

REGIONE. IL PROVVEDIMENTO DELL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ HA COME OBIETTIVO LA MASSIMA QUALITÀ NELL'ASSISTENZA

# Più sicurezza nei punti nascita



Paolo Scollo, vicepresidente della Sigo

Il vicepresidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia Scollo: «Con la riconversione e la nuova rete più garanzie per mamme e bambini»

## L'INIZIATIVA

La razionalizzazione dei punti nascita della Sicilia è uno degli argomenti più caldi in tema di politica sanitaria. L'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha predisposto un provvedimento che prevede la riconversione di quei punti nascita che non raggiungono i 500 parti all'anno ma ha trovato resistenze politiche, oltre alle proteste di alcune comunità locali preoccupate di subire una riduzione dell'assistenza sanitaria. Ma è davvero un rischio chiudere i presidi locali, magari più agevoli ma meno attrezzati? Russo, che più volte ha illustrato il provvedimento alle comunità locali, non ha dubbi e si è rivolto alle mamme: «Preferite partorire in una struttura sicura perché in linea con gli standard organizzativi e professionali oppure partorire nella struttura più vicina a casa ma senza i necessari requisiti di sicurezza?».

I tecnici dell'assessorato hanno previsto che 23 punti nascita (sugli attuali 70) siano rifunzionalizzati perché non raggiungono la quota di 500 parti all'anno. «È in gioco la sicurezza delle mamme e dei bambini», hanno spiegato. E a supporto del provvedimento

elaborato da una commissione di esperti e di professionisti del settore, sono state snocciate le cifre della mortalità perinatale che diminuiscono sensibilmente laddove i punti nascita hanno una attività numericamente più rilevante e attrezzature più sofisticate per far fronte alle eventuali emergenze. E infatti il Ministero della Salute ha ormai preso la decisione, approvata in Conferenza Stato Regioni, di puntare su punti nascita che realizzino almeno 1000 parti all'anno, obiettivo che la Sicilia dovrà raggiungere nel giro di un triennio.

Per approfondire l'argomento abbiamo chiesto il parere di uno dei più qualificati professionisti italiani, il siciliano Paolo Scollo, vicepresidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). «La gente è solo spaventata - dice Scollo - forse perché non c'è stata un'adeguata informazione a livello locale: bisogna spiegare a tutti che non si tratta di una chiusura ma di una riconversione dei punti nascita che non cesseranno di esistere ma che saranno trasformati in punti di prima accoglienza dove le donne in gravidanza potranno recarsi e ricevere assistenza da un ginecologo e un'ostetrica quotidianamente presenti. E in caso di parto imminente è previsto che le pazienti siano trasferite con autoambulanza "dedicata" al punto nascita più vicino. Cre-

do che il decreto Russo sia un punto fermo da non mettere in discussione anche perché rispetta l'accordo raggiunto in Conferenza Stato Regioni. Non solo vengono garantite mamme e bambini ma anche gli operatori sanitari: il piano prevede, infatti, la presenza di una guardia attiva (ginecologo e ostetrica presente h24) che, a differenza dell'attuale reperibilità dei medici, si traduce in massima qualità assistenziale per le pazienti e in sicurezza professionale per gli operatori sanitari. Nelle Regioni che si sono già adeguate i risultati sono stati più che positivi».

Il decreto prevede anche il potenziamento dei servizi di trasporto per le emergenze neonatali (Sten) e per il trasporto materno-assistito (Stam), lo sviluppo dell'attività dei consultori, l'implementazione delle metodologie del parto indolore e la riduzione dei parti cesarei.



---

GLI SVILUPPI. COSÌ È STATO GIÀ INVERTITO IL TREND DEI PARTI CESAREI

---

## Il nuovo piano in vigore dal 2012

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità erano piuttosto allarmanti: 22 morti materne per 100.000 nati vivi, quasi il doppio della media nazionale; mortalità infantile al 5,1 per mille contro la media nazionale del 3,7. L'assessorato ha subito lavorato per invertire il trend ridisegnando la rete dei punti nascita con il potenziamento dei servizi di trasporto per le emergenze neonatali (STEN) e il servizio di trasporto

materno assistito (STAM). La rete prevede strutture di primo e secondo livello, secondo il modello «hub e spoke»: le strutture di secondo livello, cioè quelle per i casi più complessi, dovranno garantire anche le funzioni assistenziali di terapia intensiva come le Utin (unità terapia intensiva neonatale) e le rianimazioni. Il nuovo piano sarà effettivamente operativo nella seconda metà del 2012. Nel frattempo si lavorerà

anche a un progetto speciale dedicato alle «isole minori» per limitare i disagi dei cittadini delle isole. Sono invece già migliorati i dati relativi ai parti cesarei: nel 2009 la Sicilia faceva registrare il 53% (penultimo posto dopo la Campania, la media nazionale era del 37%). Grazie alla decisione di equiparare le tariffe tra parto naturale e cesareo si è già verificata un'inversione di tendenza che avvicina la Sicilia all'Italia.

POLITICHE SANITARIE • Renato Balduzzi

# VERSO UN NUOVO MODELLO SANITARIO

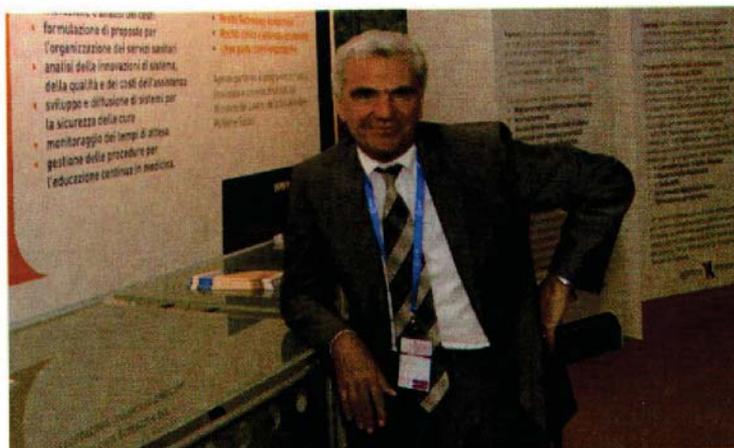
RENATO BALDUZZI, OGGI MINISTRO DELLA SALUTE, SPIEGA IL COMPITO DI AGENAS, ENTE DEL QUALE È STATO PRESIDENTE, E QUELLO DELL'OSSERVATORIO SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI

di Riccardo Casini

«Oggi Agenas è un organo tecnico-scientifico del servizio sanitario nazionale e svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano». Così il neoministro Renato Balduzzi illustrava, al momento in cui è stata realizzata questa intervista, il ruolo dell'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali qualche giorno prima di essere chiamato a far parte del Governo Monti. Un'agenzia i cui compiti, «inizialmente limitati alla valutazione comparativa dei costi e del rendimento dei servizi, alla segnalazione delle disfunzioni e degli sprechi, nel tempo si sono allargati in forza di tre canali: singoli atti legislativi, intese e accordi tra Stato e Regioni e indirizzi della Conferenza unificata».

**Il lavoro non manca: oggi vi sono ben otto Regioni italiane impegnate a seguire un piano di rientro dal disavanzo in campo sanitario.**

«Sin dall'inizio Agenas ha cercato



Renato Balduzzi, neo ministro della Salute

di sottolineare la contestualità tra le misure di riqualificazione del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza e quelle di riequilibrio di bilancio: nella Legge finanziaria per il 2005, da cui prende l'avvio tutta la vicenda dei cosiddetti piani di rientro, questi due profili erano tenuti in sequenza, ma separati; forse questo ha anche dato luogo a conseguenze applicative non completamente soddisfacenti, perché il profilo della riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi è rimasto un po' in ombra rispetto all'accordo per il piano di rientro. Aggiungo che nel Patto per la salute, collegato a questa legge finanziaria, si è previsto

che l'Agenas supporti la nuova struttura tecnica di monitoraggio, anch'essa paritetica tra Stato e Regioni, nel compito di valutare la compatibilità di variazioni della riduzione dello standard di posti letto: è una funzione specifica ma molto importante, perché la riduzione dei posti letto è un momento nodale, un punto critico per quanto riguarda il discorso sulle cause dei disavanzi sanitari».

**In quali altri modi Agenas sta affiancando le Regioni nel percorso di rientro?**

«L'Agenas offre sia un tentativo di dare attuazione alle previsioni legislative di collegamento tra profilo economico-finanziario, caratteri



organizzativi dei servizi e garanzia dei livelli essenziali, sia un esempio di collaborazione tra un organismo tecnico-scientifico e pubbliche amministrazioni, avendo elaborato un complesso di criteri e di standard i quali, ove correttamente assunti da queste ultime, possono costituire un utile parametro per azioni di riorganizzazione non apparente, oltre che un ragionevole strumento a corredo di un'azione politico-amministrativa che voglia effettivamente intervenire sulle cause dei disavanzi sanitari e sulle ragioni degli scostamenti tra questo o quel servizio sanitario regionale: un piano-quadro, verrebbe da dire, replicabile con gli opportuni adattamenti alle diverse situazioni, a conferma delle caratteristiche sempre più intrecciate tra autonomia e coerenze di sistema proprie del

**Sta a ogni Regione darsi il proprio modello di servizio sanitario**

modello italiano di servizio sanitario nazionale».

**Ma quale riorganizzazione resta necessaria a livello di servizi e strutture nelle varie Regioni?**

«Sta a ogni Regione darsi il proprio "modello" di servizio sanitario, combinando servizi e strutture secondo la storia e il contesto specifico di ciascun territorio, all'interno delle coordinate e dei criteri che il nostro documento indica e che tengono conto delle realtà concrete del nostro Paese».

**Dalla vostra analisi emerge che nel primo semestre 2011 si è registrata a livello nazionale una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata. In generale, quali effetti stanno ottenendo le manovre di contenimento dei costi nelle varie Regioni?**

«Sempre in riferimento al Patto per la salute, un'ulteriore novità è la partecipazione dell'Agenas al tavolo dell'assistenza farmaceutica: si tratta della definizione di un ruolo che consente effettivamente all'Agenzia di rappresentare in una certa maniera, anche nel settore del

monitoraggio della spesa farmaceutica, il punto d'incontro fra l'autonomia regionale e le necessarie coerenze di sistema. Esiste, infatti, un problema di omogeneità metodologica, che parte anche dall'omogeneità linguistica, rispetto alla quale l'unico metodo è quello che in Agenzia abbiamo cominciato a chiamare il metodo Hta (Health technology assessment), dal momento che è stato sperimentato soprattutto a proposito della nuova competenza sulla valutazione delle tecnologie sanitarie».

**Di cosa si tratta?**

«Non si tratta di sovrapporre un'attività di valutazione o di coordinamento alle attività regionali, ma di riuscire a collegare le attività regionali utilizzando anche tecniche di auto-coordinamento regionale che sono scritte nelle norme, ma che concretamente non si attuano o sono molto difficili da verificarsi nella realtà. Abbiamo avuto conferma della bontà di questo metodo anche recentemente, proprio quando abbiamo pubblicato i dati del primo semestre 2011 relativi alla spesa farmaceutica convenzionata di tutte le Regioni: i dati contengono le va- →

**Nel primo semestre la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita del 6,4%**



riabili di numero di ricette, sconto, spesa lorda e spesa netta, ottenuta come differenza tra spesa lorda, importo del ticket e importo dello sconto, e dall'analisi emerge che si è verificata una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale del 6,4% rispetto allo stesso periodo del 2010, sicuramente come effetto delle manovre di contenimento messe in atto sia a livello centrale che regionale, e in particolare delle azioni collegate all'attuazione dei Piani di rientro nelle regioni coinvolte».

**Tra le vostre funzioni vi è anche quella di monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, svolta dal relativo osservatorio.**

«È un settore nel quale ugualmente abbiamo potuto percepire l'importanza del nostro ruolo: in

stretta correlazione con gli indirizzi della Conferenza unificata del 2007, un'ulteriore intesa Stato-Regioni sul tema del rischio clinico ha assegnato all'Agenas una serie di funzioni su questo rilevante snodo della sanità. In particolare l'Osservatorio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, attraverso le periodiche "call for good practice" rivolte agli assessorati alla Sanità regionali, si propone di coordinare la raccolta degli interventi realizzati dalle strutture sanitarie di ogni regione per accrescere la sicurezza dei pazienti e delle cure».

**Quali risultati ha ottenuto finora, soprattutto in termini di condivisione delle esperienze tra le varie Regioni?**

«Le "call for good practice", realizzate con cadenza annuale sin dal 2008, in collaborazione con il Mi-

nistero della salute e il comitato tecnico delle Regioni e delle Province autonome, per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, costituiscono lo strumento per l'individuazione e la raccolta degli interventi di miglioramento della sicurezza dei pazienti attuati dalle Regioni, dalle organizzazioni sanitarie e dai professionisti, nell'ambito della cornice metodologica del "ciclo delle buone pratiche". Esse hanno già registrato oltre 700 esperienze di buone pratiche in questo tema, tutte condivisibili e "replicabili". Si tratta, come si può comprendere facilmente, di un'attività che non è soltanto di monitoraggio, ma anche (com'è tra gli obiettivi programmatici dell'Agenas) una vera e propria opera di diffusione di conoscenze, sia all'interno delle singole Regioni che tra i diversi ambiti regionali».

## SALUTE

## Allarme epatite C: Italia maglia nera in Europa

ROMA - «L'Italia ha la più alta prevalenza europea di virus dell'epatite: per quella di tipo C gli infetti sono 1.500.000 a cui vanno aggiunti 300mila cirrotici, per quella di tipo B le persone infette sono invece 700mila, un numero in calo anche grazie all'introduzione dell'obbligo di vaccinazione a partire dal 1991, con un numero di cirrotici pari a 100mila». Lo ha detto il professor Antonio Gasbarrini presidente di Fire, fondazione per la ricerca in epatologia e ordinario di Gastroenterologia all'Università Cattolica di Roma, alla "Giornata mondiale delle epatiti 2011" organizzata ieri a Roma presso la sede del ministero della Salute per fare il punto su queste patologie, sul loro profilo epidemiologico in Italia e nel mondo e sulle strategie da adottare in futuro.

«L'infezione è silenziosa e, eccetto rari casi in cui ha un decorso acuto, impiega oltre vent'anni a manifestarsi - ha spiegato il professore - quindi, i numeri da epidemia, che vediamo oggi ri-

salgono in gran parte a quando la sterilizzazione non aveva le garanzie di quella attuale. «Basti pensare alle trasfusioni fatte tanti anni fa - prima della scoperta dei virus - o alle siringhe, agli strumenti chirurgici e agli aghi che si riutilizzavano, dopo averli fatti bollire, perché non c'erano ancora sistemi "usa e getta" o metodi di sterilizzazione efficaci» ha proseguito Gasbarrini.

«Per l'epatite di tipo B esistono oggi farmaci in grado di bloccare l'evoluzione della malattia, per quella di tipo C invece sono alla valutazione dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, due farmaci inibitori della proteasi (un enzima, ndr) cioè il Boceprevir e il telaprevir che già vengono utilizzati negli Stati Uniti» ha spiegato ancora il professore - potrebbero essere commercializzati già nei primi mesi del 2012».

«Questi farmaci - ha affermato il professore - nel 60-80% dei casi eliminano il virus e sono importanti anche per i tumori: su 1000 trapianti di fegato effettuati 750-800 dipendono dal virus dell'epatite e riducendo il numero di persone infette si potrebbero utilizzare al meglio gli organi messi a disposizione con le donazioni».



# Malattie rare, un progetto mirato

**L'ospedale S.Giovanni di Roma e l'associazione Magi onlus varano una task-force per le patologie del sistema nervoso e linfatico**

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

**L**e malattie rare sono difficili non solo da curare, ma anche da studiare. Per questo ogni sforzo in favore dei malati è da considerare con interesse. E in questa direzione va la lettera di intenti che è stata siglata ieri dall'ospedale San Giovanni Battista di Roma e da Magi onlus, associazione non profit con sede a Rovereto (Trento) dedita alla diagnosi e alla ricerca sulle malattie genetiche sia per l'individuazione di nuovi geni che causano patologie rare sia per lo sviluppo di terapie convenzionali (medicina riabilitativa) sia innovative (proteine ricombinanti).

L'associazione Magi onlus – presieduta dal medico genetista Matteo Bertelli e riconosciuta dal consorzio europeo Orphanet – ha dato vita al Magi's Lab, un servizio diagnostico di genetica medica accreditato presso il servizio sanitario nazionale; mentre l'ospedale romano, di proprietà dell'Associazione dei Cavalieri italiani del Sovrano Ordine di Malta, nato agli inizi degli anni Settanta per le problematiche riabilitative, si sta specializzando per la diagnosi e la riabilitazione di alcune malattie genetiche con effetti sul sistema linfatico quali i linfedemi primitivi, i lipedemi primitivi e le lipodistrofie, nonché le malattie genetiche a eredità mendeliana del sistema venoso, nella Unità operativa di Riabilitazione vascolare diretta da Sandro Michelini.

Le due realtà sembravano quindi fatte apposta per interagire e infatti la lettera d'intenti riconosce che «le attività espletate presso i due enti possono efficacemente integrarsi nelle attività da loro svolte, nel rispetto dei principi etici e religiosi cattolici». Sarà quindi costituita una task-force in grado di intervenire con efficacia nelle fasi di diagnosi, ricerca, riabilitazione e cura delle malattie genetiche e rare del sistema venoso e linfatico. Obiettivo è ottenere un percorso ideale che partendo da una consulenza multispecialistica, giunga a una diagnosi di genetica molecolare e a una terapia farmacologica. La collaborazione potrà riguardare anche progetti di ricerca specifici con una piena condivisione delle strutture, degli archivi e degli strumenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Cadorna Croce Rossa Presidio in piazza

Presidio di protesta in piazza Cadorna dei lavoratori della Croce Rossa. La manifestazione promossa dai sindacati contro la riorganizzazione dell'ente decisa all'ultimo minuto dal governo Berlusconi. «È una privatizzazione — dicono i lavoratori — che mette a rischio l'occupazione, soprattutto dei lavoratori precari».



**IL CASO****Croce Rossa, contro la privatizzazione proteste in tutta Italia**

■ Proteste in tutta Italia dei lavoratori della Croce Rossa, che si sono ritrovati ieri al ministero della Salute a Roma e nelle piazze di altri capoluoghi. La mobilitazione indetta da Fp-Cgil, Cisl-Fp, Uil-Pa, Sinadi, Fialp-Cisal Usb e Ugl-Intesa, contesta il decreto legislativo di riordino della Cri, lasciato in eredità al nuovo governo dall'esecutivo Berlusconi. La bozza, dicono i sindacati, prevede il ridimensionamento dell'ente e la messa in discussione di circa duemila posti di lavoro, oltre alla previsione di una privatizzazione dei comitati locali della Cri. In questo quadro, in Lombardia si aggiunge la scadenza di tutti i contratti dei lavoratori a tempo determinato, in attesa del rinnovo della convenzione con l'agenzia regionale dell'emergenza.



**REGIONE** **77**

**Sanità: il rosso e i tagli attesi alla spesa**

Dominelli ▶ pagina 19

**Regione.** Nonostante 350 milioni sbloccati dal Governo la Polverini dovrà fare altri interventi sulla spesa

# Sanità, tagli ancora insufficienti

Il dossier dell'Economia: mancano vera programmazione e risparmi strutturali

## 1 miliardo

**Il disavanzo 2010.** Il risultato d'esercizio 2011 dovrebbe essere di 878 milioni

## 180 milioni

**Le risorse 2011.** Quelle che arrivano dal riparto provvisorio del Fondo sanitario nazionale

## 621 milioni

**I risparmi 2012.** I tagli programmati per il prossimo anno

## 23,9 milioni

**Le economie sul personale.** Il contenimento dei costi previsto era di 47,5 milioni

**Celestina Dominelli**

■ Trecentocinquanta milioni di euro sbloccati dal governo per il piano di rientro sanitario e il taglio dello 0,15% dell'aliquota Irap per le imprese. La cura di Renata Polverini per la sanità del Lazio centra alcuni obiettivi, ma la strada è ancora tutta in salita.

Basta scorrere, infatti, l'ultimo verbale del tavolo del ministero dell'Economia - incaricato di passare al setaccio i conti della Regione - per mettere a fuoco i nodi irrisolti, soprattutto sui policlinici universitari (in particolare quelli gestiti da atenei non statali, come il Gemelli) e gli ospedali religiosi. Ma va oliato meglio anche il contenimento del costo del personale, tanto che i risparmi si sono fermati a 23,9 milioni di euro a fronte dei 47,5 milioni previsti.

Senza contare, poi, che deve essere completato il percorso di chiusura e riconversione dei posti letto e dei piccoli ospedali: rispetto ai 24 presidi fissati dal decreto 80/2010 si registrano dei ritardi, dovuti anche a ricorsi amministrativi contro le scelte della Polverini. Come pure va implementato il sistema di accreditamento e autorizzazione per chi opera in convenzione con il servizio sanitario. La giunta ha approvato, pur tra mille difficoltà, una legge apposita, ma non c'è

ancora la struttura ad hoc che dovrà attuare le nuove norme.

Insomma, le ombre non mancano e, nel prossimo incontro con l'Economia, la governatrice dovrà presentare soluzioni chiare. Anche per portare a casa l'ultima tranche di risorse legata agli adempimenti del 2009: nel complesso 606 milioni di euro, di cui 202 milioni sbloccati nei mesi scorsi, 350 nell'ultimo Consiglio dei ministri e 50 milioni da incassare. Che saranno recuperati se si definiranno gli accordi con i policlinici privati (25 milioni), se si perfezionerà l'intesa con la Fondazione Santa Lucia (12,5 milioni) e se si avvierà la struttura sugli accreditamenti e le autorizzazioni (12,5 milioni). «La giunta - spiega una fonte vicina al dossier - ha proceduto alla chiusura dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione e alla razionalizzazione dei piccoli presidi, ma non ha rafforzato la medicina residenziale e manca una vera programmazione sanitaria. La riduzione del disavanzo è più che altro un risultato contabile perché la spesa non è stata abbassata strutturalmente». Una conclusione a cui sono giunte anche le agenzie di rating che pure hanno sottolineato gli sforzi della Regione. Tutte infatti sostengono che sono soprattutto le maggiori entrate ad aver ossigenato i conti della sanità.

Nel 2009 il disavanzo era pari a 1,4 miliardi di euro, diventati 1,04 nel 2010. Mentre, nel 2011, come documenta anche l'Economia, il risultato d'esercizio dovrebbe attestarsi a 878 milioni di euro (67 milioni in più rispetto a quanto fissato nel "programma operativo 2011-2012" varato a dicembre), con un disavanzo atteso di 90 milioni considerando 788 milioni di euro di coperture fiscali. Polverini ha però potuto contare anche su maggiori risorse del Fondo sanitario nazionale: 300 milioni in più nel 2010, grazie al riconoscimento di nuovi residenti certificati dall'Istat, e altri 180 milioni in più quest'anno secondo il riparto provvisorio del fondo 2011. Quasi 500 milioni di euro di maggiori entrate che hanno contribuito ad abbassare il disavanzo 2011 avvicinandolo agli obiettivi prefissati. Ma la contrazione sostanziale della spesa è ancora di là da venire, come ha documentato recentemente anche Fitch: secondo l'agenzia, nel 2011, i costi sanitari si ridurranno di soli 30 milioni rispetto all'anno prima.

Il centro-sinistra, con il capogruppo del Pd in Regione, Esterino Montino, e l'ex asses-

sore al Bilancio, Luigi Nieri, sta dando battaglia sui risparmi. E, in effetti, se si guarda al cronoprogramma varato a dicembre, si vede come il grosso delle economie si concentri nel 2012: 621 milioni di euro contro i 378 del 2011. Puntando soprattutto su centralizzazione degli acquisti (zavorrata però dai ricorsi), razionalizzazione del personale e degli ospedali. Dove, a giudicare dai bilanci di previsione 2011, la riduzione dei costi è ancora lontana: solo tre Asl su dodici non hanno conti in rosso (Roma D, Latina e Frosinone) e in tre il passivo supera i 100 milioni di euro (Roma B, C ed E). E non va meglio negli ospedali con le peggiori performance nei policlinici universitari: uno dei tasselli che attende ancora risoste dalla giunta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Eutanasia, in aumento le richieste ogni mese tre italiani vanno all'estero

di CARLA MASSI

ROMA - Era l'aprile del 2001 quando l'Olanda legalizzò l'eutanasia. Primo paese al mondo. La legge, stretta da una serie di condizioni, fu firmata dalla regina Beatrice. Da allora hanno votato per la dolce morte anche Belgio e Lussemburgo. In Svizzera, dagli anni Quaranta, è possibile il suicidio assistito. Il paziente deve ingerire da solo il farmaco letale, un potente barbiturico. Un mondo fatto di cliniche private con associazioni di medici disposti a prendere in carico le richieste dei malati, valutare lo stato di salute e accettare o meno la richiesta. In Svezia e in Germania sono contrari all'eutanasia ma hanno votato a favore del rifiuto delle cure: una persona capace di decidere autonomamente può respingere le terapie anche se da queste dipende la sopravvivenza.

Proprio in Olanda, dove nel 2010 i casi di eutanasia sono stati 3.136, ora si pensa ad ampliare la pratica di fine vita attraverso una squadra mobile che permetterà a pazienti in fase terminale di morire a casa loro. Poco più di una settimana fa il primo trattamento: una donna di 64 anni affetta da una grave forma di demenza. A far fede, la sua intenzione, resa pubblica più volte mentre era ancora in

grado di esprimere un pensiero, di essere aiutata a finire. L'équipe è intervenuta quando ormai il ricovero sarebbe stato inutile. Sia in clinica che a domicilio, i medici olandesi decidono di poter applicare, per legge, l'eutanasia quando hanno la certezza che per quel malato non ci sono possibilità di miglioramenti.

«Anche Lucio Magri, in Svizzera, è stato sottoposto ad un lungo iter - spiega Emilio Coveri, presidente di Exit Italia, l'associazione che si batte per il diritto a morire secondo le proprie volontà - La richiesta è stata accettata perché, evidentemente, c'erano le condizioni». Che vuol dire avere cartelle cliniche che testimonino lo stato di salute, la capacità di intendere e volere e l'accettazione di uno o più colloqui con i sanitari. Tre medici hanno il compito di esaminare il caso e, appena accolta la domanda, uno di loro segue il paziente fino alla fine. Assiste nei ripensamenti, conforta quando insorgono dubbi, è lì accanto al malato nei momenti che precedono l'atto finale. Per Exit, almeno due terzi delle richieste vengono respinte.

Il voto sul testamento biologico dei mesi scorsi avrebbe spinto, secondo l'associazione, molti italiani ad andare a bussare alle cliniche della morte all'estero. «Con l'approvazione del disegno di legge è aumentato, direi raddoppiato - aggiunge Coveri - il numero delle persone che si sono iscritte ad

Exit e hanno iniziato il percorso del suicidio assistito in Svizzera, in cliniche di Zurigo e Berna». Dove, a maggio, sono stati respinti i referendum che chiedevano di abolire o limitare il diritto alla dolce morte. Un dato: a febbraio 2011 sono stati diciotto iscritti che hanno portato a termine il viaggio dopo aver iniziato le pratiche quasi due anni prima. A luglio 2011, invece, già venti persone avevano fatto richiesta di attivazione della procedura e ora sono in attesa del sì dei medici. Secondo un conto approssimativo di chi si occupa dei viaggi senza ritorno, nell'ultimo anno, sono stati due o tre al mese gli italiani morti con l'assistenza. E il numero sembra essere in continua crescita. Si spendono poco più di tremila euro. I medici, una volta che tutte le procedure sono state seguite, lavorano sulla psiche del paziente: cercano di dissuaderlo per avere la certezza che la persona sia lucida e capace di scegliere. Anche la musica che si vorrebbe avere come colonna sonora dell'addio. Entro dieci minuti dal momento in cui si prende il barbiturico ci si addormenta per sempre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CONVEGNO PROMOSSO DA **MINISTERO DELLA SALUTE** E POLICLINICO GEMELLI

# «Non è Internet a causare dipendenza nei giovani»

## Monito di monsignor Pompili, sottosegretario Cei la vita in Rete è effetto delle insicurezze sociali

Chi accusa la Rete di trasportare i ragazzi fuori dal mondo reale, confonde la causa con l'effetto, perché «non è internet la causa della dipendenza, casomai la Rete è un nuovo ambiente facilmente disponibile per trovare soddisfazione immediata ai bisogni legati alle nuove insicurezze» afferma monsignor Domenico Pompili, sottosegretario della Cei e direttore dell'Ufficio nazionale per le comunicazioni sociali, durante il Convegno «Giovani e Internet. Aspetti evolutivi e problemi di dipendenza», promosso a Roma dal **Ministero della Salute** con il Policlinico Agostino Gemelli. Un'articolata relazione, quella di monsignor Pompili. «Nell'era ipermediale, sempre più la tecnologia dice - è ciò in cui l'essere umano ripone la propria fiducia e la propria speranza di realizzazione dei propri desideri più profondi. Oggi - aggiunge - viviamo certamente in un'epoca segnata da una sovrabbondanza di stimoli e da una mancanza di criteri di orientamento condivisi». Nel mondo digitale «emergono desideri autentici, mascherati da bisogni». Il primo che i giovani cercano di soddisfare in Rete è quello «di realtà». È insomma il vuoto a generare il paradosso del virtuale che prende il posto di un reale sempre più incerto. «In un mondo in cui non ci sono divieti e non ci si scontra mai con un limite - afferma il prelatore - in cui il confine tra immagini e realtà diventa sempre più sfumato, in cui la tecnologia sembra poter contenere e realizzare qualunque cosa, ciò che si perde è proprio la realtà». Il divorzio dal reale è quindi messo in conto al relativismo della società. Perché «se tutto sembra possibile, allora più niente è reale».

Di fronte al bisogno di realtà, al bisogno di senso e di «relazione e affettività», cioè di

fronte «al senso di vulnerabilità personale in una fase critica della costruzione di sé, al timore del rifiuto o anche solo dell'invisibilità, della mancanza di riconoscimento, i dispositivi tecnologici - spiega monsignor Pompili - sembrano la soluzione ideale».

Strumenti che da una lato offrono «spazi di incontro facilmente accessibili, dove è possibile non sentirsi mai soli», dall'altro «offrono comunque un riparo, una mediazione rispetto all'incontro con l'altro, che è sempre suscettibile di disconnessione a nostra discrezione. Il bello della relazione, senza i rischi. Un comodo surrogato della realtà. «Per questo, i giovani sembrano a volte preferire i dispositivi alla reciprocità dell'incontro». E non solo: nella società digitale «gli adolescenti rischiano di crescere con l'aspettativa di una connessione continua incapaci di tollerare il silenzio, la solitudine con se stessi - ammonisce monsignor Pompili - o semplicemente le assenze temporanee di copertura di rete. La loro competenza tecnologica tende a renderli ancora più dipendenti dai dispositivi, generando una serie di nuove insicurezze». Tra le prime, «l'ansia per l'inadeguatezza del proprio profilo; l'incapacità di tollerare il silenzio altrui e la non immediata risposta ai propri messaggi». E «la tendenza a misurare la propria popolarità in termini di volume e velocità di messaggi e risposte». «Le tecnologie sono straordinarie opportunità per coltivare relazioni. Ma l'altro - conclude il sottosegretario Cei - posso incontrarlo in Rete solo se l'abbiamo incontrato in presenza».

g.r



## L'obesità pesa due volte

**U**n obeso costa al Ssn anche più del doppio di un individuo di peso normale. Un obeso si ammala, soprattutto di patologie croniche, anche tre o quattro volte (fino a 12) di più di un normopeso. I conti sui costi dell'obesità e sul peso che questa ha nell'aggravare le condizioni di salute, li ha fatti la Simg, la Società dei medici di medicina generale, assieme al Ceis, il centro di Economia sanitaria dell'Università di Roma Tor Vergata.

Tirando le somme dell'analisi, la spesa media pro capite sul territorio per farmaci e cure varie è stata nel periodo 2006-2009 di circa

350-370 euro per un normopeso, mentre raggiunge gli 880-950 in caso di obesità severa.

Ma non è certo solo una questione di soldi: l'obesità peggiora anche la condizione epidemiologica e di salute. Tra i 25 e i 34 anni, secondo lo studio, gli individui con un'obesità severa presentano una pluripatologia (due malattie e oltre, di cui le più frequenti sono ipertensione e diabete) in circa il 6% dei casi, contro lo 0,5% di quelli normopeso: un rischio circa 12 volte maggiore.

A PAG. 25

Studio Simg-Ceis Tor Vergata sull'impatto economico nel territorio dell'eccesso di peso

# L'obesità raddoppia i costi

L'incidenza (e la spesa) maggiore al Sud - Alti rischi di ipertensione

**U**n obeso costa al Ssn fino al doppio di un individuo di peso normale: la spesa media pro capite sul territorio per farmaci, cure e assistenza a vario titolo è stata nel periodo 2006-2009 di circa 511 euro per un uomo normopeso ai limiti della normalità (476 per una donna), mentre sfiora i 950 in caso di obesità severa maschile (884 nelle donne). E la differenza aumenta se si confronta il dato di obesità severa con la classe di massa corporea (Bmi) più normale, quella compresa tra un indice 15 e un indice 19: in questo caso infatti la spesa media scende a circa 370 euro per gli uomini e 351 per le donne. Come dire che un obeso costa il 30% di più.

A fare i conti sui costi dell'obesità sono la Simg, società di medicina generale e il Ceis (centro di economia sanitaria) dell'Università di Tor Vergata, che hanno presentato e discusso i dati in occasione del Congresso dei medici di medicina generale che si è svolto la scorsa settimana a Firenze.

Uno studio che sottolinea - come hanno commentato gli autori - al di là del peso economico dell'obesità, anche la necessità di una verifica dei fattori epidemiologici a esempio nella programmazione delle risorse da assegnare. Non è un caso infatti, nota la Simg, che l'incidenza maggiore dell'obesità sia in Italia nelle Regioni del Sud e nelle Isole, quelle cioè che fanno

più fatica a contenere la spesa sanitaria.

Al Sud era obeso e gravemente obeso nel 2009 (e la situazione peggiora di anno in anno) il 68,32% degli individui, nelle isole il 66,57% contro valori che non superano il 60% nelle altre aree geografiche. I picchi maggiori di incidenza si hanno in tutte le zone geografiche per l'obesità normale, ma sempre al Sud sfiorano il 40%. Per quanto riguarda l'obesità severa invece il primo posto per incidenza spetta alle Isole con il 31,4%, contro il 28,65% del Sud e una percentuale che non va oltre il 23% nelle altre aree geografiche.

«La sola obesità impatta per 2 miliardi di euro l'anno - spiega **Claudio Cricelli**, presidente della Società italiana di medicina generale -. Con un investimento di appena 17 euro a persona in prevenzione - aggiunge anche considerando l'aumento di incidenza di altre malattie nei soggetti obesi - ogni anno si potrebbero evitare almeno 75mila morti per malattie croniche».

L'obesità peggiora anche la condizione epidemiologica e di salute - secondo l'analisi della Simg - con l'avanzare dell'età ed è legata alla concomitanza di più patologie quali diabete, ipertensione, dislipidemia, depressione, artrosi, apnea da sonno, gotta.

A esempio, tra 25 e 34 anni gli individui con un'obesità severa presentano una pluripatologia (due malattie e oltre) in circa il 6% dei casi,



contro lo 0,5% di quelli normopeso. Andando avanti con l'età, un individuo normopeso tra 45 e 54 anni presenta più patologie nel 10% dei casi circa, mentre in caso di obesità grave raggiunge il 41,4%. E nella fascia di età tra 75 e 84 anni contro il 50,4% di pluripatologie nei normopesi si arriva a un'incidenza del 74,5% nei casi di obesità grave.

L'indagine della Simg traccia anche un profilo delle patologie a maggior rischio in caso di obesità. Le due più frequenti sono ipertensione e diabete, due cronicità che oltre a ridurre la qualità di vita incidono pesantemente anche sulla spesa sanitaria (per il diabete si veda pagina 24).

Un individuo giovane tra il 25 e i 34 anni normopeso ha un'incidenza media di ipertensione del 2,21%; un individuo della stessa età, ma con obesità grave, raggiunge il 18,54% e anche in caso di obesità normale non scende al di sotto del 13,5%. La forbice maggiore tuttavia si ha nella classe di età tra 35 e 44 anni, quando un normopeso è iperteso nel 7,65% dei casi, un obeso grave nel 36,81% e un obeso normale nel 27,44% dei casi.

E con l'avanzare dell'età

aumenta il rischio. Infatti se tra i 75 e gli 84 anni un normopeso è anche iperteso nel 69,6% dei casi, un obeso grave lo è nell'87,94% e un obeso normale nell'84,76% dei casi.

Al secondo posto tra le patologie per le quali il rischio aumenta con l'aumentare della massa corporea è il diabete. In questo caso le percentuali massime raggiunte sono meno elevate, ma la forbice tra normopeso e obesità severa è sempre più elevata.

A esempio nella classe di età tra 25 e 34 anni l'incidenza del diabete nei normopesi si ferma allo 0,97%, mentre nei casi di obesità raggiunge il 2,17% e in quella severa balza al 6,64%, quasi sette volte di più della più bassa. Ma anche in questo caso la differenza maggiore si ha nella classe di età 35-44 anni dove i normopesi registrano un'incidenza dell'1,84% di diabete, mentre gli obesi raggiungono il 19,35% e in caso di obesità grave si arriva al 15,60%: quasi nove volte di più, con i costi che - secondo i dati Simg-Ceis - sono quindi destinati a moltiplicarsi per nove.

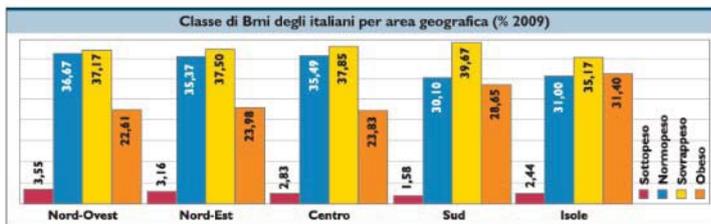
**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Individui con diabete, ipertensione, dislipidemia, depressione, artrosi per classe età e Bmi (% 2009)**

| Classe età | Classe Bmi   | Diabete | Iper-tensione | Dislipidemia | Depressione | Artrosi anca | Classe età | Classe Bmi   | Diabete | Iper-tensione | Dislipidemia | Depressione | Artrosi anca |
|------------|--------------|---------|---------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|---------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| 25-34      | Normopeso    | 0,97    | 2,21          | 3,57         | 3,40        | 0,22         | 55-64      | Normopeso    | 14,12   | 40,40         | 28,56        | 8,47        | 5,26         |
| 25-34      | Sovrappeso   | 1,51    | 6,82          | 6,00         | 3,71        | 0,32         | 55-64      | Sovrappeso   | 24,47   | 57,22         | 34,79        | 6,69        | 7,16         |
| 25-34      | Obeso        | 2,17    | 13,54         | 7,91         | 4,01        | 0,25         | 55-64      | Obeso        | 33,34   | 68,42         | 33,60        | 7,54        | 9,47         |
| 25-34      | Obeso severo | 6,64    | 18,54         | 5,95         | 5,95        | 0,51         | 55-64      | Obeso severo | 41,84   | 80,67         | 28,51        | 8,25        | 15,94        |
| 35-44      | Normopeso    | 1,89    | 7,65          | 6,94         | 5,66        | 0,77         | 65-74      | Normopeso    | 24,64   | 57,86         | 35,12        | 9,68        | 8,11         |
| 35-44      | Sovrappeso   | 3,85    | 17,42         | 14,37        | 4,84        | 1,38         | 65-74      | Sovrappeso   | 33,87   | 71,49         | 39,40        | 7,86        | 11,85        |
| 35-44      | Obeso        | 7,85    | 27,44         | 13,54        | 6,21        | 1,72         | 65-74      | Obeso        | 40,32   | 79,85         | 38,83        | 8,39        | 17,14        |
| 35-44      | Obeso severo | 15,60   | 36,81         | 12,75        | 7,47        | 2,27         | 65-74      | Obeso severo | 49,94   | 86,31         | 35,23        | 9,89        | 20,78        |
| 45-54      | Normopeso    | 5,31    | 21,40         | 16,07        | 7,05        | 1,78         | 75-84      | Normopeso    | 26,95   | 69,66         | 33,39        | 11,41       | 10,85        |
| 45-54      | Sovrappeso   | 11,50   | 36,60         | 22,99        | 5,38        | 3,43         | 75-84      | Sovrappeso   | 36,49   | 78,25         | 35,53        | 9,36        | 16,15        |
| 45-54      | Obeso        | 19,35   | 52,17         | 25,22        | 6,41        | 4,44         | 75-84      | Obeso        | 44,00   | 84,76         | 36,15        | 9,90        | 17,64        |
| 45-54      | Obeso severo | 28,54   | 65,13         | 21,39        | 8,20        | 6,54         | 75-84      | Obeso severo | 50,21   | 87,94         | 33,10        | 9,96        | 23,85        |



**Individui con nessuna, una, due, tre e più patologie (\*) per classi Bmi ed età (% 2009)**

| Classe età | Classe Bmi   | Nessuna | Una   | Due   | Tre e più | Classe età | Classe Bmi   | Nessuna | Una   | Due   | Tre e più |
|------------|--------------|---------|-------|-------|-----------|------------|--------------|---------|-------|-------|-----------|
| 25-34      | Normopeso    | 89,91   | 9,56  | 0,51  | 0,02      | 55-64      | Normopeso    | 35,02   | 38,81 | 20,07 | 6,10      |
| 25-34      | Sovrappeso   | 83,15   | 14,65 | 2,06  | 0,14      | 55-64      | Sovrappeso   | 21,09   | 38,08 | 27,75 | 13,09     |
| 25-34      | Obeso        | 74,86   | 20,80 | 3,68  | 0,65      | 55-64      | Obeso        | 13,87   | 34,57 | 32,65 | 18,91     |
| 25-34      | Obeso severo | 65,45   | 28,38 | 5,72  | 0,46      | 55-64      | Obeso severo | 7,21    | 32,71 | 34,13 | 25,94     |
| 35-44      | Normopeso    | 79,65   | 17,62 | 2,46  | 0,28      | 65-74      | Normopeso    | 19,67   | 37,26 | 29,65 | 13,42     |
| 35-44      | Sovrappeso   | 64,23   | 29,05 | 5,65  | 1,07      | 65-74      | Sovrappeso   | 11,63   | 31,71 | 34,63 | 22,04     |
| 35-44      | Obeso        | 55,13   | 32,36 | 10,21 | 2,31      | 65-74      | Obeso        | 6,69    | 28,89 | 35,86 | 28,56     |
| 35-44      | Obeso severo | 47,03   | 32,20 | 14,40 | 6,37      | 65-74      | Obeso severo | 4,25    | 20,91 | 38,91 | 35,93     |
| 45-54      | Normopeso    | 58,80   | 31,29 | 8,50  | 1,41      | 75-84      | Normopeso    | 14,23   | 35,36 | 32,25 | 18,16     |
| 45-54      | Sovrappeso   | 41,82   | 38,38 | 15,62 | 4,18      | 75-84      | Sovrappeso   | 8,24    | 30,14 | 36,39 | 25,23     |
| 45-54      | Obeso        | 28,64   | 40,13 | 21,77 | 9,46      | 75-84      | Obeso        | 3,79    | 25,24 | 39,21 | 31,77     |
| 45-54      | Obeso severo | 20,04   | 38,60 | 28,39 | 12,97     | 75-84      | Obeso severo | 3,51    | 22,02 | 36,33 | 38,15     |

(\*) Diabete, ipertensione, dislipidemia, depressione, artrosi, apnea da sonno, gotta