologi dei progetti Rol, Itt, Rete della Romagna e Pa di Trento si è osservata un'evoluzione contemporanea di entrambe le capacità men-

tre per la Rop e per gli oncologi friulani è stata prevalente quella professionale.

3. Il management delle aziende sanitarie è poco o per nulla coinvolto nello sviluppo della rete: essa è percepita quale fenomeno dell'ambiente professionale e non interviene nella relazione tra il management e i professionisti. Inoltre solo in pochi casi direttori generali o sanitari partecipano agli organi istituzionali di rete.

4. La rete esprime attese di comportamento chiare e ben note agli oncologi: per l'80% dei rispondenti il progetto ha obiettivi espliciti, identificabili principalmente (in ordine decrescente di importanza) nella riduzione della variabilità professionale, nella capacità di copertura del fabbisogno di cura a livello regionale, nello sviluppo di competenze per l'assistenza al malato e la ricerca di maggiore efficacia clinica. Si tratta di obiettivi che rappresentano le attese di comportamento nei confronti degli operatori e che si ritrovano in tutti i contesti analizzati. Si osserva un generale allineamento tra gli obiettivi dichiarati dai referenti regionali e quelli espressi dai dirigenti delle Unità operative di Oncologia.

5. L'attività di ricerca non viene influenzata dalla rete: fatta eccezione per quella romagnola (unica rete priva di un'università) si osserva una diffusa percezione sul fatto che non vi sia stata un'azione "di rete" per il governo della ricerca. La rete non ha ancora maturato specifici orientamenti rispetto ai temi di ricerca prioritari; sono ancora le comunità professionali localizzate all'interno delle singole aziende a definire i protocolli di ricerca.

6. La rete ha trasformato i modelli di assistenza: percezione diffusa è che il cambiamento più rilevante sia stato la trasformazione dei modelli di assistenza. Tale valutazione è rilevata in modo abbastanza uniforme all'interno del campione (62%) ed è relativa alla modifica dell'organizzazione dei servizi e a nuove forme di organizzazione del lavoro dell'oncologo: gate di ingresso alla rete (a esempio punti unici di accesso), alla progettazione di meccanismi di invio dalle struttu-



re ospedaliere a quelle territoriali e alla revisione di quelli tra le Uo della medesima azienda. Ancora poco diffuse (segnalate da poco meno del 10% dei rispondenti) sono le pratiche routinarie di audit, per concertare all'interno di team multi-professionali l'intervento sul malato.

7. Le performance dei servizi sono migliorate soprattutto in termini di appropriatezza: le risposte fornite dai primari indicano una più capillare aderenza alle linee guida (68% circa), una maggiore attenzione alla qualità percepita dal paziente e la riduzione dei tempi di diagnosi (40% circa).

8. La rete non ha contribuito al miglioramento della gestione delle risorse e al-

l'accesso all'innovazione: in modo pressoché unanime viene evidenziato che il progetto di rete non ha toccato né la dotazione né le modalità di gestione del personale (medico, infermieristico, amministrativo e dell'assistenza). Con percentuali che variano tra il 64 e il 79% dei rispondenti viene evidenziato che non vi è stato alcun miglioramento nella dotazione e nella gestione delle risorse mediche, infermieristiche, amministrative e dell'assistenza in generale. Importante (65%) è la percezione che il progetto di rete non abbia agevolato la disponibilità di farmaci (soprattutto di ultima generazione).

9. Occorre intervenire sui sistemi informativi: gli oncologi segnalano l'urgenza dei seguenti miglioramenti: il sistema informativo per la condivisione delle informazioni del malato, gli strumenti di verifica delle performance dei servizi e i meccanismi di invio del paziente tra Uo di oncologia.

10. Il tema della rete è strategico non solo per la tutela dei servizi per la patologia oncologica ma anche per supportare lo sviluppo della comunità professionale.

La ricerca ha acceso i riflettori su un fenomeno nuovo e di attualità in Italia e all'estero. Molto tuttavia è ancora da fare. Molte reti sono ancora sulla carta e molte hanno ancora diffusione a "macchia di leopardo". Acquisire consapevolezza della genesi di ciascun modello e delle condizioni di forza e debolezza è uno degli obiettivi di studi di questo tipo. Il rischio che si intravede, a fronte del continuo fermento istituzionale sul tema e quello di mimesi asettica dei modelli maturi, il cui successo deriva da condizioni caratterizzanti il territorio regionale, la comunità professionale e le aziende sanitarie.

* Cergas Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Clinical governance,
obiettivo primario
Nessun vantaggio
su costi e operatori**

All'esame delle Regioni il progetto per "istituzionalizzare" la partnership tra centri specialistici

Tumori rari, c'è voglia di rete

L'obiettivo: diagnosi a distanza e teleconsulti per cure migliori in tutta Italia

L'identikit della rete

COS'È LA RETE

La Rete tumori rari è una collaborazione permanente tra centri oncologici distribuiti su tutto il territorio, per migliorare la qualità di cura ai pazienti portatori di neoplasia rara, nell'ambito dei tumori "solidi" dell'adulto

SCOPI DELLA RETE

Migliorare la cura dei tumori rari in Italia. Primo scopo della rete è migliorare l'assistenza fornita ai pazienti con tumori rari solidi dell'adulto. Questo avviene innanzitutto attraverso la condivisione a distanza di casi clinici tra due o più centri della rete. Inoltre, vengono stabiliti dei criteri condivisi di diagnosi e cura, mediante linee guida per la pratica clinica

Favorire la ricerca sui tumori rari. Il contributo è indiretto, attraverso il riferimento dei pazienti verso gli studi clinici in atto presso i centri oncologici italiani. Il contributo è diretto, quando si ricavano informazioni nuove dal data base clinico della rete. In alcune situazioni la stessa rete può promuovere studi clinici. Infine, il data base della rete può essere collegato all'informazione sulla disponibilità di materiali biologici secondo il modello delle "banche dei tessuti" virtuali

FUNZIONAMENTO DELLA RETE

Condivisione dei casi clinici a distanza. La rete è utilizzata innanzitutto per condividere casi clinici a distanza. Un centro clinico, che ha in carico un paziente con tumore raro, può consultare attraverso la rete un centro clinico provvisto di expertise sulla neoplasia. Quest'ultimo funge da centro "provider" di teleconsultazioni per quanto riguarda quella neoplasia, verso il centro clinico "user" che ne beneficia. Naturalmente un centro "user" per una neoplasia può fungere da "provider" per un'altra, e viceversa

Data base di rete. I casi condivisi alimentano un data base di rete. In esso si trovano le informazioni fondamentali sul paziente e su tutte le "transazioni" che hanno avuto luogo in rete. Il data base di rete è accessibile da ogni centro aderente per quanto riguarda i casi da esso inseriti o con esso condivisi

Linee guida per la pratica clinica. La rete provvede a realizzare linee guida per la pratica clinica sui tumori di competenza. Questa attività è utile a indirizzare l'iter diagnostico-terapeutico nei casi tipici, anche se la specificità dei casi di tumore raro e l'expertise multidisciplinare che il loro trattamento comporta richiedono spesso una condivisione del singolo caso

L'unione, si sa, fa la forza. Ancora di più se si combattono i tumori rari che oggi colpiscono ben 67mila italiani all'anno, più del 20% di tutti i malati oncologici. Per questo è nata oltre dieci anni fa, nel 1997, una rete che oggi mette insieme su "base volontaria" oltre cento centri oncologici - di ospedali, Asl e strutture private - per garantire cure e diagnosi migliori ai pazienti grazie a teleconsulti e scambio a distanza di analisi e referti. Rete che ora punta a fare un salto di qualità: diventare parte integrante del Ssn, non solo sul fronte delle cure, ma anche su quello della ricerca e della produzione di linee guida. Il progetto è all'esame della Conferenza Stato-Regioni e dovrebbe essere licenziato nelle prossime settimane. L'idea è far aderire le Regioni alla rete, insieme al ministero della Salute e a quello dell'Innovazione con uno stanziamento sotto il milione di euro per gestire le spese di coordinamento.

Ma qual è l'identikit della rete e a cosa punta? Primo scopo della rete è migliorare l'assistenza fornita ai pazienti con tumori rari solidi dell'adulto, come, a esempio, i sarcomi, il Gist o il tumore gastrointestina-

le stromale. Finora la rete ha coperto essenzialmente i sarcomi. L'intenzione, però, in futuro è quella di estendere progressivamente la copertura a tumori del sistema nervoso centrale; tumori della testa e del collo; tumori del fegato; mesotelioma; tumori neuroendocrini e tumori rari genitali.

La rete è utilizzata innanzitutto per la condivisione di casi clinici a distanza. Un centro clinico, che ha in carico un paziente con tumore raro, può consultare attraverso la rete un centro clinico provvisto di "expertise" sulla neoplasia. Quest'ultimo svolge il ruolo di centro «provider» di teleconsultazioni per quanto riguarda quella neoplasia, verso il centro clinico «user» che ne beneficia. Naturalmente un centro «user» per una neoplasia può fungere da «provider» per un'altra, e viceversa. «Questo riflette - avverte il progetto all'esame dei tecnici delle Regioni - l'esigenza di expertise iperspecialistici e multidisciplinari sui tumori rari, quali evidentemente non sono facilmente reperibili nella singola istituzione, anche di eccellenza, e comunque nel territorio». I dettagli clinici del caso vengono condivisi in rete, attraverso uno strumento accessibile via web: «Lo strumento attualmen-

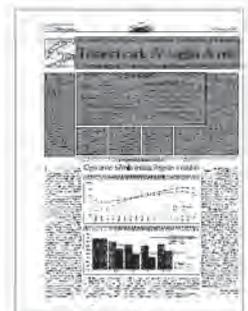
te sviluppato - avverte ancora il documento - fornisce tutte le garanzie di sicurezza e protezione dei dati sensibili, previste in particolare dalle normative vigenti». Le informazioni condivise sono spesso testuali, ma possono anche comprendere "imaging medicale" (come la Tac o le Risonanze magnetiche). Anche le immagini istopatologiche possono essere condivise, «anche se la revisione istopatologica è in genere effettuata mediante invio fisico del campione»: l'invio del campione si accompagna in ogni caso all'inserimento del caso in rete, e l'esito della consultazione viene ugualmente inviato in rete.

La Rete nazionale dei tumori rari dovrà ovviamente interfacciarsi con le reti oncologiche regionali già attivate in diverse Regioni, «in tal modo rafforzandole e rafforzando se stessa». E i suoi compiti non finiscono qui. Attraverso la sua attività clinica la rete contribuirà alla ricerca: sia indirettamente «attraverso il riferimento dei pazienti verso gli studi clinici in atto presso i centri oncologici italiani», ma anche direttamente, «quando si ricavano informazioni nuove dal data base clinico della rete». In alcune situazioni, inoltre, la stessa rete potrà promu-

vere studi clinici o rendere disponibili materiali biologici «secondo il modello delle banche dei tessuti virtuali».

Infine la rete provvederà a realizzare linee guida per la pratica clinica sui tumori rari: «Questa attività - spiega il documento - è utile a indirizzare l'iter diagnostico-terapeutico nei casi tipici, anche se la specificità dei casi di tumore raro e l'expertise multidisciplinare che il loro trattamento comporta richiedono spesso una condivisione del singolo caso».

pagine a cura di
Mario Bartoloni



Se ne prendono troppi e in modo sbagliato, si sospende la cura senza ultimarla, si somministrano nell'influenza, si ingeriscono con gli alimenti non controllati. Così gli agenti patogeni si rafforzano sempre di più. Per questo parte una campagna

Antibiotici

Ecco la giusta dose per non renderli inutili

IRMA D'ARIA

Ogni giorno in Italia circa un milione e mezzo di persone (2,5% della popolazione) assume, al di fuori dell'ambito ospedaliero, un antibiotico. Un dato, stimato dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), che colloca l'Italia ai primi posti in Europa per consumo di antibiotici e che ci espone al rischio di non poter disporre più, in un futuro ormai prossimo, di alcuna cura per le infezioni. Per questo, in linea con l'Oms e lo European Centre for Disease Control, l'Aifa, con l'Istituto superiore di sanità e il patrocinio del [ministero della Salute](#), ha realizzato la terza edizione della campagna "Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela".

«Gli antibiotici — spiega Annalisa Pantosti, direttore del reparto di malattie batteriche, respiratorie e sistemiche dell'Istituto superiore di sanità — sono farmaci che agiscono contro i batteri che, però si attrezzano per resistere al loro attacco». Per questo è fondamentale che la prescrizione del medico sia mirata. «Di solito — precisa Pantosti — solo dopo il fallimento dell'antibiotico a largo spettro, che agisce su batteri diversi, si passa ad antibiotici selezionati con gli appositi esami».

Ma quali sono le cause di una resistenza così diffusa? Una è l'uso degli antibiotici per ridurre il rischio di infezioni di massa negli allevamenti intensivi. «La normativa nazionale — dichiara Gaetana Ferri, direttore generale della Sanità animale e del farmaco veterinario del [ministero della Salute](#) — stabilisce precisi tempi di sospensione delle terapie prima della macellazione che variano da un minimo di una settimana a un massimo di

30-40 giorni. Se tutti i controlli previsti dalla legge vengono rispettati, il rischio che gli antibiotici dall'animale finiscano a tavola sono limitati». A meno che i prodotti non arrivino da paesi extraeuropei che non si sono dati delle regole.

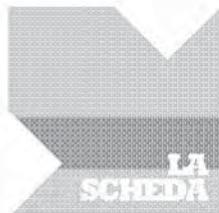
Poi c'è l'uso improprio. «Gli errori più frequenti — spiega Walter Marrocco della Federazione dei medici di famiglia (Fimmg) — riguardano dosi e durata della cura. Spesso il paziente appena si sente meglio interrompe la cura o diminuisce il dosaggio. Ma così si selezionano quelli più forti e se in seguito avremo bisogno di nuovo dello stesso farmaco è molto probabile che fallisca». Altro errore prendere l'antibiotico per malattie da raffreddamento (causate da virus e non da batteri).

Questi comportamenti, multipli-

cati per milioni di persone e decenni di trattamento, hanno reso gli antibiotici disponibili sempre meno efficaci tanto che ogni anno fino a 400mila pazienti sono colpiti da infezioni che mostrano una resistenza più o meno estesa a questi farmaci. Nel frattempo la ricerca medica non è riuscita a scoprirne di nuovi. «Ci siamo illusi — spiega Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri — di avere tutti gli antibiotici per combattere gli agenti infettivi e la ricerca si è fermata, ma ora bisogna cercare nuove armi terapeutiche in grado di combattere contro i batteri più resistenti». Come il "superbatterio" NDM-1, originario dell'India e comparso anche in alcuni paesi europei. In base a uno studio pubblicato su *The Lancet Infectious Diseases*, si tratta del batterio resistente alla maggior parte degli antibiotici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel frattempo la ricerca non scopre nuove molecole. L'arrivo dall'India del perbatterio contro il quale non abbiamo armi



LA SCOPERTA DELLA PENICILLINA

La scoperta avvenne per caso. Per studiare i batteri, Fleming faceva delle colture. Si tratta di capsule di vetro con uno strato di gelatina e altre sostanze nutritive. Messa sopra, si moltiplicano occupando progressivamente la superficie, modificandola in modo evidente dove sono cresciuti.

In una di queste colture Fleming notò delle chiazze, aree dove i batteri si erano fermati. Al microscopio vide che nelle chiazze si erano installati dei microrganismi, delle muffe del tipo *Penicillium*. Di qui l'isolamento della sostanza che bloccava la crescita dei batteri battezzata penicillina.



Era il 12 febbraio del 1941, il paziente era un soldato al fronte. Ma il primo a intuire il potere benefico delle muffe fu un italiano, già nel 1895

Il giorno che la penicillina salvò la prima vita a un uomo

La storia della scoperta del primo antibiotico passa attraverso tre date, 1895, 1928, 1941, così lontane tra loro. Infatti, anche se la storia ci consegna la penicillina legata al nome di Alexander Fleming, trent'anni prima del biologo inglese a capire e documentare il potere delle muffe fu Vincenzo Tiberio, giovane medico di origine molisana. Una storia di cui si torna a parlare in occasione del prossimo 12 febbraio, data in cui nel lontano 1941 si comprese la potenza terapeutica degli antibiotici: la penicillina salvò un uomo dalla setticemia, solitamente mortale.

«Vincenzo Tiberio — spiega Salvatore De Rosa dell'Istituto di chimica biomolecolare (Icb) del Cnr di Pozzuoli — è il vero papà della penicillina anche se tale merito non gli è stato ancora riconosciuto pubblicamente». Per questo motivo, la Imago Film ha realizzato un documentario che ripercorre vita e studi del medico molisano fino alla scoperta della penicillina. Tiberio notò che gli abitanti della casa dove era ospite, erano colti da infezioni intestinali ogni volta che il pozzo, che dava acqua per i fabbisogni quotidiani, era ripulito dalle muffe. Questi disturbi cessavano al riformarsi delle muffe sui

bordi del pozzo. «Per il giovane non fu difficile — spiega De Rosa — stabilire una connessione tra i due eventi». Il primo documento firmato da Tiberio sul potere degli antibiotici porta la data del 1895 ed è tuttora conservato negli archivi dell'Università di Napoli.

L'altra data importante è quella del 1928 quando Fleming osservò l'impedimento della crescita di batteri da parte della muffa *penicillium notatum*. Ma anche questa volta la scoperta restò "in sospeso" e soltanto molti anni dopo, nel 1939, un gruppo di ricercatori dell'Università di Oxford, guidati da Howard Florey ed Ernst Boris Chain, sviluppò i metodi per l'analisi della penicillina e per la sua produzione su larga scala. Ma la prima applicazione medica risale al 1941. «Durante la Seconda guerra mondiale — spiega De Rosa — si notò che molti soldati, come in tutte le guerre, morivano non per la ferita in sé, ma per l'infezione. Si sperimentò l'uso della penicillina che portò alla guarigione di un ammalato di setticemia in sole ventiquattr'ore».

(i. d'a.)

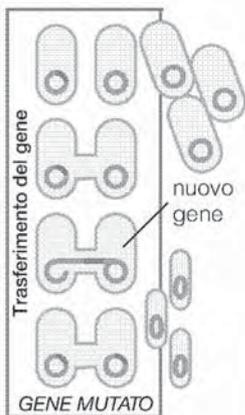
1 LA RESISTENZA

Batterio
resistente all'antibiotico non resistente all'antibiotico

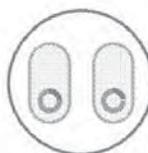


Il batterio con il gene mutato può anche trasferirlo ad altri batteri

Ad ogni divisione del batterio il suo Dna genera due copie. Ma non sono identiche all'originale perché in alcuni geni si sono verificate mutazioni e funzionano in modo diverso dagli originali



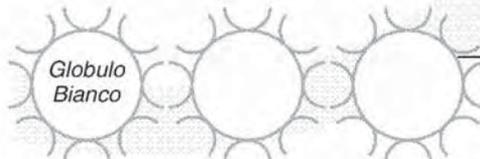
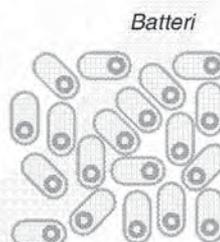
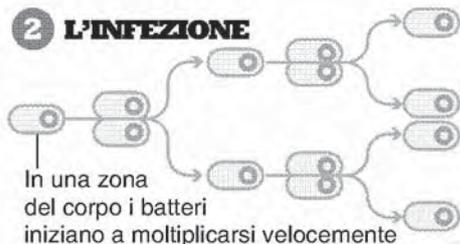
Se il gene mutato è quello su cui agiva l'antibiotico, il nuovo batterio sarà resistente



Il batterio non resistente diventa resistente. In presenza dell'antibiotico, solo i batteri antibiotico-resistenti sopravvivono



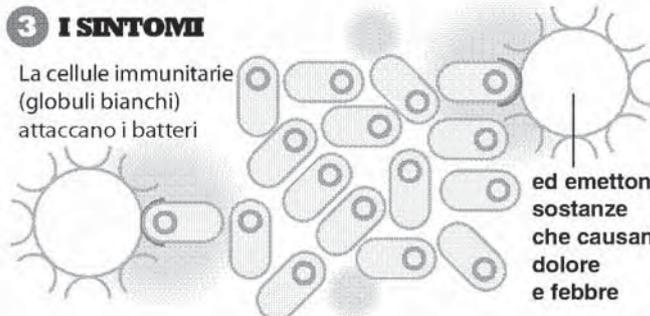
2 L'INFEZIONE



Il sistema immunitario si accorge del pericolo

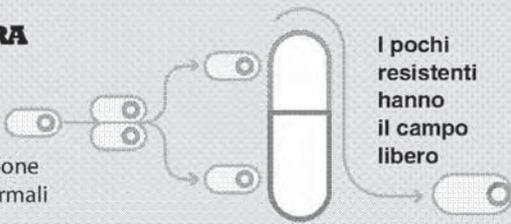
3 I SINTOMI

Le cellule immunitarie (globuli bianchi) attaccano i batteri



4 LA CURA

Arriva l'antibiotico che blocca la moltiplicazione dei batteri normali



I pochi resistenti hanno il campo libero

5 IL MIGLIORAMENTO

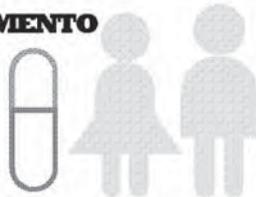
I batteri normali sono distrutti rapidamente



Il sistema immunitario rallenta l'aggressione, febbre e dolore calano

6 IL PROLUNGAMENTO

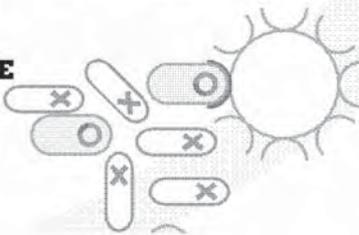
I sintomi scompaiono ma si prendono gli antibiotici per ancora 3 giorni minimo



I batteri normali superstiti non possono moltiplicarsi

7 L'ELIMINAZIONE

L'attacco immunitario, anche se meno intenso, può concentrarsi sui batteri resistenti e li elimina

**SELEZIONE DEL CEPPO RESISTENTE**

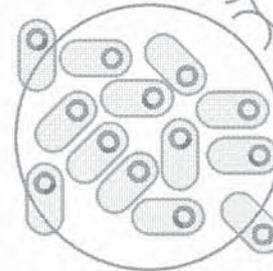
Se si sospende l'antibiotico appena si sta meglio, i batteri sensibili riprendono vigore



Il sistema immunitario, nel frattempo divenuto meno aggressivo, ne lascia vivi molti



Compresi quelli del nuovo ceppo di batteri resistenti che rimangono silenti nel corpo pronti a invadere il corpo giorni, mesi anche anni dopo, appena le difese si abbassano



È questa la selezione dei ceppi resistenti, che si innesca ogni volta che nel corpo arrivano antibiotici in modo improprio

Come quando si prendono per l'influenza o si mangiano carni di animali da allevamento contaminate da questi farmaci



Si moltiplicano le pubblicazioni per la terza età in palestra, i centri sportivi degli ospedali offrono allenamenti personalizzati. Ma l'ideale per vivere a lungo è **cominciare almeno dieci anni prima**

Over 65

Respiro e movimento le ricetta del medico per l'ora di ginnastica

SARA FICOCELLI

Se fossimo in grado di dare a ciascuno la giusta dose di nutrimento e di esercizio fisico avremmo trovato la strada per la salute: scriveva Ippocrate 2400 anni fa. Il padre della medicina non sbagliava. Oggi sappiamo che dieta ed esercizio fisico sono la chiave per invecchiare bene e vivere a lungo. Si moltiplicano le pubblicazioni, in un'Italia dove il 25% della popolazione è già over 65: da *Anziani in palestra*, dell'Istituto di medicina dello sport-Fmsi di Torino a *Il manuale motorio, miglioramento dell'autosufficienza e miglioramento fisico nella persona anziana* (Michele Panzarino, Mario Bellucci e Carmelo Bazzano, edito dal Comune di Roma).

Ma che tipo di attività fisica deve fare un over 65 per mantenersi in forma? «La scelta —

spiega Antonio Sgadari, geriatra e direttore del centro fitness del Policlinico Gemelli di Roma — dipende dall'età e dalle condizioni psicofisiche della persona. L'attività fisica può essere usata come un farmaco, ma è bene che l'anziano, prima di mettersi in moto, si faccia fare una "prescrizione di esercizio fisico" da uno specialista». Ed è questo ciò che fanno nei centri fitness di alcuni ospedali (a Torino come a Roma), dove un'équipe di geriatri e medici dello sport valuta le condizioni clinico-funzionali dei soggetti e li guida verso un allenamento individualizzato, con attrezzature computerizzate di ultima generazione. I protocolli di allenamento, oltre che per i sani, sono studiati per persone con diabete mellito, malattie delle coronarie, obesità, osteoporosi, ipertensione arteriosa e lombalgie croniche, e possono

essere individuali o di gruppo.

«È ormai provato scientificamente — spiega Diana Barbara Piazzini, fisiatra e docente in medicina fisica e riabilitazione presso il Gemelli di Roma — che l'esercizio fisico è uno strumento fondamentale nella prevenzione e nella cura delle disabilità della terza età. Gli esercizi e le metodologie consigliate sono tante: la ginnastica posturale globale, la back school, lo yoga, il feldenkrais, il tai chi, il pilates. Grazie alla loro "dolcezza", questi esercizi possono essere praticati anche da chi ha superato i 65 anni». Le ginnastiche posturali, che sono le più utilizzate nella terza e nella quarta età, devono essere quindi eseguite con lentezza e semplicità, così da non richiedere sforzi eccessivi ai muscoli e alle articolazioni invecchiate.

«Questi tipi di allenamento —

Gli esercizi e le metodologie consigliate sono quelli dolci: posturale globale, back school, yoga, feldenkrais, tai chi, pilates

continua la Piazzini — devono insegnare la respirazione corretta, fondamentale per l'ossigenazione dei tessuti e invece spesso trascurata, e favorire il rinforzo e l'allungamento muscolare e la mobilità articolare. Se le condizioni fisiche lo permettono, vanno accompagnati da esercizi sotto carico, in piedi, perché la forza di gravità migliora la densità di massa ossea, contenendo l'osteoporosi». L'esperta ricorda che sono fondamentali anche gli esercizi per la correzione della postura, che devono coinvolgere globalmente e contemporaneamente tutte le parti del corpo (da qui il termine di ginnastica «posturale globale») e che è importante dare spazio a tutte le attività finalizzate al miglioramento della coordinazione motoria, della stabilità posturale e dei movimenti automatici, per la prevenzione del rischio di cadute.

«Per arrivare alla soglia della terza età in buona forma fisica — conclude Sgadari — dobbiamo comunque muoverci per tempo. I geriatri oggi insistono molto affinché i cinquantenni prevenivano il declino funzionale e la comparsa di malattie croniche e dell'obesità grazie ad un esercizio fisico regolare e quotidiano. La parola d'ordine deve essere progressività: camminare un chilometro al giorno è ad esempio un ottimo modo per combattere la sedentarietà e abituare il fisico al movimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STUDIO

“Se sei anziano e cammini veloce vivrai almeno dieci anni di più”

Gli anziani che riescono a camminare velocemente vivono più a lungo. È quanto emerge da una ricerca dell'Università di Pittsburgh diretta dalla dottoressa Stephanie Studenski e pubblicata sul *Journal of American Medical Association (Jama)*. La ricerca, alla quale ha partecipato anche Stefania Badinelli, dell'unità geriatrica dell'università di Firenze, ha preso in esame nove studi di coorte che hanno coinvolto 34.485 persone dai 65 anni in su.

Lo studio è durato quattordici anni durante i quali i volontari hanno eseguito diversi test camminando, a passo norma-

le o sostenuto, e percorrendo distanze di 6-8 metri. Gli esperti hanno anche misurato la loro velocità di movimento, che si attestava in media in 0,92 metri/secondo.

In tutti gli studi condotti, la velocità di camminata è sempre risultata associata ad una maggior durata di vita specie negli over 75. In base ai dati, infatti, la passeggiata a passo veloce potrebbe tradursi per l'87% degli uomini e il 91% delle donne in altri dieci anni di vita.

(i.d'a.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A PAG. 8**Lotta al dolore****Il bilancio del ministero sulla legge 38 a quasi un anno dal varo: Mezzogiorno in ritardo****Primo rapporto del ministero al Parlamento sull'attuazione della legge 38/2010****Lotta al dolore, cantieri aperti****Formazione e accreditamento allo studio - Centro-Sud in ritardo sulla rete**

Lavori in corso. La rivoluzionaria legge 38/2010 sul dolore che punta a cambiare per sempre il volto delle cure palliative e del trattamento del dolore nelle corsie d'Italia è ancora un cantiere aperto. Anche se la marcia verso la sua applicazione è partita da tempo e il ministero ha già messo in fila una serie di misure. Dopo quasi un anno dal varo - avvenuto nel marzo dell'anno scorso - sono diversi i provvedimenti applicativi già scritti e inviati all'esame delle Regioni o in fase di realizzazione che serviranno a dare veramente corpo alle norme più importanti. Un corposo drappello di misure che tocca i punti nevralgici della legge (vedi tabella sotto): dalla definizione dell'identikit della rete delle cure palliative e del dolore attualmente all'esame delle Regioni, ai criteri di accreditamento delle strutture al vaglio in questo momento delle società scientifiche; dal progetto «ospedale territorio senza dolore» già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni fino alla definizione dei necessari percorsi formativi per il personale che dovrà lavorare negli hospice oppure nell'assistenza residenziale. Un tassello importante, questo, a cui sta lavorando un tavolo tecnico del ministero dell'Istruzione, università e ricerca che si è insediato lo scorso 10 novembre e che sta lavorando sulla base di un documento messo a punto dalla Federazione na-

zionale cure palliative.

A fare il punto e a tracciare i primi bilanci sulla legge 38 del 15 marzo 2010 («Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore») è il rapporto che il ministero della Salute ha appena inviato al Parlamento. Un rapporto, questo, previsto ogni anno come adempimento formale per fotografare lo stato di salute della legge. Ovviamente essendo neanche al primo giro di boa (sono passati poco più di dieci mesi dal suo varo) i tempi non sono ancora maturi per capire l'impatto delle norme che prevedono tra l'altro la semplificazione delle prescrizioni dei farmaci oppioidi - che nel primo semestre del 2010 risultano leggermente cresciute - e l'obbligo di monitorare il dolore in cartella clinica in tutti gli ospedali d'Italia.

Il rapporto oltre a fare il punto sugli «atti programmatici previsti dalla legge 38» traccia un quadro epidemiologico e tenta di scattare una prima fotografia dello «stato di attuazione della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore». La fotografia che esce da un'indagine ad hoc realizzata dal ministero della Salute attraverso un questionario è piuttosto nitida: anche sul fronte della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore «mostra un Paese - avverte la relazione - ancora una volta diviso tra Nord e Centro-Sud». «È au-

spicio condiviso - aggiunge ancora - che il processo innescato con l'emanazione della legge 38/2010 possa far colmare il divario assistenziale esistente nei prossimi due-tre anni». In particolare «risulta ancora molto scarsa la presenza di un sistema informativo regionale dedicato al monitoraggio delle cure palliative - spiega il rapporto inviato al Parlamento -, mentre nonostante risultino abbastanza diffusi sia i programmi di informazione che i programmi di comunicazione sull'assistenza palliativa, non appaiono a oggi particolarmente incisivi i risultati ottenuti a riguardo». Non solo, è «ancora - aggiunge la relazione - poco diffuso nel Centro-Sud l'impiego sistematico di questionari di soddisfazione come misura della qualità delle prestazioni, anche se due importanti Regioni del Nord (Piemonte e Veneto) fanno anch'esse registrare l'assenza di utilizzo di tale strumento».

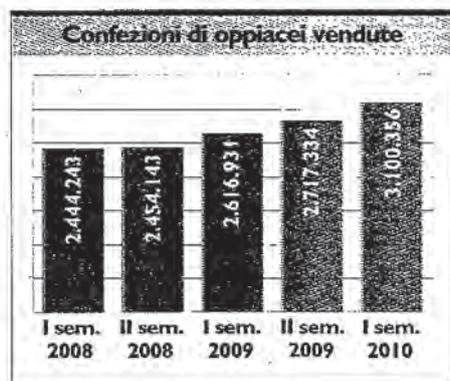
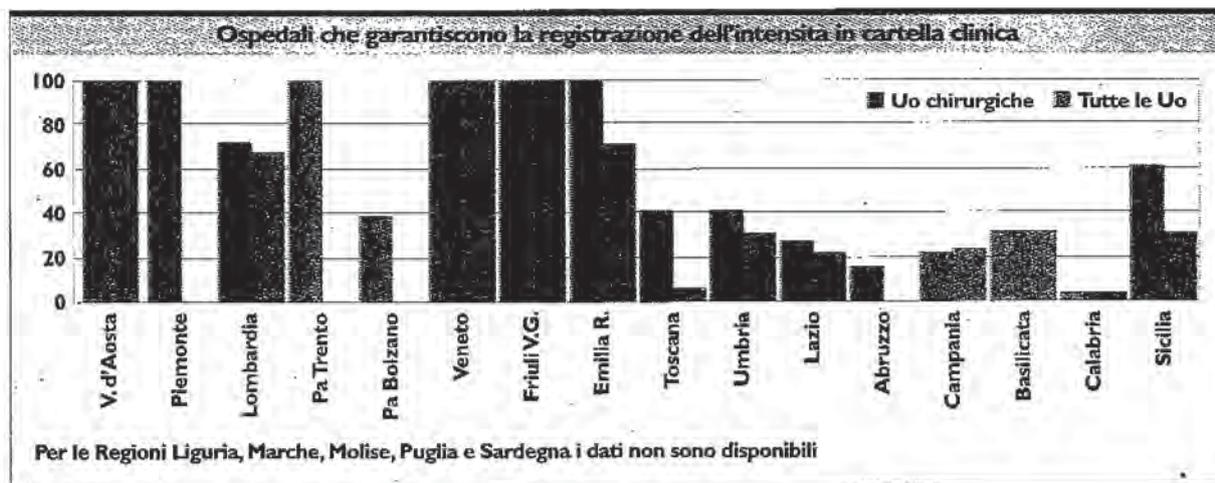
Sembra migliore la performance della rete sul dolore dove almeno dieci Regioni assicurano un valore intorno all'80% di Asl con almeno un ambulatorio di terapia antalgica, «spesso anche se non dedicato totalmente a tale attività, il servizio è svolto garantendo la presenza di un medico anestesista rianimatore». Critica la situazione sul monitoraggio del dolore in cartella clinica dove soprattutto al Centro-Sud sono «ancora pochi gli ospedali» che ne assicurano

la registrazione. Mentre al Nord «risultano pochi gli ospedali che svolgono tale attività in unità operative diverse da quelle chirurgiche». Sono «rare» infine le Regioni nelle quali «un numero sufficiente di Asl» utilizza nei presidi ospedalieri «in modo sistematico» questionari di soddisfazione sulla gestione del dolore.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dose definita giornaliera (Ddd) di oppiacei

Medicinali oppiacei commercializzati in Italia	I semestre 2009	II semestre 2009	I semestre 2010
	Ddd	Ddd	Ddd
Morfina solfato	3.133.214,20	3.084.793,20	3.861.578,70
Idromorfone	338.562,00	509.322,80	611.696,40
Ossicodone	1.442.458,30	1.667.366,10	1.846.593,80
Fentanil	4.577.629,30	4.941.473,00	5.360.062,00
Buprenorfina	1.253.839,40	1.344.001,80	1.397.399,80
Ossicodone/paracetamolo	59.647,00	113.477,00	142.716,00
Totale	9.452.393,20	11.247.512,80	11.438.889,60

MONITORAGGIO AIFA**Farmaci, rosso in ospedale***Risparmi in farmacia - In corsia extraspesa da 1,6 mld*

Territorio col freno tirato, ospedaliera ancora e sempre da profondo rosso, con un'extraspesa complessiva da 1.595 milioni, e uno scostamento assoluto rispetto al tetto del 15,7 per cento. I trend della spesa di settore nel monitoraggio mensile del-

l'Aifa che da gennaio a ottobre segnala una spesa in corsia come sempre da profondo rosso, finanziata a inizio anno con 2,104 milioni di euro e già fuori registro per 1.637 milioni.

A PAG 6-7

AIFA/ I trend di spesa da gennaio a ottobre 2010 confermano il rosso dell'ospedaliera

Farmaci in corsia 1,6 mln extra

Incidenza reale del 4,3% contro un tetto del 2,4 del Fsn - Tiene la territoriale

Territorio col freno tirato, ospedaliera ancora e sempre da profondo rosso, con un'extraspesa complessiva da 1.595 milioni, e uno scostamento assoluto rispetto al tetto del 15,7 per cento.

E la "colpa" è sempre della spesa ospedaliera, finanziata a inizio 2010 con 2,104 milioni di euro (2,4% della spesa sanitaria complessiva) e già fuori registro per 1.637 milioni a fine ottobre, riuscendo a doppiare un budget sfacciatamente micagnoso all'origine, con un'incidenza reale del 4,3% sul Fsn.

Questo recita l'ultimo monitoraggio mensile approvato pochi giorni fa tra le carte del Cda dell'Aifa documentando un trend gennaio-ottobre che non lascia ben sperare per la chiusura di bilancio: il dato a consuntivo dovrebbe confermare in pieno l'andamento registrato nei primi dieci mesi dell'anno dove a essere virtuosa - obtorto collo - è stata solo la farmaceutica territoriale.

Rispetto allo stesso periodo dello

scorso anno, infatti, la spesa convenzionata netta è diminuita di 209,1 milioni, con una riduzione del 2,2%, a fronte di un aumento del numero delle ricette del 2,7 per cento. Dettagliata - in proposito - l'analisi Federfarma, fornitore ufficiale dei dati sull'andamento dei consumi nel canale farmacia: da gennaio a ottobre sono state spedite 8,17 ricette e consegnate in media quasi 15 confezioni di medicinali a cittadino, con un aumento del 3,2% rispetto allo stesso periodo del 2009. Il miracolo della tenuta dei conti è dovuto - come sempre - alla diminuzione del valore medio delle ricette di un ulteriore 3,5%, ovvero alle riduzioni dei prezzi dei medicinali varate a più riprese dal Governo e dall'Aifa (ultimo quello del 12,5% sui medicinali equivalenti Ssn, in vigore dal primo giugno al 31 dicembre 2010), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti, a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e alle misure applicate a livello regionale.



Spesa farmaceutica territoriale periodo e verifica del rispetto del tetto del 13,3% (gennaio-ottobre 2010)

Regione	Tetto 13,3%	Spesa netta	Ticket	Distribuzione diretta	Scostamento assoluto	Inc. % su Fsn
Sicilia	952.080.673	869.420.081	120.553.223	149.557.073	187.449.705	15,9%
Puglia	776.418.799	737.890.343	41.085.386	114.878.727	117.435.657	15,3%
Lazio	1.088.618.151	985.049.743	92.113.978	168.563.952	157.109.522	15,2%
Sardegna	316.587.471	286.581.576	12.840.023	57.479.455	40.313.583	15,0%
Calabria	386.143.709	367.697.197	36.408.482	8.158.741	26.120.710	14,2%
Campania	1.088.467.575	934.788.520	75.356.884	144.810.618	66.488.447	14,1%
Liguria	342.678.357	264.167.990	18.751.197	63.009.131	3.249.961	13,4%
Molise	63.242.929	48.983.525	5.007.045	9.597.778	345.420	13,4%
Marche	311.324.044	235.676.715	11.732.377	59.976.374	-3.938.578	13,1%
Abruzzo	261.611.605	224.095.776	19.934.382	9.139.541	-8.441.907	12,9%
Basilicata	115.952.664	90.045.293	3.996.602	18.105.621	-3.805.148	12,9%
Toscana	741.801.614	522.394.866	25.466.691	158.945.182	-34.994.875	12,7%
Umbria	179.577.405	132.388.290	6.619.698	30.584.333	-9.985.083	12,6%
Friuli V.G.	240.970.455	189.427.926	7.890.227	29.587.880	-14.064.422	12,5%
Emilia R.	861.039.484	611.146.237	29.078.950	151.691.949	-69.122.347	12,2%
Piemonte	879.764.459	662.005.119	48.211.768	91.659.136	-77.888.436	12,1%
Veneto	944.584.742	636.713.017	79.681.615	112.995.326	-115.194.784	11,7%
Lombardia	1.891.293.747	1.330.005.297	163.460.357	142.992.139	-254.835.955	11,5%
Valle d'Aosta	24.429.798	18.089.701	723.894	1.073.043	-4.543.161	10,8%
Bolzano	92.737.988	50.163.121	5.652.444	16.555.806	-20.366.618	10,4%
Trento	98.457.094	64.145.985	2.356.147	8.184.596	-23.770.366	10,1%
Totale	11.657.782.764	9.260.876.318	806.921.370	1.547.546.402	-42.438.675	13,3%

Spesa farmaceutica convenzionata**Verifica del tetto della spesa territoriale**

Periodo gennaio-ottobre 2010
rispetto allo stesso periodo del 2009

	Gen.-ott. 2010 (mln)	Δ assoluta (milioni)	Δ%
Spesa lorda (€)	10.803,4	48,9	+0,5%
Spesa netta (€)	9.260,9	-209,1	-2,2%
Ricette	487,5	12,8	+2,7%
Ticket (€)	806,9	109,4	+15,7%

Periodo gennaio-ottobre 2010

Spesa territoriale *	11.615
Fsn	87.653
Tetto spesa programmata (13,3%)	11.658
Scostamento assoluto	-42
Percentuale su Fsn	13,3%

(*) Dati in milioni di euro

Verifica del tetto dell'ospedaliera *

Periodo gennaio-ottobre 2010 *

Valori (euro)	3.741
Fsn gen.-sett. 2010	87.653
Tetto spesa programmata (2,4%)	2.104
Scostamento assoluto	+1.637
Percentuale su Fsn	4,3%

* Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in fascia A e la spesa per vaccini (203,8 mln €)

Farmaci a maggiore impatto sull'ospedaliere

N.	Atc	Categoria terapeutica	Inc. %	Inc. cum. %
1	L01XC	Anticorpi monoclonali	9,2%	9,2%
2	B03XA	Altri preparati antianemici	6,2%	15,4%
3	L03AB	Interferoni	6,1%	21,6%
4	L04AB	Inibitori del fattore alfa di necrosi tumorali (Tnf a)	6,1%	27,7%
5	L01XE	Inibitori della proteina chinasi	5,6%	33,3%
6	J05AR	Antivirali per il trattamento delle infezioni da Hiv	4,0%	37,3%
7	B02BD	Fattori della coagulazione del sangue	3,5%	40,8%
8	L04AA	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	2,4%	43,3%
9	J05AE	Inibitori delle proteasi	2,4%	45,6%
10	N05AH	Diazepine, ossazepine e tiazepine	1,8%	47,5%
11	J05AF	Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa	1,7%	49,2%
12	L04AX	Altre sostanze ad azione immunosoppressiva	1,7%	50,9%
13	L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	1,6%	52,5%
14	B01AB	Eparinici	1,5%	54,0%
15	B01AC	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	1,5%	55,5%
16	A16AB	Enzimi	1,5%	57,0%
17	L03AA	Fattori di stimolazione delle colonie	1,4%	58,4%
18	N05AX	Altri antipsicotici	1,4%	59,8%
19	G03GA	Gonadotropine	1,4%	61,2%
20	C02KX	Altri anti-ipertensivi	1,4%	62,6%
21	L01CD	Taxani	1,3%	63,9%
22	H01AC	Somatropina e agonisti della somatropina	1,3%	65,2%
23	L01XX	Altri antineoplastici	1,2%	66,4%
24	A10AE	Insuline e analoghi iniettabili ad azione lenta	1,1%	67,6%
25	V08AB	Mezzi di contrasto radiol., idrosol., nefrotropici	1,1%	68,7%

Farmaceutica H e rispetto del tetto del 2,4% (gen-ott 2010)

Regione	Tetto 2,4%	Scostamento assoluto	Inc. %
Sardegna	57.128.566	99.241.211	6,6%
Friuli V.G.	43.483.390	47.618.478	5,0%
Abruzzo	47.208.109	51.485.428	5,0%
Liguria	61.836.696	66.781.925	5,0%
Piemonte	158.754.489	171.335.420	5,0%
Umbria	32.404.945	33.591.943	4,9%
Emilia R.	155.375.546	151.569.910	4,7%
Toscana	133.858.938	126.019.816	4,7%
Calabria	69.680.068	64.740.271	4,6%
Marche	56.178.775	50.667.149	4,6%
Puglia	140.105.648	124.946.610	4,5%
Veneto	170.451.382	134.727.993	4,3%
Valle d'Aosta	4.408.385	3.456.744	4,3%
Lazio	196.442.373	132.390.973	4,0%
Lombardia	341.286.090	211.798.974	3,9%
Trento	17.766.694	9.490.515	3,7%
Boziano	16.734.675	8.099.035	3,6%
Basilicata	20.923.789	10.116.533	3,6%
Campania	196.415.202	84.339.057	3,4%
Sicilia	171.804.031	52.531.578	3,1%
Molise	11.412.258	2.488.205	2,9%
Totale	2.103.660.048	1.637.437.768	4,3%

Ticket a ruota libera per 807 milioni di euro

Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera e verifica del rispetto del tetto del 15,7% (gennaio-ottobre 2010)

Regione	Fsn gen.-ott. 2010	Tetto 15,7%	Spesa territoriale	Spesa ospedaliera *	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Inc. %
Sardegna	2.380.356.924	373.716.037	356.901.054	156.369.778	513.270.832	139.554.795	21,6%
Puglia	5.837.735.333	916.524.447	893.854.456	265.052.258	1.158.906.714	242.382.267	19,9%
Lazio	8.185.098.880	1.285.060.524	1.245.727.673	328.833.347	1.574.561.019	289.500.495	19,2%
Sicilia	7.158.501.299	1.123.884.704	1.139.530.378	224.335.610	1.363.865.987	239.981.283	19,1%
Calabria	2.903.336.159	455.823.777	412.264.419	134.420.339	546.684.758	90.860.981	18,8%
Liguria	2.576.528.999	404.515.053	345.928.318	128.618.621	474.546.939	70.031.886	18,4%
Abruzzo	1.967.004.552	308.819.715	253.169.699	98.693.537	351.863.236	43.043.521	17,9%
Marche	2.340.782.288	367.502.819	307.385.466	106.845.924	414.231.390	46.728.571	17,7%
Friuli V.G.	1.811.807.931	284.453.845	226.906.033	91.101.868	318.007.901	33.554.056	17,6%
Campania	8.183.966.732	1.284.882.777	1.154.956.022	280.754.259	1.435.710.281	150.827.504	17,5%
Umbria	1.350.206.050	211.982.350	169.592.321	65.996.888	235.589.210	23.606.860	17,4%
Toscana	5.577.455.743	875.660.552	706.806.739	259.878.754	966.685.493	91.024.941	17,3%
Piemonte	6.614.770.365	1.038.518.947	801.876.023	330.089.908	1.131.965.931	93.446.984	17,1%
Emilia R.	6.473.981.084	1.016.415.030	791.917.137	306.945.456	1.098.862.593	82.447.563	17,0%
Basilicata	871.824.542	136.876.453	112.147.516	31.040.322	143.187.838	6.311.385	16,4%
Molise	475.510.742	74.655.187	63.588.348	13.900.463	77.488.811	2.833.625	16,3%
Veneto	7.102.140.921	1.115.036.125	829.389.959	305.179.375	1.134.569.333	19.533.209	16,0%
Lombardia	14.220.253.740	2.232.579.837	1.636.457.793	553.085.064	2.189.542.856	-43.036.981	15,4%
V. d'Aosta	183.682.694	28.838.183	19.886.638	7.865.129	27.751.767	-1.086.416	15,1%
Bolzano	697.278.106	109.472.663	72.371.371	24.833.709	97.205.080	-12.267.583	13,9%
Trento	740.278.902	116.223.788	74.686.728	27.257.209	101.943.937	-14.279.851	13,8%
Totale	87.652.501.986	13.761.442.812	11.615.344.090	3.741.097.816	15.356.441.905	1.594.999.093	17,5%

(*) Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini (203,8 milioni di euro a livello nazionale)

Fonte di tutte le tabelle: Agenzia italiana del farmaco, gennaio 2011

Ad "appannare" la performance di una convenzionata netta che arretra e arretra ancora sono però i dati complessivi relativi alla **farmaceutica** territoriale arricchita dalla zavorra della distribuzione diretta (esclusa la spesa per i vaccini dal computo dell'ospedaliera) e mitigata da un ticket che va a tutta birra.

Il dato di sintesi riferisce un risparmio di 42 milioni che centra in pieno l'obiettivo del rispetto del 13,3% del tetto fissato a livello nazionale potendo contare però su un'iniezione di compartecipazioni da 807 milioni di euro. Il tutto - va sottolineato - quando ancora è tutto da verificare l'effetto del previsto "travaso" di spesa dall'ospedaliera al territorio deciso dalla manovra di primavera, per un totale di circa 600 milioni.

A bocce ferme, comunque, coi conti d'ottobre ben 13 Regioni sono riuscite comunque a rimanere nel budget della territoriale, altre quattro vanno poco oltre (Calabria, Campania, Liguria e Molise), mentre a restare "irriducibili" (anche se in diminuzione) sono i conti farmacia di Sardegna, Lazio, Puglia e Sicilia. Tutti con un'incidenza sul Fsr oltre il 15 per cento. Il ticket, si diceva, ha dato una mano a raddrizzare la barra nelle situazioni più in bilico. Ancora dalle

analisi Federfarma emerge che l'incidenza sulla spesa lorda della compartecipazione a carico dei cittadini è passata dal 6,4% del periodo gennaio-ottobre

2009 al 7,4% dello stesso periodo del 2010: nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra il 7 e il 10,7 per cento. E le quote versate dai cittadini sono però cresciute anche dove il ticket sui farmaci non si paga, ovvero dove spende di tasca propria solo chi predilige il brand al generico: in queste Regioni, nei primi dieci mesi del 2010, le quote di partecipazione hanno avuto un'incidenza del 3,3-4,4%, contro il 2,5-3,5% dell'anno prima, a testimonianza - spiegano le farmacie - di un ritorno di diffidenza nei confronti del generico. Non a caso - come reso noto dallo stesso Dg **Guido Rasi** - «l'Aifa è al lavoro su un modello di negoziazione dei prezzi generici legati ai volumi di vendita», sia per incentivare i consumi che per recuperare risorse da destinare all'acquisto dei farmaci innovativi, il capitolo di spesa più oneroso e cruciale per il controllo della spesa ospedaliera "fuori controllo".

Un capitolo oneroso e difficilmente "riducibile": le prime 30 categorie terapeutiche che la

compongono assorbono il 73% della spesa; a pesare di più sono gli anticorpi monoclonali, con una spesa pari a quasi 485 milioni di euro (9,2% della spesa), seguita dagli antianemici (330 milioni, 6,2%). E per tutte le Regioni è praticamente impossibile stare nel tetto del 2,4%: ci si avvicina solo il Molise (2,9%); schizzano dal 3 al 6% tutte le altre. «I dati confermano che la spesa oggi rappresenta il reale fabbisogno degli italiani», dice ancora Rasi. Su questo bisognerà ragionarci.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



| I TEMI ETICI |

Biotestamento alla Camera, dai medici un appello e spot

“Io non costringo curo” firmato anche da Veronesi

ROMA - Millecinquecento emendamenti. Tanti, infatti, ne verranno presentati al testo sul testamento biologico che il 21 verrà discusso alla Camera. Il provvedimento, fermo da luglio, sulle volontà di fine vita è destinato a mettere a dura prova maggioranza e opposizione ma anche all'interno degli schieramenti. Soprattutto nel Pd e nel Terzo Polo. Oggi potrebbero arrivare i pareri delle commissioni Giustizia e Affari costituzionali.

«Non abbiamo ancora deciso come comportarci», spiegano da Futuro e Libertà. Si preannuncia voto negativo da parte dei Radicali mentre Beppe Fioroni del Pd, qualche tempo fa, aveva chiarito che il suo voto «non sarà uguale a quello del Pd». Il confronto politico proprio in coincidenza del secondo anniversario della morte di Eluana Englaro.

Proprio in vista del nuovo dibattito a Montecitorio dai

Nella foto Eluana Englaro un simbolo nella lotta contro l'accanimento terapeutico



medici è partito un appello promosso dalla Cgil: “Io non costringo, curo”, lo slogan. Sottoscritto da camici bianchi e operatori sanitari. Solo loro, infatti, possono sottoscriverlo per inviarlo poi a chi discuterà della materia in Parlamento. Sono stati gli addetti ai lavori favorevoli ad una non obbligatorietà all'alimentazione e all'idratazione fino alla morte a riunirsi e a stendere un documento

da far recapitare ai politici. Insieme ad uno spot. Tra i primi a mettere il loro nome Umberto Veronesi, il chirurgo e senatore del Pd Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sul sistema sanitario nazionale e l'anestesta Amato De Monte, alla guida dell'équipe che interruppe l'alimentazione e l'idratazione, appunto, di Eluana Englaro. Una campagna rivolta anche agli studenti di medicina oltre che ai professionisti coinvolti in prima persona nell'accudimento di pazienti in fase terminale e stato vegetativo.

IGNAZIO MARINO

«Saranno presentati 1.500 emendamenti»

I REGISTRI 29

I Comuni che in Italia hanno istituito il registro

TESTAMENTI 3000

I testamenti raccolti finora dalle associazioni

«La libertà dell'uomo, in vita come in malattia - scrive Veronesi - è un valore nel quale credo molto e sono convinto che l'impegno umano di scienza, diritto ed etica contribuirà positivamente alla sensibilizzazione dei diritti dell'uomo, alla qualità dell'esistenza e alla libertà decisionale dell'individuo». «Nel momento in cui si perde lo stato di coscienza - interviene Marino - si perdono anche i diritti che vanno automaticamente a chi ha più forza politica? Ricordiamo che le nuove norme potrebbero avere effetti molto pesanti sotto un profilo giudiziario. Penso ai ricorsi alla magistratura che dovrà cambiare una legge che è contro la nostra Costituzione».

Oggi, dunque, si potrebbero aspettare delle novità sulla legge anche se gli ordini del giorno delle commissioni sembrano essere molto articolati. Per quel che riguarda il parere del Bilancio, tra le condizioni al si c'era quello di eliminare la previsione di «uffici dedicati» nelle Asl. Nessun onere per lo Stato da destinare ai colleghi medici per la valutazione dello stato clinico dei pazienti.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA CURIOSITÀ

Il bancomat delle ricette

L'INNOVAZIONE nella medicina del territorio passa dal Ricemat: la ricetta con un clic. Questo il titolo del meeting che il Circolo Medico Merighi ha organizzato invitando Fabio Casadei di Ferrara e Amedeo Scelsa di Cervia, medici di medicina generale ospiti del sodalizio modenese presieduto da Nunzio Borelli. Ricemat è il nuovo bancomat delle ricette, eroga le prescrizioni per i malati cronici e funziona 24 ore al giorno, sabato e domenica compresi, collegato con le cartelle informatiche dei pazienti. La scommessa è che aiuti a migliorare il rapporto medico paziente riducendo il tempo che si spreca in attese burocratiche legate ad atti ripetitivi. Una decina in Italia le centraline automatiche installate per l'erogazione delle ricette. Più del 48% dei pazienti in Italia assume terapie per tutto l'arco dell'anno. In dodici mesi un medico con 1000 assistiti arriva a prescrivere sui suoi ricettari 50.000 scatole di farmaci. «Il tempo impiegato dal medico per l'incontro con i pazienti cronici per

le procedure necessarie per la consegna delle ricette farmaci per il prosieguo delle loro terapie è di circa 250 ore — affermano gli autori — non è azzardato affermare che in un anno il medico dedica circa due mesi e mezzo del suo tempo solo per incontrare i pazienti e consegnare loro le ricette per i farmaci cronici». I medici di famiglia, come testimoniano Casadei e Scelsa, si interrogano sulla loro professione e si chiedono se l'innovazione può rivelarsi utile per concentrarsi nelle problematiche cliniche dei pazienti, semplificando la mole di compilazione cartacea. Il funzionamento di Ricemat è relativamente semplice e sicuro: inserendo la tessera sanitaria appaiono sul monitor i farmaci in uso per le patologie croniche; toccando con un dito sullo schermo il nome del farmaco di cui si è rimasti senza, la ricetta viene emessa in un pozzetto e quindi si può andare in farmacia. Gli utilizzatori di Ricemat hanno un'età media di 67 anni.



MEDICI E INNOVAZIONE**Certificati e pasticci on line***Falsa partenza, sistema in tilt - Sanzioni, Brunetta tratta*

Niente proroga dell'entrata in vigore delle sanzioni per i medici che non inviano i certificati di malattia on line. Dal 1° febbraio, giorno in cui il sistema è andato in tilt per qualche ora, le "punizioni" sono dunque in vigore. Brunetta annuncia una circolare esplicativa da concordare con i dottori, ma i camici bianchi non ci stanno e confermano lo stato di agitazione.

A PAG. 9

CERTIFICATI ON LINE/ Il ministro dell'Innovazione annuncia una circolare esplicativa

Brunetta frena sulle sanzioni

Punizioni solo per dolo o colpa reiterata - Ma i medici non ci stanno

Il sistema delle sanzioni resta in piedi, ma la promessa suona come una mano tesa: questa settimana il titolare dell'Innovazione **Renato Brunetta** incontrerà i sindacati dei medici per concordare la "terza circolare" applicativa sulle modalità di invio dei certificati on line. Obiettivo: fare chiarezza sul tormentone sanzioni, che ha scatenato le proteste dei camici bianchi davanti al rifiuto del ministro di concedere una proroga sull'entrata in vigore del meccanismo sanzionatorio. Che dal 1° febbraio è dunque regolarmente partito, provocando lo stato di agitazione tra i dottori.

Protesta confermata, anche dopo l'annuncio della terza circolare, arrivato mercoledì 2 febbraio in occasione della conferenza stampa convocata a Palazzo Chigi dal ministro insieme con il presidente dell'Inps **Antonio Mastropasqua**. Proprio all'indomani dell'entrata in vigore delle sanzioni e di quello che i sindacati medici hanno definito un "flop" del sistema informatico, andato in tilt per diverse ore per l'eccessivo carico di invii telematici.

La nuova circolare non potrà che confermare le sanzioni previste dalla riforma Brunetta della Pa (Dlgs 150/2009), che arrivano a prevedere il licenziamento per i dipendenti e la perdita della convenzione per medici di famiglia e guardie mediche. Ma, parola di ministro, la "punizione" sarà graduale ed esclusa nel caso in cui si ravvisino «oggettivi problemi tecnici». E sarà comminata soltanto

quando sia accertato in capo al medico «l'elemento soggettivo del dolo o della colpa». Come dire che i medici non faranno le spese dell'inefficienza del sistema. Inefficienze venute al pettine con il blocco temporaneo del 1° febbraio, su cui però il ministro in conferenza stampa ha gettato acqua sul fuoco. «Sono preoccupato e amareggiato per i piccoli problemi tecnici. Contiamo che questi piccoli stress vadano a ridursi nel tempo, ma darò conto giornalmente dello stato dei problemi che il sistema produrrà», ha spiegato. E a fine giornata, sempre il 2 febbraio, il ministero tracciava un bilancio di 109mila certificati di malattia trasmessi on line, di dipendenti pubblici o privati.

Per la stragrande maggioranza dei medici, però, la "mano tesa" suona come uno schiaffo. A poco sono servite misure aggiuntive, come l'attivazione da parte dell'Inps di un "call center umano" che affianchi quello automatico di Sogei, spesso non funzionante.

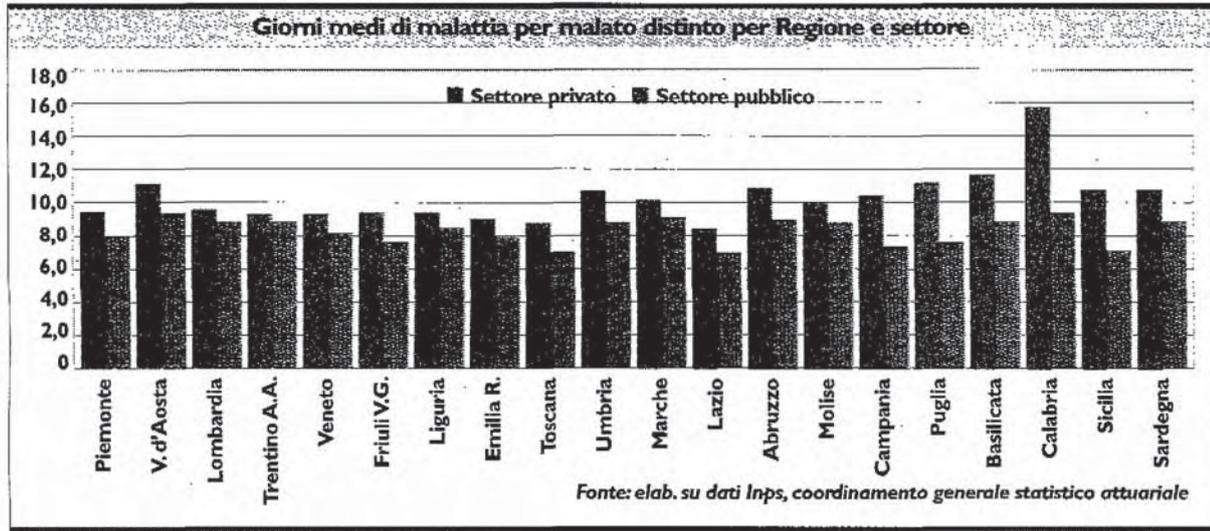
Anche se all'incontro con il ministro andranno, sono sulle barricate i leader dei principali sindacati dipendenti e convenzionati, che pure in linea teorica hanno sposato lo sforzo di innovazione promosso da Brunetta. «Il sistema non è ancora a regime e con il suo atteggiamento il ministro non fa che nascondere la polvere sotto il tappeto. Non si può far recuperare ai medici il tempo perduto dalle istituzioni puntando una pistola alla loro tempia», ha spiega-

to il segretario nazionale Fimmg **Giacomo Milillo**. Sulla stessa lunghezza d'onda il segretario nazionale Anao **Costantino Troise**, che ha commentato: «Non si può negare la realtà, il sistema ancora non funziona bene: dei quasi 4 milioni di documenti inviati, sui 50 stimati dal ministero, la metà provengono da tre Regioni e manca all'appello quasi tutto il Sud. Mancano i supporti informatici e amministrativi e sono emersi veri e propri effetti collaterali che stanno portando al collasso il sistema delle emergenze». E proprio perché sono il pronto soccorso a fare le spese dei disservizi tecnici, il presidente della Federazione italiana medicina d'urgenza e catastrofi **Cinzia Barletta** ha dichiarato che «la certificazione sarà rilasciata in forma cartacea anche dopo il 1° febbraio, finché non saranno state attivate presso le aziende le procedure idonee per l'implementazione della certificazione sanitaria nelle sedi di emergenza-urgenza, senza alcun onere aggiuntivo per il medico di urgenza».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Salute Terapie differenti per gli uomini e le donne

Il prof. Vella, dell'Istituto superiore di sanità: la Medicina di genere deve diventare un cardine dell'assistenza pubblica

Assicurare a ogni individuo, uomo o donna, la terapia più efficace e appropriata, tenendo conto anche delle differenze legate al genere. È uno degli obiettivi della «medicina di genere» (www.medicinagenero.org), un'area innovativa della ricerca biomedica. Della «medicina di genere» abbiamo parlato con Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità. «Essa deve essere uno dei cardini della sanità pubblica. Il lavoro sull'appropriatezza terapeutica nei confronti della donna ha un significato più ampio: fa parte di un approccio personalizzato alla cura, che riguarda anche gli uomini, i bambini, gli anziani, perché siamo tutti uguali ma tutti diversi». Basta, dunque, con la Medicina di genere intesa come una mera questione ginecologica o andrologica: è un approccio vecchio e riduttivo. Essa deve invece essere uno dei cardini della sanità pubblica: perché solo l'appropriatezza della cura è in grado di tutelare veramente la salute della donna.

Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità, illustra dunque il progetto strategico «Salute della donna», partito nel 2008 con un finanziamento del ministero della Salute e coordinato dall'Istituto.

Un progetto che precede lo studio osservazionale di genere sulla psoriasi promosso da Novartis su 1.200 pazienti e la partecipazione di circa 50 am-

bulatori di Dermatologia convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi: studiare protocolli di prevenzione mirati al genere di appartenenza, approntare linee guida specifiche per il genere femminile e studiare le influenze dell'ambiente e del ruolo sociale della donna sulla salute per suggerire provvedimenti operativi.

Dottor Vella, quali sono gli ambiti di indagine del progetto strategico «Salute della donna»?

In primo luogo, il progetto indagherà nel settore delle malattie dismetaboliche e cardiovascolari, che sono la prima causa di morte fra le donne. Non dimentichiamo, tra l'altro, che la mortalità per questa causa è in diminuzione negli uomini, ma non nelle donne. Il secondo ambito di studio è quello dell'immunità e dell'endocrinologia. Gli ormoni influenzano in maniera preponderante non solo l'attività del sistema immunitario, ma anche quella di altri sistemi, come ad esempio il sistema cardiovascolare, la cute e così via. Un altro settore interessante è quello dell'ambiente di lavoro. Oggi le donne svolgono la loro attività in ambienti di lavoro in cui fino a poco tempo fa erano impiegati soggetti di sesso maschile.

Non a caso, la maggior parte degli studi tossicologici, necessari per determinare i limiti d'esposizione e i fattori di rischio, sono stati effettuati in soggetti di sesso maschile. Ancora: le donne sono affette da patologie iatrogene (cioè determinate dall'applicazione delle terapie) più frequen-

temente ed in maniera più grave rispetto all'uomo.

E questo potrebbe dipendere da vari fattori, che saranno oggetto di studio. Infine, ci si propone di studiare l'influenza della collocazione sociale sulla salute e sulla prevenzione delle malattie, per individuare e suggerire nuove strategie operative e, in collaborazione con gli altri progetti, per preparare linee guida specifiche.

Quali sono le entità che partecipano al Programma?

Il coordinamento è svolto dall'Istituto Superiore di Sanità, ma è prevista anche la partecipazione di IRCCS, Enti di ricerca, Università e Regioni. Il progetto include gruppi con differente background scientifico: sono infatti presenti Unità Operative con attività e competenze cliniche, con attività e competenze essenzialmente sperimentali e che prevedono un'attività di ricerca di laboratorio affiancata e integrata con partner clinici insieme ad economisti. Queste diverse componenti dovrebbero rappresentare il valore aggiunto del progetto, cioè un'integrazione degli aspetti della ricerca di base, clinica e delle scienze umane, in un interscambio che dovrebbe fornire strumenti innovativi per la tutela della salute della donna.

Quali sono i primi risultati emersi dalla ricerca?

Il Progetto ha durata pluriennale, ma nel settore cardiovascolare sono già emersi alcuni dati interessanti. Mi riferisco, per esempio, allo studio condotto da Luigi Palmieri a nome del Gruppo di Ricerca

dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare sull'andamento dei fattori di rischio, che evidenzia come nel decennio 1998-2008 sia aumentato il numero di persone con ipercolesterolemia: negli uomini, in particolare, sono aumentate obesità (dal 26% al 32%) e sindrome metabolica (dal 28% al 32%), ma è diminuita l'abitudine al fumo, mentre nelle donne tutti questi fattori sono rimasti stabili. Importanti anche i dati prodotti dal gruppo di Walter Malorni dell'Istituto superiore di Sanità relativi ai meccanismi di tossicità delle statine nei due sessi: l'idea di fondo è che le cellule muscolari presentino una differente suscettibilità alla simvastatina, nel senso che le cellule maschili sembrano in genere più responsive, forse perché hanno una diversa capacità di metabolizzare la molecola. In questo senso appare chiaro come un approccio di genere sia importante non soltanto per garantire l'appropriatezza terapeutica nel sesso femminile, ma anche in quello maschile.

Anna Della Moretta



La partita sulla sanità. Al via la tre giorni tra i governatori per trovare un accordo sulla torta da 106,5 miliardi

Regioni spaccate sul riparto dei fondi 2011

LE DIVISIONI

In campo sei proposte. I costi standard di Asl e ospedali in vigore dal 2013 verranno calcolati in base alla ripartizione di quest'anno

Roberto Turno

Sei diverse proposte in campo per spartire tra le regioni la torta dei 106,5 miliardi da destinare nel 2011 all'assistenza sanitaria pubblica. È partita tutta in salita ieri la no-stop di tre giorni che fino a mercoledì vedrà impegnati i governatori nella spinosissima partita che avrà un effetto decisivo nell'anticamera del federalismo fiscale applicato alla sanità: i costi standard di asl e ospedali, che scatteranno nel 2013 proprio sulla base dei risultati del 2011.

Ieri i governatori sono arrivati spaccati al vertice. Sul piatto soprattutto l'asse del sud che chiede di abbandonare il criterio di riparto fondato sull'età della popolazione, che lo sfavorirebbe, per considerare anche il "fattore deprivazione", vale a dire indici che considerino le situazioni di disagio socio-economico. Come non avviene ancora una volta con la proposta del ministero della Salute, che in parte piace solo a Veneto, soprattutto, e Lombardia e Lazio. Nel mezzo, ben sei proposte su cui ieri le regioni hanno cominciato a confrontarsi, affidando in serata agli assessori il compito di cercare una sintesi. Per mediare tra posizioni che in maniera bipartisan - centrodestra o centrosinistra - dal nord al sud spaccano i governi locali. Con i governatori di centrosinistra però più disponibili ad accogliere almeno in parte le proposte delle regioni del sud.

Oggi i governatori riprenderanno il tavolo politico. La speranza è di chiudere entro domani, per arrivare giovedì in conferenza stato-regioni. Altrimenti, senza intesa ancora per un mese, si procederebbe d'ufficio con la proposta del governo. Un pessimo segnale di spaccatura tra le regioni al primo esame pre-costi standard e

proprio all'avvio dell'esame in parlamento dello schema di decreto sui costi standard.

Dei 106,5 miliardi per il 2011, la posta in palio effettiva per il riparto riguarda i 103,9 miliardi del cosiddetto fondo indistinto per l'erogazione dei Lea (i livelli essenziali di assistenza). Le sei proposte (di Sicilia, Calabria, Veneto, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna) avrebbero effetti differenti al momento del riparto dei fondi tra le regioni. Con un mix più o meno sensibile del "fattore deprivazione" (e della sua eventuale

gradualità), da applicare soprattutto alla spesa ospedaliera, mantenendo sempre in campo come fattore principale l'età della popolazione. Soltanto il Veneto propone apertamente di continuare a considerare esclusivamente l'età della popolazione, dando anzi più peso agli ultra 75enni. Gli spostamenti di risorse da una regione all'altra andrebbero da un massimo di perdite di 231 milioni per la Lombardia (proposta della Calabria) a un guadagno massimo di 157 milioni per la Campania (proposta della Sicilia).

Partita difficilissima. Che le regioni del sud hanno arricchito recentemente contestando le modalità di calcolo dei fondi per la mobilità degli assistiti verso il nord. Mentre la Campania ha chiesto di dare peso anche alla disabilità. E al nord qualcuno ha rilanciato: perché non considerare (e pesare) anche l'inquinamento atmosferico tra le cause della maggiore spesa per la salute? Oggi i governatori cercheranno almeno di avvicinarsi alla prima quadratura del cerchio: fare in modo che nessuna regione perda rispetto al 2010. Un'impresa quasi disperata allo stato delle cose: soprattutto se si considera che, dopo la manovra estiva, i fondi rispetto al 2010 sono cresciuti solo dello 0,8%. Con quasi 800 milioni che mancano all'appello tra superticket per la specialistica coperto solo fino a maggio e la cancellazione delle risorse per la non autosufficienza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I GOVERNATORI **OGGI LA PROPOSTA SUI 106 MILIARDI**

Sanità, il Sud: nuovi criteri



ROMA. «Chiediamo nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, che siano in grado di fornire le risposte che servono ai cittadini, non ci può essere solo un criterio. Forse siamo sulla buona strada». Il presidente della Regione Calabria, Giuseppe Scopelliti (*nella foto*), si fa portavoce delle richieste dei governatori del Sud. L'occasione è la tre giorni convocata dal presidente della conferenza delle Regioni Vasco Er-

rani per decidere in che modo ripartire, tra le Regioni stesse, gli oltre 106 miliardi di euro del Fondo sanitario nazionale per il 2011. Oggi i governatori lavoreranno su una o più proposte che stanno mettendo a punto gli assessori regionali alla sanità. «Prenderemo in considerazione quelle proposte - ha chiarito Scopelliti - che registreranno la convergenza più ampia. Il criterio della deprivazione è uno di quelli richiesti dalla Regione Calabria e dalle Regioni del Mezzogiorno». A rendere più difficile quest'anno il riparto c'è il fatto che numerose Regioni chiedono l'adozione di nuovi criteri come quello della deprivazione - ovvero le condizioni socio-sanitarie delle popolazioni - e il fatto che con il decreto sul fisco regionale costi standard e bechmark tra le Regioni si costruiranno nel 2013 in base ai risultati finali del 2011 e chi perderà quest'anno rischia di essere ancora più penalizzato tra due anni. «Per noi il riparto fornito dal mi-

nistero della Salute va bene ma chiediamo che le Regioni in difficoltà, come la Liguria, abbiano un migliore trattamento», ha detto, al termine dei lavori, il governatore del Lazio, Renata Polverini. Il governatore della Calabria, Giuseppe Scopelliti, è tra quelli che chiede nuovi criteri di riparto del Fondo «per fornire risposte alle popolazioni»; il criterio della deprivazione «è uno di quelli che chiediamo - ha aggiunto - forse siamo sulla buona strada». I governatori hanno stabilito di affidare - come ha spiegato Catuscia Marini, che guida la Regione Umbria - ad una commissione formata dagli assessori alla Sanità il compito di elaborare le proposte che possano vedere la maggiore condivisione possibile. Oggi i presidenti torneranno a riunirsi per dare una sintesi politica a questo lavoro. «Non c'è nessuno spiraglio, ci vedremo oggi e si concluderà di notte», ha detto il presidente della Regione Abruzzo, Gianni Chiodi.



Approda alla bicamerale il Dlgs sul federalismo regionale dopo il varo blitz di quello sui Comuni

Costi standard, si va avanti

Intanto la commissione Sanità del Senato prepara le prime modifiche

Il federalismo va avanti. Dopo il blitz del Governo sul federalismo municipale che ha incassato il via libera di Palazzo Chigi tra mille polemiche con un varo blitz arrivato nonostante la bocciatura della "bicamerale", arriva l'ora dei costi standard. Questo martedì si riunirà, infatti, l'ufficio di presidenza dell'organismo bicamerale - che dà pareri (non vincolanti) sulla riforma - per fare il calendario. Ma è sicuro, come ha già annunciato il presidente della commissione, **Enrico La Loggia** (Pdl), che l'esame sul decreto del federalismo regionale e dei costi standard in Sanità «sarà avviato subito». Anzi. «È stabilito - ha sottolineato La Loggia - che il federalismo regionale dovrà essere raccordato con quello comunale ed entrambi faranno parte della prossima riforma fiscale».

Intanto in commissione Igiene e Sanità, **Raffaele Calabrò** (Pdl) che è relatore del Dlgs insieme a **Lionello Cosentino** (Pd) parla di modifiche: «Dobbiamo rivedere quanto emerso dalle audizioni - ha spiegato la settimana scorsa - e arrivare a delle conclusioni, ma ritengo

di poter dire già da ora che servono delle modifiche sul decreto legislativo che determina i costi e i fabbisogni standard nel settore sanitario regionale». Nel mirino, in particolare, l'introduzione di indici territoriali e di povertà per la costruzione dei futuri costi standard.

Intanto l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nell'audizione della settimana scorsa, promuove il Dlgs. In particolare piace al direttore dell'Agenas, **Fulvio Moirano**, il fatto che il «calcolo e la costruzione del fabbisogno avvengano a livello macroeconomico, e che non si proceda invece partendo dalle singole prestazioni teoriche». Un'altra questione ribadita dall'Agenas «è stata quella della pesatura delle persone e in particolare del criterio dell'età, un fattore che incide molto sul consumo delle risorse. Proprio su questo punto - conclude - si sta infatti discutendo animatamente, su quanto peso cioè dare a questo indicatore, che comunque è già presente».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANGUE: FAZIO LAVORA CONTRO IL MONOPOLIO

I criteri che le aziende devono rispettare per l'autorizzazione a produrre emoderivati potrebbero avere le ore contate. Ad annunciarlo è stato il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** la settimana scorsa, a margine del question time, alla Camera, nel corso del quale è intervenuto sulla presunta querelle tra Aifa e Istituto superiore di Sanità circa i controlli sul plasma. «Non c'è stata querelle, non c'è alcun rischio per la salute pubblica e il plasma raccolto in Italia è sicuro», ha affermato il ministro spiegando anche che sarà modificata la situazione che vede la Kedrion unica titolare del vantaggio.

E sulla polemica Aifa-Iss è intervenuto anche il senatore Ignazio Marino (Pd), individuando «mancanza di etica pubblica» ma nessun illecito nella doppia carica di Enrico Garaci alla presidenza dell'Iss e del Ciss.

