



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 15

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD  
ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE  
RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO  
AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE  
REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

202<sup>a</sup> seduta: mercoledì 20 ottobre 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione di esperti**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8, 13 e <i>passim</i>	* ACAIA . . . . .	Pag. 5, 11, 14
BASSOLI (PD) . . . . .	9, 12, 13	* MERONI . . . . .	3, 10, 14
* CHIAROMONTE (PD) . . . . .	8, 10	VALESINI . . . . .	6, 11, 12 e <i>passim</i>

---

***N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.***

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Pierluigi Meroni, professore ordinario di reumatologia dell'Università di Milano e direttore della divisione di reumatologia dell'istituto «Gaetano Pini» di Milano, la dottoressa Barbara Acaia, dirigente medico di I livello della divisione di ostetricia e ginecologia della Fondazione policlinico di Milano e il professor Guido Valesini, professore ordinario di reumatologia dell'università «La Sapienza» di Roma.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 20 maggio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Oggi ci occupiamo di malattie reumatiche. È prevista a tale riguardo l'audizione di esperti, nelle persone del professor Pierluigi Meroni, professore ordinario di reumatologia dell'Università di Milano e direttore della divisione di reumatologia dell'istituto «Gaetano Pini» di Milano; della dottoressa Barbara Acaia, dirigente medico di I livello della divisione di ostetricia e ginecologia della Fondazione policlinico di Milano e del professor Guido Valesini, professore ordinario di reumatologia dell'università «La Sapienza» di Roma.

Do loro il benvenuto, a nome della Commissione, e cedo subito loro la parola.

*MERONI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, il mio compito è quello di introdurre un argomento che è stato già in parte dibattuto. Il problema delle malattie reumatiche ha degli aspetti un po' nuovi e mi piacerebbe illustrarveli. Le malattie reumatiche hanno subito un'evoluzione in questo tempo (anche nell'accezione comune per malattie reumatiche non si intende più l'artrosi, che è solo una parte della tipologia di malattie con cui abbiamo a che fare): si tratta di malattie croniche, infiammatorie,

che interessano non solo le articolazioni ma anche altri organi e apparati del nostro organismo e la disciplina che se ne occupa è ormai molto più vicina alla medicina interna di quanto non fosse prima.

Quindi, si tratta di malattie croniche, invalidanti, che hanno un interesse trasversale in ambito disciplinare. Quello che noi sappiamo, sempre nell'ambito di questa evoluzione, è che prima le diagnosticliamo e prima e più efficacemente riusciamo a curarle, addirittura con minore spesa: mi riferisco ai costi diretti, relativi alla quantità di farmaci o di nuovi farmaci usati per la cura, e ai costi indiretti, i costi sociali derivanti dalla mancata attività dei pazienti colpiti da una disabilità.

Ovviamente, per una diagnosi precoce occorre una certa flessibilità da parte delle strutture sanitarie, che devono aprirsi al territorio: è questa la filosofia che corre un po' in tutte le regioni italiane, ma con grosse disomogeneità (questo è l'altro aspetto che è emerso). Riguardo alla diagnosi precoce, è necessaria un'apertura al territorio, agli specialisti sul territorio; è stata discussa anche la necessità di implementare il numero di specialisti. Ricordo che ci siamo rivolti anche al professor Valesini nella sua veste, all'epoca, di presidente del collegio dei docenti (ha lasciato l'incarico da pochi mesi), per affrontare la questione del numero di specialisti che l'università è in grado di fornire, proprio perché c'è stata nel tempo una restrizione notevole del numero di specialisti programmati.

Come ho detto prima, le malattie reumatiche interessano diversi organi, quindi si verificano tante comorbilità. I malati affetti da malattie reumatiche sviluppano patologie cardiovascolari molto più frequentemente del normale: una donna con una patologia infiammatoria, con un *lupus* eritematoso o con un'artrite reumatoide, è cinquanta volte più esposta al rischio di infarto a 50 anni, in età premenopausale, rispetto ad una donna normale; quindi, capovolge totalmente quella che era l'idea di patologia cardiovascolare.

Le donne rappresentano il 70-80 per cento dei nostri pazienti: c'è un problema di comorbilità legata al fatto di essere donne. Sebbene queste malattie colpiscano in età fertile, non riducono la fertilità: la donna può avere figli; le donne gravide con patologie autoimmuni rappresentano ormai una realtà quotidiana. Le loro gravidanze tuttavia sono maggiormente a rischio di complicanze ed evidentemente implicano problemi sociali ed economici. Ecco perché una gravidanza complicata costa tantissimo, molto più di una gravidanza normale. Da qui è venuta l'idea di sentire l'opinione di chi si occupa di un ambulatorio di patologie della gravidanza dedicato, nella persona della dottoressa Acaia.

Un altro punto che volevo sottolineare è che ciò che succede ad un paziente che vive a Milano o a Pavia non è esattamente quello che succede ad un paziente che abita in un'altra Regione. Questo tipo di pazienti hanno differenti possibilità di accedere alle strutture di terzo livello, differenti facilità o difficoltà di accesso alle cure più recenti: siamo di fronte a tante realtà diverse che dovremmo cercare di rendere il più omogenee possibile.

Questi sono i punti che mi sembrava importante sottolineare e che in parte sono stati già discussi in precedenti sedute.

*ACAIA.* Parliamo di donne e in particolare di donne in età fertile. Prima di parlare però direttamente delle problematiche legate all'associazione delle malattie reumatiche con la gravidanza, volevo fare una brevissima introduzione sulla gravidanza. Pur essendo un evento fisiologico nella vita di una donna, l'organismo materno va incontro a delle straordinarie modificazioni che in qualsiasi altro momento della vita sarebbero considerate delle patologie, tanto che la gravidanza è stata per questo definita anche come una «malattia normale».

Di norma un organismo giovane è in grado di affrontare senza alcun problema queste straordinarie modificazioni. Se però la gravidanza si associa ad una malattia cronica, possono succedere due cose: che la malattia cronica venga peggiorata dagli eventi gravidici o che viceversa l'andamento della gravidanza venga peggiorato dall'interferenza della malattia.

Il problema dell'associazione tra malattie croniche e gravidanza è sempre più attuale. Uno studio europeo condotto all'inizio degli anni Duemila sulla mortalità materna ha evidenziato la presenza di due gruppi di Paesi: quelli ad alto rischio, dove la mortalità materna è stata di 10 su 100.000 nati vivi, e quelli a basso rischio dove la mortalità materna è stata di 6 su 100.000 nati vivi.

Nei Paesi a minore rischio di morte materna, che quindi supponiamo essere quelli con l'assistenza sanitaria migliore, la prima causa di morte sono le cause indirette, vale a dire l'associazione tra la gravidanza e una malattia cronica preesistente. Ciò significa che, laddove l'assistenza sanitaria è migliore, dei buoni protocolli hanno ridotto la mortalità per emorragia, per sepsi e quant'altro, mentre le cause indirette e l'associazione con le malattie croniche continua ad aumentare. E aumenta perché l'età media della donna che si riproduce è sempre più elevata e con essa le patologie croniche e poi perché proprio il miglioramento delle cure ha permesso a donne, anche affette da malattie severe, di avere prospettive di vita migliori e quindi di arrivare a desiderare un figlio.

Complessivamente il 30 per cento delle morti materne oggi è legato all'associazione della gravidanza con una malattia cronica. Tra le malattie croniche che interessano il sesso femminile in età fertile, le malattie reumatiche, insieme alle cardiopatie, sono tra le categorie più importanti.

Il rischio cambia in base al tipo di malattia reumatica: è diverso che si tratti di un'artrite reumatoide piuttosto che di una nefropatia lupica, però tutte hanno criticità.

Per semplicità parliamo del lupus, anche perché la metodologia per affrontare questo problema è uguale per tutte le altre malattie. Negli anni Cinquanta, la mortalità materna era di due donne su dieci per l'associazione tra LES e gravidanza; negli anni Novanta meno dell'1 per cento. Che cosa è cambiato? Non è cambiata la malattia, che è sempre la stessa; è cambiato il modo con cui seguiamo queste pazienti, ma tutto ciò ha evidentemente un costo, lo ha avuto e lo ha ancora, in termini di ricerca

scientifico di base e farmacologica ed un costo notevole in termini assistenziali.

In sintesi, quello che sappiamo oggi e che ha fatto la differenza per la vita e per la possibilità di queste donne di avere un bambino è che se la gravidanza inizia in un momento inattivo della malattia, la prognosi è migliore sia per la gravidanza, sia per la malattia che è meno aggressiva.

Quanto alla terapia, una volta si aveva molta paura di usare farmaci immunosoppressori: si temeva che potessero far male al bambino, e non si teneva in conto che si faceva molto male alla madre lasciandola priva di cure. Oggi possiamo usare una serie di preparati con una certa sicurezza.

Infine, è cambiato il nostro modo di seguire la gravidanza, di effettuare i controlli, che sono estremamente frequenti, sia sul fronte fetale, sia sul fronte materno: ecografie, esami ematochimici e valutazioni cliniche devono essere eseguiti di concerto tra l'ostetrico esperto di patologie ostetriche ed il reumatologo. Il fine ultimo è la diagnosi dell'insorgenza di eventuali riacutizzazioni della malattia, di eventuali complicanze della gravidanza.

Importante è stata anche l'identificazione di situazioni di particolare rischio, come la nefropatia lupica, la sindrome da anticorpi antifosfolipidi e il lupus neonatale, che vanno seguite con una maggiore accuratezza.

La sindrome da anticorpi antifosfolipidi, ad esempio, è spesso un serio problema: se non viene diagnosticata e trattata correttamente in gravidanza, il 30 per cento delle donne che ne sono affette sviluppa una preeclampsia; il 10 per cento ha un tromboembolismo venoso; per quanto riguarda il fronte fetale, nel 90 per cento dei casi vi sono aborti, morti endouterine, ritardi di crescita fetale. Se si effettua la diagnosi e si somministra la terapia corretta, le complicanze fetali scendono al 30 per cento.

Deriva da tutto ciò che la gravidanza di dette pazienti deve essere pianificata in anticipo; va fatta un'attenta valutazione pregravidica, ancora una volta dal reumatologo con l'ostetrico, per identificare il rischio materno e quello fetale in base ai *pattern* anticorpali ed alle caratteristiche cliniche della paziente; occorre definire il *timing* corretto della gravidanza, le terapie ed i controlli che verranno svolti nel corso della gestazione e, non ultimo, va informata adeguatamente la paziente sui rischi e su quel che dovrà fare poi in gravidanza.

Quindi, al di là dei centri di terzo livello che si occupano già di queste patologie, è importante che vi sia una cultura sull'argomento decisamente più diffusa, perché anche chi lavora in centri di primo o di secondo livello sappia approcciare queste pazienti, possa seguire quelle con malattie più semplici e soprattutto possa inviare ai centri di terzo livello le pazienti a maggior rischio, prima della gravidanza e delle complicanze.

*VALESINI.* Signor Presidente, partirò da un'osservazione basata sull'evidenza scientifica, dimostrata in un gruppo di pazienti affetti da artrite reumatoide in Europa. Lo studio dimostra che i pazienti trattati dal medico specialista reumatologo hanno un'attesa di vita più lunga, una qualità di vita migliore ed il costo della malattia è più basso rispetto a pazienti

che invece non arrivano al trattamento con lo specialista. Di qui nasce la convinzione scientifica che fornire una prestazione specialistica sia indispensabile per rispondere alla domanda di salute e per fare anche delle economie.

Sicuramente, in valori assoluti, i costi della cosiddetta medicina accademica, cioè la medicina che ha come *mission* l'insegnamento della professione medica, sono più alti rispetto a quelli della medicina meramente assistenziale, ma sono costi che comprendono un servizio che l'altra medicina non eroga: quello appunto dell'addestramento. Il mancato addestramento, la mancata produzione di specialisti adeguati sicuramente hanno riflessi sui costi, oltre agli ovvii risvolti sulla qualità delle prestazioni.

Abbiamo visto che proprio in reumatologia, dove un gran numero di malattie sono croniche (la maggior parte delle malattie reumatologiche sono croniche), si realizza quello che è stato definito l'«effetto lago»: il medico visita i pazienti, fa una diagnosi precoce, ne decide il trattamento, dà loro un'attesa di vita più lunga, poi però non è in grado di smaltire l'attività di assistenza con un'adeguata sorveglianza specialistica. Voglio dire che il medico in tal modo ha più pazienti, ma improvvisamente le liste di attesa si allungano, e si allungano al punto che poi diventa complicato avere una buona *performance* nella prestazione. È quindi veramente importante avere un numero di specialisti che possa far fronte alla richiesta.

Certo, se ci fosse la possibilità di spendere senza limiti, sarebbe relativamente facile, ma dovendo fare i conti con restrizioni di bilancio, bisogna operare scelte strategiche. Una scelta strategica è, ad esempio, quella di costruire reti assistenziali, di cui ho appreso dagli atti della Commissione si è già parlato. La rete assistenziale, che comprende centri di primo livello e centri di terzo livello organizzati e articolati variamente, consente di selezionare la visita specialistica per l'esigenza di quel particolare paziente.

Un altro aspetto importante è la capacità di fornire un numero adeguato di specialisti e cioè di posizioni nelle scuole di specializzazione e questo purtroppo è esattamente il contrario di quanto è stato fatto negli ultimi anni. La necessità di tagli economici ha portato a ridurre i posti di specializzazione, dando ovviamente la precedenza alle specializzazioni maggiormente critiche, quali la rianimazione, la cardiologia e la radiologia; si è considerato poco quali implicazioni negative avesse non fornire specialisti in settori dove la cronicità della malattia è la caratteristica peculiare, e questo è il caso della reumatologia.

Il risultato è stato tremendo anche dal punto di vista organizzativo, perché per fare economie si è pensato che si potessero accorpate tra loro scuole di specializzazione: si è creata una situazione nella quale, ad esempio, gli specializzandi in reumatologia dell'Emilia dipendono da un'unica scuola, pur essendovi in Emilia diverse scuole di specializzazione. Questo può essere un sistema anche adeguato ad organizzare bene l'offerta formativa, però bisogna pianificarlo in modo diverso, non nel senso di tagliare i posti. Credo si possa ragionare su risorse che in un primo momento originerebbero una maggiore spesa, ma che in brevis-

simo tempo comporteranno un risparmio reale; tanto più che nell'ambito di queste patologie croniche e della reumatologia in particolare sono stati scoperti e ormai utilizzati largamente farmaci nuovi, i cosiddetti farmaci biologici, che danno ottime *performance* in termini di cura dei malati, ma hanno il piccolo difetto di costare moltissimo. Ciò significa che in certe circostanze diventa difficile poter garantire il trattamento sanitario a tutti.

Anche qui si può fare una scelta innovativa, introducendo per esempio un concetto già presente in oncologia su cui l'Italia è stata un'antesignana. Mi riferisco al *pay per performance*: se il farmaco funziona, la cura ha effetto, il paziente sta meglio, allora io sistema sanitario pago la medicina; se invece non ha funzionato, pur essendo stata prescritta secondo le indicazioni previste, io non pago. A quel punto l'industria farmaceutica organizza diversamente la sua proposta terapeutica. Questo potrebbe essere un sistema per operare un primo taglio.

Un altro sistema potrebbe essere quello di organizzare con i medici di medicina generale delle reti anche molto capillari. Per esempio a Roma, con la nostra struttura de «La Sapienza», abbiamo contattato delle cooperative di medici di medicina generale, una delle quali opera nell'area di Roma Est e assiste circa 500.000 pazienti. Grazie a questo canale preferenziale tra noi e la cooperativa possiamo garantire una prestazione rapida ai pazienti che hanno bisogno di trattamenti urgenti e programmare una prestazione dilazionata per coloro che hanno invece una patologia cronica che necessita di trattamenti meno assidui. Questo è un altro sistema per fare delle economie.

In conclusione, credo che dobbiamo avere la capacità di proporre soluzioni del genere che sono l'unico modo per non tagliare la risposta alla domanda di salute.

CHIAROMONTE (PD). Signor Presidente, grazie alle audizioni che si stanno susseguendo siamo giunti ad individuare, come ha già spiegato il professor Meroni all'inizio introducendo gli altri due ospiti, il quadro d'insieme per quanto attiene le malattie reumatiche. Nella sua introduzione, infatti, egli ha parlato di malattie croniche invalidanti e successivamente, nell'espone i vari punti, ha sottolineato nuovamente – lo avevamo registrato anche in altre audizioni – che si tratta di malattie prevalentemente femminili.

Si potrebbe dire che sono malattie croniche, invalidanti e che colpiscono soprattutto le donne. Credo che questo non sia il solo motivo per cui le relatrici sono donne...

PRESIDENTE. Chiedo scusa: non sono solito interrompere, ma vorrei chiarire agli auditi che tutta questa indagine conoscitiva, che ha tre rami, voleva proprio occuparsi di patologie che sono più specificamente al femminile.

CHIAROMONTE (PD). La ringrazio, signor Presidente.



Noi volevamo rivolgere in particolare un quesito alla dottoressa Acaia, che ha sottolineato nel suo intervento quanto conti la presenza di queste malattie nella gravidanza e quanto poi si possa fare con cure adeguate e una prevenzione in particolare nella fase iniziale. Lo abbiamo visto anche in diverse audizioni, e a questo punto è evidente che la prevenzione dovrebbe essere al centro non solo della nostra indagine ma anche delle proposte che la Commissione andrà a fare.

La domanda è la seguente: lei crede che sia sufficiente una mediazione, una collaborazione, tra il reumatologo e il ginecologo, oppure c'è la necessità anche a livello territoriale che nelle strutture pubbliche ci siano dei luoghi – magari già ci sono – che in particolare si occupano di questo genere di gravidanze? Se ci sono, quali sono?

Mi sembra di capire che a Milano forse una situazione di questo tipo è stata già approntata, ma date le disomogeneità territoriali di cui abbiamo trattato, mi chiedo se non vi sia la necessità di un intervento al riguardo.

BASSOLI (PD). Mi scuso per il ritardo per un impegno precedente. Vorrei porre una questione trattata già in altre occasioni ma su cui non ho ancora avuto una risposta convincente. Ci sono persone, soprattutto donne, che prima di capire qual è la loro malattia di carattere reumatico vagano da un medico all'altro, da una struttura specialista all'altra; talvolta ci vogliono anni prima di capirlo e di individuare il tipo di cure da seguire. È possibile che l'informazione – che è poi alla base della prevenzione – diventi anche un modo per circoscrivere i sintomi che si possono accusare nel caso di questo tipo di malattie, in modo da aiutare le persone a trovare più facilmente la strada della diagnosi e della cura? Come si può fare?

Questo è un po' il problema: oltre che curare, è importante capire di che tipo di malattia si soffre ed avere risposte certe. Molto spesso ciò non avviene e questo crea incertezza, sfiducia; costringe le persone a vagare da una struttura all'altra molte volte anche privatamente, spendendo soldi propri, senza risolvere il problema. È possibile individuare un qualche percorso che sia minimamente guidato?

Per quanto riguarda poi il rapporto con i medici di medicina generale, evidentemente in quel caso diventa tutto più semplice proprio perché c'è una forma associata. Purtroppo nella grande maggioranza dei casi i medici di medicina generale non hanno ancora assunto queste forme di lavoro associate atte ad offrire, diciamo così, non solo più tempo nella settimana, ma anche una maggiore specializzazione.

Essendo ancora molto diffuso il ruolo del medico singolo di medicina generale, com'è possibile creare un rapporto con questi medici – potrebbe avvenire attraverso l'ordine? – che consenta effettivamente di sensibilizzarli rispetto a questo tipo di malattie?

Del resto sono loro ad avere un rapporto molte volte quasi quotidiano con la maggior parte delle persone di media età, che poi sono quelle che maggiormente soffrono di questo tipo di malattie.

CHIAROMONTE (PD). Chiedo scusa se intervengo di nuovo, ma è per un'ultima questione che avevamo già posto in precedenza e che oggi che abbiamo qui un professore ordinario di reumatologia vale la pena riproporre. Rispetto alle malattie reumatiche, c'è o va esclusa senz'altro una connessione tra la professione e le malattie reumatiche in quanto tali?

MERONI. Riguardo al problema dell'informazione e della diagnosi il più presto possibile, è bene chiarire che queste sono malattie insidiose. In tutto il mondo c'è una latenza di prima diagnosi indipendentemente dalle modalità con cui viene erogato il servizio sanitario, sia esso su base privatistico-assicurativa come in America ovvero su base nazionale come avviene in Europa, proprio perché c'è un'evoluzione da sintomi poco specifici fino a sintomi che fanno scattare finalmente la diagnosi corretta.

Il problema, come accennavo, è quello della diagnosi precoce che può essere risolto tramite un contatto diretto con i medici di base e le associazioni dei malati che fanno informazione.

Il professor Valesini ha menzionato quanto ha fatto a Roma. La stessa cosa è stata fatta in altre sedi; ad esempio, in Lombardia è in corso la sperimentazione di un *call center* pagato da uno *sponsor* privato e quindi a costo zero per la Regione Lombardia. A questo *call center* arrivano telefonate che possono essere di medici di base che non sanno dove mandare il paziente che vuole sottoporsi a visita il più presto possibile o telefonate degli stessi pazienti, che vengono selezionati sulla base di un questionario che è stato già validato in Olanda: il malato riferisce un sintomo e l'operatore del *call center* verifica se sussistono altri sintomi significativi; se le risposte sono tali da supportare una diagnosi delle nostre malattie, viene dato al paziente un appuntamento in due strutture pubbliche, il prima possibile. Non importa se il paziente abita lontano dalla struttura cui viene affidato, perché la seconda visita la farà nella struttura vicina, in quanto le due strutture sono d'accordo ad avere un protocollo comune.

Si tratta di uno studio sperimentale: se funzionerà, a giugno prossimo potrò dire che può essere un modo di risolvere il problema (lo ricordava il professor Valesini) grazie ad un accordo con i medici di base. Anche in questo caso i medici sarebbero perlopiù consorziati e parteciperebbero a corsi di educazione, anch'essi sponsorizzati, tenuti dagli specialisti.

Una seconda modalità di divulgazione, in atto da più tempo, è attraverso le associazioni dei pazienti che volontariamente fanno attività di informazione. A Milano abbiamo tenuto aperto un *igloo* in Piazza Cordusio per quattro giorni, durante i quali abbiamo visitato centinaia di persone, l'80 per cento delle quali non aveva alcunché, ma intanto il nome dell'Istituto e dell'ospedale dove c'è il reparto di reumatologia è diventato familiare, cosa che non a tutti è chiara. Molti hanno ancora in testa che la malattia reumatica è l'artrosi o una malattia dell'anziano.

Gli sforzi si stanno già compiendo, ma su base individualistica, non programmati a livello regionale, né a livello nazionale.

ACAIA. Signor Presidente, vorrei rispondere ad una delle domande poste, dicendo che non bastano un ostetrico ed un reumatologo a garantire una buona gravidanza per queste pazienti, però se ci fosse, come ho detto, una conoscenza maggiormente diffusa di quali sono le problematiche delle malattie reumatiche in gravidanza, il medico che non lavora in un centro di terzo livello saprebbe che la paziente con malattia reumatica che desidera un bambino deve andare per un consulto al centro di terzo livello prima di essere gravida, in modo da costruire lì il progetto con la paziente.

Non è poi detto che la paziente dovrà essere seguita nel centro di terzo livello: se la signora ha una artrite reumatoide in buon compenso e sta bene, non ha *pattern* anticorpali specifici che aumentano il rischio della gravidanza, è in una situazione di negatività per gli antifosfolipidi e quant'altro – non farò l'elenco –, la sua gravidanza, con molta attenzione e magari con l'ausilio del terzo livello, potrà essere anche seguita da un centro più periferico, perché ci si aspettano minori complicanze. Se invece è una gravidanza ad alto rischio, per forza dovrà afferire ad un centro di terzo livello, dove, al di là dello stretto rapporto ostetrico-reumatologo, occorre che da ambo le parti ci sia una particolare sensibilità alla valutazione di questi casi clinici, al decorso di queste gravidanze, a cogliere precocemente le complicanze. C'è anche tutto un altro contorno: queste sono pazienti che per alcune complicanze della gravidanza, della malattia o delle due cose insieme, possono aver bisogno di un centro trasfusionale, di una rianimazione, di una terapia intensiva neonatale. È chiaro quindi che il centro di terzo livello deve avere tutte queste caratteristiche, altrimenti i casi più severi non possono essere seguiti (per fortuna non sono tutti così).

La cosa veramente negativa è che da noi, che lavoriamo nei centri di terzo livello, le pazienti arrivano spesso già gravide e, ancor peggio, con la complicanza in atto, mentre vorremmo che arrivassero prima, e non perché dopo non ci saranno più complicanze – per carità – ma saranno sicuramente molte di meno.

VALESINI. Una delle domande che mi riguardano più direttamente è che cosa fare con i medici di medicina generale per arrivare ad un più precoce *refer* del paziente allo specialista. La risposta, secondo me, è duplice: scuola e professionalità.

Scuola significa che nelle università la reumatologia deve essere adeguatamente insegnata. Mi sono laureato nel 1973 con una tesi di laurea sul lupus, quindi coltivavo la reumatologia, ma all'epoca era un esame complementare ed eravamo in quattro in un anno a sostenerlo. Oggi, per fortuna, in tutte le sedi universitarie c'è almeno un ricercatore di reumatologia, ma non tutte hanno una scuola di specializzazione e soprattutto, come ho detto, il numero dei posti di specializzazione in reumatologia è stato ridotto del 25 per cento. Scuola significa invertire questa tendenza ed assicurare in tutte le sedi un'adeguata presenza dello specialista reumatologo.

Professionalità significa costruire un collegamento con la medicina accademica. Il *call center* citato dal professor Meroni lo abbiamo attivato ormai da cinque anni, esattamente negli stessi termini, e sta dando ottimi risultati: prima chiamavano solo i pazienti, poi hanno chiamato anche i medici di medicina generale. Riusciamo, utilizzando delle griglie per cui anche chi risponde, senza essere un medico, può mirare la richiesta di assistenza, a gestire meglio anche il rapporto con il medico di medicina generale che non è organizzato, come si diceva, in una struttura associativa e opera in autonomia come può. Abbiamo utilizzato anche un approccio per posta, perché non sempre i medici non organizzati hanno un indirizzo *e-mail*: abbiamo speso alcune donazioni, liberalità ottenute come università «La Sapienza», in francobolli, però ne è valsa la pena perché stanno arrivando queste risposte.

In relazione alla domanda volta a conoscere se esistano malattie professionali di interesse reumatologico, direi che oggi sono una minima parte. Una volta, proprio qui a Roma, la gonartrosi di chi metteva i sampietrini era una patologia nota, ma adesso i sampietrini (a parte che sono ormai di provenienza cinese) non sono più così impiegati. Qualcuno ipotizza che le onde elettromagnetiche, anche dei telefonini, possano avere qualche ruolo nell'induzione di malattie reumatiche, ma semmai sono malattie rare. Direi piuttosto che si tratta di patologie legate che aumentano in quanto la vita media della popolazione si è allungata e quindi è più facile che queste problematiche emergano.

BASSOLI (PD). La riduzione dei posti di specializzazione da parte dell'università a quando risale? È una scelta di carattere puramente economico o vi sono altri elementi che hanno influito sulla decisione di ridurre i posti per questo tipo di specializzazione?

VALESINI. La scelta è ormai datata a tre anni fa ed è stata primariamente di ordine economico: venne fissato un *plafond* al di là del quale non si poteva andare, a prescindere dalle esigenze. In realtà, vi è anche un'esigenza di razionalizzazione, e sarebbe ingiusto vederla solo in questa luce: come è dimostrato che un cardiocirurgo è bravo se effettua almeno 500 interventi l'anno, così è dimostrabile che una scuola di specializzazione non è buona se non forma almeno un determinato numero di specialisti l'anno. Quindi il ridimensionamento delle grandi o la chiusura di certe scuole particolarmente piccole e prive dei necessari requisiti può essere opportuno.

Purtroppo, pur essendo stata compilata una graduatoria dei requisiti e delle peculiarità delle singole scuole, non è stato l'unico argomento in base al quale sono stati effettuati i tagli: sono intervenuti fattori che non riguardano solo l'università. Il numero delle specializzazioni viene deciso congiuntamente dai Ministeri della salute e dell'università e dalla Conferenza Stato-Regioni: è stato il coacervo di questi tre diversi punti di vista che ha portato ad un taglio e basta. Ci sono altre specializzazioni che questo taglio non l'hanno avuto.

BASSOLI (PD). Presidente, mi sembra molto interessante la risposta data. Vorrei allora capire se da parte delle Regioni, in questa esigenza di razionalizzazione, è stato fatto un conto economico, ad esempio, di quanto costano i posti letto di reumatologia rispetto ad altri tipi di degenza, che costano meno e hanno un DRG piuttosto elevato.

Sarebbe interessante capire cosa comportano mediamente i DRG di questo tipo di degenza in termini di costi sostenuti, efficienza ed efficacia degli interventi. C'è la possibilità che da parte delle aziende ospedaliere, laddove esistono come nel caso della Lombardia, il conto economico alla fine non torni e si tenga molto ridotto il numero dei posti letto perché è un costo in più.

Può darsi che la mia sia un'idea del tutto sbagliata, però vorrei capire se è possibile indagare, anche dal punto di vista dell'aspetto economico, su questa riduzione.

PRESIDENTE. Possiamo fare senz'altro in modo di cercare di acquisire ulteriori elementi e i dati disponibili; purtroppo siamo sempre a combattere con le Regioni, perché alcune li hanno e altre no. Credo però che il tema sia ben più complesso: a mio avviso non attiene tanto al problema del letto di reumatologia, in relazione alla patologia da affrontare e ai costi di quel letto, quanto in primo luogo all'impostazione dei reparti di medicina generale.

Se prendiamo come campione l'università, è chiaro che quest'ultima ha classificazioni e collocazioni diverse rispetto al territorio in cui quelle competenze spesso vengono riassorbite da un reparto a dizione diversa e con una formazione diversa; la rete non è sempre così puntualmente rappresentata nei documenti ufficiali.

Un secondo problema è rappresentato dalle scuole di specialità: un argomento che si inserisce come ulteriore complicazione; è uno degli argomenti del dibattito politico. Finché la specialità appartiene esclusivamente come formazione all'università, chiaramente va mirata sui letti universitari convenzionati, sui professori universitari che ci sono e sul numero di casi clinici, perché questo è il modello europeo. Ciò può portare negli anni a dei cambiamenti. Sicuramente poi il numero di specialisti si riduce anche in relazione a problemi economici.

C'è un grido di allarme, per esempio (non riguarda chiaramente questa indagine conoscitiva), in relazione alle specialità chirurgiche: da tempo è in atto una rarefazione importante delle iscrizioni in quella specialità e questo dipende proprio da tutti questi fattori. È un problema che finché viene affrontato in maniera separata dall'università e dal Servizio sanitario nazionale, cioè dalle Regioni, difficilmente trova delle soluzioni. Sicuramente è uno di quegli argomenti di cui ci interessiamo.

VALESINI. Signor Presidente, l'aspetto che lei sottolinea è senz'altro centrale. In realtà la scelta delle università è fisiologica perché a loro è devoluto il compito; il sistema però è estremamente integrato nel senso che tutte le sedi, come la mia a Roma che è fra le più grosse, hanno con-

venzioni con strutture ospedaliere. Io per esempio de «La Sapienza» – policlinico «Umberto I» sono convenzionato con l'ospedale «San Camillo»: gli studenti vengono a fare esperienza di reumatologia, ruotano e fanno esperienza anche nei reparti ospedalieri. Fortunatamente ho un ottimo rapporto con il collega primario ospedaliero e interagiamo con grande facilità.

Questo è un esempio, largamente condiviso in altre sedi. La formazione specialistica è completamente integrata tra università e ospedale. Sicuramente si registra un atteggiamento un po' schizofrenico da parte di alcune Regioni: alcune dicono che bisogna tagliare i posti e poi sovvenzionano individualmente borse di specializzazione. È un modo un po' contraddittorio di operare: o devi tagliare oppure no; non è molto logico che ci sia questo doppio comportamento.

*MERONI.* Volevo sottolineare che la divisione totale tra università e ospedale è l'eccezione e non la regola. Io stesso sono, insieme ad una ricercatrice, l'unico personale universitario dell'istituto «Pini», che è forse una delle strutture di reumatologia più note in tutta Italia, quindi sono immerso nella realtà ospedaliera, assolutamente.

Per quanto riguarda la valutazione dei DRG, sono fresco dall'aver avuto un contenzioso con il controllo di gestione del mio ospedale sui primi sei mesi, perché è stata cambiata unilateralmente la valutazione di alcuni DRG. La regione Lombardia dà attenzione alle comorbilità, cioè alle complicanze, per cui i DRG dei nostri pazienti, che sono sempre un po' complicati, sono abbastanza in grado di coprire le spese. È stata però introdotta la regola «V», secondo cui se una malattia è cronica automaticamente il DRG si abbatte di più del 50 per cento, se non diventa addirittura improprio. Se tutte le patologie di cui mi occupo sono croniche, non è che posso far ammalare i pazienti ogni sei mesi di una malattia nuova: ecco che, fatalmente, ho un abbattimento del DRG.

Fino all'introduzione di questo comma «V» i DRG coprivano abbastanza la spesa: con un minimo di attenzione, si stava abbastanza dentro la spesa.

Altra faccenda è poi il costo delle cure con i farmaci biotecnologici; credo che a questo proposito anche la dottoressa Acaia possa dire qualcosa.

*ACAIA.* Effettivamente volevo portare qualche esempio anche della nostra realtà ostetrica. Io lavoro in una struttura dove si effettuano 6.700 parti l'anno e dove abbiamo trenta letti di patologia ostetrica; è un centro di Milano, dove arriva la peggiore patologia ostetrica da ovunque. I DRG di ricovero in gravidanza sono due: ricovero per patologie in gravidanza non complicato e ricovero per patologie della gravidanza complicato, dove uno può mettere dentro il parto prematuro con urinocoltura positiva.

Ebbene, un piccolo ospedale di provincia prende gli stessi denari che la clinica «Mangiagalli» prende per il ricovero di una paziente con una

gravissima patologia dove c'è bisogno di cardiologo, reumatologo, innumerevoli controlli fetali; magari sta ricoverata lì un mese, è sottoposta a terapie costosissime, e noi riceviamo gli stessi soldi. Poi magari mancano le persone per seguirla fino alla fine, però questa è la nostra realtà quotidiana. Non può esserci questa sproporzione.

PRESIDENTE. È un tema che dibattevamo ieri con il Ministro.

Ringrazio i nostri ospiti per il loro prezioso contributo e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,50.*

