

» | **L'intervista** Il giurista «padre» dei Dico sulle coppie di fatto: sono cattolico ma non ho vissuto alcuna lacerazione

## «Temi etici, ci rimettiamo al Parlamento»

Balduzzi, **ministro della Salute**: non prenderemo iniziative autonome



»

**Quando ho letto che non sarei gradito al Vaticano dentro di me ho sorriso. A me non risulta**

ROMA — «Quando ho letto che non sarei gradito al Vaticano dentro di me ho sorriso. A me non risulta. Queste chiacchiere mi paiono residui di quella contrapposizione che si è sviluppata dai Dico. Oppure il frutto di qualcuno che vuole accreditarsi in certi ambienti come più fedele. Il mondo è vario e vasto».

**Renato Balduzzi**, nuovo **ministro della Salute**, costituzionalista dell'Università Cattolica, specialista di questioni giuridiche in Sanità, respinge con gentilezza le maldicenze di chi lo ha dipinto come un cattolico scomodo per le gerarchie ecclesiastiche. Che non avrebbero gradito la sua nomina.

La «macchia»? Aver lavorato al testo sui Dico, la legge sui diritti e doveri delle persone stabilmente conviventi presentata dal governo Prodi nel 2007. «La mia storia sta tutta nella Chiesa al cui interno c'è dialogo, ci sono posizioni diverse dentro principi comuni», replica nella sua prima, cauta intervista, attento a non tradire l'impegno col premier Monti circa il riserbo sui programmi. La lista dei ministri abbozzata prima di salire al Quirinale prevedeva una serie di candidati (il più accreditato nella corsa era il presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Enrico Garaci). Infine la scelta è ricaduta su di lui, presidente di Agenas (nominato dall'ex ministro Livia Turco), l'agenzia per i servizi sanitari regionali, grande esperto di leggi e meccanismi amministrativi.

**Professor Balduzzi qual è la sua storia?**

«Il mio percorso cattolico comincia negli anni giovanili nell'Azione Cattolica con responsabilità a livello dioce-

sano e nazionale. Poi il Movimento ecclesiale di impegno culturale, il Meic, di cui sono stato presidente per sei anni. Una militanza intensa. Ora dirigo la rivista "Coscienza"».

**Il suo ruolo come estensore della legge sui Dico non stride con questo percorso?**

«Direi di no. Nel 2007 ero consigliere giuridico del ministro Bindi, in qualità di tecnico lavorai su quel disegno di legge cercando di elaborare un testo che tenesse conto dei valori costituzionali e di quelli etico-culturali. Non avrei mai accettato di scrivere qualcosa che contrapponesse i due profili. E infatti non ho vissuto la lacerazione tra il mio essere cattolico e la richiesta del Parlamento di cercare di dare struttura giuridica a situazioni di fatto che richiedevano diritti e doveri».

**Ai tempi del caso Englaro (la donna in stato vegetativo alla quale vennero sospese le cure su sentenza della Corte di Cassazione) lei affermò di ritenere necessario che l'iter della legge sul testamento biologico fosse portato a compimento pur non aspettandosi che la norma avrebbe potuto risolvere tutto. È ancora di questo avviso?**

«L'orientamento del governo è di lasciare che su queste tematiche prosegua il lavoro parlamentare legislativo. Il governo si rapporterà alle commissioni parlamentari. L'esecutivo ha il massimo rispetto delle Camere. Non apparteniamo a una maggioranza preconstituita. Faremo in modo che queste tematiche perdano il carattere divisivo avuto finora».

**Un carattere divisivo ha anche la legge sulla procreazione medicalmente assistita. Da costituzionalista pensa che la legge debba essere rivista?**

«A suo tempo sostenni che si trattava di materia che necessitava di una legislazione, naturalmente nel rispetto della Costituzione e degli orientamenti del giudice costituzionale. Non è nostra intenzione prendere ulteriori iniziative, ci rimettiamo alle Camere. Noi possiamo offrire un contributo unitivo. Non credo spetti a un esecutivo come il nostro assumere iniziative autonome».

**Lei ha partecipato alla Riforma sanitaria del '99 varata dal ministro Bindi che tra l'altro prevedeva incompatibilità tra professione privata e pubblica dei medici, distingueva attività intramuraria in ospedale ed extramuraria e completava la regionalizzazione. Intende utilizzare la sua esperienza giuridica per nuove modifiche?**

«Il sistema è già ben delineato e non partiamo da zero. Bisogna soltanto rafforzare la sorveglianza e il monitoraggio con strumenti già previsti. Rispetteremo e valorizzeremo le autonomie regionali nell'ambito di una necessaria coerenza di sistema. Tra le coerenze c'è il lavoro portato avanti con le Regioni in deficit, che sono sottoposte ad un piano di rientro, sulla base di norme varate dal '99 a oggi. Sappiamo che dove ci sono disavanzi seri i servizi perdono qualità. È il caso soprattutto delle Regioni del Sud, per le quali l'impegno sarà massimo. Ristabilire equilibrio finanziario e riqualificare i servizi sono due facce della stessa medaglia. Tagli sì, ma intelligenti e senza indebolire il sistema».

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## TRA SCRITTI E DISCORSI

**Il pensiero del Professore***Difesa del Ssn, bioetica, federalismo: le idee dalla Riforma ter in poi*

Il punto fermo è la valorizzazione del Ssn, in linea con i "semi" gettati nel 1999 dalla Riforma *ter*, che ha contribuito a scrivere. Ancora, nel Balduzzi-pensiero compaiono i temi

del bilanciamento tra livello centrale e regionale, l'integrazione socio-sanitaria per poter attuare i Lea, e la bioetica.

A PAG. 3

## LA LUNGA MARCIA DEL PROFESSORE

**Riforma Bindi, federalismo: 13 anni di Balduzzi-pensiero***Difesa del Ssn, equilibrio Stato-Regioni, bioetica: il giurista cattolico dixit*

**La salute come cartina di tornasole nell'applicazione della riforma federale**

«**T**agliare gli sprechi migliorando i servizi. Valorizzando le tante eccellenze, le norme, gli operatori e i percorsi capaci di ottimizzare la risposta del Ssn ai cittadini». Sono essenziali ma chiare le prime dichiarazioni rilasciate da **Renato Balduzzi** all'indomani della nomina a **ministro della Salute**. E sono in piena sintonia con il percorso di studio e lavoro seguito dal professore costituzionalista esperto in politiche sanitarie che, capo dell'ufficio legislativo del **ministero della Sanità** dal 1997 al 1999, ha affiancato l'allora titolare della Sanità Rosy Bindi nell'elaborazione della Riforma *ter* (Dlgs 229/1999) ed è stato tra i sostenitori della libera professione intramuraria "prima versione" (modifiche sono state poi apportate dal successore Sirchia), intesa come attività riservata ai soli medici in esclusiva - quelli che avessero giurato fedeltà assoluta al Ssn - e per questo da svolgere prioritariamente all'interno delle strutture pubbliche, sotto il controllo aziendale.

Tra i suoi impegni più recenti, figurano il ruolo di coordinatore del "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale", promosso dal ministero, e quello di responsabile di unità di ricerca del Progetto di interesse nazionale (Prin 2002) "La proporzionalità delle strutture istituzionali alla tutela e valorizzazione dei diritti individuali e sociali".

Come presidente Agenas - dal febbraio 2007 - in editoriali pubblicati sulla rivista "Monitor" Balduzzi ha spaziato tra Patto della salute, ruolo della stessa Agenzia e Piani di rientro.

Il Patto, innanzitutto. Della versione 2010-2012, rimasta in gran parte inapplicata, Balduzzi sottolineava l'importanza di aver contribuito a rilanciare un più stretto dialogo tra Regioni e ministero. «Ci troviamo di fronte a un nuovo accordo - scriveva -

che apre una nuova stagione di impegni istituzionali per il prossimo triennio nella gestione del Ssn. Il Patto coinvolge i diversi attori in un processo di maggiore responsabilizzazione, non solo sugli aspetti di equilibrio economico-finanziario ma anche sull'inderogabile necessità di una maggiore qualificazione dei servizi». Un assetto che presuppone «un sistema a rete e di collaborazione già attivato, ma che andrà incrementato», concludeva.

Altro grande capitolo al centro del suo nuovo impegno da ministro è l'attuazione del federalismo. Di cui di recente il professore aveva avuto modo di ricordare come il Ssn sia stato «primo banco di prova, dopo essersi già rivelato apripista in fatto di regionalizzazione, aziendalizzazione, rapporto tra Lea e risorse». Il Ssn, insomma, come «cartina di tornasole» che mostra come possa funzionare soltanto un'impostazione in cui «il legislatore fissa le linee caratterizzanti, per poi affidarsi alla piena condivisione in Stato-Regioni». Mentre l'applicazione efficace ed effettiva dei Lea non può prescindere dall'«integrazione tra sociale e sanitario».

In omaggio alla Riforma *ter* e a proposito del Piano di riorganizzazione sanitaria in applicazione dei Piani di rientro, ancora su "Monitor" Balduzzi ha ricordato il contributo del Dlgs 229 a "Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Ssn". In quella sede già «si ritrovavano tutti gli elementi qualificanti dell'attuale procedura, dal coinvolgimento attivo dell'Agenzia all'intervento statale sostitutivo verso le Regioni inadempienti».

Al di là delle questioni strettamente sanitarie, il Balduzzi-pensiero si è espresso anche su impegno politico e bioetica. Come direttore di "Coscienza", la rivista del Movimento ecclesiale di impegno cultu-



rale (Meic) che per anni ha presieduto, il nuovo titolare della Salute si è di recente schierato per una «politica giovane», che rilanci «il gusto per un associazionismo di partito inteso come sodalizio morale e culturale prima ancora che politico: soltanto così si potrà affrontare con successo il vento dell'antipolitica e del qualunquismo».

Il ministro si è detto a favore della legge sul testamento biologico, purché sia garantita «una periodica verifica delle volontà del soggetto». A proposito del dibattutissimo inserimento della nutrizione e dell'idratazione artificiale nelle dichiarazioni anticipate di trattamento, ha scritto su "Coscienza" che «l'autodeterminazione non può essere intesa come assoluta, ma dovrà bilanciarsi sia con il principio della indisponibilità della vita sia con il principio di solidarietà sia con il principio dell'autonomia e responsabilità del medico».

Va infine ricordato l'impegno sui Dico, il disegno di legge Bindi mai andato in porto, che mirava a stabilire diritti e doveri delle coppie conviventi.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Renato Balduzzi** è nato a Voghera il 12 febbraio 1955, è sposato con tre figli e risiede ad Alessandria. Presidente dell'Agenas dal 2007, è professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università del Piemonte orientale "A. Avogadro", facoltà di Giurisprudenza di Alessandria, dove insegna «Diritto costituzionale» e «Diritto costituzionale della salute e organizzazione sanitaria». Balduzzi è stato già consigliere giuridico dei ministri della Difesa (1989-1992), della Sanità (1996-2000), dove ha ricoperto anche l'incarico di Capo ufficio legislativo con il ministro Rosy Bindi presiedendo la Commissione ministeriale per la riforma sanitaria, e delle Politiche per la famiglia (2006-2008). Dal 2009 è presidente del Nucleo di valutazione dell'Aou "Maggiore della Carità" di Novara e, dal 2006, del comitato di indirizzo del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna.

**UNA NOTIZIA  
AL GIORNO**

di Donatella Borghesi

**Cinque giorni dopo**

Ci sono voluti due anni di contrasti e continui rinvii tra ministero e Consiglio superiore della sanità per mettere sul mercato "ellaOne", la pillola dei cinque giorni dopo. È un anticoncezionale che agisce fino a 120 ore dopo il rapporto sessuale considerato a rischio: blocca la fecondazione, ma se questa è già avvenuta non ha effetti. In Italia, però, rispetto agli altri Paesi europei dove è già diffusa, oltre a costare di più (35 euro), avrà un obbligo: chi vuole assumerla dovrà prima fare un test di gravidanza. È un modo per scoraggiare le donne, dicono i ginecologi. Si aspetta un surplus di polemiche. (13 novembre)



## La prevenzione

### **CANCRO DELL'UTERO MEGLIO IL TEST HPV**

Cambia la strategia per prevenire il tumore della cervice uterina. «I risultati iniziali dello studio Ntcc partito nel 2009 dimostrano che il test che rileva il virus Hpv aumenta l'efficacia della prevenzione in quanto allunga l'intervallo tra un Pap test e il successivo mediamente di 5-7 anni — dice Sergio Pecorelli della Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Brescia — inoltre riduce del 20% i costi dello screening». Non è poco dal momento che solo il 40% delle donne aderisce all'invito per il Pap Test che in vent'anni ha abbattuto di tre volte l'incidenza del carcinoma della cervice. Lo screening potrebbe articolarsi così: test Hpv in prima battuta a tutte. Quelle che non hanno il Papillomavirus sono richiamate dopo 5 anni, quelle positive invece fanno il Pap Test. Il test Hpv è indolore e veloce, si preleva un campione di cellule dal collo dell'utero con una spatolina e con una metodica molecolare (della Qiagen) viene individuato il Dna dei ceppi di papillomavirus ad alto rischio oncogeno. «Le donne con test Hpv negativo non sono a rischio, neanche di lesioni pre-invasive per almeno 5 anni — spiega Francesca Carozzi, responsabile diagnostica molecolare Ispo di Firenze — il rischio è per quelle positive al test: tra il 10-15% svilupperà lesioni della cervice».

*(mp. salmi)*

**Dal 2012 in vigore le prescrizioni elettroniche**

In vigore il Dl: da fine 2012 la ricetta elettronica manda in soffitta il cartaceo. (Servizio a pag. 15)

Publicato in Gazzetta il decreto Economia-Salute che da fine 2012 licenzia il cartaceo

# Ricetta elettronica, si parte

Gli adempimenti per gli operatori - Niente "on line" per gli stupefacenti

**I principali servizi messi a disposizione dal Sistema di accoglienza centrale (Sac)**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione dei dati della ricetta elettronica da parte dei medici prescrittori: a) invio dei dati della ricetta al Sac per la generazione della ricetta elettronica; b) visualizzazione dei dati della ricetta elettronica; c) annullamento della ricetta elettronica</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio richiesta al Sac di lotti di numeri di ricetta elettronica (Nre) da parte degli enti abilitati all'assegnazione dei ricettari ai medici o dai medici stessi. Consente agli enti abilitati all'assegnazione dei ricettari ai medici o ai prescrittori stessi di richiedere lotti di Nre</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione dei dati della ricetta elettronica da parte delle strutture di erogazione dei servizi sanitari al Sac: a) visualizzazione dei dati della ricetta elettronica; b) sospensione della ricetta elettronica da erogare; c) invio dei dati della ricetta al Sac per la comunicazione di chiusura dell'erogazione di una ricetta elettronica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio di associazione Numero di ricetta elettronica (Nre) a un medico da parte degli enti abilitati all'assegnazione dei ricettari ai medici. Consente agli enti abilitati all'assegnazione dei ricettari ai medici, di associare uno o più Nre a un medico prescrittore, comunicando al Sac l'associazione Nre-codice fiscale del medico prescrittore-specializzazione del medico</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controllo asincrono della validità dei bollini farmaceutici</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione dei dati della ricetta elettronica da parte dei medici prescrittori</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fornitura dati agli erogatori</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Visualizzazione della ricetta elettronica da parte del medico prescrittore</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio di richiesta "ricevute di trasmissione"</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Annullamento di una ricetta elettronica precedentemente inserita</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio comunicazione al Sac del fabbisogno di "ricettari elettronici" da parte delle Regioni: consente alle Regioni di comunicare al Sac il fabbisogno massimo di ricettari elettronici da rendere disponibili ai medici prescrittori di propria competenza</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rettifica della ricetta da parte delle strutture di erogazione dei servizi farmaceutici</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio di fornitura dati agli erogatori</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controllo asincrono della validità dei bollini farmaceutici</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio di richiesta "ricevute di trasmissione"</li> </ul>   |   |

Via libera ufficiale all'introduzione della ricetta elettronica, a partire dalla fine del prossimo anno. Da dicembre 2012 infatti diventerà operativo il decreto 2 novembre 2011 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre) che detta disposizioni in materia di "De-materializzazione della ricetta medica cartacea", prevista dal Progetto Tessera sanitaria. In attuazione dell'art. 11, comma 16, del Dl 78/2010, scatta dunque a tutti gli effetti l'invio telematico, con la sostituzione della prescrizione medica in formato cartaceo.

Il decreto ha dato soddisfazione, "in extremis" di Governo, alle numerosissime sollecitazioni dell'ex ministro dell'Innovazione Brunetta al suo (ex) collega Tremonti perché emanasse, appunto, le regole sull'avvio delle prescrizioni on line. Appena prima della pubblicazione in Gazzetta, intanto, era arrivato dalle categorie interessate l'appello per un lavoro comune in vista dell'applicazione della normativa. Forse memori delle difficoltà incontrate agli esordi dell'invio dei certificati di malattia on line, Fimmg e Federfarma il 10 novembre avevano invitato ministeri competenti e presidenti delle Regio-

ni a «un confronto per individuare e risolvere le possibili criticità in fase di applicazione del sistema della ricetta elettronica, criticità inevitabili in un progetto di tale portata, che avrà un impatto rilevante per lo sviluppo del Paese. Tale strumento - proseguivano medici e farmacisti - avrà sicuramente ricadute positive per l'efficienza del servizio farmaceutico e per l'intero sistema sanitario, a condizione che la sua attuazione sia ben ponderata e progressiva su tutto il territorio nazionale».

Il testo dettaglia lo svolgimento della nuova procedura, rinviando al disciplinare tecnico allegato (sintetizzato nella tabella in pagina) le indicazioni sulle modalità di compilazione da parte del prescrittore. Attività che dovranno essere rese possibili dai servizi messi a disposizione alle Regioni, alle aziende sanitarie, ai medici e alle strutture di erogazione dei servizi sanitari da parte del ministero dell'Economia.

Intanto, si prevede che il me-



dico proscrittore al momento dell'emissione della ricetta elettronica inviata al Sac (il Sistema di accoglienza centrale del ministero), i dati relativi alla prescrizione stessa: numero, codice fiscale dell'assistito, eventuale esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Se l'invio telematico va a buon fine, al paziente viene rilasciato dal dottore un promemoria cartaceo, da presentare alla struttura sanitaria. Sarà poi quest'ultima, debitamente attrezzata, a trasmettere telematicamente al Sac le informazioni sulla prestazione erogata.

Il decreto contempla, all'articolo 2, il Piano di diffusione nelle Regioni della dematerializzazione della ricetta medica per le prescrizioni a carico del Ssn e del Sasn (Servizio di assistenza sanitaria al personale navigante): la diffusione e la messa a regime del progetto, nelle singole realtà, è affidata e definita attraverso accordi specifici - da concludersi entro settembre 2012 - tra ministero dell'Economia e delle Finanze, ministero della Salute e singole Regioni e Pa, tenuto conto degli eventuali Sistemi di accoglienza regionali (Sar) e della specificità delle prescrizioni mediche e della loro valenza sul territorio nazionale.

**ARRIVA IN EXTREMIS L'IPOTESI DI FAZIO**

**Riparto 2012: Regioni divise sui criteri per i 106,6 miliardi**

La proposta per il riparto 2012 (milioni di euro)

	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Totale Lea	Somme finalizzate (convenzioni, extracomunitari)	Totale indistinto e finalizzato ante mobilità	Totale compreso il riequilibrio (in proporzione al 2011)	Mobilità	Totale indistinto e finalizzato, post mobilità	Differenza con 2010	Differenza percentuale
Piemonte	389,31	4.046,80	3.522,85	7.958,97	13,37	7.972,34	7.974,10	7,48	7.981,58	113,85	1,45
Valle d'Aosta	11,20	115,00	99,46	225,66	0,31	225,97	225,30	-16,05	209,25	2,34	1,13
Lombardia	866,23	8.833,74	7.611,49	17.311,46	67,63	17.379,09	17.333,14	441,84	17.774,98	325,01	1,86
Bolzano	44,34	443,19	378,61	866,14	1,25	867,39	865,78	1,77	867,55	17,05	2,00
Trento	46,24	468,58	403,23	918,05	1,66	919,71	918,06	-15,78	902,29	17,04	1,92
Veneto	431,28	4.394,54	3.784,90	8.610,73	22,57	8.633,30	8.608,08	95,72	8.703,79	126,01	1,47
Friuli	107,94	1.126,80	981,92	2.216,66	3,21	2.219,87	2.215,83	32,38	2.248,21	24,53	1,10
Liguria	141,21	1.504,27	1.327,72	2.973,20	7,34	2.980,55	3.047,94	-40,82	3.007,13	97,97	3,37
Emilia R.	387,14	4.005,92	3.488,86	7.881,92	29,22	7.911,14	7.887,46	384,06	8.271,51	129,63	1,59
Toscana	327,52	3.412,05	2.978,41	6.717,97	16,10	6.734,07	6.725,47	123,44	6.848,91	104,86	1,55
Umbria	79,17	822,47	718,08	1.619,73	3,18	1.622,91	1.620,29	10,13	1.630,42	25,35	1,58
Marche	136,72	1.414,02	1.232,20	2.782,94	6,12	2.789,06	2.786,16	-20,26	2.765,90	39,25	1,44
Lazio	500,36	5.092,48	4.383,75	9.976,58	30,81	10.007,39	9.982,23	-53,80	9.928,43	179,12	1,84
Abruzzo	117,24	1.204,10	1.044,38	2.365,73	3,76	2.369,49	2.367,89	-125,59	2.242,30	31,76	1,44
Molise	27,93	288,11	250,64	566,69	0,57	567,26	574,02	38,22	612,24	13,67	2,48
Campania	509,56	5.032,14	4.269,47	9.811,17	25,36	9.836,53	9.900,60	-337,57	9.563,03	211,27	2,26
Puglia	357,34	3.592,98	3.074,92	7.025,24	11,14	7.036,38	7.031,60	-180,53	6.851,07	102,40	1,52
Basilicata	51,31	522,70	451,10	1.025,12	1,17	1.026,29	1.030,69	-33,93	996,76	14,79	1,51
Calabria	175,68	1.770,08	1.519,32	3.465,08	7,57	3.472,64	3.484,62	-238,40	3.246,21	55,97	1,75
Sicilia	441,17	4.430,12	3.797,64	8.668,92	13,27	8.682,19	8.676,29	-212,65	8.463,64	117,16	1,40
Sardegna	146,33	1.491,31	1.279,14	2.916,79	3,40	2.920,19	2.918,20	-52,05	2.866,15	43,76	1,55
Bambino Gesù	-	-	-	-	-	-	-	157,85	157,85	-	-
Ordine di Malta	-	-	-	-	-	-	-	34,55	34,55	-	-
<b>Totale</b>	<b>5.295,24</b>	<b>54.011,42</b>	<b>46.598,09</b>	<b>105.904,75</b>	<b>269,00</b>	<b>106.173,75</b>	<b>106.173,75</b>	<b>-</b>	<b>106.173,75</b>	<b>1.792,84</b>	<b>1,72</b>

Arriva in corsa, a pochi giorni dalla fine del mandato di Governo, la proposta del ministro della Salute Ferruccio Fazio per il riparto del Fondo sanitario nazionale 2012, inviata alle Regioni il 10 novembre, due giorni prima delle dimissioni di Silvio Berlusconi. Del tutto inattesa anche perché il riparto 2011 è ancora in stand by nei cassetti del Cipe. Ma le Regioni alzano le barricate: il Sud con la Toscana e l'Emilia Romagna la bocciano; il Veneto invece (e il Nord in generale) vorrebbe fosse approvata così com'è. Così gli assessori hanno deciso di scrivere una lettera al neo-ministro Renato Balduzzi chiedendo più tempo per elaborare i nuovi criteri "promessi" per il 2012. E il Sud compatto mette di nuovo sul tavolo gli indicatori socioeconomici come la deprivazione.

Toccherà al neo-ministro quindi decidere che fare della proposta di assegnazione dei 106,5082 miliardi di cui 95,46 arrivano dallo Stato e 10,527 dalle stesse Regioni (entrate proprie e partecipazione delle Regioni a statuto speciale), previsti per il prossimo anno.

Il riparto proposto da Fazio segue gli stessi criteri del 2011 con una novità: la Salute ha "anticipato" il "lapis" dei governatori e ha previsto una colonna di riequilibrio calcolata in base alle percentuali dei "più" e dei "meno" con cui le Regioni avevano ritoccato il riparto 2011.

Risultato finale: l'aumento di 1,792 miliardi nel 2012 rispetto al 2011 (1,72% in più) è ripartito con aumenti che vanno dall'1,1% del Friuli al 3,37% della Liguria, con la maggior parte di Regioni che registrano aumenti vicini alla media (v. ultime due colonne della tabella a pagina 3).

Il fondo 2012 è in realtà di 108,780 miliardi, di cui però 2,6 sono di somme vincolate e finalizzate. I criteri sono quello della popolazione per la prevenzione (5% del fondo), per la medicina di base (7%) e per l'assistenza territoriale (domiciliare, lungodegenza, Rsa e così via: 17,13%), della popolazione pesata in base all'età per la specialistica (13,3%) e per il 50% dell'ospedaliera (44%) che per l'altro 50% segue il riparto per popolazione non pesata.

Accanto alla proposta di riparto il ministero ha inviato alle Regioni anche quella per assegnare di 1,478 miliardi vincolati agli obiettivi di Piano

sanitario nazionale per il 2012. Da questa somma sono accantonati 5 milioni per progetti interregionali su migrazione e povertà, 5 per progetti interregionali sulla comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari e 10 per un progetto interregionale di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole con difficoltà di accesso.

La somma rimanente è assegnata per il 70% in base alla popolazione (non alle Regioni a statuto speciale, tranne una quota alla Sicilia) e per il 30% dopo l'approvazione dei progetti. Se questa non dovesse avvenire, si provvederà al recupero delle somme «anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo».

Le altre somme vincolate (948,5 milioni) serviranno a vari scopi, dal finanziamento della veterinaria alle borse di studio in medicina generale e per gli specializzandi, dalla medicina penitenziaria al contributo a vari enti come Croce rossa, Centro nazionale trapianti, Izs. Ci sono infine 69 milioni per il rinnovo delle convenzioni, 200 per la regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari, 70 per gli accertamenti medico-legali delle assenze per malattia previsti dalla legge 111/2011 e 109 milioni erogabili secondo le previsioni del Dlgs premi e sanzioni (federalismo fiscale) per chi realizzerà la centrale regionale di acquisti per beni e servizi.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Fisco****Semplificate  
la procedure  
che servono  
ad attestare  
le operazioni  
di distruzione  
dei farmaci***FISCO/ Il decreto sviluppo semplifica le procedure di attestazione per la distruzione dei medicinali scaduti***Iva, più facile distruggere i farmaci****Innalzata a 10mila euro la soglia di valore per la quale basta il ricorso all'atto notorio**

**È** più facile vincere la presunzione di cessione. Le imprese del settore **farmaceutico** sono spesso chiamate a confrontarsi con la normativa fiscale, in materia di presunzioni di cessione di beni ai fini dell'Iva. Ci si intende riferire, in particolare, a tutti quei casi in cui le aziende devono provvedere alla distruzione dei prodotti medicinali perché, a esempio, scaduti o in prossimità di scadenza, oppure alterati e, come tali, non più commercializzabili, o comunque ritirati dal mercato. Con il "decreto sviluppo" (convertito nella legge 106/2011) è stata innalzata la soglia di valore dei beni per i quali è possibile ricorrere all'attestazione di distruzione mediante l'atto notorio.

**La normativa di riferimento.** L'articolo 1 del Dpr 441/1997 stabilisce che si presumono ceduti - con tutte le conseguenze fiscali - i beni acquistati, importati o prodotti che non si trovano nei luoghi in cui il contribuente svolge le proprie operazioni, né in quelli dei suoi rappresentanti, tra i quali rientrano le sedi secondarie, stabilimenti, depositi e i mezzi di trasporto nella disponibilità dell'impresa. La medesima disposizione afferma che tale presunzione non opera, oltre in altri casi ivi tassativamente elencati, se viene adeguatamente dimostrato che i beni stessi sono stati distrutti. A tal fine, il legislatore indica una particolare procedura da rispettare, la quale si articola attraverso numerose formalità che prevedono - solitamente - una dettagliata comunicazione dell'intenzione di procedere alla distruzione, da inviare preventivamente agli uffici finanziari territorialmente competenti. Il problema che si pone, allora, è proprio quello di verificare se questo formale meccanismo debba necessariamente essere seguito anche dalle imprese **farmaceutiche**, con riguardo ai prodotti medicinali, nei casi sopra indicati al fine di prevenire l'operatività della detta presunzione di cessione.

**I chiarimenti amministrativi.** Anzitutto, preme sottolineare come il mini-

stero delle Finanze abbia precisato, con propria circolare 23 luglio 1998 n. 193/E, che la ricordata procedura di cui al Dpr 441/1997 si applica esclusivamente qualora la distruzione dei beni rivesta carattere di eccezionalità. Sicché, non occorre dar luogo a tutti i formalismi indicati per «quelle distruzioni non dipendenti dalla volontà dell'imprenditore e dall'eccezionalità dell'operazione, ma normalmente connesse a situazioni ricorrenti, quali sfridi, cali naturali, alterazione o superamento del prodotto».

Poiché, solitamente, l'eliminazione dei prodotti medicinali da parte delle imprese **farmaceutiche** si rende necessaria per la naturale alterazione che gli stessi subiscono successivamente alla data di scadenza e la conseguente impossibilità di commercializzarli, si può già per questo dire che sussistono entrambi i requisiti sopra menzionati (indipendenza dell'evento dalla volontà dell'imprenditore e sua ordinarietà in rapporto all'attività d'impresa).

A conferma di ciò, fra le ipotesi di distruzione ricorrenti in virtù dell'alterazione dei prodotti - che, pertanto, non necessitano di essere formalizzate ai sensi del Dpr 441/1997 - lo stesso ministero ha ricondotto una fattispecie del tutto assimilabile a quelle di cui trattasi. Con Risoluzione 8 gennaio 1996, n. 10/E, si è infatti attribuito carattere di ricorrenza alle procedure di eliminazione dei prodotti medicinali e farmaceutici scaduti, disposte dalle farmacie che devono rivolgersi a tal fine a ditte specializzate, in ragione delle particolari caratteristiche fisiche dei prodotti in questione «soggetti, nel tempo, ad alterazioni naturali che non ne consentono la commercializzazione oltre la data di scadenza», e quindi ne impongono la distruzione con costante regolarità.

In questo caso, per vincere la presunzione di cessione, è sufficiente essere in grado di dimostrare con idoneo documento - quale a esempio un normale documento di trasporto - l'avvenuto invio o l'avvenuta consegna dei beni a

una ditta specializzata, incaricata della distruzione. La validità di questa specifica procedura, anche sotto il novellato regime delle presunzioni di cessione, è stata ribadita dalla citata circolare n. 193/E del 1998.

**La distruzione mediante smaltitori.** Che il rispetto delle rigorose formalità indicate nel Dpr 441/1997 non sia necessario per la distruzione dei prodotti **farmaceutici** invendibili risulta altresì confermato da un ulteriore passaggio della stessa circolare. Nella generalità dei casi, infatti, la distruzione avviene avvalendosi di smaltitori a ciò espressamente abilitati. Ebbene, il ministero delle Finanze ha sostenuto la non operatività della presunzione in argomento, allorché l'operazione proceda «mediante consegna dei beni stessi a soggetti autorizzati, ai sensi delle vigenti leggi sullo smaltimento dei rifiuti, all'esercizio di tali operazioni in conto terzi, dimostrando, in tal caso, la distruzione dei beni mediante il formulario di identificazione di cui all'articolo 15 del decreto legislativo del 5 febbraio 1997, n. 22» (cosiddetto decreto Ronchi, ora sostituito dall'articolo 193 del Dlgs 3 aprile 2006, n. 152). Si tratterà, pertanto, di osservare con scrupolo gli adempimenti documentali imposti dalla normativa da ultimo richiamata, per precludere l'operatività della presunzione di cessione e impedire agli uffici dell'accertamento tributario la possibilità di operare i relativi recuperi a tassazione, con le correlate sanzioni tributarie (in tal senso, si esprime anche l'Assonime, a mezzo circolare n. 89 del 1998).



In ogni caso, l'articolo 7, comma 1, lettera p), del Dl 70/2011 stabilisce una importante semplificazione. È infatti previsto che, per le operazioni di distruzione perfezionate dal 14 maggio di quest'anno, si può sostituire il verbale dello svolgimento delle operazioni effettuate che - in assenza dei funzionari dell'Amministrazione finanziaria, viene compilato dal notaio che abbia presenziato - con una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, nel caso in cui l'ammontare dei beni distrutti o trasformati non sia superiore a 10mila euro. Dall'autocertificazione devono risultare: luogo, data e ora in cui avvengono le operazioni nonché il costo, la natura, la qualità e la quantità dei beni distrutti.

---

**Alberto Santi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'EREDITÀ DI FAZIO**

# Le spine del riparto 2012

La proposta dell'ex-ministro ai governatori spaccati sui criteri

L'ultimo atto di Fazio **ministro della Salute** è stata la trasmissione della proposta di riparto dei 106,6 miliardi di fondo 2012. Su cui però le Regioni si

sono spaccate e hanno scritto a Balduzzi chiedendo più tempo per elaborare i nuovi criteri.

A PAG. 2-3

*Le prime scelte scomode entro la primavera per rispettare l'eredità della manovra di luglio*

# Tutti gli scogli della «coesione»

**Il nuovo Patto della salute primo punto in agenda per il neo ministro**

**Dai governatori fiducia ai nastri: torna il dialogo istituzionale**

**Sprechi, qualità delle cure e anziani disabili nodi ineludibili**

«**L**a salute non è di destra o di sinistra e l'efficienza è cruciale per garantire l'eccellenza dei servizi ai cittadini».

Nel tourbillon di notizie che hanno accompagnato l'avvento dell'Esecutivo salva-crisi, guidato da **Mario Monti**, forse a qualcuno è sfuggita la frase con cui l'ormai ex **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, si è congedato da dipendenti e collaboratori del dicastero di Lungotevere Ripa.

Eppure la frase di congedo del professore uscente collima quasi alla lettera con l'annuncio di «continuità» formulato dal professore entrante, **Renato Balduzzi**, il più giovane del "pool Monti", mandato a occupare una poltrona che rischia di diventare tra le più scomode tra quelle lasciate in pista dal nuovo premier. Il primo atterraggio è stato senz'altro "morbido": da tempo non si registravano in Italia nei confronti di un nuovo Esecutivo attestati di stima e fiducia corali come quelli raccolti dalla squadra di professori organizzata da Monti per far uscire l'Italia dalla tempesta.

Da parte delle Regioni l'abbraccio è stato avvolgente: dopo anni di comunicazioni mancate col governo **Berlusconi**, al presidente dei presidenti, **Vasco Errani** (Emilia Romagna) non

è parso vero sentire e poter parlare nuovamente di "coesione".

E proprio Errani - nei commenti delle prime ore - ha scolpito l'agenda delle prime urgenze che i governi locali si preparano a far approdare già da questa settimana a Palazzo Chigi: trasporto pubblico locale, fondi Fas, bilancio Ue, Patto per la salute. Ancora lui. Il nodo dei nodi per il settore sanitario, questo benedetto Patto inventato nel 2007 con l'obiettivo di farla finita una buona volta coi ripiani a pié di lista e con le cure a troppe velocità. Il primo accordo ha funzionato, più o meno. Il secondo - valido per il triennio 2010-2012 - ha lasciato le Regioni (e ampie fasce di cittadini) con l'amaro in bocca e con troppe riforme e riordini inattuati. Primo bersaglio perso l'aggiornamento dei Lea, pronti al varo da tempo immemorabile ma imbrigliati nel freezer dell'Economia per problemi di cassa.

Balduzzi dovrà vedersela da subito con le richieste delle Regioni che, dopo l'assenza di dialogo col precedente Governo, non vedono l'ora di mettersi attorno al tavolo a discutere della medicina amara dei tagli. Perché di questo si tratterà: non c'è da dubitare. La pro-

messa è che saranno equi. Quelle due parole che s'è lasciato scappare Balduzzi prima che scattasse la consegna del silenzio la dicono lunga: «Sarà una battaglia contro gli sprechi - ha avvertito - dovremo riuscire a promuovere un servizio di qualità nel rispetto degli equilibri complessivi del bilancio e sarà necessario coniugare l'autonomia delle scelte regionali con la necessità di coerenza di sistema». "Coessione", appunto.

Balduzzi lo sa bene quello che serve: ha frequentato troppo a lungo le Regioni come presidente dell'Agenas per non sapere che senza partnership coi territori non si va da nessuna parte. E ha fatto in tempo anche a vedere le bozze del Progetto nazionale esiti per non sapere che i livelli uniformi di assistenza l'Italia se li è belli che scordati. Il neo ministro dovrà provare a rinverdirli con una certa rapidità, visto che la manovra ereditata dal Governo uscente impone scelte precise entro la prossima primavera e proprio il Patto sulla salute dovrebbe fare da cerniera per il raggiungimento degli obiettivi di risparmio fissati dalla mano-

vra: dieci miliardi da qui al 2014, posto che bastino. «Attueremo le manovre varate dal precedente Gabinetto completandole con gli impegni assunti in sede europea: nelle prossime settimane valuteremo ulteriori correttivi», ha annunciato Monti al Senato, tanto per chiarire che il termometro dei sacrifici non è destinato a scendere. Balduzzi, dal canto suo è stato evasivo quanto basta sulla domanda scomoda dei ticket: la manovra estiva ne ha previsto il rientro in grande stile, a livello nazionale, dal 2014.

Il Governo in carica potrebbe essere costretto ad accelerare i tempi, forse stavolta senza strepiti regionali di sorta. Magari con qualche dibattito costruttivo in un Esecutivo dove - a oggi - sarebbe data per papabile nel ruolo di sottosegretario alla Salute **Teresa Pe-trangolini**, segretario generale di Cittadinanzattiva. Del resto, Governo e Regioni e anche parecchi cittadini hanno ben chiara l'emergenza delle emergenze, così ben individuata da Mario Monti e tanto chiaramente trascurata dal governo Berlusconi: «Va prestata at-



tenzione ai servizi di cura per gli anziani che è preoccupazione crescente per le famiglie». La non autosufficienza non ri-finanziata dal governo Berlusconi è uno scoglio ineludibile per chiunque si avvicini al cuore dei temi sanitari. Le spine dei costi standard da contrattare, del territorio e dell'ospedale da riorganizzare, delle pagelle da compilare, sono solo piccole cose rispetto alla voragine prefigurata dalla vita media. Che cresce, perché il Ssn fin qui ci ha curati e ci cura bene, anche se non si sa quanto riuscirà a farlo in futuro. Il Governo uscente non lo ha fatto, ma l'Esecutivo Monti dovrà riprendere in mano in tutta fretta e declinare a modo suo (equo) anche la questione dei Fondi integrativi se vogliamo sperare di continuare a stare in Salute come ora.

E come se non bastasse, in eredità dal Governo uscente nell'agenda Monti-Balduzzi dovrà necessariamente approdare anche la questione del riordino del servizio farmaceutico e delle liberalizzazioni. Le voci di possibili interventi in materia dopo la lettera di Berlusconi all'Ue avevano provocato anche una presa di posizione da parte dell'Aifa, contraria a modifiche distributive per la fascia C. La legge

di stabilità è passata senza lasciare tracce sui presidi. Ma l'approdo di Antonio Catricalà nei ruoli del Governo ha riattivato ansie e speranze contrapposte e aggravato la potenziale agenda di Balduzzi di probabili incontri. I farmacisti senza presidio si sono impadroniti dell'intenzione dichiarata da Monti di creare opportunità di lavoro per donne e giovani suggerendo che è dallo smantellamento della zavorra delle corporazioni che bisogna partire. L'Ordine dei farmacisti ha subito avanzato una richiesta di dialogo sul percorso di riforma e di salvaguardia del settore avviato con i precedenti Governi. In fila del resto c'è tutto il mondo della Sanità e dell'Italia che lavora.

Le anticipazioni di Monti sull'intenzione del Governo di intervenire sul mercato del lavoro anche «spostando i rapporti della contrattazione collettiva verso i luoghi di lavoro» non possono non toccare la sensibilità dei sindacati di categoria già da tempo sul piede di guerra in cerca di un recupero di un ruolo che il sistema - più che mai in crisi di sostenibilità - non è più in grado di garantire.

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**SPRECHI E PRIVILEGI, I TAGLI DA FARE**

agenda del neo **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, sarà fittissima e impegnativa. A lui sono arrivati gli auguri di buon lavoro da ogni parte, grazie al curriculum: ha lavorato per molti anni al ministero (e a lungo con Rosy Bindi) e ultimamente è stato presidente dell'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Nelle sue prime dichiarazioni ha detto che si devono valorizzare le eccellenze del nostro Ssn e che bisogna tagliare i costi migliorando i servizi. Bene. Tuttavia non sarà semplice ridurre le uscite: il Fondo nazionale del settore (oggi a oltre 113 miliardi di euro, il 7,3 per cento del Pil, che arriva quasi al 12 con la spesa privata), è già sotto la scure dei tagli. Sarebbe meglio eliminare gli sprechi, ad esempio allineando le prestazioni ai costi standard delle Regioni più virtuose. E si potrebbe abolire l'intramoenia, quel singolare (e unico in Europa) privilegio che permette ai medici di lavorare privatamente in ambito pubblico. Di fatto l'intramoenia non porta valore aggiunto alla Sanità né vantaggio ai cittadini. Comunque vedremo presto cosa farà il ministro. Certo è che si tratta di persona competente. E questo non è poco.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**SCAMBIO DEI PRIMARI  
TRA NORD E MERIDIONE**

Il nuovo ministro della Salute dovrebbe creare una sobria equità dei servizi, in linea con quanto auspicato dal presidente Monti. Per farlo, deve garantire prestazioni della stessa qualità in tutte le Regioni. Oggi non è così. Le differenze sono persino più marcate dei tempi di Rosy Bindi. Federalismo sanitario significa che ogni Regione farà sempre di più ciò che può, lasciando ai malati l'onere d'andare altrove per cure migliori? Per rendere equo il Servizio sanitario propongo al neo ministro d'inventare lo «scambio primario». Chi dirige al Sud vada al Nord e viceversa. Dodici mesi, per imparare e insegnare, ridefinire procedure e criteri di prevenzione del rischio, costruire una buona e sobria sanità senza guardare in faccia nessun altro che il malato. A chi accetta, incentivi fiscali, (netto in busta uguale all'ordito) e migliori opportunità di carriera. Soprattutto l'orgoglio di costruire un pezzo di quell'equità che vorremo vedere nella sanità tanto quanto Monti desidera in tutto il resto.

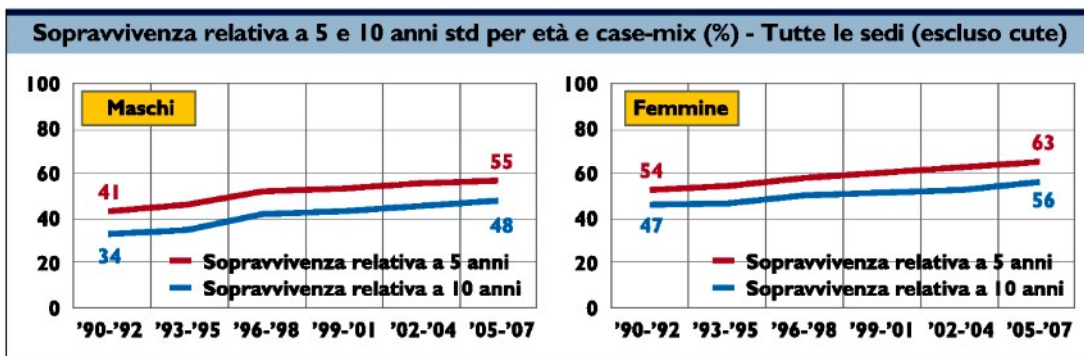
*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Publicato il rapporto Airtum 2011: a 5 anni dalla diagnosi è vivo oltre il 50% dei malati

# Al cancro si sopravvive di più

Ma al Sud i dati sono peggiori - Fegato e polmone le sedi più insidiose



Sede cancro	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Totale
Tutti i tumori tranne cute (maschi)	52 (52-53)	52 (52-53)	51 (51-52)	49 (48-49)	52 (52-52)
Tutti i tumori tranne cute (femmine)	61 (60-61)	61 (61-61)	61 (61-62)	57 (56-57)	60 (60-61)

**I**l 51,9% dei malati e il 60,4% delle malate, a cinque anni dalla diagnosi, sono vivi. E in 17 anni, dal 1990 al 2007, la probabilità di sopravvivere per tutti i tumori, cute esclusa, è aumentata del 14% per gli uomini e del 9% per le donne. A confermare il fatto che il cancro è sempre più una malattia curabile e "cronica" sono arrivati i dati del Rapporto 2011 dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), appena pubblicato sulla rivista "Epidemiologia e prevenzione". Lo studio, finanziato dal ministero della Salute attraverso il Ccm, ha riguardato 1,49 milioni di casi di tumore diagnosticati tra il 1990 e il 2007, con aggiornamento dello stato di vita al 31 dicembre 2008.

Un'iniezione di ottimismo, che però ha le sue ombre. La prima è che, se si muore molto meno che in passato per alcuni tipi di neoplasie (tiroide, mammella e prostata registrano in particolare una sopravvivenza superiore all'87%), permangono ancora tumori a prognosi infausta: la sopravvivenza a cinque anni è del 43% per le leucemie, del 29% per il tumore dello stomaco ed è al di sotto del 15% per fegato e polmone.

La seconda ombra - più grave perché dipendente da cause "strutturali" - è che il Sud presenta tassi di sopravvivenza inferiori di 4-10 punti rispetto al Centro-Nord. «Questo divario era già noto ma ora l'affermazione è rafforzata dall'accresciuta rappresentatività dei registri del Sud, il cui numero negli ultimi anni è raddoppiato, passando da 4 a 8», spiega **Mario Fusco**, coordinatore del rap-

porto e direttore del Registro tumori della Campania.

Le possibili ragioni del gap fanno riflettere. «Le sopravvivenze più basse rilevate al Sud riguardano tumori diversi per prognosi e per disponibilità di interventi sanitari, tendono a persistere anche tra coloro che sono sopravvissuti al primo anno dopo la diagnosi e anche tra i malati che sopravvivono per più di cinque anni dalla diagnosi». In parole semplici: non si muore di più soltanto perché magari la malattia viene intercettata in stadio più avanzato. Si muore di più per criticità di sistema che vanno oltre il ritardo diagnostico e che Fusco prova a elencare: «Le disuguaglianze nell'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici, la qualità dei servizi erogati e la ridotta introduzione dei modelli di trattamento multidisciplinare».

Ma si può tollerare di morire prima soltanto perché si abita nel Mezzogiorno (dove, per inciso, ci si ammala di meno)? «Sarebbe opportuno - ammette **Stefano Ferretti**, segretario nazionale Airtum - che le differenze rilevate e le possibili cause individuate diventino per la Sanità pubblica italiana elementi di approfondimento e di analisi per avviare i necessari interventi di programmazione e controllo».

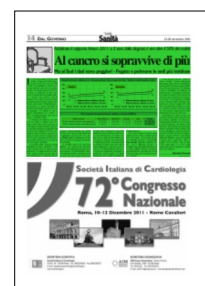
L'altra disparità rilevata - quella tra donne e uomini - è invece chiaramente determinata dalla diversa distribuzione nei due generi di tumori a prognosi differenziale. Ma una precisazione è d'obbligo: se pure è innegabile una differenza di sopravvivenza a svantaggio degli uomini,

il trend dei registri storici mostra che il divario tende ad attenuarsi vistosamente nel tempo. Una spiegazione potrebbe essere l'aumento degli screening organizzati per i tumori maligni del colon retto e di quelli opportunistici per prostata e **melanoma** cutaneo. Ma pesa anche «un più generale miglioramento della tempestività nell'accesso alle cure».

I dati italiani di sopravvivenza sono comunque positivi: più elevati della media europea registrata da Eurocare-4, simili a quelli scandinavi (con l'eccezione della Danimarca, che riporta valori inferiori) e poco più bassi di quelli statunitensi e australiani. Buone notizie, infine, per i bambini: la sopravvivenza degli under 19 affetti da tumore maligno è andata progressivamente aumentando dagli anni Settanta e oggi si è assestata a cinque anni a quota 82% (86% al Centro, 81% al Nord e 79% al Sud). L'80% degli under 14 e l'85% degli adolescenti hanno raggiunto il quinto anno dalla diagnosi.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'ERBA VOGLIO**

ROBERTO SUOZZI

**PROPRIETÀ ANTICANCRO  
NEI POLIFENOLI DEL TÈ VERDE**

**R**ispetto al tè nero, quello verde non fermentato ha meno caffeina e più polifenoli con elevate capacità antiossidanti, antinfiammatorie, antimutageniche e anticarcinogeniche. L'EGCG (epigallo catechina-3-gallato), il maggiore polifenolo del tè verde, è anche protettivo contro la cachessia nei tumori. Secondo una ricerca effettuata nel Regno Unito, il tè verde sembra proteggere dalle demenze senili, ma anche da problemi oculari. Un componente del tè verde è una grande promessa per lo sviluppo di nuove sostanze farmacologiche, per il trattamento del glioblastoma (tumore del cervello) e della sclerosi tuberosa (malattia autosomica dominante). La scoperta è il risultato di ricerche guidate da Thomas Smith, del Donald Danforth Plant Science Center, con il Children Hospital di Philadelphia, Usa. Il punto chiave sta nell'azione sull'enzima glutammato deidrogenasi (GDH). Questi componenti del tè verde lasciano intravedere una strada interessante. Studio su *Journal of Biological Chemistry*.

*rmsuozzi@mclink.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL PUNTO

di UGO CENNAMO

### Il conto amaro della sanità aziendalista

**TUTTO** per colpa di una parola: azienda. Qual è il primo obiettivo di un'azienda? Far quadrare i bilanci. Da quando l'ospedale si è trasformato in azienda ospedaliera, tutto è cambiato. A ogni patologia corrisponde un numero: i giorni di ricovero sono programmati e i parametri vanno rispettati. Anche i medici hanno un budget e se lo rispettano sono premiati. Logiche di mercato.

D'altronde a dirigere le aziende ci sono i manager. I malati sono anche (soprattutto?) numeri. In quanto tali ogni singolo caso deve rientrare all'interno dei protocolli. E se per contenere gli sprechi si mette a repentaglio la qualità, ben poco è stato fatto — perché era impossibile farlo — per evitare che le case farmaceutiche battagliano senza esclusione di colpi. Anche per queste ragioni oggi molti medici (non tutti per fortuna) pensano al modo migliore per autopromuoversi. A farne le spese è il malato che deve affidarsi all'istinto o sperare di incontrare chi ancora intende la professione come una volta, quando si usava una parola ormai patetica: missione.



## MARIO FALCONI ORDINE DEI MEDICI

# «Sì al risparmio ma non sulla qualità Ispettori in arrivo»

## APPELLO AL GOVERNO

**I medici non sono contro le liberalizzazioni ma va tutelata la bontà del servizio**  
Nuccio Natoli  
■ ROMA

«**VENDERE** salute non è la stessa cosa che commerciare in scarpe, o in salame». Il presidente dell'ordine dei medici di Roma, Mario Falconi, usa le pinze da chirurgo sul tema delicato della pubblicità fatta dai medici.

### Non le piace proprio?

«Al contrario, in questo momento di crisi va bene se si riesce a pagare di meno. Il nodo da sciogliere è un altro: non si deve sottovalutare la salute delle persone».

### Perché sarebbe un nodo?

«Il decreto Bersani del 2007 ha già liberalizzato le tariffe dei medici. Ciascun ordine provinciale, però, ha interpretato la norma a modo suo. C'è chi lo ha fatto in modo restrittivo, chi molto meno. Dal decreto Bersani è nata la salute low cost. Ci si concentra sui prezzi dimenticando gli altri aspetti molto più importanti».

### Che sarebbero?

«L'informazione corretta di ciò che si pubblicizza e la qualità dei servizi offerti».

### A Roma come è stata risolta la questione?

«Visto che è legittimo farsi pubblicità in base ai prezzi, abbiamo chiesto ai nostri 41mila iscritti di comunicarci prima le iniziative che vogliono intraprendere».

### E questo è sufficiente...

«Non è molto, ma è già qualcosa. Come ordine possiamo chiedere

che i messaggi pubblicitari diano maggiori informazioni, tipo le specializzazioni, l'uso di apparecchi diagnostici, eccetera. Insomma, cerchiamo almeno di evitare la pubblicità ingannevole».

### Sul piano del controllo della qualità che cosa fate?

«E' l'aspetto più difficile da risolvere. Servirebbero delle norme specifiche, ma non ci sono. La logica vorrebbe che con la salute delle persone si andasse con i piedi di piombo».

### In pratica, l'Ordine dei medici si arrende?

«Io non sono abituato ad arrendermi all'ineluttabile. Anche perché ne ho già viste tante di cose che non mi piacciono».

### Allora che sta pensando di fare?

«Sto valutando se mandare qualche medico di mia fiducia nelle vesti di paziente negli studi di chi offre salute low cost».

### In pratica, ispettori dell'Ordine?

«Non credo vi sia altra possibilità concreta. L'Ordine si occupa soprattutto della deontologia degli iscritti che comprende anche il rispetto del malato».

### Se la professione medica è già liberalizzata, come vi possono toccare le norme in preparazione?

«A noi in nessun modo. La faccenda può riguardare i farmacisti, i notai, gli avvocati, i giornalisti, eccetera».

### Quindi, nessuna contrarietà da parte dei medici?

«Ovvio, ma al governo suggeriamo che, con le liberalizzazioni, affronti pure l'aspetto della qualità dei servizi. Il rischio è creare una giungla che schiacci l'indifeso cittadino utente».



**Foggia** L'autopsia stabilirà le cause del decesso. I genitori: «Vogliamo capire come è morta»

# Uccisa a 4 anni da un'infezione

## Febbre e macchie sulla pelle. Asilo chiuso per la disinfestazione

### A Bari

La Procura indaga anche sul decesso di un bambino di 10 mesi vittima forse di meningite

FOGGIA — Colpita forse da un'infezione fulminante di origine batterica. Nessuna possibilità di salvezza per una bimba di 4 anni che domenica mattina è morta a Foggia, nel reparto di Rianimazione pediatrica degli Ospedali Riuniti. Era stata accompagnata lì dai genitori nel cuore della notte e, nonostante l'affannarsi dei medici per salvarle la vita, non c'è stato nulla da fare. Dopo la denuncia è stata aperta un'inchiesta: non ci sono indagati al momento. Ma gli accertamenti affidati ai carabinieri mirano proprio a verificare eventuali colpe o negligenze. La notizia si è diffusa rapidamente tra le mamme dei bambini che frequentano lo stesso asilo della bimba (ci sono 180 bambini) e molte hanno deciso di far rimanere a casa i propri figli. Il Comune su indicazione della Asl ha disposto la chiusura, oggi e domani, dell'istituto per una disinfestazione a scopo precauzionale. Mentre il Centro igiene di Foggia ha contattato tutti i genitori e ha chiesto loro di sottoporre i figli a una profilassi antibatterica.

Tutto ha avuto inizio sabato pomeriggio quando la piccola è tornata dall'asilo in apparente buona salute. Poi ha accusato le prime linee di febbre che non hanno preoccupato la madre e il padre. Dopo aver consultato il pediatra di famiglia, le hanno somministrato della tachipirina. La situazione sembrava essere sotto controllo, ma durante la notte è peggiorata: alle quattro, quando la bimba è andata in bagno, la madre ha notato che sul corpo c'erano alcune macchie rosse. A quel punto i

genitori senza perdere un attimo di tempo hanno accompagnato la figlia al pronto soccorso. Dopo la visita, il medico di turno ha capito che la situazione era gravissima perché la paziente aveva delle cianosi periferiche (macchie) intorno alle labbra e in altre parti del corpo. Il battito cardiaco inoltre era molto basso. Una situazione disperata. È stata così ricoverata nel reparto di Rianimazione, dove medici e infermieri l'hanno tenuta costantemente sotto controllo. Ma alle prime luci dell'alba un arresto cardiaco ha spazzato via le speranze. La bambina non ce l'ha fatta e domenica mattina i genitori hanno denunciato l'accaduto. «Vogliamo solo capire come è morta nostra figlia», hanno detto agli investigatori. I carabinieri hanno sequestrato le cartelle cliniche, mentre il pm Dominga Petrilli ha disposto l'autopsia: sarà eseguita nei prossimi giorni. Solo allora saranno accertate le cause del decesso.

Non è stata questa l'unica tragedia dell'infanzia in Puglia: a Bari qualche giorno fa è morto un neonato di 10 mesi per un'encefalite virale. Dopo 48 ore di coma. Il piccolo martedì scorso era stato portato al pronto soccorso in uno stato febbrile che durava da alcuni giorni. I medici, sospettando una possibile meningite, hanno disposto il trasferimento d'urgenza nel più attrezzato ospedale Giovanni XXIII, dove il piccolo è stato sottoposto all'esame del liquido spinale che ha chiarito le cause della morte. Sono stati i medici dell'ospedale ad accertarlo e gli atti degli esami compiuti sono stati inviati in Procura. Una settimana prima della comparsa dello stato febbrile il bambino era stato sottoposto a una vaccinazione. Al momento è però escluso un collegamento tra la morte e la vaccinazione.

**Angela Balenzano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I casi

#### L'infezione

Una bambina di quattro anni è morta domenica mattina a Foggia. Il decesso è stato attribuito a un'infezione fulminante. La Procura ha aperto un'inchiesta

#### L'encefalite virale

Un bambino di 10 mesi è morto a Bari dopo 48 ore di coma. Causa della morte un'encefalite virale: meningite

