

SALUTE

Trombosi

Domani giornata nazionale per la lotta a una delle patologie vascolari più diffuse. Ogni anno colpisce cuore e cervello di 200 mila italiani

La donna incinta quattro volte più a rischio

La ricerca delle cause punta molto sui fattori ereditari. Ma anche sullo stile di vita

GIUSEPPE DEL BELLO

Se un trombo chiude un vaso (arteria o vena) — completamente o in parte — le cellule restano danneggiate. Oppure muoiono a causa della riduzione del flusso di sangue. Ed è trombosi. Una delle minacce più gravi. In primis, per cuore e cervello. Se l'arteria coinvolta è una coronaria, la diagnosi sarà di ischemia o infarto del miocardio, mentre se la trombosi riguarda un vaso cerebrale ci si troverà di fronte a un ictus.

Sulle novità in tema di ricerca e, soprattutto, sulla prevenzione sono incentrate le manifestazioni in programma domani in tutta Italia per la prima Giornata nazionale promossa dall'Alt, l'Associazione lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari. Ma tra gli obiettivi c'è anche quello di informare meglio i medici sulle modalità attraverso cui si sviluppa l'evento patologico. Loro, gli specialisti, esordisce Lidia Rota Vender, presidente dell'Alt e re-

sponsabile del centro trombosi dell'Humanitas di Milano, spesso curano l'organo colpito dalla malattia, ma raramente si occupano del meccanismo che l'ha generata. E così, può accadere che il fenomeno alterato del sistema coagulativo resti sconosciuto ai più. «Bisogna far capire che oltre a rimettere in sesto cervello o cuore coinvolti dalla trombosi», puntualizza la Vender, «è necessario chiarire quali sono le cause che l'hanno provocata. Dal '90 in poi, siamo riusciti a comprendere meglio il duplice sofisticato meccanismo, quello che permette al sangue di rimanere fluido e quello che induce la coagulazione quando ce n'è bisogno. Un rallentamento della circolazione può portare alla formazione di un trombo, ma non basta solo questo a spiegare tutto. Oggi sappiamo, ad esempio, che alcune persone nascono con un fattore ereditario favorente uno sbilanciamento del sistema: una maggiore propensione alla coagulazione o, al contrario, una "pigrizia" dei meccanismi anticoagulanti». Genericamente, la trombosi si identifica nel danno provocato dalla formazione di un coagulo di sangue (il trombo, appunto) in una vena o in un'arteria. Il trombo, a sua volta, può sciogliersi da solo, oppure estendersi all'inter-

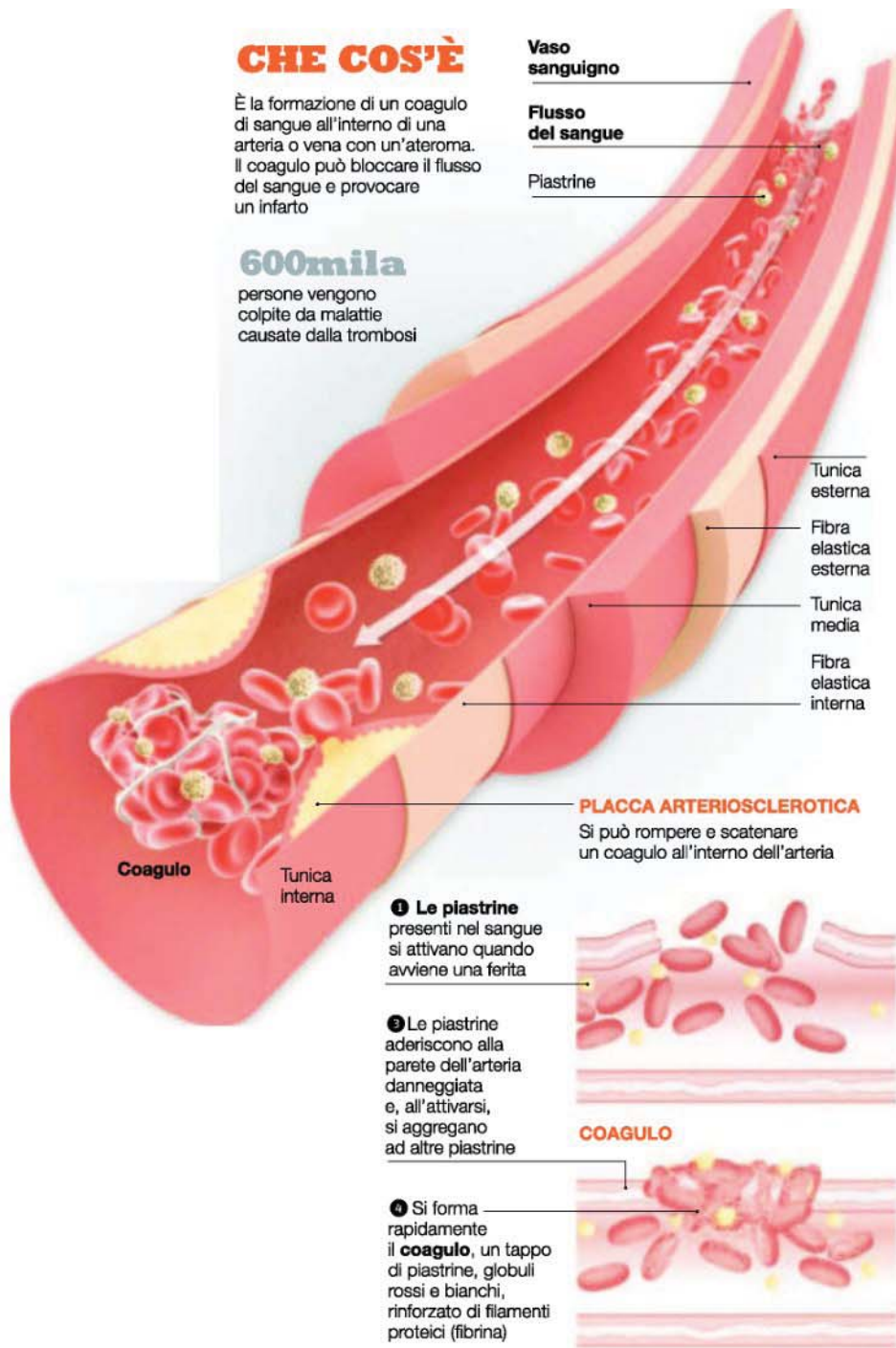
no del vaso con una sintomatologia progressivamente più grave. Ma può anche rompersi e generare emboli, frammenti che seguendo il flusso sanguigno arrivano ad altri organi.

Tra le fasce a rischio-trombosi, aggiunge il presidente dell'Alt, ci sono le donne in gravidanza per alcune delle quali la minaccia risulta quadruplicata: «partono svantaggiate coloro che hanno fattori ereditari che si aggiungono a caratteristiche personali: alimentazione scorretta, sedentarietà, obesità, fumo. Sono casi in cui si realizza un grave sbilanciamento tra i procoagulanti che aumentano e gli anticoagulanti che calano. E dopo il parto il rischio può aumentare anche di 25 volte».

Le manifestazioni indette dall'Alt comprendono talk-show, performance urbane, concerti e conferenze: tutto questo per ribadire l'importanza di una sana alimentazione e della costante attività fisica per prevenire malattie cardiovascolari come l'ictus, l'infarto, l'embolia polmonare e le trombosi venose e arteriose. Ogni anno, in Italia, la patologia conseguenza della trombosi uccidono 200 mila persone e causano l'invalidità di altrettante. Per sostenere la ricerca, è possibile inviare fino a domenica, un Sms di 2 euro al numero 45505.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DALLA ARTERIOSCLEROSI ALLA TROMBOSI



All'American Cancer: la ricerca dimostra quanto l'ambiente influenza le patologie

Sorpresa gemelli, diversa la malattia uguale il Dna

ADRIANA ALBINI *

I

n un tempo non lontano l'impegno di sequenziare tutto il Dna di un essere umano, noto come "Progetto Genoma", aveva richiesto anni, ingenti finanziamenti, l'impegno di migliaia di ricercatori, e si era concluso nel 2000 con una corsa al fotofinish tra l'imprenditore Craig Venter e il team di scienziati internazionali il cui portavoce era Francis Collins. Da quello storico momento a oggi, l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie è stata così rapida che la sequenza del genoma di ciascun essere umano può essere eseguita in poche ore, costa qualche migliaia di euro e presto sarà alla portata di tutti.

Dietro al progetto iniziale, un sogno visionario la cui realizzazione ha superato ogni aspettativa, era il desiderio di poter predire, attraverso l'individuazione di alterazioni nel genoma, il rischio di alcune malattie legate a "disturbi" dei geni. Ma quanto predittiva di malattia è la conoscenza così precisa del proprio Dna? Gli scienziati si sono posti una domanda a cui era difficile rispondere per mancanza di un modello sperimentale con adeguati controlli. La natura ha fornito però un modello imbattibile: i gemelli. Il "genomotipo", un neologismo proposto in questi giorni dallo scienziato Bert Vogelstein, ovvero la dotazione di geni di due gemelli monozigoti è identica e pertanto, se è solo il Dna a dettare legge, dovrebbero nel corso della vita sviluppare le stesse malattie.

Non è così. Lo hanno rivelato a Chicago, al convegno internazionale della ricerca sul cancro, che ha visto oltre ventimila partecipanti, il team di Bert Vogelstein e il figlio Joshua, insieme a un ampio gruppo di studiosi. I registri di popolazione, analizzati per 24 patolo-

gie cronico-degenerative, mostrano che i gemelli, per quanto dotati dello stesso patrimonio genetico non si ammalano nello stesso modo. Questo studio è una delle prove più solide che i geni contano, ma agiscono di concerto con l'ambiente, le abitudini di vita, e anche... il caso.

Il "genomotipo" non è in grado di predire esattamente uno specifico livello di rischio per una malattia di tipo complesso, come quelle oncologiche, cerebrovascolari, metaboliche, neurologiche. Le conclusioni invitano alla morigeratezza nel campo del sequenziamento a tappeto a scopo di predire il rischio di malattia e a non introdurre test genetici di massa, che a fronte di un aumentato livello di pre-allarme non necessariamente comportano un beneficio quantificabile in prevenzione.

Piuttosto che sulla popolazione sana, il "Next Generation Sequencing" la sequenza veloce di parti del genoma, trova invece importanti e promettenti applicazioni in caso di malattia esistente, diagnosticata in modo possibilmente precoce, per definire dei "profili" prognostici che suggeriscano come intervenire clinicamente. Le mutazioni a livello delle neoplasie ad esempio, che possono essere centinaia per singolo tumore, potranno fornirci informazioni insostituibili per la medicina personalizzata, il futuro già presente nei nostri centri di ricerca medica. Anche se la strada è ancora lunga, Vogelstein ci ha ricordato, nella pubblicazione uscita su *Science translational medicine* che ogni genoma umano può presentare più di tre milioni di varianti di sequenza, alcune comuni, altre rare. Un migliaio di varianti genetiche sono già state associate a patologie umane, e il next generation sequencing ne rivelerà presto altre.

* Ricercatrice

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PROROGA IN ARRIVO

Patto rimandato a ottobre

Le Regioni: meno tagli - Ma l'Economia chiude la cassa

Slitta al 31 ottobre - sei mesi in più - in contemporanea con la messa a punto della legge di stabilità 2013, la scadenza per la definizione del Patto per la salute 2013-2015. Nella riunione della scorsa settimana sul Patto per la salute le Regioni guidate dal presidente Vasco Errano, il ministro della salute **Renato Balduzzi** e il sottosegretario all'Economia Gianfranco Polillo han-

no convenuto sull'opportunità di far procedere insieme la discussione sul nuovo Patto per la salute con quella relativa alle risorse finanziarie. Questo dopo che le Regioni avevano già annunciato l'impossibilità di affrontare i tagli da otto miliardi previsti dalla manovra estiva 2011. I tavoli comunque restano tutti al lavoro.

A PAG. 4

Regioni e Salute hanno concordato sullo slittamento per avere un quadro finanziario più chiaro

Patto: se ne riparla a ottobre

Tecnici al lavoro anche sulle altre scadenze previste nella manovra 2011

Slitta a ottobre - sei mesi in più - in contemporanea con la messa a punto della legge di stabilità 2013, la scadenza per la definizione del Patto per la salute 2013-2015.

Le Regioni erano partite agguerrite la scorsa settimana per trovare la quadra sul maxi-taglio da quasi otto miliardi la cui scansione, secondo la manovra estiva 2011 (legge 111/2011), si sarebbe dovuta concordare entro il 30 aprile con un'intesa Stato-Regioni (il Patto): «Se le risorse sono queste il Patto non si può chiudere». Ma invece di risorse in più, dall'incontro con il ministro della Salute **Renato Balduzzi** e con il sottosegretario all'Economia **Roberto Polillo**, i governatori hanno ottenuto tempo, anche in considerazione del fatto che le misure da trovare per la copertura del taglio entrano comunque in vigore dal 1° gennaio 2013.

D'altra parte l'Economia è stata chiara: per ora niente spazi di manovra per poter modificare le previsioni di taglio, forse più avanti qualche spiraglio si potrebbe anche aprire. È altrettanto chiari sono stati i presidenti secondo i quali un taglio del 7,5% (gli otto miliardi, appunto) ha solo due effetti: riduzione delle prestazioni sanitarie (taglio dei Lea e perdita di qualità dei servizi); deficit certo per tutte le Regioni con piani di rientro e commissariamenti che limiterebbero, ai tempi del federalismo, l'autonomia regionale.

Per lo slittamento però servirà una norma di legge. «Il ministro - ha chiarito il coordinatore degli assessori alla Sanità **Luca Coletto** - ci dirà nei prossimi giorni come procedere. L'obiettivo è rimodulare

in meglio il Patto. In questi mesi continueremo a discuterne».

Restano tutti aperti infatti i tavoli già programmati per mettere a punto il Patto e la base di discussione resta il documento messo a punto dai tecnici regionali a febbraio, che contiene manovre strutturali in grado di ridurre la spesa, ma con tempi più lunghi dei due anni previsti dalla manovra 2011.

La precedenza però sarà data agli argomenti con altre scadenze ravvicinate. Il primo - scadenza 30 giugno - riguarda la messa a punto di un regolamento Salute-Economia che introduce dal 2013 il meccanismo del pay back per le aziende **farmaceutiche** nella spesa ospedaliera. Il regolamento deve definire i termini per accollare il 35% dell'eventuale sfondamento in proporzione ai fatturati sulle aziende, ma le Regioni sono coinvolte in prima persona: in assenza del regolamento scatteranno le previsioni della manovra di primavera (Dl 78/2010) secondo cui le Regioni avrebbero dovuto risparmiare 600 milioni utilizzando le tabelle di raffronto fornite dall'Aifa di raffronto con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva rispetto alla percentuale di generici utilizzata per ciascuna categoria terapeutica equivalente. Il tetto della **farmaceutica** territoriale è di conseguenza rideterminato al 12,5% del Fsn. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza sarà del 40% nel 2013 e del 20% nel 2014.

Priorità anche per un'altra previsione destinata a scattare dal 2013: dal 1° genna-

io la spesa a carico del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici e protesica è fissata entro un tetto nazionale e di singola Regione riferita al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard: i rispettivi valori sono determinati annualmente con decreto Salute-Economia. L'eventuale sfondamento sarà a carico della Regione, ma non sono tenute al ripiano quelle in equilibrio economico complessivo. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza, complessivamente, il risparmio da realizzare sarà del 30% nel 2013 e del 15% nel 2014. Se saranno realizzati i risparmi previsti in conseguenza degli interventi sul pubblico impiego il tetto sarà fissato al 5,2 per cento.

E poi ancora il ticket da due miliardi sui **farmaci** che seppure è il Governo a dover introdurre dal 2014, coinvolge le Regioni in prima persona e le cure primarie (si veda altro pezzo in questa pagina) su cui è già molto avanzato il lavoro ministero-sindacati.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PREVIDENZA

Medici Ssn: si cambi la riforma

DI SIMONA D'ALESSIO

Ripristino «immediato» della contribuzione ridotta su base volontaria di circa il 50% dell'attuale quota A del fondo di previdenza generale della fondazione Enpam, consentita ai medici ammessi al beneficio entro il 31/12/89. È quanto chiedono i sindacati dei camici bianchi del Servizio sanitario nazionale, che hanno avviato una raccolta firme per opporsi al versamento di 1.304,56 euro per tutti gli ultraquarantenni, come previsto dalla riforma varata dal cda dell'ente, e sottoposta al vaglio dei ministeri vigilanti. Il testo stabilisce che il fondo passi al metodo contributivo, e si prevede una pensione anticipata a 65 anni, solo se si accetta di passare a tale meccanismo per tutta l'anzianità maturata. «Nella riforma c'è stato richiesto un orizzonte ampio, 50 anni di sostenibilità dei bilanci», replica il vicepresidente vicario dell'istituto Alberto Olivetti, «quindi, non c'è stata una preclusione pregiudiziale contro la quota A, bensì nel momento in cui abbiamo assemblato il provvedimento ci siamo resi conto che non potevamo fare altrimenti. È stata una questione di tempi se, passato questo stress test le condizioni, in base alle verifiche attuariali, lo permetteranno, potremo pensare di ridurre la contribuzione».



MEDICINA DEL TERRITORIO - Camici bianchi di famiglia, accordo tra sindacati e ministero. Ruolo e accesso unico per la medicina primaria sono la principale novità introdotta nella bozza della riforma della medicina di base condivisa tra ministero della Salute e sindacati medici. Da Napoli parte però, all'interno del sindacato, la fronda della Fimmg (il maggior sindacato di categoria) che sostiene il graduale riassorbimento e riutilizzo dei medici di guardia

▶ 14

▶ Lavoro & professione. 1 ◀

Cure primarie, si cambia: in pista il ruolo unico

Avviato il processo di integrazione tra i camici bianchi del territorio
Via libera all'accordo tra ministero e sindacati che getta le basi
per la modifica delle norme contenute nella riforma sanitaria del 1992

DI ETTORE MAUTONE

Ruolo e accesso unico per la medicina primaria sono la principale novità introdotta nella bozza della riforma della medicina di base condivisa tra ministero della Salute e sindacati medici.

Da Napoli parte però, all'interno del sindacato, la fronda della Fimmg (il maggior sindacato di categoria) che sostiene il graduale riassorbimento e riutilizzo dei medici di guardia contrariamente alla Cgil (sindacato peraltro poco rappresentato tra i camici bianchi territorio) che invece spinge per la immediata trasformazione dei medici di continuità assistenziale in medici di famiglia prefigurando un utilizzo degli infermieri nella funzione di continuità assistenziale che potrebbe sposarsi con la riforma in fieri della professione.

“Il documento comune, che ha chiuso i lavori, recepisce le proposte dei diversi sindacati e associazioni di categoria riuniti al tavolo e ne rappresenta una sintesi - spiega **Tommasa Maio** responsabile formazione manageriale scuola quadri Fimmg che ha partecipato all'incontro di oggi - a modifica dell'articolo 8 della legge 502 che norma appunto l'assistenza territoriale”.

I NUMERI

Intanto i numeri: in Campania la riforma riguarda circa il 10 per cento dei 13 mila medici di continuità assistenziale attivi sul territorio nazionale. Un punto di massima mediazione raggiunto su alcune proposte strategiche, oltre all'accesso e al ruolo unico, l'integrazione mono professionale e multi professionale tra tutti i convenzionati e tra questi e i dirigenti medici con l'istituzione di tavoli aziendali e regionali di confronto. Ma anche centralità del distretto, presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità-assistenziale. E ancora la razionalizzazione dell'emergenza-urgenza con il passaggio alla dipendenza e la ristrutturazione del compenso dei camici bianchi impegnati in questo ruolo prevedendo la distinzione della remunerazione dell'attività professionale e l'acquisizione dei fattori di produzione. Importante anche la previsione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, incentivando le forme più evolute di aggregazione dei professionisti, senza, però, modelli rigidi calati dall'alto”.

INTEGRAZIONE

Le nuove cure primarie puntano, in particolare, sull'assistenza integrata (ospedale-territorio), modulata su una offerta di diversa in-

tensità a secondo le esigenze del paziente, sul lavoro in squadra dei medici e su una maggiore appropriatezza delle cure. A ridisegnare l'assistenza territoriale il documento comune tra sindacati e ministero della Salute.

“Sono stati recepiti - spiega **Silvestro Scotti** vice segretario nazionale della Fimmg - alcuni capisaldi che noi abbiamo sostenuto. Come il ruolo unico e l'accesso unico del medico all'area convenzionata della medicina generale e la modulazione del compenso con l'individuazione delle quote (e dei meccanismi di finanziamento) della prestazione professionale rispetto agli altri fattori di produzione (personale di studio, attrezzature, spese)”.

GLI OBIETTIVI

Il documento indica alcuni obiettivi da perseguire: presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali, appropriatezza delle cure, riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'incentivazione di forme evolute di aggregazione dei professionisti, promozione della sanità d'iniziativa, ovvero della proposta attiva delle cure.

Storia dei ticket all'italiana a caccia di altri 2 miliardi

La manovra di luglio ha previsto che nel 2014 il ticket versato dai cittadini per ottenere le prestazioni sanitarie dovrà aumentare di 2 miliardi. Mentre i tecnici regionali sono al lavoro ai tavoli di confronto Governo-Regioni per l'attuazione del Patto per la salute, economisti, epidemiologi e ricercatori ragionano su come potrebbe essere ri-declinato lo strumento del copayment, già oggi ritenuto incapace di garantire attraverso le attuali esenzioni un congruo rispetto delle fragilità. In due puntate l'analisi degli esperti consultati dall'Agenas.

A PAG. 9-13

COPAYMENT/ In vista delle scelte sulle razionalizzazioni al tavolo del Patto per la salute

Spesa: è il ticket la soluzione?

Esperti al bivio: tagli alle prestazioni o compartecipazioni più elevate

Che oggi le risorse economiche non bastino più per proseguire con la Sanità così com'è non ci sono dubbi e nessuno può metterlo in discussione; meno condivise invece sono le soluzioni da adottare e ciò non tanto per divergenze politiche ma soprattutto per l'insufficiente evidenza dell'efficacia e della realizzabilità delle soluzioni stesse.

Si può pensare di trovare soluzioni o cercando più risorse o diminuendo il fabbisogno: in questa seconda alternativa si dovrebbe agire o mantenendo gli attuali livelli di assistenza ma cercando di agire sulla legalità, sull'efficienza produttiva e sull'appropriatezza ovvero riducendo i diritti e affidandone i contenuti al settore privato assicurativo.

Per aumentare invece le risorse o si aggiunge una nuova tassazione su tutti i cittadini oppure si aumenta il livello di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

La soluzione probabilmente dovrà essere quella di fare un po' di tutto questo, ma sarà importante anche e innanzitutto ragionare sui valori che si intendono difendere perché solo così si potranno giudicare le possibili alternative.

E i due valori irrinunciabili sono l'efficacia e l'equità: il copayment non deve mettere in forse l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici né deve creare disparità di accesso e di cure per i diversi soggetti del sistema sanitario; per questo motivo crediamo che sia obbligatorio modulare il

copayment sulle capacità contributive degli assistiti cui si rivolge.

Che poi il copayment sia anche uno strumento per aumentare l'appropriatezza e l'efficienza non ne siamo sicuri ma sicuramente saremmo contenti lo fosse se ciò comunque non andasse a discapito di quanto prima detto. Occorre anche evitare che i costi di gestione del copayment non erodano eccessivamente l'entità delle risorse incassate altrimenti non si farebbe altro che aumentare gli sprechi di risorse.

Crediamo quindi che servano ulteriori studi e riflessioni su questi temi ed è per questo che Agenas ha promosso un primo seminario, trasferito in queste note qui riprodotte e ha poi programmato una ricerca cui parteciperanno economisti, sociologi, clinici, amministratori, operatori e utenti.

Da ultimo speriamo che il sistema del copayment non rappresenti solo una tassa che invece di essere imposta a tutti i cittadini lo sia solo per i più deboli, cioè i malati, magari non certificati come tali e non valutati come indigenti, ma non per questo necessariamente in realtà meno poveri o meno bisognosi di cure. È per questo che accoglieremo con interesse ogni commento o proposta strutturata che ci venisse inviata sull'argomento per arricchire le ipotesi di lavoro delle nostre analisi.

Fulvio Moirano
Direttore Agenas, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge finanziaria 2011 (L. n. 111 del 15 luglio 2011) il copayment per il 2014 dovrebbe aumentare di circa due miliardi. In attesa delle scelte che saranno compiute al tavolo del Patto per la salute, cui competerà anche ridisegnare i profili del ticket sulle prestazioni sanitarie offriamo ai lettori gli spunti di riflessione emersi nel corso di un seminario interno dell'Agenas riassunti dai protagonisti. La seconda e ultima parte dei contributi raccolti sarà pubblicata nel prossimo numero del settimanale.



COPAYMENT/ Nel 2011 le quote versate per le prestazioni Ssn coprono il 3,5% dei costi

Il paziente spende 4 miliardi

Incidenza in crescita dell'1% nell'ultimo biennio - Ma il dato è sottostimato

A quanto corrisponda l'ammontare di tutti i ticket pagati per le prestazioni sanitarie oggi in Italia non è cosa semplice da determinare, ma è essenziale per stabilire eventuali modifiche di queste misure. Si parla oggi di aumentare i ticket di 2 miliardi come previsto dalla Finanziaria 2011 ed è perciò rilevante sapere almeno quale debba essere l'incremento proporzionale di questa manovra.

La difficoltà di conoscere l'entità dei ticket dipende soprattutto da due elementi: il primo è che non sempre viene registrato con precisione se una prestazione tariffata sia stata usufruita da un soggetto esente o non esente dal pagamento dei ticket; il secondo invece fa sì che nel caso di prestazioni prodotte da soggetti privati, le Asl pagano il corrispettivo al netto dei ticket e quindi questi non entrano nella contabilità aziendale e regionale.

Il tentativo di ottenere una stima è stato realizzato relativamente all'anno 2009 per il quale sono disponibili i dati contabili regionali non essendo ancora completi invece i dati degli "La" del 2010. Si osservi comunque che se anche la stima potrebbe avvicinarsi a quella odierna, in ogni caso mancherebbe il cosiddetto "super-ticket", cioè il ticket di 10 euro su ciascuna singola prescrizione.

In questa elaborazione non si è in ogni caso considerata la mobilità che per i settori dell'assistenza specialistica e **farmaceutica** è comunque marginale e comunque ovviamente non influisce sui totali nazionali.

La prima colonna della tabella riguarda i ticket incassati per le prestazioni specialistiche prodotte da presidi pubblici: questo ammontare viene riportato dai Consumativi economici (Ce) di ogni azienda e poi consolidati da ciascuna Regione.

La seconda colonna invece è una stima che si origina dall'ammontare dei pagamenti ai privati per prestazioni specialistiche; questa stima ipotizza che la percentuale di ticket sull'ammontare del costo sia simile a quella osservata nel settore pubblico, ma si sa che ciò non è plausibile in quanto la quota di ticket nel settore privato è certamente superiore.

Il ticket riscosso nel Pronto soccorso è pure rileva-

to dai modelli Ce, mentre il ticket della specialistica è stato ricavato dal flusso delle Contabili della spesa **farmaceutica** delle Regioni gestito da Agenas.

Così sommati tutti i ticket si perviene a una stima di 2,69 miliardi per il 2009 che dovrebbe avere avuto un incremento nel 2010 e 2011 sino a un massimo di tre miliardi cui però si deve aggiungere un ulteriore miliardo per il ticket di 10 euro sulle prescrizioni: in conclusione l'attuale somma dovrebbe attestarsi sui 4 miliardi di euro, cioè circa il 3,5% della spesa sanitaria pubblica comprendendo in questa anche i ticket stessi.

Ritornando al 2009 invece questa percentuale era circa del 2,5% e con diverse differenze tra Regioni, peraltro difficilmente interpretabili; in alcuni casi i bassi valori potrebbero essere dovuti alla maggior percentuale di esenti (anziani in Liguria, indigenti in Campania a esempio), in altri casi alla presenza di ticket riscossi in pazienti in mobilità (elevate percentuali in Lombardia, Veneto e Piemonte e basse in Basilicata e Calabria), in altri ancora i ticket sono elevati per la presenza dei Piani di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia) ma al di là di queste spiegazioni non si può tralasciare di esprimere il sospetto che tutti i dati classificati dai modelli Ce e La possano non corrispondere esattamente alla realtà, per lo meno a livello delle singole voci elementari di classificazione.

**Francesca Giuliani
Cesare Cislighi
Agenas**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONTI IN PILLOLE

Farmaci: al ticket non si rinuncia

Nella **farmaceutica** italiana dell'ultimo decennio la questione del copayment è legata alle alterne vicende del ticket sui **farmaci**, immancabile protagonista nel confronto tra lo Stato e le Regioni sul terreno del finanziamento e del riparto della spesa, da cui è scaturita una vera e propria esplosione del ticket sui **farmaci** passato da un valore minimo di 13 milioni di euro nel 2001 agli attuali 1.335 milioni del 2011.

Questa crescita esponenziale segnala un profondo mutamento nella logica dell'adozione del ticket sui **farmaci** che, da strumento di responsabilizzazione dei cittadini - mirato soprattutto a disincentivare l'eccesso di consumi - è diventato sempre di più una voce diretta e rilevante di finanziamento della Sanità regionale.

A monte di questo percorso, il ticket addirittura scompare quasi del tutto nella finanziaria del 2001 (Legge 388/2000) che rivoluziona i criteri di erogazione dei **farmaci** abolendo di fatto i ticket e semplificando le norme di prescrizione. E sempre in quello stesso anno, per i **farmaci** non più coperti da brevetto (i cosiddetti "**farmaci** generici"), si paga la differenza tra il prezzo del **farmaco** prescritto anche se generico e il prezzo più basso tra quelli equivalenti. Si afferma così il principio che a fronte di due **farmaci** con lo stesso principio attivo ma con prezzo diverso il Ssn dispensa gratuitamente solo quello meno costoso, ponendo la differenza a carico del cittadino.

Oggi nelle Regioni sotto piano di rientro uno degli impegni richiesti è un maggior uso del **farmaco** generico.

Nel 2006 in molte Regioni vengono introdotte nuove esen-

zioni (per fascia d'età, patologia, reddito), ampliando la fascia dei beneficiari e sempre nel 2006 molte Regioni decidono di reintrodurre il ticket. A partire quindi dal 2007 poi, fino al 2011, ci troviamo di fronte a un incremento continuo del valore del ticket.

Analizzando il trend decennale si possono cogliere due cicli di espansione del valore del ticket come effetto, a livello nazionale, delle manovre messe in atto di anno in anno. Il primo balzo si registra nel biennio 2002-03, quando il ticket, gradualmente reintrodotta, arriva a quota 642 milioni di euro. Segue una fase di stasi con la diminuzione di circa il 6% del valore del ticket a causa delle riduzioni, fino al 50%, concesse a molte categorie di persone tra cui pensionati, disoccupati, malati cronici.

Nel 2005 l'abolizione della quota fissa sulla ricetta genera un ulteriore abbassamento, pari al 15%, del valore del ticket rispetto all'anno precedente, e una successiva riduzione di ben 20 punti percentuali nel 2006 rispetto al 2005 che porta il valore ticket a 415 milioni di euro. Ma è solo il passo indietro che precede la rincorsa: a partire dal 2007, la maggioranza delle Regioni decide di reintrodurre il ticket che da allora ha fatto registrare un continuo incremento fino al record del 2011 (1.335 mln), raggiunto con un balzo del 34% rispetto al 2010.

In questi ultimi anni il ticket si è quindi consolidato come strumento di finanziamento della spesa **farmaceutica** convenzionata, una scelta fatta anche da Regioni come Toscana, Emilia Romagna e Umbria che in prece-

denza non avevano mai fatto ricorso al ticket per controllare i consumi **farmaceutici**.

Sempre nel decennio in esame l'incidenza del ticket sulla spesa lorda ha registrato incrementi e decrementi che ne rispecchiano le fluttuazioni del valore in relazione alle scelte di politica sanitaria, passando dallo 0,11% nel 2001 al 10,8% nel 2011.

La stessa dinamica è ben descritta dall'analisi dei valori pro capite che a livello nazionale fanno registrare un salto dai 0,23 euro per abitante nel 2001 fino alla cifra di 22 euro nel 2011.

Al fine di analizzare i dati su base regionale si è pensato di dividere l'arco temporale di undici anni in 3 periodi di riferimento facendo la media dei valori, le classi individuate sono 2001-2004, 2005-2007 e 2008-2011. Analizzando su base regionale l'incidenza del ticket sulla spesa lorda nel triennio 2008-2011 emerge che i valori più elevati di questo indicatore si registrano nelle Regioni sotto piano di rientro, che hanno utilizzato lo strumento del ticket come mezzo di contenimento veloce della spesa **farmaceutica**.

Il piano di rientro richiedeva una riduzione di spesa e solo una rimodulazione del ticket fisso sarebbe stata in grado di far cassa.

A questa misura si sono accompagnate la diminuzione del numero degli esenti totali e parziali e l'introduzione di una quota fissa sulla ricetta.

In Toscana ed Emilia Romagna per tutto il decennio parlando di ticket ci si è riferiti solo al differenziale di prezzo versato dai cittadini che preferivano il **farmaco** di marca rispetto al generico: solo negli ultimi 5 mesi

del 2011 è stato introdotto il ticket sulla ricetta e sul **farmaco** e sono inoltre diminuiti gli aventi diritto all'esenzione.

In aumento sempre in questa ultima classe temporale l'incidenza del ticket sulla spesa lorda nelle regioni autonome a statuto speciale Valle d'Aosta, Pa di Trento, Friuli Venezia Giulia e Sardegna e nella Regione Marche che prevede solo il differenziale originator/generico a carico del cittadino. Queste Regioni hanno risentito della determina Aifa (Determina dell'8 aprile 2011) che ha pubblicato i nuovi prezzi di riferimento dei **farmaci** a brevetto scaduto, riducendoli e adeguandoli a quelli di altri Paesi Ue. Inoltre anche in queste Regioni la fascia degli esenti totali ha subito una contrazione.

I cittadini della Lombardia e del Veneto hanno invece sempre contribuito alla spesa **farmaceutica** sia attraverso il differenziale sia attraverso il ticket "fisso" su **farmaci** e ricetta.

I dati presenti nella tabella mostrano come sia cambiato nel corso del tempo il ruolo del ticket e quale uso ne hanno fatto le Regioni, per alcune è servito per far cassa al fine di ridurre la propria spesa **farmaceutica**, per altre è stato utilizzato come deterrente per il cittadino e per il medico.

Dall'analisi dei dati e dalla normativa vigente fino a oggi le Regioni che hanno introdotto il ticket sui **farmaci** e sulla ricetta difficilmente nel corso degli anni sono state in grado di abolirlo.

Emanuela Pieroni
Agenas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La serie storica dei ticket in Italia

Anno	Valore totale (milioni €)	Valore pro-capite (€)	Incidenza % su spesa lorda
2001	13	0,2	0,1
2002	338	5,9	2,7
2003	642	11,2	5,2
2004	600	10,4	4,4
2005	515	8,8	3,8
2006	415	7,1	3,1
2007	542	9,2	4,3
2008	651	10,9	5,1
2009	862	14,4	6,7
2010	998	16,5	7,7
2011	1.335	22,0	10,8

Nota: i dati per il 2011 sono sempre da considerarsi provvisori

Fonte: dati spesa **farmaceutica** convenzionata Agenas



L'ATTUAZIONE REGIONALE

Specialistica e farmaceutica: puzzle di scelte nel territorio

Stato dell'arte e partite aperte delle rimodulazioni post-manovra 2011

I ticket e il sistema delle esenzioni sono regolati da norme nazionali e regionali che nel tempo si sono sovrapposte, non consentendo di garantire un disegno preciso e una logica unitaria.

Le prestazioni soggette a ticket (in modo differenziato tra Regioni) sono: specialistica ambulatoriale, accessi al pronto soccorso con codice bianco, cure termali (non si analizzano nel dettaglio i ticket sulle cure termali) e assistenza farmaceutica territoriale.

Di seguito si presenta la mappatura dei ticket in vigore nelle diverse Regioni distinguendo tra i ticket sull'assistenza farmaceutica (per i farmaci non coperti da brevetto è già prevista una forma di copayment corrispondente alla differenza di prezzo tra farmaco di marca e prezzo di riferimento, ovvero il prezzo della stessa confezione di farmaco generico più economica. I farmaci non coperti da brevetto comprendono i farmaci per i quali esistono in commercio prodotti di uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali) e quelli sulle altre tipologie di prestazioni. I primi sono disciplinati dalle singole normative regionali, dato che la legge 405/2001 ha abolito i ticket nazionali lasciando alle Regioni la facoltà di introdurre ticket sulla farmaceutica, fissarne il relativo importo e individuare i criteri di esenzione. Per le altre prestazioni, invece, sono in vigore norme nazionali che, in parte, si aggiungono a eventuali ticket regionali, in parte, possono non essere applicate a livello locale, ma solo se sostituite da misure alternative equivalenti per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Il Dl 98/2011 stabilisce che, dal 2014, siano previsti nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie, per circa 2 miliardi annui. Tali partecipazioni andrebbero a sommarsi a quelle storicamente esistenti. L'intesa Stato-Regioni da sottoscrivere entro il 30 aprile 2012 (Dl 98/2011) potrebbe individuare misure alternative per evitarne l'introduzione.

Pronto soccorso e prestazioni di specialistica ambulatoriale. La Finanziaria 2007 aveva intro-

dotto una quota fissa di 25 euro per le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero per i codici bianchi. Tutte le Regioni, tranne la Basilicata, avevano applicato tale normativa, anche se con modalità diverse (Agenas 2011). A esempio, in Campania e a Bolzano la quota fissa del ticket è di 50 euro. Inoltre in alcune Regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Pa Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia, Calabria) oltre alla quota fissa, è richiesta una compartecipazione alla spesa per eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al pronto soccorso. Oltre al ticket sui codici bianchi Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche per i codici verdi non seguiti da ricovero.

Il Dl 98/2011 ha confermato il ticket di 25 euro per le visite in pronto soccorso in codice bianco e anche la Basilicata (che non prevedeva la quota fissa di 25 euro, ma richiedeva una compartecipazione per prestazioni ambulatoriali presso il pronto soccorso) l'ha introdotto dal 18 luglio 2011.

La Finanziaria 2007 aveva anche previsto una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore (pari alla tariffa delle singole prestazioni, fino al massimo di 36,15 euro per ricetta) (tale limite, in Calabria è stato aumentato a 45 euro +1 euro di quota fissa e in Sardegna è di 46,15 euro. La Campania ha introdotto il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in Lazio e nel Molise sono previste ulteriori quote per specifiche prestazioni. In Veneto, per agevolare i pazienti, il limite è calcolato su un tariffario che prevede valori più bassi rispetto a quelli in vigore per il pagamento degli erogatori). La misura (il "superticket" sulla specialistica) è stata soppressa fino al 2011 da successive Finanziarie, ma è stata riportata in vigore dal Dl 98/2011. Le Regioni hanno fatto scelte differenziate. In particolare:

- Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise

hanno applicato il ticket da 10 euro subito e senza modifiche;

- Valle d'Aosta, Pa Trento e Bolzano hanno scelto di non applicare il nuovo ticket, mentre la Sardegna l'ha applicato in modo simbolico, aumentando la franchigia già in vigore di un euro (da euro 46,15 a euro 47,15);

- alcune Regioni hanno modulato i ticket per le prestazioni di specialistica in base al reddito familiare. In Veneto il ticket di 10 euro è applicato solo per i redditi superiori ai 29.000 euro ed è dimezzato per i redditi inferiori. In Abruzzo il ticket è previsto solo per redditi superiori a 36.000 euro. Più articolato è il modello di Emilia-Romagna, Toscana e Umbria in cui le fasce di reddito individuate sono tre e l'applicazione del ticket è prevista solo per ricette con valore superiore ai 10 euro. Per i redditi tra 36mila e 70mila euro il ticket è di 5 euro; tra i 70mila e 100mila euro è di 10 euro e di 15 oltre i 100mila euro;

- Lombardia, Piemonte e Basilicata hanno scelto di proporzionare il ticket in base al valore delle prestazioni. Il ticket per prestazioni specialistiche in Lombardia è rimodulato da 9 a 30 euro, in base al valore della prestazione (escluse le prestazioni con valori inferiori a 5 euro). Le 2.017 prestazioni del tariffario regionale sono state divise in 16 classi di riferimento in base al costo e il ticket applicato è pari al 30% del valore più basso di ogni fascia. In Piemonte i nuovi ticket sono calcolati sulla base delle ricette e della tipologia degli esami in una quota che varia da 10 a 30 euro. A esempio, per un esame da 10 e 15 euro è applicato un ticket di 3 euro, mentre per uno da 25 e 30 euro uno di 7,50 euro. Anche in questo caso, per tutte le prestazioni inferiori a 5 euro non è prevista alcuna compartecipazione. Lo stesso principio di esclusione è applicato in Basilicata dove il ticket è correlato al valore economico della prescrizione e può variare da 4 euro per prestazioni di valore compreso tra i 5 e i 10 euro, a 30 euro per prestazioni superiori ai 100 euro.

Assistenza farmaceutica. I ticket sull'assistenza farmaceutica sono disciplinati dalle singole normative regionali e possono essere

introdotti all'interno delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica. Gli strumenti utilizzati sono principalmente due (Federfarma 2012): (i) reintroduzione della "quota fissa sulla ricetta" soppressa dalla Finanziaria 2001; (ii) introduzione di una quota fissa su ciascuna confezione. Diverse sono le quote individuate per i non esenti e per gli esenti (differenziate anche i criteri di individuazione delle categorie degli esenti). Per esempio la Lombardia applica un ticket sia per la ricetta (massimo 4 euro) sia per l'acquisto del farmaco (massimo 2 euro), con una serie di esenzioni in base alle condizioni e al reddito. Il Lazio invece prevede importi variabili a seconda del prezzo di vendita del farmaco (massimo 4 euro a confezione se il prezzo supera i 5 euro, altrimenti 2,5 euro).

Fino al 2011, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Pa Trento non applicavano alcun ticket. Il Dl 98/2011 ha però spinto alcune di esse a introdurli. Dall'agosto 2011, Emilia-Romagna e Toscana e, da settembre 2011 l'Umbria, hanno introdotto una compartecipazione modulata sul reddito del nucleo familiare. Le Regioni hanno previsto un ticket di 1 euro a confezione e fino a un massimo di 2 euro a ricetta per redditi familiari tra 36.152 e 70.000 euro; un ticket di 2 euro a confezione e fino a un massimo di 4 euro a ricetta per redditi da 70.000 a 100.000 euro; e un ticket di 3 euro a confezione e fino a un massimo di 6 euro a ricetta per i redditi superiori a 100.000 euro.

**Elena Cantù
Francesca Ferré
Cergas Bocconi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA LETTERATURA IN CAMPO ECONOMICO

Una leva a rischio di sottoconsumo sanitario

L'uso appropriato è l'applicazione nei servizi meno essenziali e urgenti

La diversificazione è legata alla responsabilizzazione degli amministratori

Nella definizione del ticket, una regola generale è che la compartecipazione dovrebbe essere fissata a un livello più basso (o nullo) per le prestazioni sanitarie contraddistinte da bassa elasticità della domanda al prezzo. È il caso, a esempio, delle prestazioni urgenti, dei farmaci salva-vita, delle terapie richieste dalle persone più vulnerabili e affette da gravi patologie croniche, e delle forme di assistenza che non presentano alternative terapeutiche. In questi casi il ticket risulterebbe inefficace come strumento di controllo degli eccessi di domanda, mentre sarebbe invece molto efficace come strumento di finanziamento poiché garantirebbe un gettito sicuro e stabile.

L'uso corretto del ticket richiede quindi che la compartecipazione a carico del paziente/consumatore sia più elevata per i servizi non urgenti e meno essenziali. Va peraltro considerato che le persone in condizioni economiche disagiate sono caratterizzate da una domanda di assistenza sanitaria molto elastica al prezzo e potrebbero, in presenza di un ticket, ridurre eccessivamente i loro consumi anche nel caso questi fossero appropriati ed efficaci. Il ticket potrebbe determinare quindi un sottoconsumo di prestazioni sanitarie (sia di prevenzione che curative) da parte delle classi sociali più deprivate, con un impatto negativo sulla salute e un possibile aumento della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo. Ciò comporterebbe una riduzione sia dell'equità nell'ac-

cesso ai servizi, sia dell'efficienza attraverso un peggioramento del benessere della collettività. È preferibile esentare dal ticket le persone che, per una situazione economica personale particolarmente sfavorevole, potrebbero essere disincentivate ad accedere a prestazioni sanitarie essenziali.

L'analisi teorica e quella empirica segnalano inoltre che un'applicazione solo parziale del ticket potrebbe determinare effetti indesiderati se vi fosse una elevata sostituibilità tra diverse forme di assistenza. Infatti, se in sostituzione delle prestazioni gravate da ticket si ricorre impropriamente ad altre prestazioni completamente gratuite, si potrebbe determinare un aumento della spesa pubblica. Potrebbe essere quindi opportuna l'introduzione di ticket per un'ampia gamma di prestazioni, per evitare la deviazione della domanda verso forme di assistenza sostitutive inappropriate e più costose non colpite dal ticket.

A questo punto, però, emergono due problemi. Il primo riguarda l'effettiva capacità delle compartecipazioni a contenere solo la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficacia. Recentemente si è cercato di affrontare il problema con un nuovo approccio, definito "value-based cost sharing": si dovrebbero applicare ticket più bassi per i beni e servizi sanitari contraddistinti da maggiori evidenze empiriche di efficacia clinica e di costo-efficacia ottenute grazie alla maggiore diffusione dell'Health technology assessment.

Il secondo problema, più rilevante, riguarda il fatto che in Sanità la domanda dei pazienti è quasi sempre determinata dai medici per cui, tenendo conto dell'effetto di "induzione della domanda da parte dell'offerta" (il cosiddetto effetto Sid: supply-induced demand), l'applicazione del ticket sugli utenti non porterebbe alcun effetto in termini di contenimento di una domanda decisa dai medici.

L'argomentazione è spesso fondata sull'assunto di non sostituibilità dei trattamenti per un dato stato di salute ma per molte prestazioni (visite mediche gene-

riche, specialistiche, prestazioni diagnostiche, farmaci) si è talora in presenza di domanda elastica e quindi il fatto che il medico orienti la richiesta del paziente può attenuare ma non eliminare del tutto l'utilità del ticket come strumento di governo della domanda. Inoltre, occorre considerare che la presenza di compartecipazioni può contrastare in alcuni casi una sorta di collusione implicita tra medico e paziente a danno del terzo pagante (assicurazione o Ssn). A certe condizioni quindi, il ticket può conservare una certa efficacia come strumento diretto di governo della domanda, anche considerando l'induzione della domanda da parte dei medici. L'esistenza contemporanea di rischio morale (= l'assicurato può adottare comportamenti non conosciuti e non facilmente controllabili da chi non ne conosce l'esatto stato di salute) e di effetto "domanda indotta dall'offerta" suggerisce tuttavia di controllare i consumi sanitari agendo sia dal lato della domanda, con il ticket, sia dal lato dell'offerta, con meccanismi di responsabilizzazione dei prescrittori.

Molti studi empirici hanno analizzato l'efficacia delle compartecipazioni a contrastare il rischio morale e a determinare un contenimento della spesa per il terzo pagante. Il più importante studio sperimentale sugli effetti delle compartecipazioni è il Rand health insurance experiment (Rhie) condotto negli Stati Uniti tra il 1974 e il 1982. I principali risultati sono:

a) all'aumentare dell'aliquota di compartecipazione si riduce il numero annuo di visite mediche pro capite;

b) le componenti più elastiche al prezzo sono farmaci, cure odontoiatriche e assistenza ambulatoriale generica; quelle meno elastiche la domanda di prestazioni specialistiche e i ricoveri ospedalieri;

c) la compartecipazione riduce l'utilizzo di cure a bassa produttività di salute ma può scoraggiare anche la domanda di prestazioni efficaci e appropriate;

d) le categorie più vulnerabili (persone a basso reddito e/o affette da patologie croniche) evidenziano indicatori di morbilità e di mortalità significativamente peggiori quando siano soggette a compartecipazioni elevate.

Molti Paesi che utilizzano le compartecipazioni, in particolare europee, prevedono esenzioni

per i soggetti fragili e in condizioni economiche disagiate. Nei Paesi che non prevedono un'applicazione diffusa di esenzioni di questo tipo, come gli Stati Uniti, le evidenze empiriche segnalano danni per la salute delle categorie vulnerabili.

A prescindere da questi correttivi, si può osservare che la valutazione degli effetti distributivi del ticket è in realtà più complessa di quella offerta dalla tesi tradizionale secondo cui tale strumento è fortemente regressivo. Ciò in base a due particolari considerazioni. In primo luogo, la tesi tradizionale dell'iniquità distributiva trascura il fatto che il controllo della domanda con i ticket potrebbe consentire una riduzione dei tempi di attesa e un aumento della qualità dell'assistenza pubblica, a vantaggio soprattutto dei cittadini a minor reddito, costretti a restare nel servizio pubblico, mentre i più ricchi possono in ogni caso ricorrere ai servizi alternativi a prezzo intero. Favorendo il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei Lea e consentendo una certa possibilità di espansione nel tempo della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, i ticket potrebbero contribuire a salvaguardare i sistemi sanitari pubblici. Ne consegue che una valutazione completa del saldo netto degli effetti equitativi dei ticket è complessa e potrebbe fornire addirittura un risultato non negativo.

Nella prospettiva del federalismo fiscale, l'adozione di meccanismi di compartecipazione (e di altri strumenti di governo della domanda) diversificati tra le Regioni si può giustificare per responsabilizzare gli amministratori regionali all'uso costo-efficace delle risorse tenendo conto



delle situazioni locali, ma presenta il rischio di accentuare i divari nelle possibilità di accesso ai servizi sanitari nelle diverse aree territoriali del Paese e di rendere comunque molto difficile la praticabilità di flussi finanziari perequativi (necessari per garantire Lea omogenei) dalle Regioni che correttamente responsabilizzano la domanda verso quelle che non lo fanno e che non riescono a garantire un equilibrio di bilancio.

Vincenzo Rebba

Università di Padova

Dino Rizzi

Università Ca' Foscari Venezia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la Repubblica **RSALUTE**

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

UNA SCANDALOSA SANITÀ

Nichi Vendola, governatore della Puglia, è accusato di abuso d'ufficio per aver "agevolato" la nomina di un primario all'ospedale San Paolo di Bari. Vedremo i risultati dell'inchiesta. Ma se l'accusa fosse vera, dovremmo sorprenderci? L'ingerenza della politica nella sanità - a parte le continue truffe (l'ultima in Lombardia, la scorsa settimana) - è uno dei mali endemici del settore, un cordone ombelicale mai reciso. Così nella scelta delle persone più qualificate per guidare un reparto ospedaliero, la meritocrazia viene soffocata sul nascere. Avviene perfino con i concorsi ospedalieri, vinti spesso da persone raccomandate, di solito in sintonia politica con i direttori generali che hanno l'ultima parola sui candidati. La situazione si è incancrenita al punto che il presidente dell'Ordine dei medici di Milano, Roberto Carlo Rossi, propone di abolire i concorsi perché sono diventati una "farsa". Chissà se la proposta passerà e contagherà gli altri Ordini, soprattutto quello nazionale. Ma se la logica clientelare è chiara da tempo, perché solo adesso viene denunciata? La trasparenza in sanità è una richiesta forte. Sarebbe ora di metterla in pratica.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Somministrata quotidianamente e in basse dosi potrebbe avere effetti preventivi, anche se solo su alcune forme di neoplasie. Lo rivelano due recenti ricerche
Che mostrano in che modo, a seconda di come si comportano le nostre difese, il processo infiammatorio può essere distrutto, inibito o, invece, facilitato

Tumori

L'aspirina anti-cancro Come e quando agisce nei circuiti "protettivi"

È il circuito detto TH1 che riesce a distruggere gli elementi cancerosi. Il TH2 invece se cronicamente stimolato ne favorisce la crescita

FRANCESCO BOTTACCIOLI*

T

ra la fine di marzo e i primi di aprile sono stati pubblicati alcuni importanti studi e commenti che mettono in primo piano il possibile ruolo preventivo dell'aspirina verso i tumori, quelli del colon in particolare. Su *Lancet*, l'unità di ricerca sulla prevenzione dell'ictus dell'università britannica di Oxford, diretta da Peter M. Rothwell, in due distinti studi, pubblicati online il 20 e il 21 marzo, ha segnalato che l'uso regolare di aspirina anche a basso dosaggio (la cosiddetta "aspirinetta" prescritta per la prevenzione cardiovascolare, con dosi mediamente di 75-100 mg al giorno) riduce il rischio a lungo termine dell'insorgenza di alcuni cancri e delle metastasi. La settimana successiva, sul *British Journal of Cancer*, un gruppo di ricerca dell'Università olandese di Leiden, studiando circa 4.500 persone con diagnosi di cancro colon-rettile, ha segnalato che coloro

che hanno assunto quotidianamente aspirina hanno un tasso di sopravvivenza nettamente migliore rispetto a chi non ne ha fatto uso. Il vantaggio però riguarda solo chi ha avuto un cancro al colon, non chi ha avuto un cancro al retto.

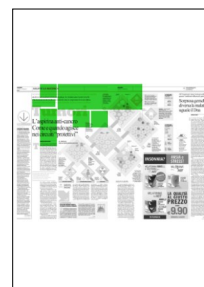
Del resto, la conferma che i vantaggi possano essere circoscritti viene da un altro studio, pubblicato il 3 aprile su *British Journal of Clinical Pharmacology* da parte di un gruppo di chirurgia ginecologica dell'Università cinese di Nanchino, che non ha trovato alcuna relazione tra uso di aspirina o di altri farmaci antinfiammatori non steroidei (cosiddetti Fans-nsaid) e riduzione del rischio di cancro ovarico.

Un'altra limitazione viene dal fatto che due grandi studi — il Women's Health Study (Whs) e il Physicians' Health Study (Phs), che hanno trattato con aspirina, rispettivamente, quasi 40.000 donne per più di 10 anni e circa 22.000 medici maschi per più di 5 anni — non hanno registrato alcuna associazione tra uso del farmaco e riduzione del rischio di cancro.

Tutto ciò comunque non annulla

l'importanza dei dati che indicano un possibile ruolo positivo dell'aspirina nella prevenzione del cancro, delle recidive e delle metastasi, sia perché i due grandi studi Whs e Phs hanno usato l'aspirina non quotidianamente ma a giorni alterni, sia perché i dati ricordati e quelli del gruppo inglese in particolare sono stati ricavati da una quantità notevole di ricerche di vario tipo: randomizzate e osservazionali. Infine, perché c'è un fondamento razionale in queste ricerche: il controllo dell'infiammazione può aiutare a controllare il cancro e la sua evoluzione.

La trasformazione maligna delle cellule infatti non è un fenomeno



eccezionale, si verifica normalmente in un organismo. Cellule trasformate e veri e propri tumori organizzati possono rimanere come si dice "dormienti" per anni e perfino per decenni prima di avanzare e quindi manifestarsi clinicamente. L'organismo ha gli strumenti per riconoscere, distruggere o comunque controllare la genesi e l'evoluzione dei tumori: è il sistema immunitario, con un particolare circuito di cellule e citochine, chiamato TH1, che riconosce e distrugge le cellule maligne.

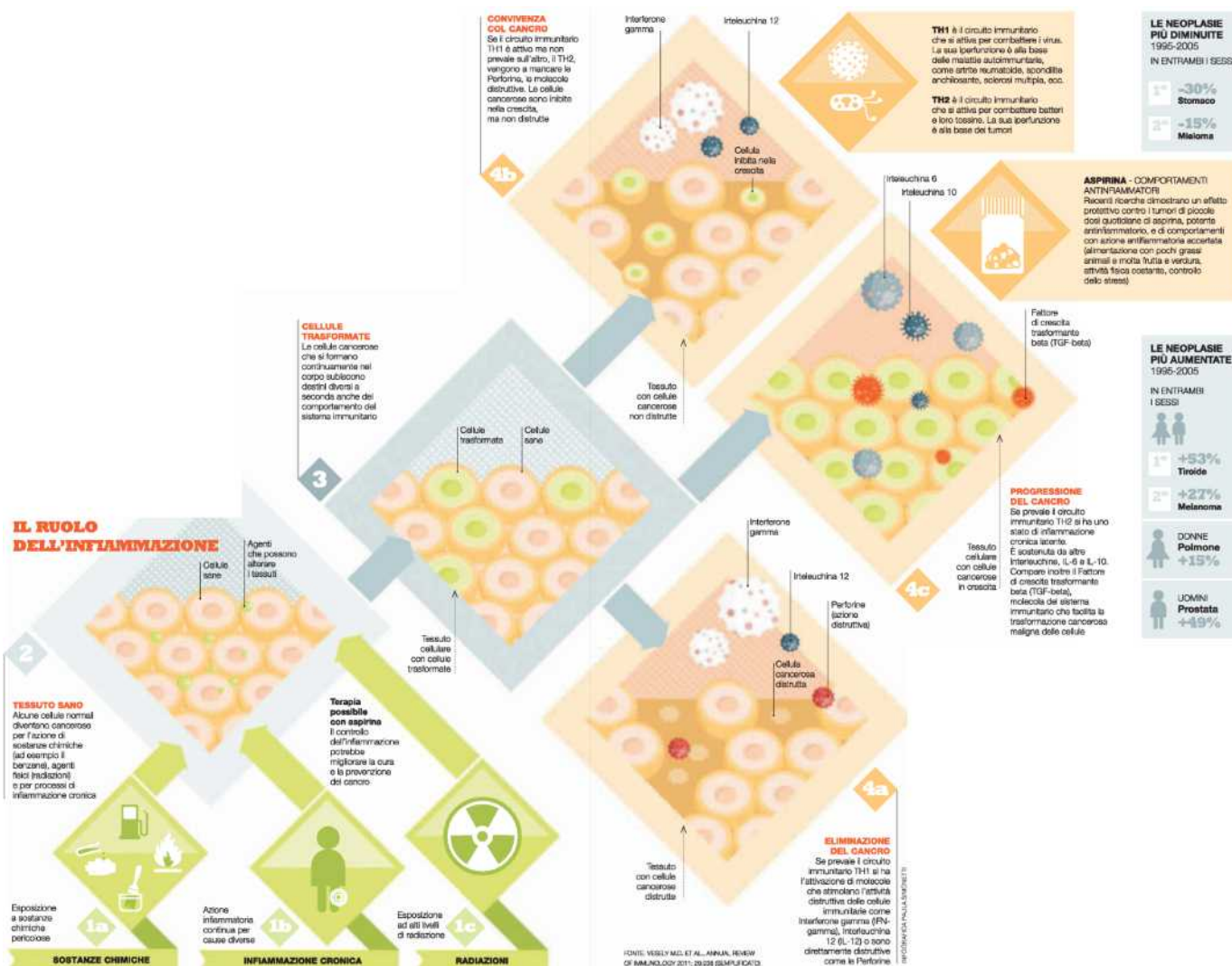
In questa attività si produce certamente un'inflammatione efficace, nel senso che distrugge i tumori, e transitoria, cioè con una durata circoscritta nel tempo. Ci può essere invece un'inflammatione, sostenuta da un altro circuito immunitario, chiamato TH2, che non è in grado di distruggere i tumori e che anzi, cronicizzandosi nel tempo, diventa essa stessa fattore di incremento della massa tumorale e di sua disseminazione metastatica. Il controllo dell'inflammatione appare quindi una via essenziale per migliorare la

cura e la prevenzione del cancro.

L'aspirina sembrerebbe agire modulando l'inflammatione, riducendo i fattori di crescita e le citochine del TH2 e parallelamente incrementando quelle del TH1, come segnalano alcuni studi in vitro da cui però è presto trarre una conclusione. Ma, come spieghiamo nel box, si sono altri strumenti promettenti nella modulazione dell'inflammatione, senza i rischi di sanguinamento connessi all'aspirina.

*Presidente onorario Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



l'intervista » Ferruccio Fazio

«Tassare merendine e alcolici? Solo se i soldi vanno alla ricerca»

L'ex ministro della Salute del governo Berlusconi a Balduzzi: «I fondi non devono servire a fare cassa, ma a innescare un circolo virtuoso»

Famiglia
I genitori insegnino ai figli ad alimentarsi

Nemici
Televisione e videogiochi complici della sedentarietà

20%

È obeso un bambino il cui peso supera del 20% quello ideale; in sovrappeso se supera del 10-20%.

Enza Cusmai

■ **Professor Ferruccio Fazio si è sentito al telefono con il ministro Balduzzi nei giorni scorsi? «No, perché?».**

Be' sulla tassazione delle merendine, che lei aveva criticato sulle colonne del nostro *Giornale*, il suo successore sembra abbia fatto marcia indietro. Ai balzelli preferisce il dialogo con le imprese e i consigli nutrizionali.

«Magari ci stava ripensando da solo, indipendentemente dalle mie critiche. Comunque la sua attuale posizione la trovo soddisfacente».

Vuol dire che tra voi ministri vi intendete a distanza?

«La realtà è che sulle merendine l'atteggiamento attuale del ministro Balduzzi è logico: va organizzato un tavolo di confronto per definire i profili nutrizionali di ogni prodotto. Inoltre bisogna mettere regole certe non solo per i cibi grassissimi anche per i cioccolati».

Ma davvero è così necessario demonizzare le merendine o il cioccolatino?

«No affatto. Anzi, le merendine non fanno più male degli insaccati o dei dolci di pasticceria. Serve però moderazione per tutto».

E allora se i nostri figli mangiano male e diventano obesi di chi è la colpa?

«Delle cattive abitudini alimen-

tari. La tv e i videogiochi, li portano a stare fermi per ore ed essere bombardati da ogni genere di pubblicità. Nel frattempo sgranocchiano patatine e cibi confezionati. Così ingrassano e diventano sedentari fin da piccoli».

Però le mamme potrebbero spegnere la tv, proporre pane e formaggio e portarli di più al parco. Agli adulti fa comodo un bambino che non impegna troppo.

«L'educazione alimentare e lo stile di vita corretto va insegnato dai genitori innanzitutto. Anche l'attività sportiva è doverosa ma viene snobbata nelle nostre scuole. Dovremmo imitare la Gran Bretagna».

Cosa possono insegnarci gli inglesi?

«Da loro la ginnastica è sacra e viene organizzata nei college in modo invidiabile. In Italia si muove molto soprattutto chi è costretto a farlo. Non a caso in Piemonte, Val D'Aosta e Trentino, zone di montagna, il tasso di obesità è molto basso».

E allora delle tasse che metteranno su alcolici o sulle bibite gassate cosa ne facciamo?

«Devono essere delle tasse di scopo, sia chiaro, congrue e consoni agli obiettivi dell'imposizione

stabilita».

Per esempio?

«I superalcolici sono tassati in tutto il mondo ma quegli introiti devono finanziare la ricerca medica, devono sostenere campagne di promozione contro l'abuso dell'alcol. Insomma, non vanno applicate solo per far cassa. Questo sarebbe un grave errore».

Anche le bevande gassate sono nel mirino del governo.

«Però a me non risulta che l'anidride carbonica ingrassi. Semmai è dannoso l'eccesso di zuccheri contenuti in certe bevande. Allora bisognerebbe fissare dei limiti massimi nelle bibite e le aziende che non si attengono andrebbero tassate. Così non colpiamo pure i produttori di bibite che lo zucchero non lo usano».

I soldi che entreranno andranno comunque ad aiutare alcuni settori della Sanità. Secondo lei quali sono le emergenze da affrontare?

«Quando, a fine mandato, ho passato le consegne a Balduzzi, ho fatto una raccomandazione molto precisa sull'edilizia sanitaria. Spero che venga ascoltata».

Ma mettere mano negli ospede-



dali non è una passeggiata.

«Però bisogna rinnovare le nostre strutture. Almeno sei ospedali su dieci sono a rischio sismico, le aree antincendio lasciano a desiderare. Gli edifici sono vecchi e a volte cadenti. Non si può intervenire quando avvengono le disgrazie».

Ormai è abitudine tassare per raggiungere gli obiettivi ma a quanto ammontano gli sprechi nella Sanità?

«Ci sono molte spese improprie legate all'inefficienza e l'inefficacia. E almeno dieci miliardi di euro potrebbero venire ottimizzati».

Sta parlando degli sprechi al Sud?

«Non solo. Esistono differenze enormi tra un ospedale e l'altro anche nelle regioni virtuose come Lombardia, Toscana, Emilia, Veneto».

Se fosse ancora ministro quale emergenza affronterebbe oggi?

«La Sanità è come un treno in corsa, ha bisogno di continua manutenzione. Non è tempo di grandi riforme ma di piccoli passi. Lo Stato deve affiancare le regioni sulle ristrutturazioni e poi va introdotta la continuità assistenziale. Ma queste sono cose contenute nel mio ddl fermo al Senato. E credo sarà approvato».

Se la richiamassero in un nuovo governo lei tornerebbe a fare il ministro?

«No, è stata un'esperienza straordinaria ma la considero una parentesi ormai chiusa. Del resto io non sono un politico, ma un medico».

Niente "tassa sul merito" Dopo la rivolta dei borsisti salvi gli assegni di ricerca

Il balzello introdotto da un emendamento al Senato è cancellato alla Camera con l'accordo del governo

UN PROBLEMA CHE RESTA

Bisognerà distinguere fra attività di studio e di lavoro negli istituti

il caso

FLAVIA AMABILE
ROMA

Dottorandi, specializzandi e altri titolari di borse di studio hanno tirato un respiro di sollievo ieri quando dopo giorni di comunicati e dichiarazioni allarmistiche, iniziato l'esame del decreto fiscale alla Camera il governo ha approvato un emendamento cancellando le tasse sulle borse di studio di qualsiasi entità. Tutto come prima, facciamo come se nulla fosse, insomma. Ma non è così, e nella confusione di una settimana di allarmi via Web sempre più concitati a rimetterci in immagine è stato innanzitutto il governo.

In molti infatti sono rimasti perplessi: è possibile che proprio il governo dei tecnici abbia messo la firma su quella che è stata definita la «tassa sul merito»? Le cose sono andate diversamente, spiega il ministro dell'Istruzione Francesco Profumo. «Fin dall'inizio come ministro abbiamo lavorato per far cadere questa misura che andava a colpire la ricerca e la qualità di chi se ne occupa. Il governo non è mai stato coinvolto. Si è trattato di un emendamento di cui non sapevamo nulla e, quando abbiamo saputo, c'è stata immediatamente una presa di posizione negativa con un parere scritto».

La misura, infatti, è il frutto di un emendamento, il 3143, scritto da due senatori dell'Svp, Helga Thaler Ausserhofer e Manfred Pinger. E' stata parzialmente corretta da Mario Baldassarri, presidente della commissione Finanze del Senato, che ha introdotto un limite di 11.500 euro al di sotto del quale l'esenzione era ancora valida. I redditi al di sopra di questa cifra però dovevano essere tassati hanno deciso i senatori, e così il testo del ddl è arrivato alla Camera.

Il tentativo dei senatori della Svp era di eliminare differenze tra le borse di studio di dottorandi e specializzandi, dei medici in formazione specialistica e dei corsisti in medicina generale fino ad allora non tassate, e altre del mondo sanitario che ammontano a 7-800 euro, su cui il Fisco preleva la sua aliquota. Al grido di «basta ai privilegi!» è stata, quindi, unificata l'intera materia.

E invece era solo un gran pasticcio, come hanno confermato le proteste delle associazioni di categoria e la pioggia di emendamenti presentati da tutte le forze parlamentari quando hanno capito che cos'era stato approvato. Ieri, quindi, in commissione Finanze della Camera si è cercato di correre ai ripari. Il Pdl ha presentato un emendamento che ha cancellato totalmente la tassazione. «Si trattava di un ingiusto e inaccettabile prelievo fiscale aggiuntivo a carico di alcune categorie di giovani medici - spiega Domenico Di Virgilio, vicepresidente del gruppo parlamentare Pdl alla Camera - che avrebbe pesato su borse di studio di per sé già molto esigue». Anche l'ex ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini ha parlato di una «vittoria del buon senso».

Manuela Ghizzoni, capogruppo Pd in commissione Cultura e Istruzione alla Camera oltre alla soddisfazione ricorda che un problema però esiste e va affrontato: «Rimane aperto il tema della distinzione tra attività di studio e rapporti di lavoro nel campo della ricerca: per le prime è necessario chiarire che le borse di studio, in tutti i settori, non devono essere sottoposte a tassazione. Per chi invece svolge un'attività di lavoro si deve giungere a una figura unitaria di contratto di ricerca». Nei prossimi giorni il Pd vuole presentare una sua proposta. Andrea Sarubbi del Pd è stato il primo politico a lanciare l'allarme sui social network e a firmare un emendamento alla Camera per chiedere la cancellazione della tassa. «Per fortuna i giovani e i diretti interessati sono intervenuti e hanno permesso di cancellare una misura che avrebbe penalizzato il loro valore e le loro ricerche».



Il caso

Nasce il social network
dei cervelli in fuga

Il social network dei cervelli in fuga “Così lavoreranno anche per l’Italia”

Al via il progetto: “Più business e innovazione, grazie al crowdsourcing”

Terzi: “Vogliamo valorizzare l’immenso capitale umano che abbiamo all’estero”

Ogni anno tremila laureati vanno via: non potendo subito investire il flusso si prova a cavalcarlo

RICCARDO LUNA

ROMA

DAI cervelli in fuga alla rete planetaria di talenti. Perché da oggi l’Italia proverà a guardare a un problema annoso ribaltando lo schema classico: gli scienziati, i ricercatori, gli innovatori che stanno in giro per il mondo non dobbiamo considerarli perduti. Probabilmente non torneranno in patria, ma in fondo non ce n’è bisogno.

SEL’OBIETTIVO è continuare a farli lavorare anche per il Paese dove sono nati e hanno studiato, basta usare bene Internet. Con questa speranza il ministro Giulio Terzi oggi ha convocato alla Farnesina i principali protagonisti del mondo scientifico italiano all’estero per presentare loro un progetto che, se funzionerà, potrebbe rivelarsi rivoluzionario: una piattaforma web per consentire ai talenti di restare in rete e collaborare alla crescita economica dell’Italia.

«La conoscenza che gli scienziati italiani producono lontano da qui può avere lo stesso apporto vitale che ebbero le rimesse degli emigranti del secolo scorso», sostiene Terzi. Il punto di vista del ministro è davvero inedito per l’Italia: oggi è la conoscenza la vera ricchezza e mettendola in rete si producono innovazione e progettualità. In occasione dell’ultima edizione del Festival della Scienza di Genova lo aveva spiegato bene Carlo Ratti, direttore del Senseable City Lab del Mit di Boston e uno dei più noti tra i nostri “cervelli in fuga”: «Il contributo di un lavoratore della conoscenza può svolgersi ovunque

que e contribuire al benessere di luoghi lontanissimi da quelli in cui si trova. Vista dall’interno la fuga dei cervelli può spaventare. Ma l’Italia, stabilendo relazioni forti, può trarne una grande forza».

Lo strumento per questo atteso nuovo miracolo italiano si chiama *crowdsourcing*: il termine, coniato nel 2006 dal magazine americano *Wired*, identifica la collaborazione di moltissime persone attraverso la rete per compiere un determinato lavoro. Non è un settore marginale: secondo le ultime stime vale quasi 400 milioni di dollari, cresce del 100 per cento ogni anno e coinvolge oltre sei milioni di lavoratori in tutto il mondo. In particolare Amazon ha costruito un piccolo impero su questo terreno. Ed è particolarmente significativo che, per realizzare un progetto così fortemente simbolico, il ministro si sia rivolto a un cervello italiano che da qualche anno ha messo le tende nella Silicon Valley. Gioacchino La Vecchia, nato 41 anni ad Agrigento, è stato uno dei pionieri mondiali del web: ha partecipato alla realizzazione del primo server del *world wide web* (www) ed era nel gruppo di lavoro che varò i primi *browser*. Dopo alcune esperienze nel settore privato si è messo in proprio e alla fine del 2008 ha varato la sua terza *startup*, la più importante: *Crowdengineering*, società nata con l’obiettivo di mettere il *crowdsourcing* a disposizione di grandi aziende. Oppure dei governi. Come funziona? «In pratica mettiamo assieme persone, migliaia di persone, per fare delle cose», spiega La Vecchia semplificando pa-

recchio.

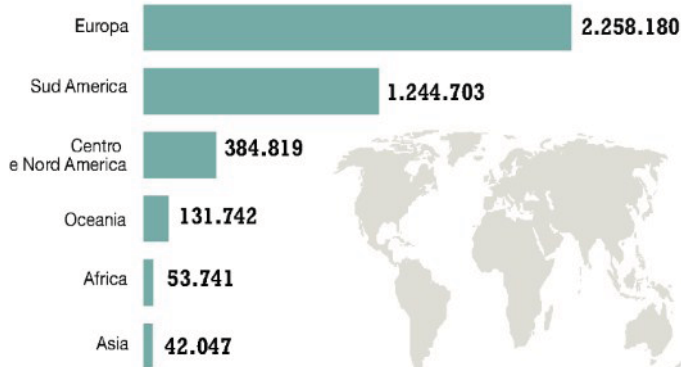
Perché, con il *crowdsourcing* le grandi aziende nel mondo gestiscono il servizio clienti, il marketing e anche la vendita di beni e servizi. Anche il governo di Barack Obama lo usa, e parecchio, soprattutto per creare reti di imprenditori (come nel caso del sito *business.usa.gov*). Ma mai nessuno finora aveva pensato di ricorrervi per non perdere il valore dei talenti in giro per il mondo. Per l’Italia si tratta di un problema antico che peggiora ogni anno. Tra il 1990 e il 1998 il numero di chi ha lasciato l’Italia è quadruplicato: soltanto i laureati sarebbero tremila l’anno, ma quel che più ferisce è il saldo negativo, il cosiddetto *brain drain*, ovvero la differenza fra quanti partono e quanti arrivano: in Francia, Germania, Spagna e Gran Bretagna non è così. Non potendo immediatamente investire il flusso, ora si prova a cavalcarlo.

È stato Terzi in persona a decidere di provare con il *crowdsourcing*, che considera lo strumento ideale «per valorizzare l’immenso capitale umano che abbiamo in patria e all’estero». Il perno del progetto saranno quindi i ventidue addetti scientifici in servizio presso le ambasciate e i consolati: finora veicolavano al mondo scientifico italiano le informazioni raccolte all’estero attraverso la rete del Riset: ora quelle informazioni saranno estese al network Extender che riunisce le imprese interessate ad opportunità di business all’estero. Sarà un’unica, grande, rete al lavoro per l’Italia.

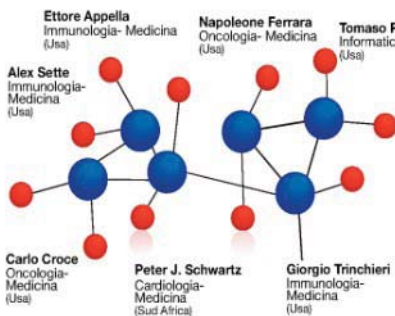
© RIPRODUZIONE RISERVATA



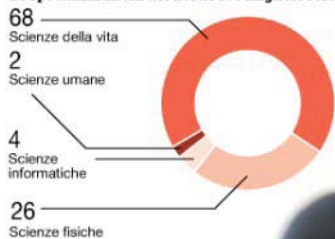
Italiani residenti nel mondo



I primi 7 ricercatori italiani all'estero



Le specializzazioni dei nostri 100 migliori scienziati



Crowdsourcing

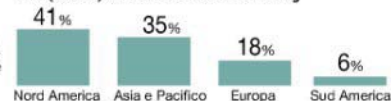
modello di business nel quale un'azienda o un'istituzione affida lo sviluppo o la realizzazione di un progetto a un insieme di persone non organizzate in una comunità pre-esistente. Il processo è favorito dagli strumenti del web

\$ 280 milioni di dollari di investimenti di venture capital nel crowdsourcing (2011)

+75% crescita del mercato (373 milioni di dollari nel 2011 contro i 214 del 2010)

+103% incremento del numero di lavoratori nel mondo (2009: 1,34 milioni, 2010: 3,1 milioni 2011: 6,29 milioni)

Chi (e dove) lavora con il crowdsourcing



Salari medi (dollari l'ora)



Fonte: Crowdsourcing Industry Analysis, 2012

Emofilia

Nella Giornata mondiale che si celebra oggi si segnalano disuguaglianze a livello globale
Nel nostro Paese bene la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto, ritardi in Sicilia, Calabria, Sardegna e Lazio. Le associazioni: "Servono delle linee guida"

Accesso alle cure, gap anche italiano

I PAZIENTI

Si stimano circa 8.338 pazienti affetti da patologie della coagulazione. Di questi, 5781 sono maschi. L'età media è di 38 anni.

I TIPI

Tre le tipologie di malattia: di emofilia A soffre il 41,7%; di emofilia B l'8,6 per cento e della malattia di Von Willebrand il 23,4 per cento.

GLI EMOFILICI

In Italia 4.198 gli emofilici: hanno carenza congenita di una proteina per coagulare il sangue (fattore VIII o IX, a seconda del tipo).

I CENTRI

Circa 40 in Italia i centri specializzati per la cura dell'emofilia. Nel mondo solo il 25% di malati ha accesso a cure e farmaci.

IRMA D'ARIA

Il mappamondo del soccorso emofilico si allarga con l'obiettivo di ridurre le differenze nell'accesso alle cure non più soltanto tra le regioni italiane ma anche nei paesi del mondo dove i livelli di assistenza sono ancora più bassi. È questo il senso degli slogan "Close the Gap" e "100% cure" che caratterizzano l'ottava Giornata mondiale dell'emofilia celebrata oggi in 113 paesi. «Lo slogan ha una duplice lettura in chiave internazionale e nazionale», spiega Gabriele Calizzani, presidente della Federazione delle associazioni emofiliche (FedEmo) che proprio oggi ha organizzato a Roma una tavola rotonda sul tema delle pari opportunità di accesso ai trattamenti. «Nel mondo soltanto il 25% dei malati emofilici ha accesso alle cure e ai farmaci. L'obiettivo sarà quello di colmare il 75% di svantaggio». In questa direzione va il "Progetto Afghanistan" per fornire strutture ospedaliere in grado di diagnosticare e curare questa malattia emorragica. «Abbiamo portato in Italia un medico e un tecnico di laboratorio afgani che hanno seguito per cinque mesi uno stage formativo presso il Centro emofilia del Policlinico di Milano», spiega Andrea Buzzi, presidente di Fondazione Paracelso che oggi a Milano ha organizzato una tavola rotonda sul terzo

settore durante la quale sarà anche proiettato il documentario *Afghanistan. Una storia diversa* girato parte in Italia e parte a Kabul. Donazioni e solidarietà con macchinari e farmaci inviati. Un gesto reso possibile anche dal fatto che ogni anno c'è un'eccedenza di 20-30 milioni di Unità internazionali del fattore VIII da plasma nazionale (per la sopravvivenza di 2500 pazienti emofilici). Ma il gap va colmato anche a livello regionale perché le differenze sono ancora forti. «Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sono le regioni in cui la situazione assistenziale è migliore rispetto ad altre regioni come Sicilia, Calabria e Sardegna, ma anche il Lazio dove al momento i 1000 pazienti possono contare soltanto su un medico presso il centro del Policlinico Umberto I», dichiara Calizzani. Proprio per superare queste disparità regionali, le associazioni chiedono da tempo l'emanazione di linee guida per le malattie emorragiche congenite. «Ora finalmente il Centro Nazionale Sangue ha prodotto delle raccomandazioni di tipo organizzativo e linee guida per l'accreditamento istituzionale dei Centri di assistenza. Ora spetta al ministero della Salute vararle», auspica il presidente di FedEmo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

