

Senza ricetta la pillola dei 5 giorni dopo

Contraccettivi, sì dell'Ue. L'Italia frena

ROMA Liberalizzata dalla Commissione europea la pillola dei «5 giorni dopo». Potrà essere venduta senza ricetta medica. Per la prima volta un contraccettivo ottiene il diritto, allargato a tutta la comunità, di saltare il filtro della prescrizione. E diventa un medicinale assimilabile a sciroppi e lassativi. Vale anche per le minorenni. Parliamo di un anticoncezionale d'emergenza. Dopo un rapporto sessuale a rischio, in 8 casi su 10 previene la gravidanza ritardando o impedendo l'ovulazione, quindi la fase di maggior fecondità. Su questo punto da anni c'è una polemica insolita, i cattolici fermi nel sostenere che è un vero e proprio abortivo. «Lo Stato è complice se facilita questi percorsi», tuona il cardinale Elio Sgreccia, Pontificia accademia.

Ecco le motivazioni dei tecnici: «È più efficace se preso entro 24 ore dal rapporto. Rimuovere il bisogno della prescrizione dovrebbe velocizzare l'accesso al medicinale e aumentarne l'efficacia». Approvata dall'agenzia dell'Ue nel 2009, la pillola a base di Ulipristal perde così l'ultimo vincolo. In Italia è arrivata nel 2012, unico Paese ad imporre che la donna dimostri con un test negativo di non essere incinta. La ditta produttrice Hra Pharma richiederà all'Agenzia nazionale del farmaco italiana (Aifa), l'inclusione dell'anticoncezionale nella categoria dei Sop (senza obbligo di prescrizione) e l'abolizione del test. Nel 2014, circa 20 mila confezioni vendute. Perché 5 giorni? È il tempo di sopravvivenza dello spermatozoo.

Bruno Mozzanega, presidente della Società italiana di procreazione responsabile (www.sipre.eu) è furente: «Una truffa. Se il rapporto sessuale non protetto avviene il giorno precedente l'ovulazione, il più fertile del ciclo, si interviene dopo il concepimento, quindi è aborto». Dissente Carlo Bastianelli, ricercatore ginecologo dell'università «La Sapienza» di Roma: «È innocua, giusto dispensarla prima possibile senza ostacoli. Come per la pillola del giorno dopo, il libero acquisto non aumenterà le vendite».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa sono

● La pillola del giorno, dei tre o dei cinque giorni dopo è un farmaco che blocca l'ovulazione o impedisce l'annidamento nella parete dell'utero dell'ovulo fecondato. Le molecole alla base sono Levonorgestrel o Ulipristal. Si tratta di farmaci per la contraccezione di emergenza

● La pillola abortiva (Ru-486), invece, è uno steroide sintetico che viene usato come farmaco per l'aborto chimico entro i primi due mesi della gravidanza



quotidiano**sanità**.it

Lunedì 12 GENNAIO 2015

Pillola dei cinque giorni dopo. Via libera della Commissione Ue all'acquisto senza prescrizione medica

Dopo il parere favorevole dell'Ema è arrivato il sì definitivo della Commissione Europea all'accesso diretto nelle farmacie senza necessità di prescrizione medica per il contraccettivo d'emergenza a base di Ulipristal (ellaOne il nome commerciale).

Cade l'ultima barriera all'acquisto nelle farmacie europee della pillola dei cinque giorni senza la ricetta. La Commissione europea ha infatti autorizzato l'accesso diretto senza necessità di prescrizione medica del contraccettivo d'emergenza a base di ulipristal acetato (il nome commerciale è ellaOne). Un via libera che arriva a distanza poco più di un mese dal [parere positivo](#) rilasciato dalla Commissione per i Prodotti Medicinali Umani (CHMP) dell'Ema, secondo la quale il farmaco funziona meglio nelle prime 24 ore e può quindi essere utilizzato in sicurezza senza prescrizione medica.

A dare l'annuncio l'azienda produttrice francese Hra Pharma che ricorda come questa sia la prima decisione del genere nell'ambito dei prodotti contraccettivi orali applicabile a tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, in accordo alle procedure nazionali di implementazione. Una decisione che permetterà a più di 120 milioni di donne in tutta Europa (più di 11 milioni in Italia in età fertile) di accedere direttamente alla contraccezione d'emergenza.

Il farmaco sarà ora disponibile in farmacia senza prescrizione medica in alcuni Paesi europei già dal mese di febbraio.

“Sin dal suo lancio nel 2009, ellaOne® è stato considerato dai medici il nuovo standard nella contraccezione d'emergenza – ha commentato **Erin Gainer**, Direttore Generale di HRA Pharma – e più di 3 milioni di donne in 70 paesi nel mondo hanno utilizzato ellaOne® da quando è divenuta disponibile. È l'opzione più efficace tra quelle esistenti se presa nelle prime 24 ore da un rapporto non protetto poiché ha dimostrato di funzionare quando il rischio di gravidanza è al massimo ossia immediatamente prima dell'ovulazione”.

Sia come donna sia come Direttore di un'azienda dedicata all'innovazione nell'ambito della salute della donna, ha quindi aggiunto Erin Gainer “vedo questo come un momento cruciale poiché, per la prima volta, da una singola decisione deriva la libertà per moltissime donne in Europa di decidere il proprio futuro”.

In Europa nonostante il diffuso uso di contraccettivi regolari, il 44% delle gravidanze risultano indesiderate. Da un'estesa survey europea su più di 7.000 donne sessualmente attive è emerso infatti che il 30% delle donne dichiara di aver avuto un rapporto non protetto almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nonostante non desiderasse una gravidanza. La decisione della Commissione Europea riconosce quindi ulteriormente la necessità delle donne di avere un migliore accesso a una migliore opzione di contraccezione d'emergenza come è ellaOne®.

“Una decisione storica” ha commentato **Emilio Arisi**, presidente della Società Medina Italiana per la contraccezione (SMIC). “Consentire di poter acquistare in farmacia l'ulipristal acetato senza obbligo di prescrizione per tutta l'Unione Europea entro il 2015 – sottolinea – significa mettere a disposizione delle donne che vogliono pianificare la loro vita familiare il contraccettivo d'emergenza più attivo nel prevenire una gravidanza indesiderata. Non solo, si attesta con chiarezza che il suo impiego non

presenta alcun pericolo per la salute, sia della donna che dell'embrione”.

Una svolta anche per il nostro Paese: “Un’opportunità per l’Italia e per le sue autorità regolatorie per rimuovere un altro ostacolo che ci rendeva unici nel mondo, ossia quello per il medico di dover di prendere visione di un test di gravidanza negativo prima di poter scrivere la ricetta. In conclusione, avremo a disposizione un presidio reso ancora più efficace dalla rapidità di accesso per la prevenzione delle gravidanze indesiderate. Ciò è particolarmente utile nelle giovani e nelle adolescenti, che sono quelle che più rischiano avendo davanti a sé una maggiore probabilità di vita riproduttiva”.



**Strappo dell'Europa
Niente ricetta
per la pillola abortiva
dei cinque giorni**

VIVIANA DALOISO

Nel variegato universo dei diktat Ue agli Stati membri da ieri va annoverato quello sulla cosiddetta "pillola dei 5 giorni dopo", la EllaOne, che - questa la delibera della Commissione europea a seguito del parere del comitato tecnico dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema) - d'ora in poi potrà essere acquistata in farmacia senza ricetta.

A PAGINA 14

Pillola dei 5 giorni L'Europa tira dritto

*Niente ricetta per il farmaco (abortivo)
Medici e farmacisti in rivolta: una follia*

VIVIANA DALOISO

Nel variegato universo dei diktat Ue agli Stati membri da ieri va annoverato anche quello sulla cosiddetta "pillola dei 5 giorni dopo", anche nota col nome commerciale di EllaOne: che - questa la delibera della Commissione europea a seguito del recente parere favorevole dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema) - dev'essere liberamente acquistabile in farmacia senza ricetta.

Trattandosi di un farmaco progettato per intervenire nei 5 giorni *successivi* a un rapporto sessuale non protetto, la questione non è di poco conto: in mezzo c'è la possibilità (garantita, specie alle adolescenti) di "rimediare" a una gravidanza indesiderata senza troppi problemi. Su tutti, quello di effettuare un test e magari di dover comunicare la cosa ai propri genitori, oltre che a un medico. Un aborto, insomma? Guai a parlarne...

La Hra Pharma, l'azienda francese che produce EllaOne, da sempre insiste sull'effetto semplicemente «antiovulatorio» del farmaco: la pillola agirebbe cioè soltanto prevenendo o ritardando l'ovulazione ma non interrompendo la gravidanza, per quanto appena iniziata. E sulla base di queste indicazioni non proprio imparziali l'Ema prima e la Commissione europea ora hanno espresso il loro giudizio. Peccato che la documentazione scientifica sul farmaco (studio Brache del 2010) dimostri altro: e cioè che l'efficacia di EllaOne sia assicurata

piuttosto dal suo potere di contrastare l'azione del progesterone, così da ostacolare il normale effetto di preparazione dell'endometrio all'annidamento dell'embrione. La pillola dunque è abortiva, eccome, nel senso che è capace - qualora si sia instaurata - di rendere impossibile la vita dell'ovulo fecondato: non a caso l'Agenzia del farmaco italiana (l'**Aifa**) ha introdotto l'obbligo per il medico di prescrivere il farmaco solo dopo il test di gravidanza, vale a dire una volta che la donna dimostri di non essere incinta. Ora però la questione si complica: che succederà nel nostro Paese? Sulla carta presto EllaOne potrebbe essere dispensata senza regole né vincoli (a dispetto del fatto che per una normale pillola anticoncezionale una prescrizione medica serve, eccome). **L'Aifa** temporeggia: «Servono verifiche, l'argomento è già stato messo in agenda» fanno sapere dall'agenzia, che qualora ritenesse necessario mantenere l'obbligo di ricetta dovrà motivare in sede europea la decisione.

Pronti a dare battaglia i medici cattolici «e certo non per ragioni di parte - spiega il presidente dell'Amci Filippo Boscia - . Il punto qui è tutto scientifico: ci rendiamo conto di che rischio può comportare per le donne, e soprattutto per le giovanissime, assumere massicce dosi ormonali senza controllo?». Già, perché non dover presentare una ricetta significa poter assumere un farmaco anche indiscriminatamente, finendo per utilizzarlo come metodo contraccettivo privilegiato. E l'effetto di simili squilibri ormonali sul corpo ancora in formazione delle più giovani è prevedibile. «Scriveremo immediatamente **all'Aifa** e al ministro Lorenzin, se necessario su questo tema bisognerà legiferare, ma non possiamo piegarci agli interessi del-

le case farmaceutiche e ignorare la salute delle donne», conclude Boscia. Dello stesso parere Piero Uroda, presidente dei Farmacisti cattolici: «Si vogliono ingannare le donne e aggirare la possibilità dell'obiezione di coscienza. Le consumatrici devono essere avvertite sui possibili rischi». Intanto sui reali effetti e sul funzionamento della pillola dei 5 giorni dopo (ma anche su quella del giorno dopo) in Parlamento è stata presentata un'interpellanza urgente dai deputati di Per L'Italia Gian Luigi Gigli e Lorenzo Dellai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo strappo

Via libera di Bruxelles al controverso farmaco EllaOne. L'Aifa per ora frena: servono verifiche



Ue, via libera alla pillola "dei 5 giorni dopo" senza ricetta. Dubbi dall'Italia: tema 'delicato'

L'Aifa sostiene che il tema è delicato e che il passaggio non è automatico, e ha calendarizzato la discussione



Pillola, farmaci, foto generica

👍 1
👍 1
🐦 5
👍 0
Like
Share
Tweet
+1

ROMA, 12 gennaio 2015 - **La pillola di 5 giorni dopo** direttamente in farmacia, senza ricetta medica. L'ok arriva dalla Commissione Europea, che si è pronunciata favorevolmente sull'ipotesi di rendere disponibile il contraccettivo di emergenza **a base di ulipristal** senza il bisogno della ricetta medica.

Il farmaco sarebbe così disponibile **direttamente in farmacia senza obbligo di prescrizione** da parte del medico e la decisione dovrebbe essere applicata in tutti gli stati membri europei nel 2015. In Italia manca ancora il via libera da parte dell'**Aifa**, che ha fatto sapere di aver calendarizzato in agenda dei lavori la questione.

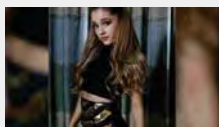
Secondo l'agenzia del farmaco nostrana, **il tema è "delicato" e il passaggio non è automatico**: l'agenzia qualora ritenesse necessario mantenere l'obbligo di ricetta dovrà motivare in sede europea la decisione. Il via libera della Commissione Europea è arrivato a seguito **dell'opinione positiva rilasciata dalla Commissione per i Prodotti Medicinali Umani** (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali. Il farmaco, spiega l'Ema, è "un contraccettivo d'emergenza usato per prevenire gravidanze indesiderate se assunto entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale a rischio, e agisce prevenendo o ritardando l'ovulazione. Il farmaco è più efficace se assunto entro le 24 ore".

Dunque, sottolinea l'Ema, **"rimuovere il bisogno di ottenere la prescrizione** dal medico dovrebbe velocizzare l'accesso delle donne a tale medicinale e quindi aumentarne l'efficacia". Il farmaco a base di ulipristal acetato prodotto dall'azienda HRA Pharma, che ha reso nota la decisione europea, è stato approvato in Europa con l'obbligo di prescrizione medica alla fine del 2009.

STRUMENTI
IN VIA
STAMPA
NEWSLETTER

Zan Tip

MEDIA CORRELATI



Ariana grande: 21 anni ma già atteggiamento da diva?

[GUARDA IL VIDEO](#)

Pronto a risparmiare sulla RC Auto?
CALCOLA ORA

Scopri il preventivo più economico per la tua polizza (sponsor)

SPONSOR



Halloween, le cinque star più folli dello scorso anno

[GUARDA IL VIDEO](#)



One Direction gli Under 30 più ricchi del pianeta secondo la rivista 'Heat'(LaPresse)

[GUARDA IL VIDEO](#)

POTREBBE INTERESSARTI ANCHE:

Tragedia all'Olmo, muore investita da un furgone in retromarcia



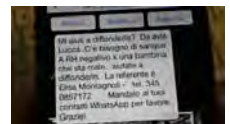
Dieta rivoluzionaria: perdi 12kg in 4 settimane (sponsor)



Promessa del ciclismo muore per un male incurabile



Serve sangue per una bimba che sta male la catena via whatsapp è una bufala



L'automedica non arriva, lei muore «Diteci se è stato fatto il possibile» - il Resto del Carlino



Online le immagini del 'dark theme' di Windows 10



Scopri il preventivo più economico per la tua polizza (sponsor)

Pronto a risparmiare sulla RC Auto?
CALCOLA ORA

Uomo sotto il treno, probabile suicidio - il Resto del Carlino



13/01/2015

Pillola 5 giorni dopo senza ricetta, via libera da Commissione Ue

La Commissione Europea ha autorizzato la dispensazione di ulipristal acetato, 30mg, pillola contraccettiva d'emergenza dei 5 giorni dopo, direttamente dalla farmacia senza la necessità di una prescrizione di un medico. La decisione, sottolinea una nota dell'azienda Hra Pharma che produce il farmaco, giunge dopo il parere positivo espresso lo scorso novembre dal comitato dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) per i medicinali per uso umano (Chmp), che ha concluso che il farmaco funziona meglio se usato durante le prime 24 ore, e può essere utilizzato in modo sicuro senza prescrizione medica. Il farmaco, chiarisce l'azienda, «previene le gravidanze indesiderate se assunto entro 5 giorni da un rapporto sessuale a rischio: agisce prevenendo o ritardando l'ovulazione ed esplica la sua maggiore efficacia entro le prime 24 ore, motivo per cui eliminare la necessità delle prescrizione medica dovrebbe incrementarne l'efficacia, consentendo alle donne di procurarsi la pillola in tempi molto brevi». Sarà disponibile in farmacia senza prescrizione medica in alcuni paesi europei a partire dal mese di febbraio 2015 ma ogni singolo stato può assumersi la responsabilità di discostarsi dalla procedura di riclassificazione. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha fatto sapere di avere in agenda la discussione in merito: data la «delicatezza» del tema non è previsto un passaggio automatico ma se intende mantenere l'obbligo di ricetta dovrà spiegarne il rationale in sede Ue.

DA BRUXELLES VIA LIBERA ALLA "ELLEONE"

Senza più ricetta la pillola dei cinque giorni dopo

L'UNIONE EUROPEA HA STABILITO CHE SI POTRÀ ACCEDERE LIBERAMENTE (IN FARMACIA) ALLA "CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA" FEMMINILE

Pillola "dei cinque giorni dopo" nelle farmacie europee senza ricetta medica. La Commissione europea ha autorizzato l'accesso diretto nelle farmacie senza necessità di prescrizione per il contraccettivo d'emergenza "ellaOne" (ulipristal acetato, 30mg). Ad annunciarlo l'azienda produttrice francese Hra Pharma.

Si tratta della prima decisione del genere fra i prodotti contraccettivi orali applicabile a tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, in accordo alle procedure nazionali di implementazione. Una decisione che permetterà a più di 120 milioni di donne in tutta Europa (più di 11 milioni in Italia in età fertile) di accedere direttamente alla contraccezione d'emergenza, stima l'azienda.

Il via libera della Commissione europea è arrivato in seguito all'opinione positiva rilasciata dalla Commissione per i prodotti medicinali umani (Chmp) dell'Agenzia europea dei medicinali, secondo cui "ellaOne" funziona meglio nelle prime 24 ore e può essere utilizzata in sicurezza senza prescrizione medica.

Nonostante il diffuso uso di contraccettivi regolari, il 44 per cento delle gravidanze in Europa è indesiderato. Da una survey europea su più di 7mila donne sessualmente attive è emerso infatti che il 30 per cento dichiara di aver avuto un rapporto non protetto almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nonostante non desiderasse una gravidanza.

«Sin dal suo lancio nel 2009», ha commentato Erin Gainer, direttore generale di Hra Pharma, «ellaOne è stato considerato dai medici il nuovo standard nella contraccezione d'emergenza e più di 3 milioni di donne in 70 paesi nel mondo hanno utilizzato questo farmaco da quando è divenuto disponibile. È l'opzione più efficace tra quelle esistenti se presa nelle prime 24 ore da un rapporto non protetto poiché ha dimostrato di funzionare quando il rischio di gravidanza è al massimo ossia immediatamente prima dell'ovulazione».

«Una decisione storica», ha commentato Emilio Arisi, presidente della Società italiana per la contraccezione (Smic), «consentire di poter acquistare in farmacia l'ulipristal acetato senza obbligo di prescrizione per tutta l'Unione europea entro il 2015 significa mettere a disposizione delle donne che vogliono pianificare la loro vita familiare il contraccettivo d'emergenza più attivo nel prevenire una gravidanza indesiderata. Non solo. Si attesta con chiarezza che il suo impiego non presenta alcun pericolo per la salute, sia della donna che dell'embrione». Una svolta anche per il nostro Paese. «Un'opportunità per l'Italia e per le sue autorità regolatorie per rimuovere un altro ostacolo che ci rendeva unici nel mondo, ossia quello per il medico di dover prendere visione di un test di gravidanza negativo prima di poter scrivere la ricetta», conclude Arisi.



Fumo. Un decreto per vietarlo in auto

Mai più automobili che si trasformano in "camere a gas" per i bambini a causa delle sigarette fumate dai genitori al volante. Il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), torna alla carica su un tema che è uno dei suoi storici cavalli di battaglia, ovvero la prevenzione contro il tabagismo, e annuncia di avere allo studio un decreto per introdurre lo stop alle bionde in auto in presenza di minori. L'obiettivo è, naturalmente, prevenire i danni, anche considerando la sempre più giovane età, 11-12 anni, in cui i ragazzi si avvicinano alle sigarette. Dopo il divieto di fumo nelle scuole e luoghi adiacenti (fermo restando il divieto di vendita in Italia di tabacco ai minori di 18 anni), la [Lorenzin](#) pensa dunque alle auto, «essendo ormai accertati – afferma – i danni da fumo passivo soprattutto tra i giovanissimi». Non solo: il ministro annuncia anche una «ulteriore opera di sensibilizzazione contro la pubblicità occulta volta ad evitare la diffusione di immagini vincenti, soprattutto tra i giovanissimi, legate al consumo di tabacco e all'abuso di alcol». Smentito, invece, un giro di vite generalizzato rispetto alle sigarette, con divieti estendibili anche a luoghi pubblici ampi. In realtà, già nel 2013 la [Lorenzin](#) aveva provato ad introdurre lo stop al fumo in auto in presenza di minori, presentando in Consiglio dei ministri un ddl ad hoc. Il provvedimento, però, venne bloccato perché il governo dichiarò l'intenzione di lasciare il tema al dibattito parlamentare. Il ministro si rivolse allora direttamente ai parlamentari, con una lettera aperta, chiedendo sostegno nella lotta al fumo: «Se ridiamo la parola ai nostri figli, se li sentiremo dire in auto "papà non si passa col rosso", "papà non si dicono parolacce", "papà il fumo mi fa male", allora a qualcosa forse saremo serviti. È per questo - scriveva - che vi chiedo sostegno, dentro e fuori il Parlamento, per fare un piccolo passo avanti di civiltà». Oggi, a dieci anni dalla Legge Sirchia che ha vietato il fumo nei luoghi pubblici, la sfida si riapre. Una necessità, secondo il ministro, che si basa su fatti concreti: la metà dei bambini, secondo dati Istat, è esposta al fumo passivo già al secondo anno di vita ed il 38% dei piccoli ha un genitore che fuma in casa.



Codice della strada. Il ministro **Lorenzin** annuncia un decreto - Smentito il divieto in stadi, parchi e spiagge

Niente fumo in auto con bambini

Ma l'accertamento è difficile e il contenzioso rischia di essere alto

Maurizio Caprino

■ Torna possibile l'introduzione del **divieto di fumo in auto**: il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, ha annunciato ieri alle agenzie di stampa di «avere allo studio un decreto». Stavolta, a differenza del passato, il divieto scatterebbe solo se a bordo ci sono minorenni. Ma proprio questo particolare indica che l'iniziativa del ministro rischia di finire nel nulla o - nel caso arrivi in porto - di avere scarsi risultati: accertare che nell'abitacolo ci sono minori è difficile senza fermare immediatamente il veicolo, salvo esporsi al rischio di aumentare il contenzioso. E le infrazioni che di fatto richiedono l'alt sono quelle che le forze dell'ordine riescono a punire più di rado.

Per avere un'idea delle difficoltà, basta ricordare che una prima proposta di questo tipo fu accantonata proprio perché poco applicabile. Era stata presentata da alcuni senatori nel maggio 2008 e, nell'autunno 2009, era confluita nel disegno di legge che a luglio 2010 sarebbe diventato la riforma del Codice della strada (legge 120/2010). Era previsto il divieto assoluto di fumo, con sanzione raddoppiata in caso di minori a bordo. Ma già nel dicembre 2009 il divieto proposto è stato completamente espunto dal testo.

La motivazione principale era stata proprio la difficile accertabilità dell'infrazione: per un agente non è affatto semplice vedere che cosa accade nell'abitacolo. Tanto più che non bisogna essere sicuri solo che il conducente fumi, ma che con lui ci siano anche minorenni.

Comunque, anche per chi viene multato giustamente è troppo forte la "tentazione" di presentare un ricorso mettendo in dubbio la percezione dell'operatore. Un problema analogo a quello che si verifica per infrazioni come il

mancato allacciamento delle cinture e l'uso del cellulare senza auricolare o vivavoce, che spesso gli agenti - proprio per questa ragione - rinunciano a verbalizzare se non riescono a contestarle immediatamente al trasgressore, nonostante qui non sia richiesto di stabilire l'età di chi c'è a bordo. Il risultato è che le multe sono relativamente poche: per avere un'idea, lo scorso anno la Polizia stradale ha rilevato 92.663 infrazioni tra cinture e cellulare, contro le 355.736 legate alla velocità (che si accertano perlopiù con strumenti automatici).

È probabile che il problema sia noto anche al Parlamento attuale, cui la **Lorenzin** si è rivolta con una lettera aperta dopo aver infruttuosamente presentato in Consiglio dei ministri - nel 2013 - un disegno di legge per vietare il fumo in auto in presenza di minorenni. Il governo dell'epoca decise di rimettere la questione ai parlamentari, che a loro volta non avevano portato avanti una discussione.

Ora, stando a quanto annunciato ieri, il **ministero della Salute** dovrebbe preparare un decreto legge, verosimilmente per cambiare il Codice della strada. Una possibile alternativa rapida è un emendamento al cosiddetto "Ddl Meta", dal nome del presidente della commissione Trasporti della Camera, che ha presentato un disegno di legge per apportare modifiche al Codice con iter accelerato rispetto alla legge delega di riforma che in questo momento è al Senato.

Il ministero ha invece smentito di voler estendere l'attuale divieto di fumo ad alcuni luoghi pubblici aperti, come stadi, parchi e spiagge attrezzate. Un'idea che era stata evocata dallo stesso ministero in un comunicato stampa del 1° gennaio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«HO UN TUMORE»

EMMA BONINO
UNA LEZIONE
DI TRASPARENZA

MATTIA FELTRI

La libertà non è soltanto una dichiarazione di diritto spesso sterile: è una fatica quotidiana e forse una conquista che non si raggiunge mai.

CONTINUA A PAGINA 8

L'annuncio di Emma Bonino
"Ho un tumore al polmone"
"Non lascio la politica, ma la priorità sarà curarmi"

Scoprire di avere un tumore al polmone, eppure continuare nella propria vita a testa alta. La radicale Emma Bonino, ex ministro degli Esteri, una delle candidate naturali alla carica di Capo dello Stato, ha divulgato la sua situazione clinica in un'intervista a Radio radicale. «Recentemente - ha detto - mi sono sottoposta a dei controlli medici di routine che però hanno evidenziato la presenza di un tumore al polmone sinistro». La diagnosi sembra precoce e fa ben sperare. «Si tratta - ha spiegato ancora - di una forma localizzata e ancora asintomatica, ma ciononostante richiederà un trattamento lungo e complesso di chemioterapia che è già stato iniziato e che durerà

almeno 6 mesi».

Emma Bonino però, anche se costretta alle cure mediche, e quindi inevitabilmente starà lontano dalla politica attiva per qualche tempo, non dà un addio, ma un arrivederci. «Non sono intenzionata ad interrompere le mie attività perché da una passione politica non ci si può dimettere, però è chiaro che le mie attività dovranno essere organizzate in base alle esigenze mediche cui è necessario dare in questo momento una priorità assoluta, cosa non facile anche per me».

Un intervento commovente, che si conclude con un appassionato e appassionante appello «a tutti coloro che in Italia e altrove affrontano questa o altre prove: voglio solamente dire che dobbiamo tutti sforzarci di essere persone e di voler vivere liberi fino alla fine, insomma io non sono il mio tumore e voi neppure siete la vostra malattia, dob-

biamo solamente pensare che siamo persone che affrontano una sfida che ci è capitata». Coraggiosa e trasparente come sempre, Emma Bonino. Che per l'appunto non dimentica anche in questa dolorosa occasione il suo impegno nei radicali. E quindi: «Spero che il vostro affetto si traduca in iscrizioni al partito. Forse è arrivato il momento di dirvi che le battaglie che portiamo avanti magari oggi sembrano marginali ma invece sono fondamentali per la vita di tutti, per la democrazia, in particolare in questo momento così difficile per il mondo».

Si scatena un diluvio di incoraggiamenti sui social network. «Siamo vicini a Emma Bonino in questo difficile momento. Le inviamo sentiti auguri di pronta guarigione», dichiarano ad esempio i deputati del Movimento 5 Stelle, generalmente mai pietosi con gli altri politici. «Anche se le nostre idee sono agli antipodi, in un momento come questo voglio solo dire

ForzaEmma», scrive Giorgia Meloni, presidente di Fratelli d'Italia-Alleanza nazionale. A sinistra sono in tanti con lei, dal sindaco di Roma Ignazio Marino, a Nichi Vendola, a Marina Sereni. Scrive Laura Boldrini, presidente della Camera: «Esempio di politica come passione. Un abbraccio anche da me e da Montecitorio».

Ma è dal centro cattolico e da destra, dove non hanno mai amato la Bonino e i radicali, che giungono altrettanti auguri. Daniele Capezzone: «Le parole di Emma Bonino per incoraggiare chi affronta la sfida del cancro rendono più forti e meno sole tante persone. Grande merito a lei». Nunzia De Girolamo: «La malattia si combatte guardandola in faccia, non avendo paura di parlarne. La battaglia più importante. Il coraggio di sempre». Gianpiero D'Alia: «Un abbraccio». Renata Polverini: «Un'altra battaglia da vincere col carattere e la determinazione di sempre: ce la farai».

Spero che l'affetto di tutti si traduca in iscrizioni ai Radicali

» **Emma Bonino**
ex ministro degli Esteri



Leader
Emma Bonino, 66 anni, ex ministro degli Esteri
è da sempre l'anima dei Radicali insieme con Pannella

RSALUTE



Migrazioni
Oltre 232 milioni di persone nel mondo (3%) hanno lasciato il proprio paese (2012)



Patologie
Le più diffuse sono quelle dell'apparato respiratorio, apparato digerente e dei denti.



Infezioni
Hiv, Tbc e malaria sono le infezioni più diffuse tra i migranti che partono sani.



Controlli
Il 57,5% di stranieri si controlla dal medico; Pronto soccorso usato poco dai cinesi.

Stranieri. Il primo nato dell'anno si chiama Mohamed, l'ultimo del 2014 è figlio di tunisini: sono oltre 5 milioni i residenti. Il loro stato di salute è buono ma si ammalano in Italia per le condizioni di vita. Il caso di Tbc e cancro

Il "paziente immigrato" nella sanità del Belpaese

In aumento ipertensione e diabete. In oncologia la mortalità è molto alta

MARIA PAOLA SALMI

L'ITALIA cresce grazie agli stranieri: l'ultimo nato del 2014 è un maschietto di genitori maghrebini nato all'ospedale di Chiavari, mentre il primo nato del 2015 a Palermo è un maschio di genitori immigrati chiamato Mohamed. Gli immigrati, circa 5 milioni quelli residenti nel nostro paese di cui 1,2 milioni di bambini, tutto sommato stanno bene e a quanto pare hanno una percezione piuttosto positiva delle proprie condizioni di salute. A dirlo i risultati dell'indagine condotta dal **ministero della Salute** e l'Istat "Cittadini stranieri e accesso alle cure", pubblicata recentemente.

È chiaro che i movimenti di popolazione hanno un impatto profondo sulla sanità pubblica globale, tuttavia la salute degli immigrati è buona; lo confermano anche i dati del rapporto Ecdc 2014 secondo cui le persone migranti che si spostano dal loro paese d'origine verso altri continenti sono sostanzialmente sane sebbene più vulnerabili a Tbc, Hiv e malaria, anche se questo non aumenta il rischio per la popolazione italiana.

«Gli individui che affrontano viaggi lunghissimi e difficili, sono in genere soggetti giovani e prevalentemente sani, a tutti loro il nostro Servizio sanitario nazionale offre assistenza medica - afferma la dermatologa e chirurgo plastico Fabiola Luzi, dirigente di primo livello all'Istituto nazionale per la migrazione e la povertà di Roma - i servizi che offriamo nei nostri ambulatori sono di varia tipologia, dalla ginecologia alla contraccezione e maternità responsabile, dall'odontoiatria all'oculistica all'audiologia al servizio laser fino a servizi di assistenza psicologica e per le mutilazioni dei genitali esterni».

In realtà in Italia si assiste a due fenomeni: quello della popolazione immigrata residente e quello dei migranti che sbarcano ogni anno sulle nostre coste, l'anno appena concluso sono stati 130mila. Questi ultimi al momento dello sbarco non hanno patologie importanti, la selezione avviene a monte durante i lunghi e pericolosi viaggi per terra e per mare che li porteranno in Italia o in altri paesi. «Quanto agli immigrati residenti, fino a qualche anno i medici osservavano malattie acute, adesso in-

vece si assiste all'aumento di patologie croniche quali diabete, ipertensione, sovrappeso e obesità, disturbi osteomuscolari e tumori, prima causa di malattia tra i vari gruppi etnici - sottolinea Salvatore Geraci, responsabile Area sanitaria Caritas di Roma - il pericolo Tbc non esiste, dei 5 mila nuovi casi all'anno registrati nel paese solo la metà riguarda gli immigrati e il tasso decresce con l'aumentare della popolazione immigrata, d'altra parte tubercolosi e scabbia sono malattie del degrado, il migrante è più vulnerabile e se vive in condizioni di precarietà più facilmente si ammala».

Stando, invece, ai dati degli oncologi, gli immigrati che muoiono di tumore sono il 20% in più rispetto agli italiani affetti dalla stessa patologia tumorale, tanto che per favorire l'accesso alla diagnosi precoce è stata attivata la prima campagna di sensibilizzazione delle persone immigrate con lo slogan "La lotta al cancro non ha colore" (www.lalottaalcancro-nonhacolore.it) promossa da Aiom e Fondazione Insieme contro il cancro. L'accesso ai servizi sanitari è un diritto di tutti gli immigrati, essenziale per intercettare il bisogno e intervenire precocemente per evitare la diffusione di eventuali infezioni. Tuttavia non mancano criticità: una ricerca Caritas evidenzia come il 36% delle immigrate non si sia mai sottoposta ad un Pap-test; il 54% delle cinesi non sa cosa sia una mammografia, e la metà di ucraine, filippine e latino-americane lamenta difficoltà nell'accesso al servizio sanitario nazionale. «Il rischio maggiore è che una volta in Italia il migrante, senza un lavoro e un tetto, sviluppi nel tempo patologie dovute alla povertà o a pregressi traumi», dice Luzi. Violenze e torture meritano attenzione e richiedono approcci complessi, come spiega Geraci, co-autore del libro *Quando le ferite sono invisibili*, presentato di recente alla Casa Famiglia di Villa Glori a Roma.

A Milano è molto attiva Naga (www.naga.it), Associazione di volontariato laica con sede vicino ai Navigli. Ogni anno i medici del Naga effettuano nell'ambulatorio oltre 15.000 visite a cittadini stranieri senza permesso di soggiorno. L'Opera di San Francesco (www.operasanfrancesco.it) invece è più specializzata nel settore odontoiatrico e ostetrico-ginecologico.

A Roma sono attivi punti di accoglienza, parte del progetto Foreign Women Cancer Care, all'ospedale Fatebenefratelli e all'IFO - Regina Elena - San Gallicano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A PAG. 12-13

Tabagismo

**Divieti estesi
e prezzi alti:
un manifesto
scientifico
individua
l'endgame
all'italiana**

L'INIZIATIVA/ Il Manifesto scientifico promosso per incoraggiare misure anti-tabagismo

Tabacco, endgame all'italiana

Incognita sulle entrate fiscali, ma all'estero c'è già chi ha deciso lo stop

di DONATA MARRAZZO

La guerra al tabagismo è una sfida globale: il tabacco è nel mondo ancora la prima causa prevenibile di morte e di malattia. Provoca oltre 6 milioni di morti l'anno e riduce, in Europa, del 12% gli anni di vita dei fumatori, per un costo economico stimato in 500 miliardi di dollari l'anno. Un fumatore grava di 71.600 euro in più sui servizi sanitari. La maggior parte vorrebbe non aver mai cominciato.

Un Manifesto per una strategia di endgame del tabacco in Italia. Per questo, società scientifiche, professionisti della salute, esponenti della società civile, invitano lo Stato e i ministeri competenti a dotarsi di una strategia a lungo termine di fine corsa (endgame) per il tabacco: in Italia, dopo i successi ottenuti nella lotta al fumo passivo e l'approvazione della Convenzione quadro per il controllo del fumo (Framework convention on tobacco control), non sono più state varate iniziative efficaci. La divergenza fra le istanze economiche (circa 13 miliardi di euro all'anno di gettito fiscale dall'industria del tabacco, un giro d'affari di oltre 20 miliardi di euro, 200.000 occupati nel settore) e quelle della salute paralizzano iniziative che possano produrre benefici essenziali per la popolazione sul breve e lungo periodo.

Conflitto di interessi tra economia e salute. È un conflitto di interesse evidente: lo Stato, che guadagna dalle imposte sul tabacco il 74% del costo del pacchetto (il 16% in più sulle sigarette prodotte dal Monopolio), può davvero indurre a smettere di fumare? Così passano in secondo piano i vantaggi che la riduzione del fumo comporterebbe in termini di costi sanitari, di produttività e di costi immateriali, anche i risparmi. E che salverebbero i giovani da un vero flagello: «Il fumo è una

dependenza dannosa per il nostro organismo, a livello molecolare, cellulare, strutturale e funzionale. Ma spesso nell'adolescente prevale la percezione di normalità fra pari, in famiglia e a scuola. Ciò incoraggia l'iniziazione - avverte Fabrizio Faggiano, presidente dell'associazione italiana di Epidemiologia ed esperto di Evidence based medicine, fra gli autori del Manifesto -: mediamente l'80% dei fumatori inizia a 15 anni».

Il «fine corsa» delle altre Nazioni. Alcune Nazioni hanno già elaborato proprie strategie, e anche fissato la data del «fine corsa»: la Nuova Zelanda e l'Irlanda nel 2025, la Scozia nel 2034, la Finlandia nel 2040. Altri stati si stanno muovendo in questa direzione come l'Australia, l'Uruguay e il Canada.

Uno studio della Commissione europea ha stimato che nel 2007 per il nostro paese i costi del tabacco sono stati di 21,5 miliardi di euro (9 di costi diretti e 12,5 di costi indiretti), senza tener conto del costo «intangibile» dei circa 70.000 morti provocati dal tabacco ogni anno.

In 25 anni l'eradicazione del fumo in Italia. Il nuovo Manifesto intende combattere l'inerzia dello Stato definendo una strategia a lungo termine contro il tabacco in Italia, articolando nel tempo gli interventi di riduzione del numero di fumatori con quelli del riequilibrio economico: sarebbe possibile assorbire gli effetti negativi del calo delle vendite, sostituendo le fonti di entrata delle accise con un diverso orientamento delle aziende impegnate nella coltivazione del tabacco, nella sua trasformazione e distribuzione. Un programma di riconversione a tutti gli effetti.

L'endgame prevede misure specifiche per ridurre la disponibilità del tabacco e l'esposizione alla nicotina, l'offerta di prestazioni sanitarie per smettere di fumare, programmi economici,

campagne di comunicazione. L'obiettivo è di portare la percentuale di fumatori al di sotto del 5% nell'arco di 20-25 anni.

Un confronto urgente con le istituzioni. Ci sono prove scientifiche che dimostrano quanto gli interventi mirati siano capaci di ridurre la frequenza di fumatori: politiche di prezzo e di limitazione d'uso, informazione efficace, strategie di disassuefazione, interventi di prevenzione primaria: una programmazione articolata e graduale nel tempo assicura la riduzione, progressiva e sostanziale, del numero di fumatori, fino all'eradicazione del tabagismo. Le società scientifiche di Sanità pubblica italiane che hanno sottoscritto il Manifesto (Associazione italiana di Epidemiologia - e Istituto per lo studio e la Prevenzione oncologica -, la società italiana di Tabaccologia - Asl To2 Torino -, la Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione, la società italiana di Igiene - Università di Roma la Sapienza -, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, l'Agenzia nazionale per la Prevenzione), chiamano le istituzioni interessate, prime fra tutte il **ministero della Salute**, il ministero dell'Economia e finanze, il ministero delle Politiche agricole, il ministero dello Sviluppo economico, oltre che la Presidenza del Consiglio, a un confronto sulla strategia per l'endgame.

Info e adesioni www.tobaccoendgame.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Manifesto per la "fine corsa" del tabacco

Ecco i punti salienti del Manifesto per la "fine corsa" del tabacco, promosso dall'Associazione italiana di Epidemiologia (e Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica), la Società italiana di Tabaccologia (Asl To2 Torino), la Consulta interassociativa italiana per la prevenzione, la Società italiana di Igiene (Università di Roma la Sapienza), l'Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri, l'Agenzia nazionale per la prevenzione.

1	Aumenti progressivi della tassazione
2	Estensione progressiva delle aree di divieto di fumo (a esempio aree di competenza sanitaria, parchi per bambini, automobili in presenza di bambini, strutture sportive ecc.)

3	Riduzione progressiva del contenuto massimo di nicotina nel tabacco (Malone 2013)
4	Varo di una strategia di cessazione, incentrata su prestazioni efficaci e gratuite, e supportata da interventi di promozione della cessazione, a esempio tramite campagne di comunicazione
5	Un programma economico di sostituzione delle entrate delle accise nel bilancio dello Stato. Questo potrebbe essere anticipato da una strategia di transizione, che preveda che una parte della accise venga investita in interventi di prevenzione e cessazione (a esempio in campagne di mass media, a supporto dei centri antifumo)
6	Un programma di riconversione dell'industria del tabacco in Italia e di riqualificazione degli occupati nel settore
7	Un programma di riconversione del settore della tabacchicoltura

8	L'adozione di confezioni generiche per i pacchetti di sigarette e di tabacco
9	L'incentivazione della sostituzione del tabacco con prodotti alternativi meno dannosi, come a esempio prodotti rilascianti nicotina (harm reduction endgame, van der Eijk 2013)
10	Una strategia di "narrazione" dell'endgame che miri a de-normalizzare l'uso del tabacco in Italia, a cui dovrebbero contribuire campagne di mass media, e una condivisione dei valori della strategia con membri influenti della società civile, in modo che concorrano quando possibile alla sua diffusione. La strategia dovrebbe inoltre anche considerare un intervento innovativo e di grande impatto comunicativo, adottato in tutti i Paesi che si sono dotati di una strategia di "endgame"
11	La decisione di vietare il tabacco per tutte le generazioni nate successivamente a un dato anno, a esempio il 2005 (Tobacco free generation, Berrick 2013)

LEGGE DI STABILITÀ / I**Dipendenti «scongelati»***Alt ai rinnovi, si sbloccano incentivi e progressioni di carriera*

La legge di Stabilità proroga il blocco dei contratti ma «sblocca» un pacchetto di istituti che per i medici valgono più di un rinnovo contrattuale: dal tetto al trattamento economico ordinario alle buste paga dei dirigenti, dal trattamento accessorio alle progressioni di carriera.

SIMONETTI A PAG. 4-5

STABILITÀ 2015/ Prorogato l'altolà ai rinnovi contrattuali ma si sbloccano gli automatismi**Personale, istituti «scongelati»****Tornano a essere liberi da vincoli trattamenti e progressioni di carriera**

Resta la possibilità di negoziare la parte normativa del contratto **Dirigenti: la busta paga potrà crescere**

Dalla lettura della Legge di stabilità per l'anno 2015 (n. 190 del 23 dicembre 2014, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Supplemento ordinario n. 99 del 29 dicembre 2014) non si hanno in realtà grandi sorprese in tema di personale delle aziende sanitarie; si ottengono, infatti, conferme di quanto era risaputo già dalla prima bozza della legge risalente a ottobre (la proroga del blocco della contrattazione) o scontato (il recepimento del Patto per la salute del 10 agosto 2014); troviamo peraltro alcune novità introdotte nell'ultimo passaggio parlamentare.

In termini di articolato stiamo parlando degli ex articoli 21 e 39 con l'appendice dell'articolo 41 sul quale sarà opportuno fare un breve commento specifico, visto che nel testo definitivo è scomparso.

Andando con ordine, il comma 113 provvede a eliminare fino al 31 dicembre 2017 le penalizzazioni per chi consegue le anzianità contributive fissate per la pensione anticipata pur non avendo 62 anni di età. Tale intervento ha delle ricadute indirette sulla cosiddetta "rottamazione" in quanto consente alle aziende di adottare la risoluzione unilaterale anche nei confronti di dipendenti di età inferiore ai 62 anni.

Passando ai provvedimenti generali sul pubblico impiego, il comma 254 contiene l'ulteriore proroga - più volte annunciata dal Governo - del blocco del rinnovo dei contratti collettivi a tutto il 2015.

Al comma 255 si stabilisce che

l'indennità di vacanza contrattuale in godimento al 31 dicembre 2013 - quindi congelata nel suo importo a quella data - sarà erogata fino a tutto l'anno 2018.

Dopo questi due commi le disposizioni normative non riguardano più la generalità dei dipendenti pubblici, ma contengono interventi settoriali tra i quali, in ogni caso, spicca l'abolizione del trattamento pensionistico privilegiato ancora esistente per i militari (promozione al grado superiore l'ultimo giorno di servizio).

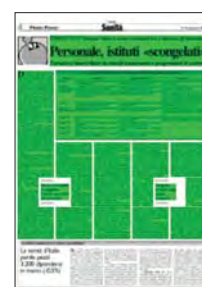
Tornando ai due commi che interessano direttamente, si possono fare alcune interessanti osservazioni. Innanzitutto l'ulteriore annullamento del rinnovo contrattuale vale anche per i convenzionati perché l'articolo 9, comma 24, della legge n. 122 afferma lapidariamente che «le disposizioni recate dal comma 17 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale» e l'articolo 17 in questione è la norma che la Legge di stabilità 2015 ha parzialmente modificato.

La seconda osservazione comporta una notevole e importante conseguenza. Rispetto a tutti gli interventi contenuti nell'articolo 9 del decreto Tremonti sono stati prorogati gli effetti del solo comma 17, mentre nulla viene detto riguardo ai commi 1, 2, 2-bis e 21 (in questo caso la proroga riguar-

da il solo personale non contrattualizzato) che erano stati prorogati fino al 31 dicembre 2014 dal Dpr 122/2013.

Tornano, dunque, a essere liberi da vincoli e congelamenti il tetto al trattamento economico ordinario (articolo 1), la definizione del trattamento economico complessivo del dirigente rispetto al predecessore (comma 2), l'ammontare dei fondi per il trattamento accessorio (comma 2-bis), le progressioni di carriera comunque denominate (comma 21).

Forse l'unico dubbio potrebbe riguardare il comma 2-bis in virtù della modifica apportata lo scorso anno. Se però leggiamo attentamente il periodo aggiunto dal comma 456 della Legge di stabilità 2014 possiamo trovare una conferma: «A decorrere dal 1° gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto



del precedente periodo».

La locuzione non può che essere interpretata nel senso che le riduzioni operate negli anni dal 2011 al 2014 restano storicizzate e non possono essere recuperate. Mentre non dovrebbero più essere effettuate decurtazioni per le cessazioni dal 2015 in avanti. Infatti, in relazione alla decurtazione, viene utilizzato il participio passato «operate» e se il legislatore avesse voluto rendere strutturale il meccanismo di riduzione in ragione del personale cessato avrebbe dovuto dire - per chiarezza e coerenza - «e sino al 31 dicembre 2015» invece di «e sino al 31 dicembre 2014» oppure utilizzare la consueta formula «le disposizioni di cui al comma 2-bis si applicano anche per l'anno 2015».

Questa lettura ha certamente un carattere sistematico con le altre misure contenute nel comma 254 e seguenti della Legge di stabilità.

Si potrebbe ritenere che all'odierno legislatore interessi che non vi siano maggiori spese (i rinnovi contrattuali), ma che ha rinunciato ad avere anche dei risparmi che - in fondo - in questi 4 anni sono stati molto consistenti e che ormai devono considerarsi consolidati definitivamente.

Non va sottovalutata l'importanza di questa conseguenza in quanto lo sblocco di vari istituti (soprattutto i fondi contrattuali e le progressioni economiche del comparto, ma anche le fasce dell'indennità di esclusività) vale forse più di un rinnovo contrattuale.

È vero, è stato deciso un altro anno di blocco della contrattazione; tuttavia, poter ricominciare a gestire i fondi contrattuali senza doverli ulteriormente decurtare e poter ricorrere ad alcuni strumenti premianti potrebbe rivelarsi una opportunità formidabile per dare finalmente riconoscimento alla meritocrazia e poter premiare chi lavora veramente e con disagio.

A tale proposito è doveroso ricordare che «le progressioni all'interno della stessa area avvengono secondo principi di selettività, in funzione delle qualità culturali e professionali, dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, attraverso l'attribuzione di fasce di merito» (articolo 52, comma 1-bis, del Dlgs 165/2001) e che l'articolo 23, comma 2, dello stesso decreto afferma che l'attribuzione delle fasce riguarda «una quota limitata di dipendenti».

Concludiamo la panoramica sul più volte citato articolo 9 del decreto Tremonti per ricordare che i commi 28 (tetto di spesa per il lavoro flessibile) e 32 (possibilità di rivedere il valore dell'incarico dirigenziale alla scadenza) sono interventi strutturali che sono ormai entrati a regime nell'ordinamento. Dovrebbe essere confermata - anche se il testo del comma 453

dell'articolo 1 della legge 147/2013 parlava in realtà della contrattazione ricadente negli anni 2013 e 2014 - la possibilità di negoziare la sola parte normativa. A tale proposito, si segnala che il 18 settembre 2014 si sono aperte le trattative fra l'Aran e le Confederazioni sindacali per la definizione di un Ccnq in materia di rapporto di lavoro dei pubblici dipendenti.

Si tratta in buona sostanza di disciplinare alcune tipologie di assenza dal servizio dei lavoratori che varie leggi hanno previsto in questi anni, ma che il blocco della contrattazione ha di fatto impedito che venissero contrattualizzate.

Non si hanno notizie dell'andamento della negoziazione anche se la sensazione è che alla controparte sindacale la questione non interessi molto.

I commi 421-428 disciplinano la materia degli esuberanti delle Province e il meccanismo di assorbimento ha creato alcune preoccupazioni nelle aziende sanitarie. Però il comma 424 cita espressamente «le Regioni e gli enti locali» mentre non menziona la sanità.

Da sempre, quando il legislatore intende ricomprendere la sanità in disposizioni di carattere generale, la richiama esplicitamente utilizzando la formulazione «aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale». Per tale motivo e per il fatto che le assunzioni in sanità sono trattate in altra parte della legge, si ritiene che le procedure di cui al comma 424 non coinvolgono le aziende sanitarie.

Le norme della legge di stabilità che riguardano il Servizio sanitario nazionale sono contenute nell'articolo 1 dal comma 556 al comma 588.

Queste disposizioni attuano quanto previsto dal Patto per la salute stipulato il 10 agosto 2014 che, in particolare, all'articolo 22 disciplinava il turn over. Tra le previsioni di maggiore concretezza si rileva nel comma 566 la previsione di un Accordo Stato-Regioni per la definizione dei «ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi» delle nuove professioni sanitarie.

L'Accordo servirà a dirimere tutti quei conflitti che sono recentemente sorti soprattutto tra medici e infermieri in tema di delimitazione del confine tra le rispettive professionalità (per tutti: quello relativo al modello organizzativo detto "see and treat" o le Udi nel Lazio).

Seguono alcuni lunghi commi che riguardano le responsabilità dei direttori generali e dei commissari che non sembrano tuttavia fornire grandi elementi di novità.

Con il comma 574 viene attuata la decisione di portare i Collegi sindacali delle aziende sanitarie a tre componenti, ma non viene più espressamente

citata la fonte legale di questa riduzione (l'articolo 6, comma 10, della legge 122/2010): peccato che la norma stessa imponesse che la riduzione avrebbe dovuto avvenire «dal primo rinnovo successivo» al 31 maggio 2010 e sarebbe interessante calcolare quanti collegi sono stati rinnovati in questi quattro anni lasciando 5 componenti.

Nel comma 582 sembrerebbe di poter riscontrare il primo effetto del riassetto del vertice del **ministero della Salute** - che peraltro nel frattempo è cambiato - e appare francamente singolare che il comma 3 si occupi così dettagliatamente dell'articolazione organizzativa veterinaria addirittura «riconoscendo l'opportunità che le strutture organizzative... sono possibilmente individuate quali strutture complesse».

Nel comma 583 troviamo l'annuncio allentamento dei vincoli assunzionali che gravano sulle Regioni in piano di rientro.

Nel comma 584 viene portato fino al 2020 il vincolo dell'1,4% delle spese per il personale.

In tal senso sarebbe opportuno declinare meglio quali costi non concorrono alla composizione dell'importo da comparare perché l'elencazione del comma 71 dell'articolo 2 della legge 191/2009 è incompleta e non soddisfacente e genera senz'altro comportamenti non omogenei tra le aziende.

È scomparso l'ex articolo 41 cioè la norma con la quale si intendeva riproporre il comma 88 dell'articolo 1 della Legge di stabilità 2013 (la legge 228/2012) concernente la verifica straordinaria del personale sanitario inidoneo.

La vicenda è singolare perché tale operazione era già stata pianificata due anni fa ma è stata del tutto dimenticata, tanto che il Dpcm che doveva fissarne i criteri e modalità di esecuzione non è stato nemmeno adottato. Provo ad azzardare alcune ipotesi di motivazione per il ritiro della norma.

La prima è che l'operazione avrebbe generato un enorme costo per l'Inps che con tutte le altre incombenze che gli sono state scaricate (monetizzazione congedo parentale, bonus bebè, prepensionamenti ecc.) non è probabilmente in grado di sostenere.

La seconda è che la norma era in fondo la duplicazione di quella di due anni fa e che quindi non c'era la necessità di ripeterla.

La terza è che la pressione dei diretti interessati (all'interno del «personale sanitario» è evidentemente presente la lobby dei medici) ha suggerito l'abbandono della revisione.

Unitamente alla Legge di stabilità gli ultimi giorni del 2014 hanno portato una nuova bozza del Dpcm sulla stabilizzazione dei precari del quale non si avevano notizie da un anno esatto. Ebbene, sembra che il decreto sia in dirittura di arrivo con il parere della Conferenza, ma nel leggere il testo si evidenzia subito una clamorosa

novità: secondo l'articolo 1 che tratta dei destinatari, i concorsi sono riservati «al personale del comparto sanità e a quello appartenente all'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario».

In questa confusa formulazione è agevole rinvenire l'intenzione di escludere dal processo di stabilizzazione i titolari dei contratti ex articolo 15-septies dei ruoli Pta. La volontà politica si è espressa in tal modo e non resta che prenderne atto ma non si può non rilevare che la norma di legge ordinaria che è a monte del Dpcm non li esclude assolutamente visto che parla genericamente di «professionalità del Servizio sanitario nazionale» (articolo 4, comma 10, della legge 125/2013).

È doveroso aggiungere che i diretti interessati, non rientrando nel percorso, non beneficiano della proroga e non sono neanche più coperti dalla deroga alla tassativa durata del contratto a tempo determinato.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo stato degli interventi dell'articolo 9 della legge 122/2010 alla luce della legge 190/2014

Norma	Contenuto	Legge stabilità 2015	Conseguenze
Comma 1	Congelamento al valore 2010 del trattamento ordinariamente spettante	La legge 190 non ha previsto nulla in merito per cui si torna alla situazione precedente al 2010	La norma è strumentale alla caduta degli effetti dei commi 2, 2-bis e 21
Comma 2 (ultimo periodo)	Congelamento del valore dell'incarico dirigenziale sia in caso di rinnovo che di nuovo titolare	La legge 190 non ha previsto nulla in merito per cui si torna alla situazione precedente al 2010	Il valore economico dell'incarico torna a essere disciplinato dalle clausole contrattuali
Comma 2-bis	Congelamento dei fondi destinati al trattamento accessorio al valore 2010 e decurtazione in ragione del personale cessato	La legge 190 non ha previsto nulla in merito per cui si torna alla situazione precedente al 2010	L'importo dei fondi non ha più un tetto e può tornare a essere alimentato dalle risorse previste dai Ccnl. I fondi dal 2015 non devono più essere decurtati per le cessazioni e le riduzioni effettuate restano consolidate come economie di bilancio
Comma 17	Annullamento della tornata contrattuale 2010-2012 (successivamente anche il 2013 e 2014)	Il comma 254 della legge 190 ha prorogato gli effetti al 31 dicembre 2015	Il rinnovo contrattuale è annullato per tutto il 2015, ma può essere negoziata la parte normativa
Comma 21 (ultimo periodo)	Progressioni di carriera comunque denominate con effetti esclusivamente giuridici	La legge 190 non ha previsto nulla in merito per cui si torna alla situazione precedente al 2010	Possono essere attribuite le fasce economiche per il comparto (che gravano sul Fondo) e le fasce dell'indennità di esclusività (che gravano sul bilancio)
Comma 24	Estensione del comma 17 al personale convenzionato	Il comma 254 della legge 190 ha prorogato gli effetti al 31 dicembre 2015	Il rinnovo della convenzione è annullato per tutto il 2015 ma può essere negoziata la parte normativa
Comma 28	Tetto al costo del lavoro flessibile al 50% dello speso 2009	Il comma fin dall'inizio non fissava un termine per cui è una norma ormai strutturale	-
Comma 31	Trattenimenti in servizio equiparati a nuove assunzioni	Il comma è stato abrogato dall'art. 1 della legge 114/2014	-
Comma 32	Possibilità di ridurre, alla scadenza, la tipologia e il valore di un incarico dirigenziale	Il comma fin dall'inizio non fissava un termine per cui è una norma ormai strutturale	-

IL COMMENTO**«Un testo con molti meriti
e qualche perplessità»**

Un anno e più dopo l'approvazione della legge 125 del 2013, il Dpcm per la stabilizzazione del personale precario in sanità sta finalmente per approdare in Conferenza Stato-Regioni, però restano alcune perplessità. Innanzitutto, trattandosi di un provvedimento che non comporta oneri aggiuntivi, si fa fatica a comprendere le lungaggini, imposte dagli uffici del ministero dell'Economia, imputabili verosimilmente a un'endemica resistenza a superare una concezione ragionieristica della sanità. Una visione che negli ultimi anni ha comportato tagli lineari che hanno colpito in particolare beni, servizi e personale, compromettendo la funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

Quello che fanno fatica a comprendere gli uffici del Mef, sono le enormi difficoltà che hanno le Regioni, soprattutto quelle in Piano di rientro, a garantire qualità di assistenza e rispetto dell'erogazione dei Lea, incatenate ormai da anni dal blocco del turn over e contingentamento del personale. Misure che, tra l'altro, non hanno comportato grandi risparmi, avendo obbligatoriamente comportato la necessità di ricorrere a straordinari, convenzioni e autoconvenzionamento. In sostanza, con le stesse risorse si potevano immettere nuove e fresche energie a costo invariato ma a beneficio dei pazienti e del sistema salute.

Ciò premesso, qualcosa inizia a

cambiare grazie al Dpcm che riconosce la stabilizzazione a dirigenti medici e al comparto sanitario, formati da persone che possono vantare una formazione di qualità e che per anni hanno lavorato con ritmi insostenibili e senza certezze. Però, seconda perplessità, oltre ai limiti che permangono per le Regioni sottoposte al blocco del turn over, il Dpcm lascia fuori il personale amministrativo. Come se l'assistenza sanitaria potesse funzionare senza personale addetto al provveditorato, all'economato e agli uffici tecnici, uomini e donne che, come quelli del comparto sanitario, hanno alle spalle anni di lavoro e di formazione. Ne consegue che dopo il via libera del Dpcm, la parte medica che beneficerà degli effetti del provvedimento lavorerà con maggiore entusiasmo, ma non si potrà dire lo stesso per quella amministrativa che sentirà l'ingiustizia dell'esclusione e la spada di Damocle della precarietà. C'è ancora tempo per riparare: le Regioni facciano sentire la loro voce, il **ministro della Salute, Lorenzin**, che non manca certo di determinazione, colmi una carenza grave che non ha ragione di essere, evitando un decreto con handicap, superabile con un po' di buon senso e buona volontà.

Raffaele Calabrò

deputato Ncd,

membro Commissione Affari sociali

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RSALUTE

LA RICERCA.

I microbi nell'intestino sono la nuova frontiera

Così una dieta influisce su flora batterica e chili

Come il bilancio energetico varia tra magri e grassi: il ruolo di antibiotici, pro e prebiotici

ANTONIO GASBARRINI*

L'INTESTINO umano contiene oltre mille specie di microrganismi commensali, il "microbiota intestinale", essenziali per l'integrità della funzione mucosale di barriera. Il microbiota, composto prevalentemente da batteri, virus e miceti, se si altera è in grado di far insorgere patologie gastroenterologiche e sistemiche (tra le altre Colite ulcerosa e morbo di Crohn, neoplasie del colone dello stomaco, intestino irritabile, allergie ed intolleranze alimentari, diabete, aterosclerosi, atopie etc.). Studi recenti di laboratorio e sull'uomo, inoltre, hanno mostrato un'interessante relazione tra microbiota intestinale ed obesità.

Senza dubbio una dieta ipercalorica e la scarsa attività fisica sono le principali cause dell'obesità, ma sicuramente affascinante è lo studio dei complessi meccanismi coinvolti nella regolazione del bilancio energetico e delle loro alterazioni. Il microbiota intestinale è in grado di svolgere un ruolo importante nella patogenesi dell'obesità e della sindrome metabolica in quanto capace di influenzare l'assorbimento dei nutrienti e la distribuzione dell'energia. Topi cresciuti in condizioni sterili (germ-free, privi di microbiota) hanno bisogno di una quantità di calorie significativamente maggiore rispetto a quelli cresciuti in condizioni convenzionali per mantenere lo stesso peso corporeo e, a parità di dieta, hanno una quantità di massa grassa sensibilmente inferiore. Un dato molto interessante è che la successiva colonizzazione dei topi germ-free con un normale microbiota determina un rapido e significativo incremento del peso corporeo e della massa grassa di tali

animali.

Le ipotesi di ricerca aumentano ogni giorno di più, riconoscendo al microbiota intestinale un ruolo di prim'ordine anche nel favorire l'infiammazione sistemica cronica e quindi insulino-resistenza e obesità. È facilmente intuibile pertanto che sia nell'animale che nell'uomo esistono significative differenze quali/quantitative nella composizione del microbiota tra obesi e magri.

In definitiva, queste modifiche quantitative e qualitative in senso metabolico della flora batterica garantiscono all'ospite di estrarre il massimo valore energetico dalla dieta traendo calorie anche da alimenti potenzialmente poco calorici come le fibre. Il dato sorprendente è che queste alterazioni del microbiota sono assolutamente reversibili: una dieta ipocalorica, infatti, è in grado di riequilibrare il rapporto tra i batteri, rimodulare l'assetto metabolico della flora intestinale ed indurre un calo di peso che va di pari passo con il riequilibrio dell'ecosistema intestinale.

Allo stato attuale, antibiotici, probiotici, prebiotici e simbiotici sono gli strumenti utilizzati per modulare la flora batterica in termini qualitativi e quantitativi. È chiaro che una conoscenza sempre più approfondita in questo campo e i nuovi dati su batteri capaci di influenzare il metabolismo, come l'*Akkermansia muciniphila*, o l'infiammazione, come il *Fecalibacterium prausnitzii*, ci potrebbero consentire in futuro di agire in modo terapeutico sul complesso equilibrio microbico intestinale che è alla base dell'obesità e delle sue complicità.

* **Direttore Gastroenterologia e malattie del fegato, Policlinico univ. Gemelli, Roma**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Così le Regioni boicottano il farmaco contro l'epatite C

Alcune non hanno neanche comunicato dove somministrarlo



Il super farmaco contro l'epatite C resta una chimera per larga parte dei 50 mila pazienti in condizioni gravi, che un mese fa avevano brindato all'inserimento del Sofosbuvir nell'elenco dei medicinali rimborsati dallo Stato. A denunciarlo sono un'interrogazione parlamentare del deputato Pd Federico Gelli e l'associazione dei malati Epac. Il presidente, Ivan Gardini, sta monitorando la situazione e, al momento, la pillola che promette di eradicare il virus in sole 12 settimane sarebbe somministrata a carico del Servizio sanitario pubblico solo in Veneto, Lazio e Lombardia. Altrove chi vuole curarsi deve accendere un mutuo, per-

ché comprare in farmacia le scatolette necessarie a completare un ciclo terapeutico costa la bellezza di 70 mila euro.

Le responsabilità

«Il governo intervenga per far luce sull'organizzazione delle regioni», chiede Gelli nell'interrogazione al governo. Ma in questo pasticcio sembrano essere coinvolti un po' tutti. Sicuramente le stesse regioni, visto che ben sei di loro (Liguria, Sicilia, Calabria, Campania, Friuli e Molise), non si sono nemmeno degnate di inviare al ministero l'elenco dei centri autorizzati a somministrare il farmaco. Ma anche il governo ha la sua parte di responsabilità perché «ancora ad oggi - denuncia Gardini - non risulta essere stato emanato il decreto previsto dalla legge di stabilità per ripartire tra le regioni il miliardo stanziato dalla stessa manovra, per due anni di terapia». E senza denaro in tasca, le Regioni evidentemente tirano il freno. Anche perché

non è chiaro quanto alla fine costerà il Sofosbuvir alle malandate casse regionali. Il contratto sottoscritto dall'Aifa, l'Agenzia ministeriale del farmaco, con la Gilead, l'azienda produttrice, prevede il trattamento di 50 mila pazienti più gravi, a un prezzo di 50 mila euro per terapia, con sconti crescenti con l'aumentare delle dosi acquistate dalle regioni.

Carenze di personale

«Il problema - spiega però il presidente dell'Epac - è che per carenze di personale i centri autorizzati al trattamento dell'epatite non sono in grado di trattare più di 25 mila pazienti». Come dire che i super-sconti rischiano di rimanere solo sulla carta. E così le cure per i pazienti. Tutto questo mentre l'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali, ha da poco autorizzato la commercializzazione di nuovi e ancora più efficaci farmaci anti-epatite, che dovrebbero far crollare il prezzo del Sofosbuvir.

«Tra circa un mese - conferma Gardini - anche l'Aifa dovrebbe dare il via libera alla commercializzazione della mono pillola composta dal Sofosbuvir combinato con il Ledipasvir, che consente la remissione dell'infezione da Hcv nel 90% dei casi e senza l'uso combinato dell'interferone». Al che i pazienti potrebbero somministrarsi da soli la terapia, senza ricorrere ai centri regionali se non per controlli. Il problema è vedere a quanti malati potrà a quel punto essere garantita la nuova terapia, visto l'esborso che nel frattempo si è dovuto sostenere per il Sofosbuvir. Che oggi è a carico dello Stato per pazienti in condizioni particolarmente gravi, come quelli con cirrosi, fibrosi o in lista d'attesa per trapianto di fegato. In tutto, sulla carta, circa 70 mila pazienti. Gli altri 300 mila con virus da Hcv aspettano. Nella speranza che lo Stato trovi altri soldi. O che, più semplicemente, contratti prezzi più favorevoli.

70

mila euro
Il costo
di un ciclo
di cure
con il
Sofosbuvir

50

mila
I pazienti
che si potrebbero
curare con
lo stanziamento di un
miliardo



Ordini e incompatibilità di cariche, Cantone: «La decisione spetta alla Giunta delle elezioni di Camera e Senato»



Sulla questione delle incompatibilità dei senatori-presidenti di ordine l'Autorità nazionale Anticorruzione (Anac) interviene assumendo di fatto una posizione «pilatesca»: «Le cause di incompatibilità tra il mandato parlamentare e lo svolgimento di cariche di natura elettiva ricoperte all'interno degli ordini professionali devono essere accertate non dall'Autorità nazionale anticorruzione, ma dalla Giunta delle elezioni del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, ai sensi della normativa vigente in tema di incandidabilità, ineleggibilità e incompatibilità». E' quanto si legge nella delibera dell'Autorità nazionale Anticorruzione n.1 del 9 gennaio.

La delibera non scioglie quindi tutti i nodi rispetto ai tre senatori-presidenti di ordine coinvolti dall'«affare» incompatibilità: il presidente di Fnomceo Amedeo Bianco (Pd), la presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Annalisa Silvestro (Pd), il presidente dell'Ordine nazionale dei farmacisti, Andrea Mandelli (Fi). La palla passa infatti alla Giunta delle elezioni del Senato. Resta incerto se, al netto delle prevedibili pressioni politiche, l'organo che ha il compito di valutare i titoli di ammissibilità riterrà opportuno o meno di pronunciarsi nel merito. Anche perché le tre federazioni nazionali sono ormai in prossimità del rinnovo dei vertici.

Il provvedimento firmato dal presidente Anac, Raffaele Cantone, fa seguito al quesito posto all'Autorità nazionale anticorruzione dal Presidente dell'ordine dei farmacisti Andrea Mandelli (nota del 5 gennaio 2015, ns. prot. n. 346 del 7 gennaio 2015) in merito a eventuali profili di incompatibilità, ai sensi del decreto legislativo n. 39/2013, tra le cariche di natura elettiva ricoperte all'interno degli ordini professionali e le funzioni pubbliche elettive ricoperte negli organi

costituzionali di rappresentanza politica dello Stato.

L'Autorità ricorda che la legge n. 190/2012 per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione si applica anche agli ordini e ai collegi professionali, «in quanto gli stessi sono considerati enti pubblici non economici dal legislatore e dalla giurisprudenza».

Ma il decreto legislativo n. 39/2013 stabilisce l'incompatibilità di coloro che, all'interno di un ente pubblico, svolgono incarichi amministrativi di vertice, di amministratore, nonché incarichi dirigenziali. «Tuttavia, le incompatibilità previste da tale norma - si legge nella delibera dell'Anticorruzione - non si estendono alle funzioni pubbliche elettive negli organi costituzionali di rappresentanza politica dello Stato a livello nazionale».

Infatti, sottolinea la delibera, «l'art. 11, primo comma del d.lgs. n. 39/2013 statuisce solo le incompatibilità tra gli incarichi "amministrativi" all'interno di enti pubblici e le cariche di governo, mentre le incompatibilità previste dai successivi articoli e commi sul punto fanno riferimento soltanto alle funzioni pubbliche elettive eventualmente ricoperte a livello regionale e locale». Quindi necessariamente, conclude la delibera Anac, di eventuali incompatibilità tra mandato parlamentare e incarichi di natura elettiva all'interno degli ordini professionali dovrà occuparsi la Giunta delle elezioni del Senato o della Camera.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-01-12/incompatibilita-senatoripresidenti-ordini-anac-162733.php?uuid=AbTVeRvK>

I tagli che scaricano i "matti" sulla società

IL SERVIZIO PSICHIATRICO D'URGENZA AZZERATO IN MOLTE REGIONI. I MEDICI DEL 118: "CON I PAZIENTI VIOLENTI RISCHIAMO LA VITA"

BASAGLIA ADDIO

Cancellata l'assistenza specializzata h24, i centri di salute mentale aperti ma con "orari ridotti". In emergenza si ricorre ai ricoveri forzosi
di Paola Porciello

Sembra la trama di un film dell'orrore la vicenda che nella notte tra il 30 e il 31 dicembre ha visto protagonista una donna di Sarno di 52 anni, affetta da uno stato di psicosi maniacale. Gli operatori del 118, chiamati dal marito, l'hanno trovata in evidente stato di agitazione che brandiva un coltello di 50 cm. Medici e familiari sono riusciti a metterla in salvo per un pelo solo grazie all'intervento delle forze dell'ordine. Eventi simili si presentano non di rado da quando le aziende sanitarie hanno deciso di fare a meno del medico specialista nella fascia oraria notturna. "Una riorganizzazione con tagli alla spesa - spiegano gli operatori del servizio di primo intervento - che ci fa rischiare la vita. Si tratta di pazienti già in terapia presso il servizio di Igiene mentale ed è necessario che sul posto, sia per competenze, per mezzi e possibilità di trattamento con farmaci specifici, ci sia uno psichiatra reperibile".

LA CAMPANIA, e in particolare la provincia di Salerno, era l'ultimo avamposto che aveva resistito al progressivo smantellamento da Nord a Sud dell'assistenza specializzata "h24". Un taglio che, a fronte di un modesto risparmio economico, sta producendo spesso l'effetto contrario. La legge Basaglia del 1978, che ancora regola l'assistenza psichiatrica nel no-

stro paese, introduceva non a caso anche una filosofia di cura individualizzata e centrata su servizi integrati nei luoghi di vita delle persone. A distanza di 37 anni la riforma pare

però essere destinata a rimanere disattesa, se non addirittura cannibalizzata dai piccoli ma devastanti interventi (o mancati provvedimenti) che hanno generato servizi di salute mentale disomogenei e frastagliati sul territorio. A fronte di isolati centri di eccellenza, esistono ancora vaste zone in cui il servizio è lacunoso, con situazioni che arrivano fino al degrado e al limite della legalità.

Qualche esempio dei disservizi più clamorosi: l'apertura solo diurna dei Centri di salute mentale (Csm), spesso per fasce orarie ridotte, con conseguenti ricoveri "forzosi" che in alcuni casi somigliano più a deportazioni. L'esiguità degli interventi territoriali individualizzati e integrati spesso limitati alla sola prescrizione di farmaci. La sopravvivenza di "comunità ex-art. 26", luoghi privi di valenza riabilitativa e più connotati come "contenitori sociosanitari". E ancora, l'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate, accessibili anche senza il coordinamento dei Csm. Tutti modelli di assistenza al di fuori della cultura territoriale dei progetti "obiettivo" e dei piani per la salute mentale post legge 180.

Occorre specificare che non esiste alcuna normativa nazionale che imponga il taglio nella fascia oraria notturna. I progetti obiettivo vanno tutti in direzione contraria ma non sono

vincolanti e finiscono per soccombere alle politiche sanitarie regionali che, insieme alle pressioni corporative e sindacali, determinano il quadro attuale. Dunque che fine hanno fatto le promesse prospettate dalla Legge Basaglia su diritto alla salute e libertà individuali? Se dobbiamo basarci sugli ultimi provvedimenti e sulle testimonianze di pazienti e operatori, dobbiamo concludere che è in corso una pericolosa marcia indietro.

Secondo Claudio Mencacci, già presidente della Società italiana di Psichiatria, è giusto fare a meno dello psichiatra nelle ore notturne perché "Un'urgenza psichiatrica è pari a qualsiasi altra urgenza sanitaria. In tal modo si riduce la stigmatizzazione che accompagna i pazienti psichiatrici quali pazienti 'violenti' e 'pericolosi'. A Milano, dove lavoro, c'è un numero sufficiente di psichiatri. I piccoli centri sono i più colpiti da carenze nell'assistenza".

PEPPE DELL'ACQUA, considerato da molti l'erede di Basaglia, è direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste. Per lui la rivoluzione culturale apportata dalla Legge 180 non è stata inutile: "Oggi siamo l'unico paese in Europa con una legge che ci permette di vedere che la contenzione è una violenza, non un atto medico. Purtroppo però negli ultimi 30 anni i servizi hanno subito una forte dispersione per via di forme organizzative stupide messe in atto dalle Regioni con la scusa della spending review".

