

MORTE PER PARTO, IN ITALIA TASSO FRA I PIU' ALTI IN UE

(ANSA) - MILANO, 18 GIU - Non siamo i migliori al mondo per la mortalita' materna legata al parto. Anzi, a sorpresa, il nostro tasso e' uno dei piu' alti dell'Europa occidentale. Colpa dell'eta' sempre piu' avanzata delle neo-mamme. A contraddire la classifica stilata dalla rivista 'Lancet' nel 2010 e' l'Istituto superiore di sanita', che ha studiato 5 regioni rappresentative del 32% delle donne italiane in eta' fertile con criteri diversi: oltre ai certificati di morte dell'Istat, ha usato le schede di dimissione ospedaliera. Cosi' il valore non e' piu' di 4 morti ogni 100mila nati vivi, ma di 11,8, il 63% in piu', contro una media dell'Europa occidentale di 7-8. Lo studio, condotto dal Reparto salute della donna e dell'eta' evolutiva del Cnesps-Iss, ha raccolto i dati dal 2000 al 2007 di Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia. Tra il 2000 e il 2007 in queste Regioni sono stati registrati 1.001.292 nati vivi e 260 morti materne con un'eta' media di 33 anni. La mortalita' materna e' 3 volte piu' alta in Sicilia (24,1) rispetto a Toscana ed Emilia Romagna (7,6), ma influiscono anche fattori come l'eta' e il taglio cesareo. Per le donne con gravidanza oltre i 35 anni il pericolo di morire e' doppio, mentre e' triplo per chi fa il taglio cesareo, anche se in molti casi il cesareo e' indicato per donne a rischio per patologie. Anche il basso livello di istruzione e la cittadinanza straniera sono associati a un maggior rischio di mortalita'. "Il valore di 11,8 non e' un dato nazionale, ma di queste 5 regioni, ed e' un valore medio tra i paesi sviluppati occidentali - spiega Serena Donati, ricercatrice Cnesps-Iss - L'Europa dell'est ha valori peggiori dei nostri, mentre Francia e Danimarca migliori. La Gran Bretagna e' poco migliore di noi con 11,4. Il 50% delle morti e' evitabile, in parte perche' legate a casi di emorragia ostetrica, preeclampsia e tromboembolia, che possono essere ridotte". Le cause piu' frequenti di mortalita' sono emorragie e disordini ipertensivi in gravidanza in caso di complicazioni legate al parto, e neoplasie, patologie cardiovascolari e i suicidi tra cause indirette (malattie preesistenti o insorte durante la gestazione e da essa aggravate). Per Nicola Surico, presidente della Societa' italiana di Ginecologia e ostetricia (Sigo), "questi dati non sono una sorpresa. L'eta' avanzata delle partorienti, soprattutto in chi ricorre a procreazione assistita, e' in crescita e molte donne non vengono studiate adeguatamente prima della gestazione. Inoltre l'accordo Stato-Regioni sui punti nascita e' rimasto sulla carta, tranne che in Puglia e Sicilia. Come Sigo stiamo formando i ginecologi per ridurre le emorragie post partum". Il Ministero della Salute ha ora finanziato un progetto pilota dell'Iss di sorveglianza della mortalita' materna in 7 regioni.(ANSA).

RISCHIO LEGATO ALL'ETÀ
Morire di parto:
in Italia tasso
tra i più alti dell'Ue

a pagina 6

Mortalità materna fra le più alte d'Europa

I dati dell'Istituto superiore di sanità su 5 regioni d'Italia sulla base dei nuovi parametri: 11,8 morti ogni 100mila parti. Fra le cause, l'elevata età media delle mamme e il cesareo

ROMA Non siamo i migliori al mondo per la mortalità materna legata al parto. Anzi, a sorpresa, il nostro tasso è uno dei più alti dell'Europa occidentale. Colpa dell'età sempre più avanzata delle neomamme. A contraddire la classifica stilata dalla rivista «Lancet» - e pubblicata nel 2010 - è l'Istituto superiore di sanità, che ha posto la lente di ingrandimento su cinque regioni rappresentative del 32% delle donne italiane in età fertile con criteri diversi.

Oltre ai certificati di morte dell'Istat, sono state analizzate le schede di dimissione ospedaliere. Dalla sovrapposizione dei due documenti, il nuovo quadro: il valore di riferimento per il Belpaese non è più di quattro morti ogni 100mila parti, bensì di 11,8 decessi, vale a dire il 63% in più.

Un dato, questo, che si scontra con una media europea compresa fra 7 e 8. Lo studio, condotto dal Reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Cnesps-Iss, ha raccolto i dati dal 2000 al 2007 di Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia.

Tra il 2000 e il 2007 in queste Regioni sono stati registrati 1.001.292 nati vivi e 260 morti materne con un'età media di 33 anni. La mortalità materna è tre volte più alta in Sicilia (24,1) rispetto a Toscana ed Emilia Romagna (7,6), ma influiscono anche fattori come l'età e il ta-

glio cesareo.

Per le donne con gravidanza oltre i 35 anni il pericolo di morire risulta infatti doppio, mentre è triplo per chi fa il taglio cesareo, anche se in molti casi il cesareo è indicato per donne a rischio per patologie. Anche il basso livello di istruzione e la cittadinanza straniera sono associati ad un maggior rischio di mortalità.

«Il valore di 11,8 non è un dato nazionale, ma di queste cinque regioni, ed è un valore medio tra i paesi sviluppati occidentali - spiega Serena Donati, ricercatrice Cnesps-Iss -. L'Europa dell'est ha valori peggiori dei nostri, mentre Francia e Danimarca migliori. La Gran Bretagna è poco migliore di noi con 11,4. Il 50% delle morti è evitabile, in parte perché legate a casi di emorragia ostetrica, preeclampsia e tromboembolia, che possono essere ridotte».

Le cause più frequenti di mortalità sono emorragie e disordini ipertensivi in gravidanza in caso di complicazioni legate al parto; e neoplasie, patologie cardiovascolari e suicidi tra cause indirette (malattie preesistenti o insorte durante la gestazione).

Per Nicola Surico, presidente della Società italiana di Ginecologia e ostetricia (Sigo), «questi dati non sono una sorpresa. L'età avanzata delle partorienti, soprattutto in chi ricorre a procreazione assistita, è



in crescita e molte donne non vengono studiate adeguatamente prima della gestazione. Inoltre, l'accordo Stato-Regioni sui punti nascita è rimasto sulla carta, tranne che in Puglia e Sicilia. Come Sigostiamo formando i ginecologi per

ridurre le emorragie post partum». Il **Ministero della Salute** ha ora finanziato un progetto pilota dell'Iss di sorveglianza della mortalità materna in sette regioni.



Due infermiere in una sala maternità



DATI ISS. Studio in 5 regioni col 32% di donne fertili

Madri troppo vecchie così in Italia partorire comporta più rischi

E in Sicilia mortalità tra le più alte

MARIA EMILIA BONACCORSO

MILANO. Non siamo i migliori al mondo per la mortalità materna legata al parto. Anzi, a sorpresa, il nostro tasso è uno dei più alti dell'Europa occidentale. Colpa dell'età sempre più avanzata delle neomamme.

A contraddire la classifica stilata dalla rivista "Lancet" nel 2010 è l'Istituto superiore di Sanità, che ha studiato 5 regioni rappresentative del 32% delle donne italiane in età fertile con criteri diversi: oltre ai certificati di morte dell'Istat, ha usato le schede di dimissione ospedaliera. Così il valore non è più di 4 morti ogni 100mila nati vivi, ma di 11,8, il 63% in più, contro una media dell'Europa occidentale di 7-8.

Lo studio, condotto dal Reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Cnesps-Iss, ha raccolto i dati dal 2000 al 2007 di Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia. Tra il 2000 e il 2007 in queste Regioni sono stati registrati 1.001.292 nati vivi e 260 morti materne con un'età media di 33 anni. La mortalità materna è 3 volte più alta in Sicilia (24,1) rispetto a Toscana ed Emilia Romagna (7,6), ma influiscono anche fattori come l'età e il taglio cesareo.

Per le donne con gravidanza oltre i 35 anni il pericolo di morire è doppio, mentre è triplo per chi fa il taglio cesareo, anche se in molti casi il cesareo è indicato per donne a rischio per patologie.

Anche il basso livello di istruzione e la cittadinanza straniera sono associati a un maggior rischio di mortalità. «Il valore di 11,8 non è un dato nazionale, ma di queste 5 regioni, ed è un valore medio tra i Paesi sviluppati occidentali - spiega Serena Donati, ricercatrice Cne-

sps-Iss -. L'Europa dell'est ha valori peggiori dei nostri, mentre Francia e Danimarca migliori. La Gran Bretagna è poco migliore di noi con 11,4. Il 50% delle morti è evitabile, in parte perché legate a casi di emorragia ostetrica, preeclampsia e tromboembolia, che possono essere ridotte».

Le cause più frequenti di mortalità sono emorragie e disordini ipertensivi in gravidanza in caso di complicazioni legate al parto, e neoplasie, patologie cardiovascolari e i suicidi tra cause indirette (malattie preesistenti o insorte durante la gestazione e da essa aggravate).

Per Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), «questi dati non sono una sorpresa. L'età avanzata delle partorienti, soprattutto in chi ricorre a procreazione assistita, è in crescita e molte donne non vengono studiate adeguatamente prima della gestazione. Inoltre l'accordo Stato-Regioni sui punti nascita è rimasto sulla carta, tranne che in Puglia e Sicilia. Come Sigo stiamo formando i ginecologi per ridurre le emorragie post partum». Il ministero della Salute ha ora finanziato un progetto pilota dell'Iss di sorveglianza della mortalità materna in 7 regioni.

Le donne dai 35 anni in su hanno un tasso di mortalità maggiore, pari a 17,7 per 100mila bambini nati vivi rispetto al 9,8 delle donne più giovani. Analizzando le classi di età della madre, si osserva un rischio di morte circa 7 volte maggiore tra le donne dai 40 anni in su rispetto a quelle sotto i 20 anni e un aumento di circa 3 volte rispetto alle donne di 30-34 anni. Un dato preoccupante, considerando che in Italia, come in gran parte dei Paesi avanzati, la proporzione di donne che partoriscono oltre i 35 anni di età è salita dal 9% nel 1981 al 29% nel 2007.

In Europa la media della mortalità materna legata al parto è di 7-8 morti ogni 100mila bambini nati vivi. In Italia è di 11,8, in Gran Bretagna di 11,4, mentre in Francia è di 9,6, in Danimarca di 8 e in Finlandia di 5,8.

Tra le regioni italiane esaminate (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia), i valori più bassi di mortalità entro 42 giorni dal parto sono stati registrati in Toscana (6,4), cui seguono Emilia Romagna (7,6) e Piemonte (10,2). I più elevati sono in Sicilia (24,1) e Lazio (12,2). Tra il 43/o e 360/o giorno dopo la fine della gravidanza, il tasso di mortalità materna è in media di 14,2 per 100mila. Per quanto riguarda infine il taglio cesareo, il tasso di mortalità è di 12,8 contro 4,2 in caso di parto vaginale. Il rischio relativo di morte con taglio cesareo è dunque pari a 3 volte quello delle donne che partoriscono per via vaginale.

Oltre che nell'Isola, in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana e Lazio 11,8 morti ogni 100mila nati vivi, contro una media Ue di 7-8



Morte di parto L'Italia è la maglia nera d'Europa

PINO STOPPON
ROMA

Più di ogni altro Stato europeo. In Italia la mortalità per parto è altissima. Colpa dell'età sempre più avanzata delle neo-mamme. A contraddire la classifica stilata dalla rivista «Lancet» nel 2010 è l'Istituto superiore di sanità, che ha studiato 5 regioni rappresentative del 32% delle donne italiane in età fertile con criteri diversi: oltre ai certificati di morte dell'Istat, ha usato le schede di dimissione ospedaliera. Così il valore non è più di 4 morti ogni 100mila nati vivi, ma di 11,8, il 63% in più, contro una media dell'Europa occidentale di 7-8. Lo studio, condotto dal Reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Cnesps-Iss, ha raccolto i dati dal 2000 al 2007 di Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia. Tra il 2000 e il 2007 in queste Regioni sono stati registrati 1.001.292 nati vivi e 260 morti materne con un'età media di 33 anni. La mortalità materna è 3 volte più alta in Sicilia (24,1) rispetto a Toscana ed Emilia Romagna (7,6), ma influiscono anche fattori come l'età e il taglio cesareo. Per le donne con gravidanza oltre i 35 anni il pericolo di morire è doppio, mentre è triplo per chi fa il taglio

cesareo, anche se in molti casi il cesareo è indicato per donne a rischio per patologie. Anche il basso livello di istruzione e la cittadinanza straniera sono associati a un maggior rischio di mortalità. «Il valore di 11,8 non è un dato nazionale, ma di queste 5 regioni, ed è un valore medio tra i paesi sviluppati occidentali - spiega Serena Donati, ricercatrice Cnesps-Iss - L'Europa dell'Est ha valori peggiori dei nostri, mentre Francia e Danimarca migliori. La Gran Bretagna è poco migliore di noi con 11,4. Il 50% delle morti è evitabile, in parte perché legate a casi di emorragia ostetrica, preeclampsia e tromboembolia, che possono essere ridotte». Le cause più frequenti di mortalità sono emorragie e disordini ipertensivi in gravidanza in caso di complicazioni legate al parto, e neoplasie, patologie cardiovascolari e i suicidi tra cause indirette (malattie preesistenti o insorte durante la gestazione e da essa aggravate). Per Nicola Surico, presidente della Società italiana di Ginecologia e ostetricia (Sigo), «questi dati non sono una sorpresa. L'età avanzata delle partorienti, soprattutto in chi ricorre a procreazione assistita, è in crescita e molte donne non vengono studiate adeguatamente prima della gestazione.



La diagnostica

Tac, Pet & Co.
quando
è meglio
non esagerare

SALMI E SORIANI

Tac

Una ricerca inglese (Lancet) su quasi 180 mila ragazzi

indica rischi triplicati di tumore al cervello e leucemie

Domani a Roma convegno su tecnologie e sanità

Pericolo radiazioni proteggete i bambini

L

e persone che nell'infanzia sono state sottoposte a una o più Tac rischiano di veder triplicato il rischio di sviluppare neoplasie. È la conclusione di uno studio internazionale pubblicato di recente su *Lancet*. I ricercatori della Newcastle University e del National Cancer Institute hanno monitorato - fino al 2008 - 178.000 bambini e ragazzi sotto i 22 anni di età sottoposti tra il 1985 e il 2002 a Tac e li hanno confrontati con una popolazione che non l'aveva mai fatta. Il risultato è che il rischio di sviluppare un tumore al cervello da adulto è triplicato nei bambini esposti per due o tre volte alle radiazioni ionizzanti della Tac e triplicato il rischio di leucemia per 5-10 scansioni Tac. «Lo studio dice che bisogna fare la Tac proprio quando è in grado di cambiare la diagnosi o la strategia terapeutica - spiega Rino Agostiniani, consigliere nazionale Sip e pediatra ecografista all'ospedale Ceppo di Pistoia - le radiazioni ionizzanti sono sempre pericolose e la Tac è l'esame che più di ogni altro espone a dosi massicce». In Italia si fanno oltre 6 milioni di Tac l'anno, in crescita la richiesta sui bambini, complici i genitori convinti che si tratti di un esame "semplice". «Per un bambino o un ragazzo, eccetto per importanti traumi e patologie craniche o cardiache - conclude Agostiniani - vanno privilegiate indagini come la risonanza magnetica (cranio) e l'ecografia (addome, articolazioni)».

(maria paola salmi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COME FUNZIONA

Un computer riceve l'informazione della scansione e la converte in immagini

Viene utilizzata quando si devono visualizzare organi e strutture interne

Sezioni o strati ottenute della scansione

Tubo emettitore di raggi X
Ruota simultaneamente con il rivelatore per effettuare la scansione

I moderni tomografi possono impiegare anche solo pochi secondi, ottenendo decine di scansioni per ogni singola rotazione

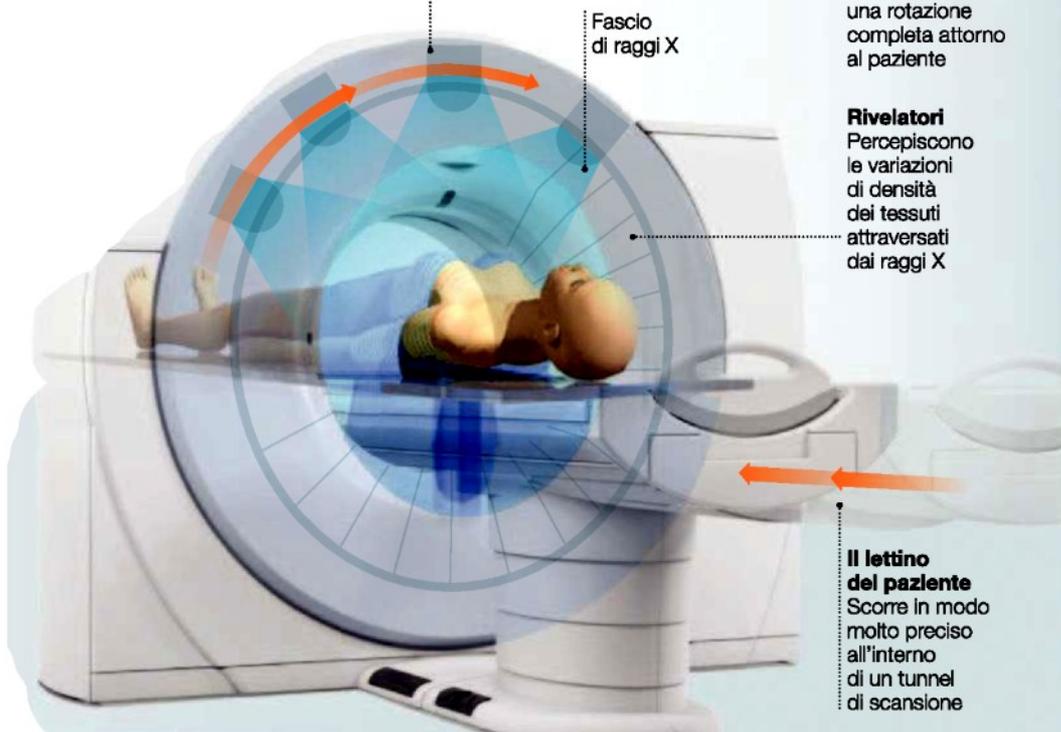
1-4 SECONDI

è il tempo che serve per una rotazione completa attorno al paziente

Rivelatori
Percepiscono le variazioni di densità dei tessuti attraversati dai raggi X

Fascio di raggi X

Il lettino del paziente
Scorre in modo molto preciso all'interno di un tunnel di scansione



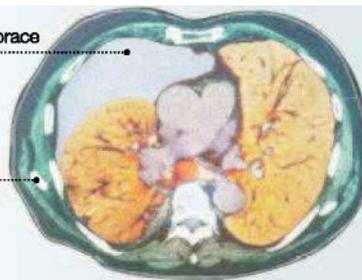
INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

COS'È

È una tecnica diagnostica che sfrutta i raggi X per ottenere sezioni o strati corporei del paziente ed effettuare elaborazioni tridimensionali

Pneumotorace

Quinta costola fratturata



Sezione del torace

Come salvaguardare salute e sicurezza

ANTONELLA SORIANI *

Negli ultimi anni la tecnologia ha assunto un rilievo sempre maggiore in ambito clinico-sanitario ed è aumentata la complessità delle apparecchiature impiegate nei vari campi della medicina. Innumerevoli sono i casi, anche in prestigiosi ospedali dotati di alta tecnologia, di oggettive anomalie o errori, che hanno provocato danni transitori o permanenti ad uno o più pazienti.

Il trattamento dei tumori con radioterapia è forse l'ambito più evidente nel quale un errato utilizzo dell'apparecchiatura può avere serie conseguenze per il paziente. Due sono i rischi clinicamente più rilevanti: il basso dosaggio dei tessuti tumorali da trattare, che non vengono così distrutti rendendo inutili le sedute terapeutiche e favorendo la comparsa di recidive a breve termine, e il sovradosaggio che va a colpire gli organi sani circostanti, che devono invece essere salvaguardati il più possibile per evitare l'insorgenza di tumori radio indotti.

Un altro esempio di alta criticità è rappresentato dalle tecnologie ibride complesse, che combinano in un unico dispositivo due apparecchiature finora utilizzate in modo separato, sia per la diagnosi che per la terapia. I nuovi tomografi che accoppiano le gamma camere per scintigrafia e le Pet con la tomografia computerizzata o la risonanza magnetica (Spect-Tc, Pet-Tc, Pet-Rm) richiedono infatti una professionalità specifica per garantire la corretta registrazione delle immagini prodotte con entrambe le tecniche, a vantaggio di una precisa e corretta diagnosi, e per evitare la somministrazione di dosi indebite

di radiazioni ionizzanti. In ambito terapeutico, la chirurgia con ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (Hifu) in abbinamento con la risonanza magnetica o l'ecografo per la definizione del bersaglio, la pianificazione del trattamento e il controllo in tempo reale dell'energia depositata, è un metodo di ablazione termica non invasiva già utilizzata per la cura dei fibromi uterini e attualmente in fase di sperimentazione clinica per il trattamento dei tumori della mammella, del fegato, della prostata, del cervello e per il sollievo del dolore da metastasi ossee. L'elevata energia e temperatura in gioco devono essere tenute rigorosamente sotto controllo, per curare con precisione e sicurezza i tessuti patologici senza provocare ustioni e danni alle strutture sane circostanti.

Di questi temi si parlerà a Roma (domani, 20 giugno, Protomoteca del Campidoglio) nel convegno "Il rischio del mancato controllo" organizzato dall'Istituto Nazionale per lo studio, la valutazione e la Prevenzione del Rischio nelle Attività Tecnologiche (Inprat), presieduto dal fisico sanitario Roberta Breschi. A questa iniziativa aderisce l'Associazione Italiana di Fisica Medica, in quanto l'apporto qualificato del Fisico medico, la cui formazione si basa sulla conoscenza dei processi fisici applicati alla medicina, e quindi ad un'analisi approfondita dei processi che riguardano l'impiego delle apparecchiature, contribuisce a garantire il corretto funzionamento delle apparecchiature per la tutela della salute del paziente sia in ambito diagnostico che terapeutico.

* Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti
Istituto Regina Elena di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMAFACTORING**«Ora misure strutturali»***Puntare su spese amministrative, di personale e logistica*

Piani di rientro e copayment hanno colpito i costi riferiti al fabbisogno sanitario, ma per garantire la sostenibilità del Ssn è urgente intervenire anche sulle spese di mantenimento del sistema con una cura "strutturale" che incida su spese amministrative, di

personale e logistiche.

L'agenda di lavoro per i policy makers nel Rapporto 2012 della Fondazione Farmafactoring realizzato con Censis e Cergas, presentato la settimana scorsa a Roma.

A PAG. 4-5

RAPPORTO FARMAFACTORING/ Nell'edizione 2012 l'agenda delle priorità per i policy makers

Cura «strutturale» per il Ssn

C'è spazio di manovra su spese amministrative, di personale e logistica

Sostanzialmente sano, con buone prospettive di sostenibilità se confrontato con quello dei Paesi che ci assomigliano, ma destinato a fare i conti con una realtà innegabile: il recupero d'efficienza esaurirà presto gli spazi di manovra e servirà una cura "strutturale" da cavallo per rimettere in carreggiata il Ssn.

Ovvero, bisognerà intervenire sulle spese "improprie" della Sanità: quelle amministrative, per il personale, per la logistica e così via.

L'avviso ai *policy makers* arriva dal Rapporto annuale 2012 della Fondazione Farmafactoring, realizzato in collaborazione con il Censis e il Cergas-Bocconi e presentato la settimana scorsa a Roma. Cuore del Rapporto il tema della "sostenibilità" del sistema da affrontare garantendo all'impostazione delle politiche sanitarie valide analisi di supporto. «Le decisioni rilevanti - segnala infatti il Report, curato da **Vincenzo Atella**, direttore scientifico della Fondazione Farmafactoring e docente Facoltà Economia Università Tor Vergata di Roma - continuano a essere prese in base a informazioni provenienti da dati di natura aggregata che dicono poco in merito all'efficacia e alla appropriatezza della stessa e sono ancora tante le situazioni nelle quali interventi di contenimento della spesa si trasformano in operazioni di puro razionamento dei servizi, lasciando ai pazienti (quelli che possono) la sola alternativa del canale privato».

L'analisi evidenzia che dal 2006 il tasso di crescita della spesa sanitaria nominale è inferiore al 5% e in costante

riduzione mentre per il 2011 - con la spesa sanitaria attestata a circa 112 miliardi di euro - per la prima volta dopo quasi venti anni, si registra una diminuzione in termini nominali (-0,6% rispetto al 2010), con il disavanzo ridotto di 1 miliardo (contro 2,3 miliardi del 2010).

Il dato si inserisce nel quadro nel frattempo tracciato dalle manovre varate dal governo Monti per contrastare il peggioramento tendenziale dei conti pubblici, che mirano a correggere l'indebitamento netto di circa 2,8 miliardi di euro nel 2011, di 48,5 miliardi nel 2012, 75,6 nel 2013 e 81,3 miliardi nel 2014).

«Dei 295 miliardi di euro di spesa pubblica ritenuta "aggredibile" o "rivedibile" nel medio periodo la sanità ne copre circa un terzo (97,6-98 miliardi, ndr.)», segnala il report.

Ancora un dimagrimento in arrivo, dunque. Mentre a smorzare il dato relativo al rallentamento dei trend di crescita della spesa sanitaria provvedono le simulazioni di spesa nel biennio 2012-2014: stando ai dati, nonostante l'effetto di contenimento ottenuto grazie alla messa in pista dei Piani di rientro, «la dinamica tendenziale dei costi indica l'esistenza di fattori strutturali che porterebbero a una crescita sostenuta nei prossimi anni, incompatibile con i livelli di finanziamento».

Dai calcoli dei ricercatori «anche nello scenario "con" policy, non si raggiungerebbe l'equilibrio di bilancio». Tuttavia nel biennio 2011-2012 il deficit si ridurrebbe significativamente e la copertura da parte delle Regioni sarebbe

più agevole, mentre l'allargarsi dei deficit nel 2013 e il relativo ridimensionamento l'anno seguente risentirebbero «della dinamica stimata delle risorse disponibili e in particolare dell'introduzione di nuove forme di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti nel 2014, che fanno aumentare le risorse disponibili a un tasso di circa il 3 per cento».

In soldoni: a fronte di un deficit tendenziale di quasi 9 miliardi nel 2013 e di circa 10 miliardi nel 2014 l'adozione di nuove policy di contenimento che coinvolgerebbero ancora una volta le tasche dei cittadini consentirebbe di assistere il disavanzo a 2 e 1 miliardi rispettivamente nel 2013 e nel 2014.

Il tutto, ovviamente, compiendo un ulteriore passo avanti lungo il percorso di trade off tra spesa pubblica e spesa privata che si è andato consolidando nel corso degli anni.

Un percorso che il report Farmafactoring indaga mettendo in luce anche un aspetto poco evidenziato: «mentre il consumo di spesa sanitaria pubblica appare piuttosto diseguale, il consumo di spesa privata è più omogeneo tra la popolazione» - scrivono i ricercatori. - «In particolare, il 40 per cento circa dei cittadini ha una spesa sanitaria pubblica prossima allo zero, mentre lo stesso 40 per cento consuma circa il 27 per cento della spesa sanitaria privata».

Un sintomo chiaro - concludono - del «ruolo assicurativo della spesa sanitaria pubblica, dove «un numero ridotto di persone consuma molte risorse (le persone più gravi e necessarie di maggiori cure)

e molte consumano poco».

Un ruolo in parte inevitabile nell'attuale assetto universalistico del Ssn che riporta però con forza al nodo della sostenibilità e dei meccanismi di reperimento delle risorse.

Meno razionamenti e basta copayment il suggerimento degli estensori del Report presiede visione dei confronti tra i trend di spesa pro-capite registrati dai medici di Medicina generale a valere sul database del progetto Hs-Sissi (Health search-Simulazione della spesa sanitaria italiana) e quella totale del Ssn, nel periodo 2004-2010.

«I dati di fonte Hs-Sissi - segnala il Report - registrano un livello di spesa sistematicamente inferiore a quella del ministero della Salute, poiché non contengono tutta la parte di spesa riguardante i costi del funzionamento del sistema».

Scorrendo i dati sul calcolo del differenziale tra i due valori in termini di spesa pro-capite balza agli occhi che negli ultimi anni le due misure della spesa sanitaria si sono distanziate sempre di più.

Nel 2004 la differenza tra le due spese ammontava a circa 350 euro, ed è cresciuta a passo molto accelerato tra il 2004 e il 2008, per poi aumentare a tassi minori dopo il 2008.



«L'introduzione dei piani di rientro e delle misure del contenimento della spesa hanno realmente contenuto la crescita della spesa pro-capite secondo entrambe le fonti dei dati - conferma l'analisi Farmafactoring - ma a partire dal 2006, la spesa pro-capite complessiva Ssn ha continuato a crescere a ritmi superiori a quella Hs-Sissi che, invece, rimane costante in termini nominali».

Proprio questa diversa dinamica tra le due voci di spesa «suggerisce, in modo alquanto chiaro, che gli interventi di policy mirati al contenimento della spesa sanitaria, hanno colpito solo quella parte di costi direttamente riferiti al fabbisogno sanitario degli italiani, quindi la spesa per effettive necessità come visite mediche, accertamenti, farmaci o ricoveri ospedalieri».

Rimane invece ancora «una discreta possibilità di manovra, in termini di politiche attuabili, su tutto il residuo della spesa non catturato dal dato Hs e in particolare, le voci relative alla spesa per il funzionamento del sistema sanitario e costi amministrativi».

Complessivamente - concludono - il differenziale tra il dato Hs-Sissi e Ssn nel 2010 supera i 600 euro, ovvero la quota della spesa complessiva registrata dai Mmg passa da circa il 75% nel 2004 a circa il 65% nel 2010.

Testimonianza inequivocabile sul fatto che «la gestione delle spese "proprie" della Sanità (farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri) è migliorata», al contrario di quanto accaduto sul fronte delle spese "improprie" (amministrative, personale, logistiche ecc.).

Un barile quest'ultimo che correrà l'obbligo di cominciare a raschiare.

a cura di
Flavia Landolfi
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA MANOVRA SANITARIA PER IL 2012-2014

Valori in milioni di euro

	2012	2013	2014
Finanziamento programmatico	108.780	111.794	116.234
Riduzione finanziamento	0,0	-2.500	-5.450
Prezzi di riferimento	0,0	-750,0	-1.100
Farmaceutica	0,0	-1.000	-1.000
Dispositivi medici	0,0	-750	-750
Ticket	0,0	0,0	-2.000
Personale	0,0	0,0	-600
Finanziamento tendenziale	108.780	109.294	110.784

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su Documenti ufficiali

LA SPESA SANITARIA PRO-CAPITE 2000-2010

	Valori assoluti (euro)			Tassi variazione media annua		
	2000	2006	2010	00-06	06-10	00-10
Regioni "con" PdR	312,6	340,8	385,6	1,5	3,3	2,3
Regioni "senza" PdR	415,5	428,1	488,2	0,5	3,5	1,7
ITALIA	373,1	395,8	450,4	1,0	3,4	2,0
	% della spesa totale			Var. delle quote		
	2000	2006	2010	00-06	06-10	00-10
Regioni "con" PdR	22,4	16,3	17,8	-6,1	1,5	-4,6
Regioni "senza" PdR	26,2	20,9	19,9	-5,3	-1,0	-6,3
ITALIA	24,1	18,5	19,4	-5,6	0,9	-4,7

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su dati Istat

I CONTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

SIMULAZIONE DEI RISULTATI DI ESERCIZIO DEL SSN

Valori in miliardi di euro

Anni	Risorse disponib. (a)	Costi effettivi (b)	Scenario "con" Policy (c)	Scenario tendenziale (d)	Effettivi (a-b)	"con" Policy (a-c)	Tendenziale (a-d)
2007	102,9	105,6	105,6	105,6	-2,7	-2,8	-2,8
2008	106,1	108,7	109,4	109,4	-2,6	-3,3	-3,3
2009	109,2	111,7	111,7	111,7	-2,6	-2,5	-2,5
2010	110,0	112,3	111,9	112,9	-2,3	-2,0	-3,0
2011	112,8	-	113,6	116,6	-	-0,8	-3,7
2012	115,3	-	115,5	120,3	-	-0,2	-5,0
2013	115,8	-	117,9	124,7	-	-2,0	-8,8
2014	119,3	-	120,3	129,2	-	-0,9	-9,9

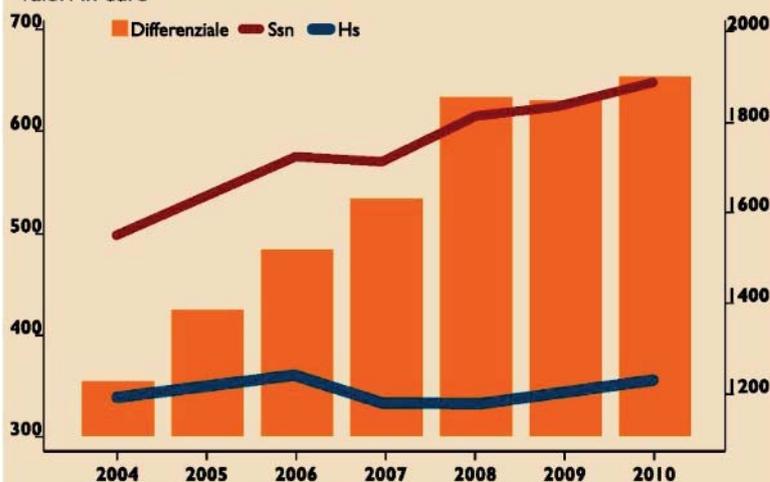
(a) Fino al 2010, ricavi Ssn (Mef) con Fondo transitorio; 2011-2012, nostre stime

(b) Stime Mef

Fonte: stime Farmafactoring su dati Rgs e Sanimod

LA MANOVRA SANITARIA PER IL 2012-2014

Valori in euro



Fonte: elaborazioni Farmafactoring su dati Hs-Sissi e su dati ministero della Salute

I DEFICIT ATTESI (dopo le manovre)

Valori in miliardi

2012	-0,2
2013	-2,0
2014	-0,9

INDAGINE CENSIS

Galoppiano i costi privati per ticket e farmaci

Aumenta la spesa privata per la salute con un incremento del 58% dei cittadini e una crescita del 18% delle spese. È uno degli indicatori che emerge dall'indagine Censis presentata nell'ambito del rapporto Farmafactoring 2012. Il campione nazionale di 1.200 cittadini sul quale è stata condotta la rilevazione è stato per altro ripartito territorialmente tra Regioni con il piano di rientro e quelle senza misure di contenimento della spesa sanitaria.

Nelle Regioni con piano di rientro questa tendenza è stata più incisiva: la quota di intervistati che ha percepito un aumento delle uscite per le cure sanitarie, spiega il Censis, è stata di quasi il 62%, mentre l'aumento medio indicato è pari a oltre il 20 per cento. Nella altre Regioni invece è circa il 55% degli intervistati a parlare di un aumento della spesa privata per la salute con un incremento medio pari al 16 per cento. Nelle singole voci di spesa prevale il ticket (65,1%), quello per visite mediche specialistiche (64,4%) e il ticket per analisi e radiografie (62,8%); elevate anche le percentuali di intervistati che richiamano le spese per **farmaci** senza ricetta (61,3%), per visite mediche a pagamento intero (52,7%), per l'odontoiatria (48,1%) e per analisi e radiografie a pagamento intero (42,6 per cento). «I dati non lasciano dubbi – recita il dossier

– sul fatto che la forbice stia tagliando la spesa sanitaria, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro che, più delle altre, stanno subendo rallentamenti significativi delle dinamiche di spesa, e nel caso della **farmaceutica** una vera e propria contrazione».

Più contenuto ma comunque interessante il ricorso all'intramoenia: è pari al 10,3% la quota di intervistati che ha dichiarato di essersi rivolta alle cure private dei medici ospedalieri. Per oltre il 56% si tratta di visite mediche, per quasi il 40% di analisi e radiografie e per oltre il 4% di interventi chirurgici. Negativo il giudizio sulle manovre di finanza pubblica: è diffusa la percezione di aver prodotto diseguaglianze e inefficienze. Per il 77% degli italiani, infatti, si poteva tagliare altrove, solo il 22,6% ritiene che le manovre sono dure ma inevitabili. Infine quasi il 71% degli intervistati pensa che l'esito reale delle manovre sarà quello di divaricare le differenze di copertura sanitaria tra Regioni e ceti sociali, con un aumento delle diseguaglianze nell'accesso alle cure. Questo giudizio si fa più severo nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro dove l'81,6% degli intervistati ritiene che si potesse tagliare altrove, il 73,5% pensa che le manovre di finanza pubblica finiranno per accentuare le diseguaglianze, il 65,6% ritiene che l'effetto delle politiche

di rigore si abatteranno sulla qualità dei servizi alla persona.

La soluzione per i cittadini intervistati è di depoliticizzare la Sanità nelle Regioni. Per il 40% dei cittadini è necessario passare a una gestione da parte di manager più competenti e non scelti dalla politica. Per il 38,5% ciascuno deve contribuire pagando un ticket proporzionato al proprio reddito. Il 37% indica la necessità di rendere più efficienti strutture, servizi e personale. Il 19% vuole introdurre controlli rigorosi sui medici di medicina generale.

Infine, un divario che il Censis definisce «incolombabile» è l'opinione dei cittadini delle Regioni in rosso e di quelli degli altri territorio rispetto la governance della Sanità regionale. Infatti tra i primi prevale «una valutazione negativa del federalismo (69,6%) e, in particolare, del potere attribuito alle Regioni, perché le differenze tra Regioni sono aumentate (46%) e perché la propria Regione non è stata capace di gestire bene la Sanità (oltre il 23%). Nelle altre Regioni (65%) invece prevale una valutazione positiva della regionalizzazione sanitaria, con il 37,7% convinta che la Sanità centralizzata funzionerebbe peggio e il 27,4% che in fondo la Sanità così è più vicina ai bisogni dei cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I giudizi dei cittadini

Nell'ultimo anno è aumentata la sua spesa per la salute?

Cittadini di Regioni con piano di rientro	61,8%
Cittadini di altre Regioni	54,9%

Di quanto?

Cittadini di Regioni con piano di rientro	+20,2%
Cittadini di altre Regioni	+18,2%

Perché ha fatto ricorso alla sanità privata?

A) Nel pubblico bisognava aspettare troppo a lungo	
● Regioni con piano di rientro	62,8%
● Altre Regioni	60,3%

B) Mi è stato indicato da persone di fiducia	
● Regioni con piano di rientro	20,3%
● Altre Regioni	22,6%

C) Nel privato ho scelto il medico	
● Regioni con piano di rientro	14,1%
● Altre Regioni	30,2%

Secondo lei la copertura pubblica negli ultimi 24 mesi si è:

Ridotta	50,9%
Rimasta inalterata	44,3%
Si è ampliata	4,3%

Che giudizio dà dell'esperienza del federalismo in sanità?

Positivo	47,1%
Negativo	52,9%



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

LA MALATTIA DELLA SANITÀ LOMBARDA

C'è del marcio in Lombardia. Anche se il presidente della Regione, l'immarcescibile Formigoni, non vuole ammetterlo, e gli uomini coinvolti negli scandali rientrano nel suo giro amicale e amministrativo. L'ultimo caso vede protagonista un "fedelissimo", Carlo Lucchina, direttore della sanità lombarda, indagato per turbativa d'asta e associazione per delinquere con altre 27 persone: avrebbero favorito grandi società nella sperimentazione di prodotti ospedalieri. Due mesi fa era finito in manette l'ex assessore regionale alla sanità, Antonio Simone, per un giro di fondi neri legati alla Fondazione Maugeri, mentre a novembre del 2011 era stato arrestato Pierangelo Daccò, amico di Formigoni, coinvolto nella bancarotta del San Raffaele (1,4 miliardi di euro). Probabilmente anche in altre Regioni c'è corruzione, inefficienza. Ma nel cuore del Nord stanno avvenendo episodi a ripetizione, e la salute dei cittadini viene in parte strumentalizzata per ruberie, truffe, inganni. La più pesante responsabilità di Formigoni non è solo nelle vacanze a spese del faccendiere Daccò, ma nella scarsa vigilanza e trasparenza sull'uso del denaro pubblico. Lui non c'era? E se c'era dormiva?

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dipendenze

Un'indagine condotta dal Cnr di Pisa in ambito europeo segnala il saltuario uso di vecchie droghe e i record dei teenager italiani su fumo e alcol

Ora la Federserd lancia il piano Star per migliorare la rete dei servizi

 <p>LA SCHEDA</p>	 <p>LA CANNABIS Circa 500 mila gli studenti delle scuole superiori che hanno consumato cannabis. In 30mila hanno usato oppiacei, 70mila cocaina</p>	 <p>LE COLLE Europa, il 9% degli adolescenti ha fatto uso di sostanze inalanti come colle e solventi. Nel nostro paese si scende fortunatamente al 3%</p>	 <p>L'EROINA Circa 740mila persone tra i 15 e i 64 anni hanno sperimentato eroina almeno una volta nella vita, di cui 160mila nel corso del 2011 80 mila i consumatori abituali</p>	 <p>I SERT In Italia, i centri di recupero dalle dipendenze comprendono circa 550 Sert e quasi 800 comunità terapeutiche, per quasi 270mila pazienti totali</p>
---	---	---	--	---

Adolescenti, eroina e farmaci un progetto contro le fragilità

Lieve calo nel consumo di cannabis e coca. Gioco e azzardo come patologie

VANESSA CAPPELLA

Gli adolescenti italiani non nella top ten europea per il consumo di alcol e droghe, attestandosi in alcuni casi addirittura sopra la media: a rivelarlo è un'indagine condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica Cnr di Pisa nell'ambito della ricerca Espad 2011. Secondo i dati, il 36% dei nostri sedicenni fuma regolarmente sigarette (contro il 28% dei coetanei europei), il 21% ha provato almeno una volta la cannabis (contro il 17%), il 63% ha bevuto almeno una volta alcol nell'ultimo mese (contro il 57%); tuttavia, a differenza del resto d'Europa, non spopola la pratica del binge drinking, ovvero bere solo per ubriacarsi. Cresce invece l'assunzione di psicofarmaci e sedativi senza ricetta medica, che coinvolge il 10% dei sedicenni italiani contro il 6% degli europei, mentre per l'uso di sostanze stupefacenti illegali ino-

stri adolescenti rientrano nella media del 6%. Secondo l'inedita ricerca Ipsad, condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica Cnr sulla fascia di età 15-64, sono diminuiti in Italia i consumatori di cannabis, cocaina, stimolanti e allucinogeni, ma aumenta il numero di chi sperimenta eroina, in endovena, fumata o sniffata, senza diventare necessariamente consumatore abituale. È soprattutto per queste persone che Federserd, l'associazione degli operatori per la cura delle dipendenze, ha lanciato il progetto Star, volto a migliorare e ampliare la rete di accoglienza dei Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze).

«I due terzi dei nostri pazienti soffrono di disturbi da eroina: è preoccupante che altrettante persone invece non si facciano curare», afferma Alfio Lucchini, presidente di Federserd. «Il nostro dovere è allora quello di facilitare l'accesso alle terapie e far capire quanto sia importante investire sul recupero e la prevenzione». Tra le nuove dipendenze, in Italia è in fase di decollo il gioco d'azzardo: dati Ipsad rivelano che nel 2008 il 37,8% delle persone tra 15 e 64 anni aveva giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, ma

nel 2011 la percentuale arriva al 44,3%. Gratta e Vinci, scommesse sportive, poker e simili esercitano grande attrazione sui giovani tra i 15 e i 19 anni, coinvolgendo, solo nel 2011, circa un milione di ragazzi e ragazze, di cui 650mila minorenni. In 150mila, secondo Espad Italia, rischiano la dipendenza. «Nei periodi di crisi economica, le fragilità si moltiplicano», denuncia Pietro D'Egidio, direttore del Ser.T di Pescara e segretario esecutivo di Federserd. «Più persone fragili vuol dire più malati, anche gravi, soprattutto in un momento in cui lo Stato utilizza le dipendenze in maniera non etica e non rinuncia a un euro dei 10 miliardi incassati nel 2011 con il gioco d'azzardo patologico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Formula anti diabete

Fermare l'epidemia è possibile: mangiando di meno e muovendosi di più

ARNALDO D'AMICO
E MARIA RITA MONTEBELLI

Diabete

L'epidemia va di corsa ma camminando è possibile fermarla

Dal congresso più importante sulla malattia l'allarme per l'aumento dei casi. Però molte ricerche confermano che la forma più diffusa, quella dell'adulto, si può prevenire: mangiando meno e muovendosi di più

In Italia già raggiunto il numero di casi del tipo 2 che, secondo le proiezioni dell'International Diabetes Federation, avremmo dovuto avere nel 2025

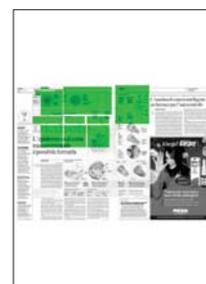
DAL NOSTRO INVIATO
ARNALDO D'AMICO
PHILADELPHIA

M

angiare meno e muoversi di più": come un mantra questa esortazione ha chiuso la maggior parte delle 2.500 ricerche che la scorsa settimana sono state presentate all'annuale riunione dell'American Diabetes Association, appuntamento mondiale sulla cura e la prevenzione del diabete che si è svolta a Philadelphia, Stati Uniti. Ma l'esortazione continua a ca-

dere nel vuoto. Le ultime indagini epidemiologiche registrano un aumento dei casi impressionante, sia negli Stati Uniti che in Italia, dove i casi previsti per il 2025 sono già stati raggiunti. E un progressivo abbassamento dell'età in cui compare la forma più diffusa del diabete, il tipo 2 o dell'adulto, detto così proprio perché sino a venti anni fa appariva dai 60 anni in poi.

«Nell'ultimo decennio — ha riferito l'esperta del CDC di Atlanta, l'ente federale che controlla la diffusione delle malattie negli Stati Uniti, Giuseppina Imperatore — i casi di diabete dell'adulto diagnosticati prima dei 20 anni di età sono cresciuti del 21% e oggi sono 19 mila. Sono tutti ad altissimo rischio di sviluppare presto le tipiche complicanze del diabete come insufficienza renale, impotenza, perdita della vi-



sta e malattie cardiovascolari».

Un'espansione della malattia attesa, dato che la curva di crescita della percentuale di obesi e grandi obesi in una popolazione viene poi seguita passo passo da quella dei casi di diabete.

In Italia, per ora la crescita dei casi continua a riguardare soprattutto la popolazione adulta ma va più veloce del previsto. Nell'arco di 10 anni, dal 2000 al 2010, i diabetici tra i 20 e i 75 anni sono aumentati di un milione, portando la percentuale dei malati dal 3,7 al 4,9% della popolazione. In cifra assoluta sono 3 milioni di italiani, a cui va aggiunto circa 1 milione che, pur avendo il diabete, non ne è a conoscenza. È il numero di malati che, secondo le proiezioni dell'International Diabetes Federation, potremo avere nel 2025.

«La diffusione del diabete dell'adulto sotto i 20 anni di età in Italia non è catastrofica come negli Stati Uniti - ha commentato Stefano Del Prato, presidente della Società italiana di diabetologia - Ma l'età di insorgenza del diabete di tipo 2 sta diventando sempre più precoce e anche in Italia si segnalano casi sotto i 20 anni. Oltre al problema dell'anticipazione all'età adulta delle complicanze, questi adolescenti sono anche molto più difficili da curare e refrattari ai trattamenti. Bisogna fare qualcosa per non arrivare ai livelli degli Stati Uniti».

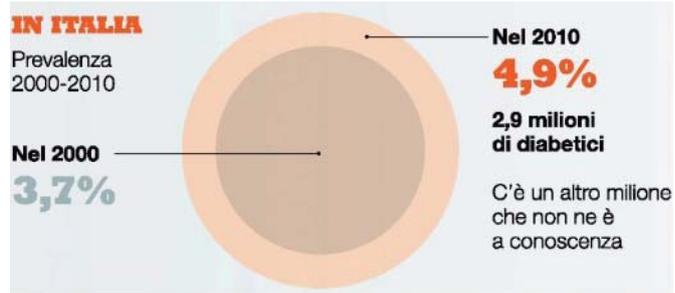
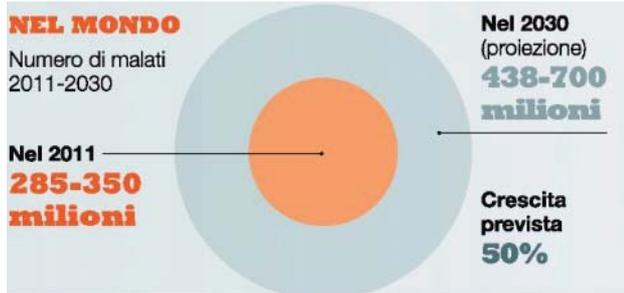
La ricerca farmaceutica continua a sfornare farmaci sempre più efficaci, e i risultati si vedono. Alcune indagini cliniche stanno rilevando per la prima

volta una riduzione dei casi di infarto, ictus e altre complicanze del diabete, segno che lo sconquasso del metabolismo (l'aumento dello zucchero nel sangue è solo uno dei sintomi) viene controllato con maggiore precisione. Mal' aumento dei casi è tale che le medicine, da sole, non riusciranno a frenare l'emorragia di vite e di risorse causata da comportamenti sbagliati.

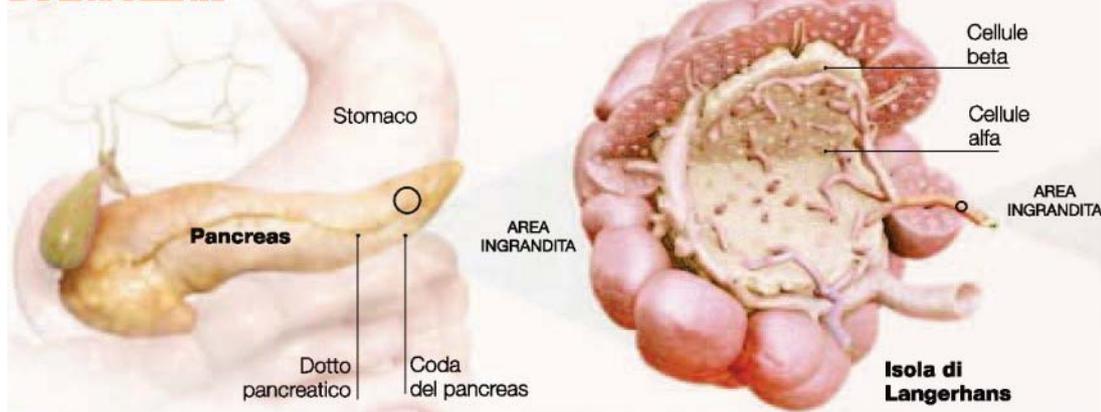
Si stima che nel 2030 nei Paesi industrializzati il diabete salirà dall'11° al 4° posto delle cause di morte, dietro alle malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e ai tumori delle vie respiratorie. I costi crescono in modo esponenziale con il numero di complicanze croniche e l'abbassamento dell'età in cui inizia la malattia. In termini assoluti, i costi sanitari diretti, di cui i farmaci rappresentano il 10%, per le persone con diabete ammontano oggi circa 9 miliardi di euro l'anno, circa il 9% della spesa sanitaria italiana. Si stima che quando entreranno in cura quel milione di soggetti che non sa ancora di avere il diabete si arriverà a 12 miliardi di euro.

Eppure basterebbe semplicemente muoversi di più, per evitare di sviluppare il diabete. O curarlo quasi come i farmaci, come ha ricordato l'analisi di ben 17 indagini sull'argomento presentata da ricercatori giapponesi. Il risultato: tra i malati che facevano attività fisica quotidiana (almeno un'ora di cammino) la mortalità si è dimezzata, rispetto a quelli che prendevano solo le medicine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PRODUZIONE NORMALE DI INSULINA



1 Nel corpo e nella coda del pancreas sono presenti circa 1 milione di isole di Langerhans. Nelle isole si producono ormoni endocrini che vengono poi versati nel circolo sanguigno

Le isole costituiscono circa 1-2% della massa del pancreas

2 All'interno delle isole si trovano cellule endocrine, tra cui le cellule beta che secernono insulina e le alfa, glucagone. L'insulina riduce i livelli di glucosio nel sangue, il glucagone li aumenta

TIPO 2

Si manifesta in età adulta per un difetto nella produzione di insulina

COLPISCE IL 90% DEI DIABETICI
Avviene di solito dopo i 30-40 anni

COMPPLICAZIONI

La persistente instabilità del livello glicemico del sangue può generare diverse complicazioni

Fattori di rischio

- Familiarità
- Sovrappeso
- Sedentarietà
- Appartenenza ad alcune etnie

40% dei malati ha un parente di primo grado affetto dalla stessa malattia

Una percentuale alta dei malati è obesa o in sovrappeso

La produzione di insulina da parte del pancreas è scarsa

La quantità di glucosio nel sangue aumenta

1 Lo stomaco estrae glucosio del cibo ingerito

2 Il glucosio entra nei vasi sanguigni

3 Il pancreas produce **insulina**

4 L'insulina entra nei vasi sanguigni

5 Il glucosio non riesce a entrare nelle cellule perché l'insulina non funziona correttamente

3 Le cellule beta secernono i granuli maturi di insulina nei vasi sanguigni

4 Assorbono glucosio anche senza insulina il cervello, i muscoli durante lo sforzo, l'epitelio intestinale, i tubuli renali e i globuli rossi. Tutti gli altri organi del corpo sono invece insulino-dipendenti

Costo complessivo per i pazienti
9 miliardi euro l'anno

9% della spesa sanitaria nazionale

Fonte: INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION

The infographic features a central illustration of a human torso with internal organs labeled: Stomaco, Pancreas, Cuore, Rene, Organi sessuali, Vasi sanguigni, and Piedi. To the right, a smaller human figure shows the distribution of complications: Cervello, Occhi, Denti e gengive, Cuore, Rene, Organi sessuali, Vasi sanguigni, and Piedi. The bottom section shows two cross-sections of blood vessels: one with red blood cells and insulin granules (3) and one with red blood cells and glucose (4). A grid of 100 dots at the bottom represents the 9% of national health spending.

Sclerosi laterale amiotrofica

Dopodomani la Giornata mondiale sulla malattia. Iniziative

in Italia e forte impegno della ricerca. Sul fronte delle cure

sperimentazioni su una molecola ed un ormone. Test su 380 isolani

Genoma dei sardi sotto osservazione

Uno studio pilota sul trapianto intramidollare di cellule staminali neurali umane

SILVIA BAGLIONI

Il 21 giugno si celebra la Giornata mondiale per la lotta alla Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla), la malattia neurodegenerativa che comporta la completa paralisi dei muscoli volontari, di cui non si conoscono né le cause né una terapia efficace. In Italia si stima che i malati siano poco più di cinquemila (5 persone ogni 100.000 abitanti), ma in certi gruppi di popolazione l'incidenza è maggiore. Questo fa supporre che ci siano fattori di rischio prevalenti che, combinati, possono provocare i sintomi. Sono in corso studi genetici e su potenziali sostanze pericolose utilizzate in agricoltura e nel giardinaggio, soprattutto negli anni '80. La Sla è anche chiamata morbo di Lou Gehrig, dal nome del giocatore statunitense di baseball, che fu la prima vittima accertata (ma recentemente si è anche messo in dubbio la diagnosi sul giocatore). Molti sportivi sono stati colpiti dal morbo, tanto da pensare ad una correlazione diretta tra attività e patologia.

Grazie all'impegno di istituzioni, come la Fondazione Italiana di ricerca per la Sla, AriSla, il nostro è il terzo Paese al mondo per produzione scientifica su questa malattia. La giornata mondiale è promossa l'International Alliance of Als/Mnd Associations, federazione a cui aderiscono le principali associazioni di malati di Sla e dei loro familiari attive nel mondo. Anche in Italia l'Associazione Aisla Onlus e AriSla promuoveranno iniziative ed eventi (www.aisla.it).

«La campagna di sensibilizzazione è senz'altro importante – spiega Adriano Chiò, direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'università degli Studi di Torino – È necessario sostenere la ricerca. In Italia negli ultimi anni abbiamo ottenuto importanti risultati. Siamo riusciti a individuare delle mutazioni genetiche presenti nel 5-10% dei pazienti. Il quadro che si sta componendo è che la Sla è una malattia multifattoriale dove la predisposizione genetica può arrivare a giocare un ruolo del 60%, mentre l'ambiente peserebbe per il 40%. Grazie anche ad AriSla ci accingiamo a sequenziamento del genoma di 380 malati colpiti da Sla familiare in Sardegna, con l'obiettivo di individuare nuovi geni coinvolti. Queste ricerche possono aiutarci

a individuare i meccanismi d'insorgenza e potenziali target per la terapia».

Le cure sono il fronte più sensibile. Ci sono molecole sotto esame che potrebbero rallentare il decorso della Sla, come il dexpropipexole: i risultati della sperimentazione in corso su 800 pazienti sono attesi per il 2013. Interessanti anche le ricerche sull'eritropoietina ricombinante, ormone che regola la produzione dei globuli rossi, ma noto anche per i suoi effetti neuroprotettivi. «Grazie ad AriSla – spiega Giuseppe Lauria dell'Unità malattie neuromuscolari del Besta di Milano – abbiamo condotto uno studio pilota ottenendo risultati interessanti. Così abbiamo deciso di coinvolgere più malati».

Nonostante la Sla sia ereditaria una malattia rara e orfana di cure, l'impegno della ricerca, soprattutto in Italia, resta alto. Ne è esempio il primo trial clinico per il trapianto intramidollare di cellule staminali neurali umane: uno studio mai effettuato prima sull'uomo. A condurlo è il gruppo coordinato da Angelo Vescevi, direttore Irccs Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo. L'obiettivo principale, per ora, è verificare la sicurezza del trapianto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

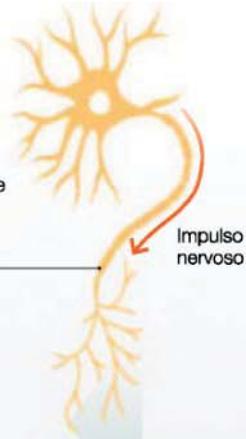


COS'È

È una malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso che colpisce i motoneuroni fino alla loro morte

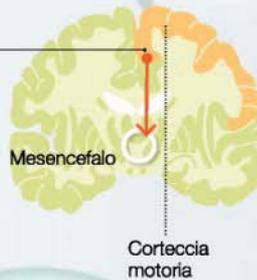
I motoneuroni

Sono cellule nervose specializzate che trasmettono gli impulsi di tipo motorio in tutto il corpo



Sezione verticale del cervello

1 Gli impulsi nervosi dei movimenti si generano nella corteccia attraversano il tronco encefalico e arrivano al midollo spinale

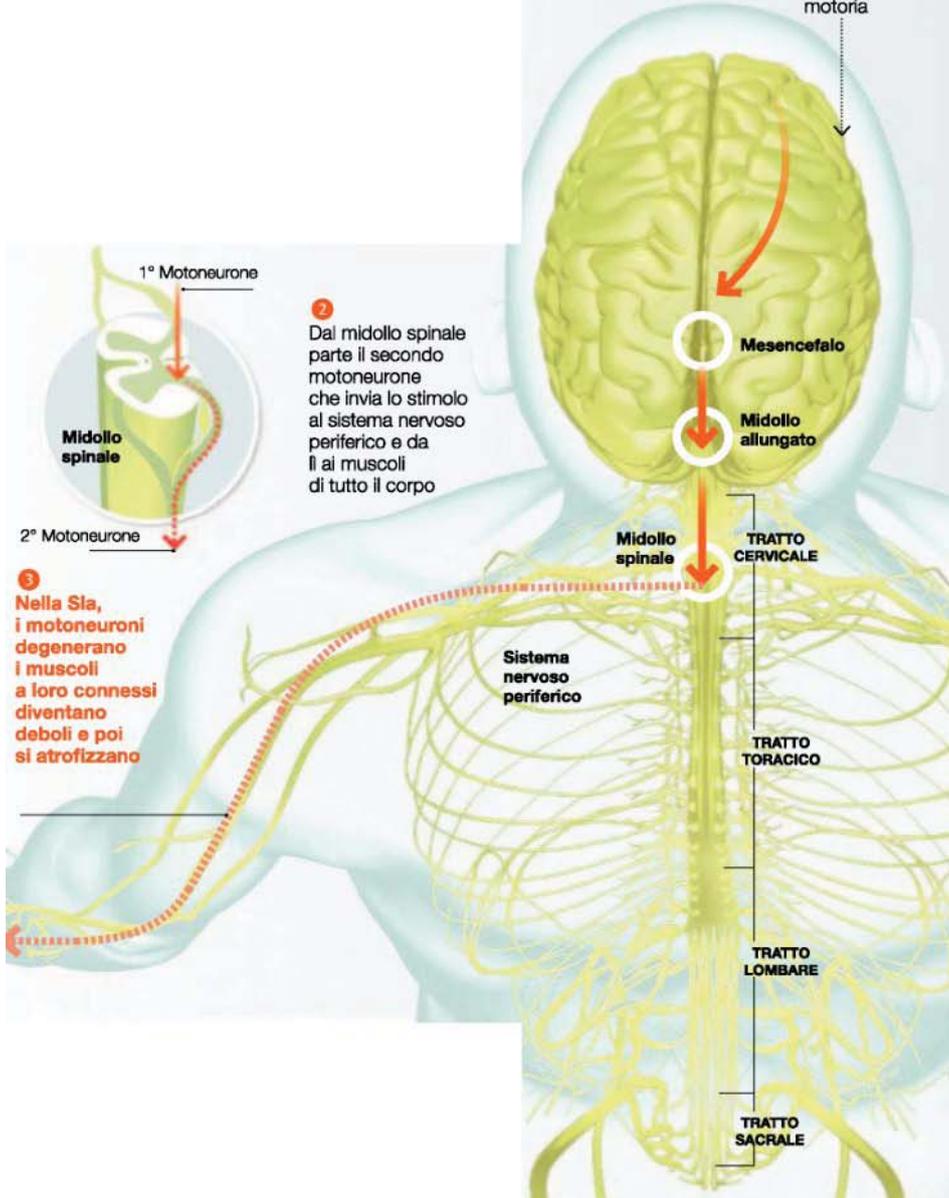


Corteccia motoria

2 Dal midollo spinale parte il secondo motoneurone che invia lo stimolo al sistema nervoso periferico e da lì ai muscoli di tutto il corpo

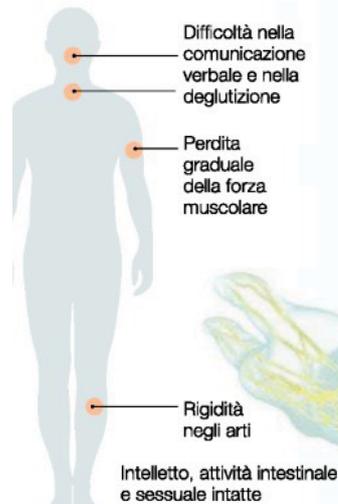
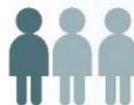


3 Nella Sla, i motoneuroni degenerano e i muscoli a loro connessi diventano deboli e poi si atrofizzano



COME COLPISCE**I SINTOMI**

Negli stadi tardivi possono paralizzarsi i muscoli respiratori

**INCIDENZA**

Da 1 a 3
MALATI
ogni 100mila
abitanti l'anno

10
VOLTE DI PIÙ
è l'incidenza
nei calciatori

x2
I CASI IN 20 ANNI
si prevede un raddoppio
dell'incidenza in 20 anni

LO STUDIO

MUOVE I PRIMI PASSI UN NUOVO FARMACO CHE PUÒ FERMARE LA SLA ANTICANCRO EFFICACE CONTRO ENZIMA RESPONSABILE DELLA MALATTIA

Un chemioterapico usato da molti anni contro i tumori potrebbe essere il punto di partenza per mettere a punto un farmaco contro la sclerosi laterale amiotrofica. Di questa malattia non si è ancora scoperto il meccanismo che distrugge lentamente le cellule nervose che comandano i muscoli né si sa, quindi, come fermarlo. Lucia Banci, Ivano Bertini e altri ricercatori hanno scoperto (la ricerca è stata appena pubblicata sul *Journal of the American Chemical Society*) che il farmaco anticancro cisplatino si lega facilmente con un enzima indicato con la sigla hSOD1 presente nella cellula nervosa e che precedenti

ricerche ne hanno rivelato il coinvolgimento nella forma non familiare della Sla, che è la più diffusa. Questo enzima ha azione antiossidante e protegge la cellula dall'azione distruttrice dei radicali liberi normalmente prodotti come scarti del metabolismo. E secondo altre ricerche sarebbe proprio il mancato smaltimento dei radicali liberi a distruggere le cellule nervose. Sull'enzima hSOD1 sembra avere un potere "stabilizzante" il cisplatino su cui si può ora lavorare per mettere a punto farmaci che riattivino la funzione antiossidante.