

Rassegna del 22/12/2010

SOLE 24 ORE - Il Vaticano: sul condom nessuna novità - Marroni Carlo

1

La Congregazione per la dottrina della fede. «Il Papa non ha aperto all'uso del preservativo come anticoncezionale»

Il Vaticano: sul condom nessuna novità

Carlo Marroni
CITTÀ DEL VATICANO

Dopo la pubblicazione un mese fa del libro-intervista *Luce del mondo*, dove il Papa di fatto apre all'uso del preservativo, seppure unicamente in funzione anti-Aids in un contesto di prostituzione, il Vaticano è stato sommerso di domande da parte di vescovi da tutte le parti del mondo. Le gerarchie hanno chiesto se quello pubblicato nel libro è da considerarsi a tutti gli effetti una novità dottrinale. E così dopo poche settimane è arrivata la versione ufficiale. Le parole di Benedetto XVI sull'uso del profilattico «non sono una modifica della dottrina morale né della prassi pastorale della Chiesa».

Sul tema è intervenuta ieri la congregazione per la dottrina della fede, il dicastero custode dell'ortodossia dottrinale guidato dal cardinale William Levada ma per un ventennio sotto la direzione del cardinale Ratzinger. In una nota sulla «banalizzazione della sessualità», l'ex Sant'Uffizio interviene a proposito di alcune interpretazioni date di quanto detto dal Papa nel libro, dove aveva parlato di possibilità dell'utilizzo del condom in caso di rapporto con una prostituta al solo fine di evitare il contagio dell'Aids. «L'idea che dalle parole di Benedetto XVI si possa dedurre che in alcuni casi sia lecito ricorrere all'uso del profilattico per evitare gravidanze indesiderate è del tutto arbitraria e non risponde né alle sue parole né al suo pensiero».

E infatti il tema della contraccezione non era mai stato sollevato dal libro. L'intento delle parole del Papa era chiaro e circoscritto a una fattispecie molto precisa: la presenza nell'atto sessuale di una prostituta (o prostituto maschio, secondo la versione originale) che ha contratto l'Hiv. «Il Santo Padre

non ha detto che la prostituzione col ricorso al profilattico possa essere lecitamente scelta come male minore, come qualcuno ha sostenuto», chiarisce la nota della congregazione, «la Chiesa insegna che la prostituzione è immorale e deve essere combattuta». Che prosegue: «Se qualcuno ciononostante, praticando la prostituzione e inoltre essendo infetto dall'Hiv, si adopera per diminuire il pericolo di contagio anche mediante il ricorso al profilattico, ciò può costituire un primo passo nel rispetto della vita degli altri, anche se la malizia della prostituzione rimane in tutta la sua gravità. Tali valutazioni sono in linea con quanto la tradizione teologico-morale della Chiesa ha sostenuto anche in passato». E ancora: «Nella lotta contro l'Aids i membri e le istituzioni della Chiesa cattolica sappiano che occorre stare vicini alle persone, curando gli ammalati e formando tutti perché possano vivere l'astinenza prima del matrimonio e la fedeltà all'interno del patto coniugale». Al riguardo, aggiunge, «occorre anche denunciare quei comportamenti che banalizzano la sessualità, perché, come dice il Papa, proprio questi rappresentano la pericolosa ragione per cui tante persone nella sessualità non vedono più l'espressione del loro amore».

La nota - a cui ha lavorato il segretario della Congregazione, il vescovo gesuita Luis Ladaria - in definitiva non cambia i contenuti dell'intervista, li sistematizza all'interno della dottrina, con una novità sostanziale: per la prima volta in un documento ufficiale vaticano si ammette l'uso del preservativo («se qualcuno si adopera»), come aveva fatto Benedetto XVI nel libro-intervista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 22/12/2010

TIRRENO - Retromarcia sul condom - m.v.

1

Retromarcia sul condom

*Il Sant'Uffizio "interpreta" Papa Benedetto XVI
«Strumentalizzato su prostituzione e preservativo»*

ROMA. L'apertura sul condom «non risponde né alle parole né al pensiero» di Benedetto XVI e il Papa è stato «strumentalizzato per scopi e interessi estranei al senso delle sue parole». La smentita arriva dalla Congregazione per la Dottrina della Fede in una nota su alcune letture di «Luce del mondo», il libro-intervista del pontefice, pubblicata sull'Osservatore Romano e diffusa in diverse lingue dalla sala stampa vaticana. «Sono state diffuse — si legge — diverse interpretazioni non corrette».

Per la Congregazione, che fino al 2005 fu guidata dallo stesso Ratzinger, «l'interesse del Santo Padre appare chiaro: ritrovare la grandezza del progetto di Dio sulla sessualità, evitandone la banalizzazione oggi diffusa» e «le parole del Papa, che accennano in particolare ad un comportamento gravemente disordinato quale è la prostituzione, non sono una modifica della dottrina morale né della prassi pastorale della Chiesa». In «Luce del mondo», Benedetto XVI, «non parla della morale coniugale e nemmeno della norma mora-

le sulla contraccezione» e dalle sue parole non si può «dedurre che in alcuni casi sia lecito ricorrere all'uso del profilattico per evitare gravidanze indesiderate».

E ancora: «Il Santo Padre non ha detto che la prostituzione col ricorso al profilattico possa essere lecitamente scelta come male minore, come qualcuno ha sostenuto». Per quanto riguarda poi l'attuale diffusione dell'Aids, spiega ancora l'ex Sant'Uffizio, «il Santo Padre afferma chiaramente che i profilattici non costituiscono "la soluzione autentica e morale" del problema dell'Aids e anche che "concentrarsi solo sul profilattico vuol dire banalizzare la sessualità"».

Insomma «se qualcuno — si legge ancora nella nota — praticando la prostituzione e inoltre essendo infetto dall'Hiv, si adopera per diminuire il pericolo di contagio anche mediante il ricorso al profilattico, ciò può costituire un primo passo nel rispetto della vita degli altri, anche se la malizia della prostituzione rimane in tutta la sua gravità». (m.v.)



Milano, record delle nascite senza un papà

Alla clinica Mangiagalli una mamma su cinque non dichiara un compagno

Elena Lisa
A PAGINA 27

“Sono mamma, ma resto single”

Alla Mangiagalli di Milano boom di nati senza un papà ufficiale: accade a uno su cinque

L'identikit Quarantenni, laureate spesso in carriera e senza un partner stabile: vogliono comunque un figlio

Le motivazioni «Negano agli uomini la paternità perché hanno scelto una vita indipendente a ogni costo»

Una mamma su cinque non ha un uomo. Né marito né compagno. Però, spesso, ha la laurea e magari ha pure frequentato un master.

Tutte le energie le ha spese per cercare un lavoro senza avere avuto il tempo e lo spazio di concentrarsi su una relazione giusta, stabile. Oppure c'è stata, ma la storia d'amore è andata a rotoli. Così le donne arrivano alle soglie dei 40 anni con un'occupazione diventata - forse - «sicura» e con il desiderio forte di diventare mamme. Ma visto che il tempo non fa sconti e non concede altri spazi alla riflessione, allora il figlio lo fanno, se non proprio con il primo che capita, con quello a cui non si sentono troppo legate. Non così tanto da dichiarare in ospedale, poco dopo il parto, naturalmente d'istinto, di avere un uomo accanto. Le mamme, oggi, preferiscono raccontarsi single.

LA NOVITÀ

Aumenta il numero di lesbiche: si fanno inseminare all'estero e tornano in Italia a partorire

IL TRUCCO

C'è anche chi nasconde il compagno per trovare un posto al nido più facilmente

Si definisce «sola» il 23 per cento delle donne ricoverate all'ospedale Mangiagalli di Milano, la clinica che, in Italia, si contende il primato con il Sant'Anna di Torino sul più alto numero di parti all'anno. Dice Basilio Tiso, direttore sanitario dell'ospeda-

le milanese: «È una realtà che ha molti significati. Sulle oltre 6 mila nascite all'anno sono circa 1.300 le neo-mamme che dichiarano di non avere nessuno. Tra loro ci sono quelle davvero sole. Altre, le straniere, non possono fare altrimenti: hanno lasciato una famiglia nei paesi d'origine e, qui, s'innamorano di uomini che scompaiono con la gravidanza. Poi c'è chi dice di non avere un partner per convenienza: come single è molto più facile entrare nelle liste d'attesa di un asilo nido. E quelle che ci ripensano: i genitori per riconoscere un figlio hanno tempo dieci giorni dalla nascita». E, dato in crescita negli ultimi anni, ci sono le donne omosessuali che si sottopongono all'estero alla fecondazione assistita, partoriscono in Italia, dove una compagna non possono dichiararla.

Rispetto al 2008 le mamme single sono cresciute del 7%: due anni fa, su 6750 parti, sono state 474. Rita Farris, capo-ostetrica alla Mangiagalli, spiega: «Reagiscono così so-

tre la madre si dichiarava single.

prattutto le donne italiane che hanno un buon lavoro e un buon reddito. Negano agli uomini una paternità, perché non si sentono sicure della storia d'amore o perché scelgono l'indipendenza a ogni costo».

Le donne polivalenti, sfaccettate, all'inseguimento di responsabilità e impegni che rincorrono il tempo biologico, a volte sono anche volubili. Alla Mangiagalli ancora si ricordano di quando le infermiere furono costrette a chiamare la polizia. A prendersi a botte nei corridoi erano tre uomini che si autodenunciavano padri dello stesso bimbo dopo aver pianto insieme davanti al vetro della nursery men-



Dopo la fiducia al Governo parla il ministro ai suoi primi dodici mesi sulla poltrona della Salute: ecco la rotta

L'anno riparte dalla terapia Fazio

«Il federalismo salverà conti e qualità, avanti con la governance» - I Lea? Tocca a Tremonti

«Non siete riusciti a liberarvi di me...», scherza il ministro della Salute Ferruccio Fazio, in un'intervista dopo la fiducia al Governo e a un anno esatto dalla sua nomina alla poltrona di Lungotevere Ripa. E traccia il bilancio dei suoi primi 365 giorni di attività con un lungo elenco di provvedimenti in porto: cure palliative, riforma delle farmacie, finanziamenti trasparenti per la ricerca, liste d'attesa, cure h24, intramoenia, farmaci innovativi subito fruibili nelle Regioni. E ancora il Psn e il piano oncologico che stanno seguendo l'iter parlamentare e la garanzia che sulla governance ci sarà da gennaio lo sprint in Parlamento. Unico dubbio sui Lea fermi nei cassetti dell'Economia.

Il ministro è ottimista: federalismo fiscale e costi standard consentiranno, dopo il successo dei piani di rientro, di far quadrare conti e migliorare la qualità: «Questo è certo», afferma Fazio.

A PAG. 4

A un anno dall'insediamento e dopo il voto di fiducia Ferruccio Fazio traccia il bilancio d'attività



«Non vi siete liberati di me»

Federalismo fiscale e costi standard "ciambelle di salvataggio" anti-crisi

«Non siete riusciti a liberarvi di me...». Il 14 dicembre il Governo ha incassato d'un pelo la fiducia e proprio il giorno dopo il professor Ferruccio Fazio ha compiuto un anno da ministro della Salute.

Un anno vissuto tempestosamente? Con buon successo, dice non solo tra le righe il professore ministro, nell'elencare tutti i provvedimenti portati all'incasso nei suoi primi 365 giorni sulla massima poltrona della salute pubblica. Che ce ne possano essere molti altri nel 2011 è un'incognita grande come una casa, è chiaro, visti i numeri e la situazione politica nazionale. Eppure Fazio è fiducioso. Perfino sui destini di nostra Sanità pubblica: eccellente e gradita agli italiani, giura. Tagli all'orizzonte e smantella-

menti? Macché, ci saranno sua maestà federalismo fiscale e i salvifici costi standard a fare da cane da guardia contro sprechi, disconomie e qualità da recuperare. Professione ministro, professione ottimismo. Che in fondo è un po' il sale buono della vita. In fondo.

Professor Ferruccio Fazio, ha compiuto un anno da ministro proprio il giorno dopo la fiducia al Governo. Guardi le coincidenze.

Non siete riusciti a liberarvi di me. Cosa vuole che le dica, andiamo avanti e continuiamo a cercare di fare quel che serve alla gente.

È stato un anno - per non dire dell'anno e mezzo prima, da sottosegretario e poi da vice ministro - tempestoso?

Un po' di cose le abbiamo portate a casa, non cre-

de? **Proviamo a fare un elenco.**

Le cure palliative, ed è stato un grande risultato. Ma anche la riforma delle farmacie, i finanziamenti trasparenti per la ricerca, le liste d'attesa, l'h24, l'intramoenia. I farmaci innovativi immediatamente fruibili nei prontoai regionali. Il piano sanitario nazionale e il piano oncologico che adesso stanno seguendo il loro iter parlamentare. E poi il lavoro fondamentale che abbiamo fatto con le Regioni sottoposte ai piani di rientro grazie a un affiancamento poderoso che è stato possibile anche grazie alla riforma dell'Agenas. E poi...

Ancora?

Il patto per la salute, naturalmente.

Che tremare il mondo fa...

E di cui a me piace ricordare tra l'altro il problema del controllo di qualità, che non a caso è presente nel decreto sul federalismo fiscale e i costi standard.

Ministro, il suo è un elenco con o senza ordine di importanza?

Sono tutti argomenti che servono alla gente: questa è la cosa di cui sono più contento.

La gente intanto s'aspetta certezze dall'anno che verrà. Lei crede che il 2011, al di là delle turbolenze della politica, sarà positivo per la tenuta del sistema pubblico della salute?

Al di là delle turbolenze politiche, io credo che tutto il Governo sia riuscito a dimostrare di saper portare avanti i progetti e che sono state realizzate cose molto importanti in tutti i settori.

Proprio senza problemi e vuoti da colmare, almeno sanitarimente parlando?

In un Paese come l'Italia non si può mai dire che si è compiuto tutto. È un processo lungo e complesso. Per quanto attiene la manutenzione della Sanità, lo diciamo sempre che se non la si fa continuativamente, si ferma. In tutti i Paesi del mondo s'è imposta la necessità di ridisegnare la Sanità in previsione di quelli che saranno gli andamenti demografici, potenziando il territorio e la gestione dell'ammalato cronico non nell'ospedale, ma sul territorio. È una vera e propria manutenzione che va fatta, ma poi ne verranno altre di sfide, il lavoro non finisce mai.

Eppure, professore, tutte le previsioni ci dicono che in una fase di prolungata "crisi" finanziaria ed economica, e quindi sociale, per la Sanità pubblica c'è da aspettarsi tempi sempre più cupi. Con la disoccupazione che cresce, le famiglie che si impoveriscono, l'invecchiamento della popolazione che avanza e reclama più cure e più attenzione, sarebbe un disastro. È solo catastrofismo?

Io ho sempre espresso grande ottimismo dovuto al fatto che se riusciamo, in particolare nelle regioni con i piani di rientro e commissariate, ma non solo in quelle, a ridurre gli sprechi e a rendere più omogenea livellandola verso l'alto la qualità dell'assistenza, riusciremo a realizzare risparmi cospicui e a reinvestirli nell'assistenza stessa. La nostra Sanità non può che migliorare e io credo che questa sia la strada per riuscirci.

Bastasse...

La nostra Sanità già è buona, come ha dimostrato ultimamente anche il rapporto del Censis. È buona anche come qualità percepita. E, badi bene, gli italiani non sono affatto teneri. Altri sondaggi nel tempo hanno indicato a esempio che le farmacie sono i servizi più graditi dai cittadini, più dei supermercati, di Internet, dei cinema, dei teatri... Credo che tutto questo la dice lunga.

Lei fa giustamente pro-

fessione di ottimismo. Lo spirito positivo serve, soprattutto in periodi non facili. Però ciò che si teme è che per il servizio pubblico possano arrivare tempi difficili e che la lotta agli sprechi possa non bastare. Che l'addio al tutto a tutti possa far perdere molto a tutti, soprattutto a chi ha meno.

Non mi sembra che ci siano elementi per essere pessimisti. Faccio un altro esempio, almeno per spiegare quanti margini di "recupero" possano esserci: il decreto sul federalismo fiscale per quanto riguarda la non rieleggibilità degli amministratori, compresi quelli delle Asl, che non hanno bene operato, va nella direzione giusta. Credo che il nostro Paese quantomeno sul versante della Sanità abbia imboccato una strada molto buona che lo mette assolutamente all'avanguardia rispetto a tutti gli altri Paesi europei. E non parliamo dell'America...

Col federalismo dunque non ci sarà alcun arretramento della tutela della salute pubblica?

È vero esattamente il contrario. Col federalismo ci sarà un notevolissimo vantaggio: è fatto apposta per evitare gli sprechi. E siccome sappiamo che evitando gli sprechi miglioriamo la Sanità, questa è la risposta: avremo una Sanità migliore che costerà meno. Questo è sicuro.

Senza preoccupazioni per i costi standard?

Ancora, le ripeto: è esattamente il contrario.

Grande ottimismo il suo...

Grandissimo ottimismo e fiducia nei costi standard come modo per ridurre gli sprechi e migliorare la Sanità.

I costi standard si riferiranno a tre regioni, una del nord, una del centro e una del sud?

No. Abbiamo già detto diverse volte che i costi standard non prevedono una divisione geografica, ma che verranno calcolati sulla base delle regioni con i conti in ordine e che hanno in ordine anche gli indicatori di appropriatezza. Noi come Ministero dovremo indicarne cinque, tra cui le regioni ne sceglieranno tre. E se tra queste ce ne sarà una del

nord, una del centro e una del sud e le regioni vorranno sceglierle secondo questo criterio, saranno loro a deciderlo. Il Ministero le indicherà sulla base di criteri oggettivi e non geografici.

Intanto in base al patto per la salute tutte le regioni, non solo quelle sotto piano di rientro, dovranno ridurre i ricoveri inutili e avere una dotazione di posti letto adeguata ai veri bisogni.

Il patto è un modo per evitare alle regioni di avere deficit, dover fare piani di rientro e avere cattiva Sanità.

Meno posti non significa taglio di prestazioni?

Parliamo di meno posti letto per acuti che, s'intende, dovranno essere molto qualificati e molto tecnologici, lavorare per intensità di cure e con un altissimo livello di apparecchiature. Non si potrà più accettare un ricovero per acuti in un ospedale generalista che non dia il massimo. In quest'ottica, un certo numero di pazienti, e in particolare tutti quelli con malattie croniche, andranno curati sul territorio. Il che non significa che non avremo una sorta di istituzionalizzazione e di ospedalizzazione, ma che la potranno avere a livello di post acuzie, di lungodegenza o addirittura di semi-residenzialità.

Che ne pensa dell'esito delle prime valutazioni dei medici secondo il modello della riforma Brunetta?

È un risultato positivo. Non mi aspettavo nulla di meno, ho sempre avuto molta fiducia nei medici.

Niente più premi a pioggia...

Non solo niente più premi a pioggia. Ma anche più rigore, voglio ripeterlo, e non solo per i medici, ma anche per gli amministratori come prevede il federalismo fiscale.

Può dare una parola di conforto ai suoi colleghi medici?

I medici stanno facendo un grande lavoro. Anche l'indagine del Censis ha dimostrato che gli italiani si fidano dei medici. È vero che la cosiddetta malasanità fa notizia, ma la maggioranza degli italiani non pensa che i nostri non siano bravi medici.

Sono più bravi anche i manager delle Asl, sembrerebbe. Peccato che la partitocrazia non molla la presa.

Sono d'accordo con lei.

Che facciamo allora?

Aumentiamo la trasparenza. Come è scritto nella proposta sul governo clinico in discussione in Parlamento.

Che s'è un po' persa di vista...

C'è stata turbolenza politica e il Parlamento ha avuto la legge di stabilità da trattare, ma credo che a gennaio sarà una delle prime leggi che ripartirà a Montecitorio.

Sempreché a gennaio la turbolenza non cresca. Spingerà forte affinché la legge sul dolore venga effettivamente applicata?

Abbiamo predisposto una serie di decreti attuativi e avviato altre iniziative, dalla formazione alla creazione di un osservatorio. Alle regioni abbiamo appena inviato le linee guida per la rete sulle cure palliative e la terapia del dolore. Siamo stati e saremo vigili.

E i Lea nel 2011 li avremo?

Non ho più nulla da dichiarare su questo.

Lo chiediamo a Tremonti?

Mi auguro che quanto prima possa essere dichiarata la loro sostenibilità.

Un augurio per l'anno che verrà?

Continuare a fare - chiunque ci sia al Governo - cose nell'interesse dei cittadini e andare avanti a migliorare la manutenzione di questa nostra Sanità che è una buona Sanità e che, proprio perché è buona, è più adatta a mantenersi. E poi continuare l'ottima collaborazione con tutti gli operatori del settore. È fondamentale.

È più alto il rischio clinico o il rischio di fare il ministro?

Credo che ai cittadini interessi più risolvere il rischio clinico che produce anche molta medicina difensiva, che è negativa anche per loro.

Se dovesse scegliere il rischio da risolvere?

Se dovessi scegliere di risolvere un problema, risolverei sempre quello dei cittadini.

(Grazie ministro, anche noi lo preferiremmo. R.Tu.)



LE COSE FATTE



LOTTA AL DOLORE E CURE PALLIATIVE

La legge 38/2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore è stata approvata all'unanimità dal Parlamento il 9 marzo scorso con voto bipartisan. Le nuove norme semplificano la prescrizione dei farmaci oppioidi e disegnano l'identikit delle reti di assistenza che le Regioni dovranno attuare. In più la legge prevede l'obbligo di rilevare il dolore nella cartella clinica. Dopo il varo della legge il ministero sta provvedendo alla sua attuazione con una serie di provvedimenti.



FARMACIA DEI SERVIZI E FARMACI INNOVATIVI

Intesa Stato-Regioni il 18 novembre sui Dlgs applicativi della farmacia dei servizi dove si potranno prenotare prestazioni specialistiche, pagare i ticket e ritirare referti, eseguire prestazioni «di prima istanza», dispensare e consegnare a domicilio farmaci e dispositivi medici, mettere a disposizione operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti per prestazioni domiciliari richieste dal medico. La stessa Conferenza ha dato il via libera anche al decreto che prevede l'inserimento immediato (30 giorni) dei farmaci innovativi nei prontuari regionali.



PIANI PREVENZIONE E PARTI SICURE

Intesa Stato-Regioni il 29 aprile sul piano nazionale prevenzione. Quattro le aree: medicina predittiva, prevenzione collettiva, programmi per la popolazione a rischio e per la prevenzione di complicanze e recidive di malattia. E il 16 dicembre la Stato-Regioni ha dato il via libera anche alle linee guida sui punti nascita che rivede l'organizzazione delle strutture eliminando quelle con meno di 500 parti l'anno.



RIFORMA BRUNETTA E PIANO E-GOV

Il Dlgs 150/2009 prevede tra l'altro criteri rigidi per l'assegnazione dei premi di produttività (50% al 25% dei più meritevoli, 50% al 50% di personale premiabile nulla per il rimanente 25% di "bocciati") e la revisione delle aree di contrattazione che diventano 4 da 8 con l'accorpamento di Ssn e Regioni. Previsti anche i certificati on line che decolleranno definitivamente a inizio 2011 anche grazie al piano e-gov 2012 che informatizzerà la Sanità entro il prossimo anno.



LISTE D'ATTESA E CUP

L'intesa raggiunta a fine ottobre è sulla «GU» del 23 novembre. Quattro le classi di priorità: interventi urgenti da garantire entro 72 ore; 58 prestazioni a rischio con un tempo massimo d'attesa di 60 giorni (30 per le analisi) e gli altri interventi programmabili. Tempi blindati per oncologia e cardiovascolare e un ruolo strategico ai Cup, titolari della regia complessiva dell'operazione, il cui riordino è stato approvato con un'ulteriore intesa nella stessa Conferenza.



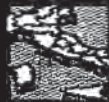
FONDI INTEGRATIVI

Con un decreto firmato a novembre 2009 è stata costituita presso il ministero l'«Anagrafe» dei Fondi integrativi sanitari. Nello stesso decreto si precisa anche che i Fondi dovranno garantire almeno il 20% del totale delle prestazioni all'odontoiatria e alla non autosufficienza, pena la perdita delle attuali agevolazioni fiscali. Lo scorso 15 novembre è scaduto il termine per l'iscrizione all'Anagrafe: sono circa 300 i Fondi attualmente iscritti.



INTRAMOENIA

Intesa Stato-Regioni il 18 novembre. Il testo non modifica la legge 120/2007 né i contratti, ma prevede paletti più rigidi per evitare surplus di libera professione a pagamento a danno delle prestazioni istituzionali. Obiettivo: massima trasparenza di prenotazioni e visite anche grazie alla partecipazione dei cittadini con i medici alle commissioni di verifica dell'attività per garantire che le ore di intramoenia non superino quelle di attività istituzionale né ci siano conflitti di interesse.

LE COSE DA FARE**FEDERALISMO E COSTI STANDARD**

Il 29 aprile dell'anno scorso è stata approvata la legge delega (42/2009) sul federalismo fiscale. Entro il 2011 il Governo deve approvare tutti i decreti attuativi. Tra i punti cardine della riforma l'autonomia di spesa ed entrata per Regioni ed Enti locali e il superamento del finanziamento attraverso la spesa storica con l'introduzione del criterio dei costi standard. Attualmente è all'esame delle Regioni il Dlgs che definisce l'autonomia fiscale e i costi standard per la Sanità.

**PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

La bozza di Psn 2011-2013 ha ottenuto il primo via libera delle Regioni il 18 novembre. L'iter prevede ora l'approvazione del Consiglio dei ministri, i pareri delle confederazioni sindacali e delle commissioni parlamentari di merito per poi approdare per il varo definitivo in conferenza Stato-Regioni. Tra le 12 azioni previste per lo sviluppo c'è un maggiore impulso alla prevenzione potenziando l'attività informativa ed educativa dei medici di famiglia per l'adozione di corretti stili di vita.

**GOVERNO CLINICO E RISCHIO CLINICO**

Idue Ddl sono all'esame della commissione Affari sociali della Camera (Governo clinico) e Igiene e Sanità del Senato (responsabilità professionale e rischio clinico). La governance contiene norme per l'elezione di manager, primari e regole per istituzionalizzare l'intramoenia allargata. Il rischio clinico prevede percorsi per ridurre la medicina difensiva.

**PSICHIATRIA E PIANO ONCOLOGICO**

In Parlamento ci sono una serie di Ddl che puntano a riformare la legge «Basaglia» 180/1978, mentre il ministro Fazio ha annunciato delle «linee di indirizzo» sulla salute mentale da discutere con le Regioni. Per quanto riguarda i tumori il 22 gennaio scorso il ministero ha presentato il nuovo piano oncologico nazionale 2010-2012. Il piano attualmente è all'esame delle Regioni.

**LIVELLI ESSENZIALI**

Approvati a maggio 2009, i nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea) che avrebbero dovuto sostituire quelli del 2001, sono ancora fermi nei cassetti dell'Economia che deve decidere sulla loro sostenibilità economica. La versione concordata da Salute e Regioni ha previsto misure (aumento Drg a rischio di inappropriatezza) che generano risparmi, ma ha anche cambiato il panorama delle prestazioni inserite nei nomenclatori di specialistica e protesica considerate a rischio economico.

**CURE «H24»**

Il via libera all'intesa Stato-Regioni si è avuto il 26 marzo 2009. Entro il 25 maggio era prevista la predisposizione dei progetti operativi regionali. Ma in molte Regioni non sono ancora realizzati i 5 modelli dell'intesa: ambulatori per gestire i codici di minor gravità accanto ai pronto soccorso, punti di primo intervento sul territorio per le emergenze maggiori, presidi ambulatoriali distrettuali, assistenza territoriale integrata, ambulatori territoriali integrati.

**BIOTESTAMENTO**

Il Ddl sulle «Dichiarazioni anticipate di trattamento», presentato dopo il clamore suscitato dal caso di Eluana Englaro, è stato approvato dal Senato il 26 marzo del 2009. Il testo prevede tra l'altro che l'alimentazione e l'idratazione artificiali non possono mai essere sospese, se non in casi eccezionali. Il Ddl è stato approvato con modifiche dalla commissione Affari sociali della Camera e da mesi attende l'esame dell'Aula.



Scongiorata la crisi la macchina della politica tenta il riavvio: ecco l'agenda della salute

Incognite e promesse del 2011

Ripartenza aspettando il milleproroghe - Primi nodi: ticket e riparto

Prima di salutarci per le feste facciamo due soldi di facili pronostici: a gennaio - quando ci ritroveremo - scopriremo che non è cambiato nulla o quasi.

Passato il tormentone di matrimoni, fratture e fughe che hanno rallegrato il dibattito politico degli ultimi mesi, celebrato l'armistizio Governo-Regioni sulle spine del federalismo e festeggiato lo scadere dei primi 365 giorni di **Ferruccio Fazio** al timone della Salute pubblica, il confronto tra quanto s'è fatto e quanto c'è da fare non richiede grandi sforzi d'immaginazione.

Nei due anni e poco più di Governo di cui abbiamo appena recensito ceneri e risurrezioni, la Sanità ha navigato più o meno a vista: grandi leggi e grandi riforme se ne sono viste poche. Tutto o quasi s'è svolto sul filo delle manovre, per definizione utili a raddrizzare la barra più che a tracciare rotte per nuovi orizzonti.

Grandi dibattiti, certo, ce ne sono stati: sul dolore e sul fine vita. Il primo è arrivato in porto tra mille tormenti e ancora se ne parla: non c'è altra legge che abbia meritato tanti bilanci nei primi sei mesi di vita. Del testamento pure si parla e si litiga: la legge - scommettono a destra e a sinistra - forse non si farà mai.

Successi dell'ultim'ora la farmacia dei servizi - che resta tutta da applicare - e la spallata al federalismo delle cure, con i sì delle Regioni all'intesa sull'accesso ai farmaci innovativi. A punteggiare lo sfondo restano intese e decreti (leggi, appunto, non se ne fanno) che ridisegneranno - sempre se e quando saranno applicate - il pianeta della prevenzione, quello dei Fondi integrativi, quello delle liste d'attesa. E infine - magiche e immaginifiche come solo certe tecnologie sanno apparire - tutte le novità dell'e-gov, per ora affidate alle inesauribili contese su certificati che di andare on line ancora non vogliono saperne.

Tra mille chiacchiere e stop&go anche il federalismo è andato in direzione del capo-

linea, accompagnato dal fantasma dei costi standard divenuti la vera araba fenice della partita. Ora le carte ci sono, ma che federalismo sarà lo sapremo solo fra un anno, quando la macina comincerà a girare sul serio. Nel frattempo per i governatori e per i cittadini di cui amministrano le sorti il primo rebus da sciogliere è un po' più di corto respiro: il primo è la copertura dei ticket sulla diagnostica capricciosamente coperta dalla manovra di luglio solo fino a maggio. Dalla sciagurata invenzione del balzello in avanti si riassume sempre alla stessa querelle. Le Regioni hanno replicato anche stavolta: il Governo trovi i soldi o pensi lui a far pagare il ticket.

La risposta definitiva è attesa tra Natale e Capodanno, col «milleproroghe» che qualche sorpresa la porta sempre con sé. Di scontato ci sarà - perché c'è sempre da quasi un decennio e perché Fazio lo ha appena ripromesso ai medici - la proroga dell'intramoenia a studio. Un must sotto l'albero. Per altri argomenti sodi bisognerà aspettare il nuovo anno. Le occasioni non mancano. Di stringente, da subito, c'è il riparto del Fondo sanitario per il 2011 su cui le Regioni del Sud hanno già fatto barriera: dividerli "bene" è indispensabile perché è su questa gestione che l'anno prossimo si giocherà la nuova partita federalista, con carte ancora tutte da scoprire.

A seguire ci potrebbe essere un cambio di scena. A sorpresa l'azione potrebbe spostarsi in Parlamento dove Fazio dice di voler riprendere e chiudere la partita sulla Governance: un'eredità di cui il ministro continua a riappropriarsi e che spera di servire sul piatto d'argento ai colleghi medici il prima possibile.

E ancora, il rischio clinico - su cui il ministro non ha mancato di impegnarsi anche nei momenti più caldi della crisi politico-parlamentare degli ultimi mesi.

Ma la partita che forse sta più a cuore al ministro è quella della riorganizzazione di

pesi e misure tra ospedale e territorio: sull'argomento ad alta tensione delle cure «H24» Fazio ci ha messo la faccia già da viceministro. Perché ci crede e perché almeno su una cosa ha senz'altro ragione: l'assistenza così com'è ancora organizzata da noi fa bene alla salute ma rischia di esplodere. Se si riuscirà a evitarlo e se ci sarà da festeggiare di più ce lo diremo nel 2011. In attesa di sapere se voteremo o no.

Sara Todaro

Foto: P. B. / CONTRASTO / G. B. / CONTRASTO



8 maggio 2008

Il IV Governo Berlusconi giura: 22 ministri, 5 viceministri e 33 sottosegretari. Il ministero della Salute è accorpato al Welfare e il settore è affidato a tre sottosegretari.

26 marzo 2009

Via libera del Senato al disegno di legge sul **testamento biologico**. Il Ddl è stato approvato con 150 voti a favore, 123 contrari e 3 astenuti. Il testo è all'esame dell'aula della Camera.

29 aprile 2009

Contro l'**influenza A** viene istituita con ordinanza, presso l'ufficio di gabinetto del settore salute, l'Unità di crisi incaricata di gestire l'emergenza.

3 dicembre 2009

Intesa Regioni e Governo sul **Patto per la salute 2010-2012** in parte confluito nella Finanziaria 2010: il Fsn aumenta di 1,6 miliardi nel 2010, 1,7 nel 2011 e del 2,8% nel 2012.

9 dicembre 2009

Pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale» la determina dell'Aifa di autorizzazione all'immissione sul mercato italiano della **pillola abortiva RU486**.

**15 dicembre 2009**

Ferruccio **Fazio**, prima sottosegretario, poi viceministro, è nominato **ministro della Salute**. Al suo fianco due sottosegretari, Francesca Martini ed Eugenia Roccella.

7 ottobre 2010

Approvazione preliminare del Consiglio dei ministri del Dlgs sull'autonomia di entrata per le Regioni e la determinazione di costi e **fabbisogni standard sanitari**.

28 ottobre 2010

Intesa Governo-Regioni sul **piano nazionale liste d'attesa 2010-2012**: previsto un doppio binario per differenziare le prestazioni urgenti da quelle erogate con finalità preventive.

FARMACI & SOCIETÀ

Cercasi regole anti-conflitto d'interesse

DI ANTONIO JIRILLO *

La crisi economica con la contrazione di risorse da devolvere alla Sanità ha indotto già a partire dal 2009 a mettere a punto regole o comportamenti per calmierare il fenomeno dei conflitti di interessi sia tra l'industria del farmaco e il singolo medico che anche tra l'industria del farmaco e le società scientifiche.

Gli Usa si sono dotati di un sistema elaborato dall'Iom (Institute of medicine) per controllare i conflitti di interesse ai vari livelli, già attivo da circa 2 anni. Nel recente articolo di J. Hopkins Tanne «Us speciality societies are urged to adopt code on relations with industry» (Bmj 2010;340:2246) le società scientifiche vengono fortemente esortate ad adottare un codice di comportamento con l'industria del farmaco. Si cita a esempio come nei corsi, le società si devono adeguare alle norme del Consiglio di accreditamento per l'Educazione continua in medicina, norme che sono relative al sostegno commerciale e anche a mantenere il controllo della programmazione e delle attività formative. Ai relatori deve essere vietato di utilizzare presentazioni preparate dalle compagnie:

Così sempre i relatori devono essere incoraggiati a usare nomi dei farmaci generici e a presentare diverse opzioni di trattamento. I simposi satellite durante le riunioni delle società devono essere sottoposti a un processo di selezione e rispettare ancora una volta le norme del Consiglio di accreditamento per l'Educazione continua in medicina.

Nello sviluppo delle linee guida, le società devono basarsi su prove scientifiche e seguire un processo trasparente non influenzato dalle aziende. I membri dei comitati che sviluppano le linee guida devono indicare i loro legami con le aziende e le società devono attuare politiche per affrontare i conflitti di interesse (come il divieto per tali membri di redigere le linee guida).

Le riviste delle singole società devono mantenere la loro indipendenza dalle società e dai suoi inserzionisti e devono richiedere agli autori di rivelare le relazioni finanziarie

o di altro genere con le aziende **farmaceutiche**. Allo stesso modo i redattori e revisori di riviste scientifiche devono dichiarare tali relazioni.

A una analisi preliminare, queste norme tardano a essere concretizzate nella pratica quotidiana e ancora si assiste alla pubblicazione di articoli scientifici, anche quelli su riviste con l'impact factor elevato, troppo farmaco-oriented.

In Europa ha destato sorpresa l'articolo di J. Carlowe «Drug companies to declare all payments made to doctors from 2012» (Bmj 2010; 341:6290) in cui le aziende **farmaceutiche** britanniche dichiareranno a partire dal 2012 l'ammontare e il numero dei pagamenti fatti a medici per conferenze, partecipazioni a commissioni, consulenze e inviti a congressi.

In questa operazione viene comunque tutelata una forma di privacy in cui non compare il nome del medico. Anche omaggi ai medici quali pranzi e viaggi sono da ritenere inaccettabili.

Nel nostro Paese al momento non ci sono state chiare prese di posizione da parte di enti regolatori e alcune norme anticorruzione di interessi elaborate da società scientifiche restano sulla carta e magari dalle stesse società vengono eluse.

Molto interessante quanto riportato da Giuseppe Tibaldi su «Dialogo sui farmaci» n. 2/2010 nell'articolo «La polvere del marketing lo sponsor bias nella ricerca psichiatrica»: «Le considerazioni appena esposte inducono a pensare che il contrario della Ebm sia la Mbe, ossia la Marketing based enticement. Le possibili traduzioni di "enticement" sono: seduzione, lusinga, adescamento, istigazione. Il loro comune denominatore è molto lontano da quello che si vorrebbe ispirasse la decisione medica, nell'ambito del dibattito sulla produzione di "evidenze impolverate" (dalla polvere del marketing), la responsabilità principale del Mbe non è attribuibile alle case **farmaceutiche**, che perseguono - legittimamente - il massimo profitto, ma ai medici che si prestano all'adescamento e alle Università che non

esercitano controlli sui conflitti di interesse dei propri docenti».

Anche Salvatore Palazzo nel recente testo dal titolo «Per un'oncologia sostenibile: teoria e pratica della green oncology» sostiene che in oncologia medica uno dei temi emergenti riguarda la consapevolezza dell'impatto globale dei farmaci antitumorali innovativi nel contesto sociale, economico e sanitario, entro cui si realizzi il loro utilizzo:

Nel nostro Paese e forse anche in Europa si assiste più a una presa di coscienza dei singoli sul problema di calmierazione dei conflitti di interessi in Sanità che a una chiara posizione da parte di enti regolatori. Si auspica che l'anno 2011 possa portare delle novità in questo campo.

* Istituto Oncologico Veneto Ircs
Struttura «Valutazione e introduzione di nuovi farmaci nelle terapie oncologiche»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Milano Più di cento perquisizioni in tutta Italia, smantellata una rete di negozi

Le nuove droghe chimiche Vendute come deodoranti

Trovata la fabbrica delle «smart drugs», sette arresti

MILANO — Parlano della stessa cosa, anche se non sembrerebbe. Loro: «La gente è andata fuori di testa per il Cream, ne ho richieste mostruose...», si entusiasmano i trafficanti al telefono (intercettato) per quanti soldi stanno facendo fare loro le nuove combinazioni di droghe chimiche appena lanciate sul mercato: a patto di essere sempre all'avanguardia, ovviamente, perché «oh, l'importante è che riusciamo a essere non dico i primi, ma almeno i secondi e terzi ad averli sul mercato».

Lui: «Dopo solo tre tiri di sigaretta di un deodorante comprato in un negozio etnico avvertii subito capogiri, tremore alla lingua, grosse difficoltà a respirare, non riuscivo nemmeno più a ingoiare», racconta dal proprio punto di vista il ragazzo di 20 anni origine dell'inchiesta, sentitosi male e salvato dal Centro antiveleni dell'ospedale Cardarelli di Napoli.

E' l'incrocio tra una nuova offerta e una nuova domanda di quelle che gli anglosassoni chiamano «droghe furbe».

Botteghe rassicuranti, spesso griffate «etniche» o «verdi», o negozi su Internet dall'accattivante marketing. E prodotti altrettanto tranquilli in teoria: tisane, incensi, deodoranti di ambienti, sali da bagno, integratori alimentari ed energizzanti. Solo che, dietro questa «vetrina» e dentro questi prodotti, per gli inquirenti si cela un nuovo modello «culturale» di consumo di droga: coltivato da imprenditori specializzati nel «commercializzare su scala internazionale droghe sintetiche» sempre nuove e «dissimulate in prodotti apparentemente innocui, pubblicizzati in un circuito di consumatori fidelizzati» con nomi come Spice arctic synergy, Bonzai, Cream.

E' quella che il pm milanese Antonio Sangermano, nell'ot-

tenere ieri l'arresto di 7 persone per traffico di droga e 112 perquisizioni in negozi di 15 regioni, chiama «dissimulazione camuffatoria delle sostanze psicotrope, consistente nell'inserire principi attivi già identificati» (e inseriti nelle tabelle ministeriali che elencano le droghe) dentro «un prodotto-esca apparentemente lecito e conforme ad un astratto modello commerciale, tipo un deodorante per ambienti».

A rendere particolarmente «insidiosa» questa attività, spiega il gip Laura Anna Marchiondelli, è appunto il fatto che, accanto alla commercializzazione di sostanze psicotrope già inserite nelle tabelle ministeriali, gli arrestati ruotanti attorno allo stabilimento «Tessier-Ashpool srl» di Peschiera Borromeo (Milano) erano abilissimi nello sfruttare il lasso di tempo tra la scoperta di una nuova sostanza drogante e la sua introduzione nelle tabelle. E investivano perciò nella «ricerca, predisposizione, raffinazione e utilizzazione di principi attivi psicotropi non ancora introdotti in tabella», in modo da impiegarli prima che finissero sulla lista delle sostanze vietate e quindi senza incorrere in alcuna censura penale fino a quel momento.

Il miglior antidoto perché un consumatore smetta di colpo di assumere queste droghe, paradossalmente, sono le intercettazioni dei sette arrestati ieri dai carabinieri del Nas, tutti presi a discettare di «gomme», «solventi», «ceneri», «polveri», «acetone», «resine» e gli altri ingredienti con i quali «assemblare» i vari principi attivi scovati in Cina, Olanda e Gran Bretagna.

Quando i carabinieri si presentano a perquisire lo stabilimento di Peschiera Borromeo, le assistenti dei dirigenti aziendali si precipitano a cercare di limitare i danni e nascondere il nascondibile: con scarso esito, però, perché sono anche qui le intercettazioni

(«se aprono la porta di quella stanza siamo finiti») a fare scoprire le materie prime occultate sotto un pavimento removibile, in una cella frigorifera e sopra un bagno.

Luigi Ferrarella

lferrarella@corriere.it

15 Le regioni
Nelle quali sono state eseguite le perquisizioni

30 I chili
di allucinogeni sequestrati dai Nas



Assistenza Cinque euro a ricetta e 1,5 per ogni medicinale. Esenti i redditi fino a 10 mila euro

Ticket anche per i malati di cancro

Unico caso in Italia, effetto del commissariamento della sanità

Cinque euro a ricetta e 1,5 euro per ogni confezione di farmaci acquistati. È il ticket che dal primo dicembre scorso pagano tutti i pazienti campani, anche quelli con malattie gravi e invalidanti, cancro compreso. Uniche eccezioni: trapiantati e dializzati, o persone il cui reddito non supera i 10 mila euro netti in un anno. Rimedio draconiano imposto dallo sfioramento dei conti della sanità. Commenta Luigi Sparano, presidente dei medici di famiglia: «Mai adottata altrove una misura così onerosa per i cittadini».

A PAGINA 3 Russo

Ticket, ora pagano anche i malati gravi

Sparano, presidente dei medici di base: «Misura mai adottata in altre regioni»

Effetto sfioramento

Per tentare di rientrare dall'enorme deficit dal primo dicembre deciso l'ampliamento del ticket

Ordine dei medici

Preoccupato il presidente Peperoni: «Così non si garantisce la giusta assistenza»

NAPOLI — Per favore non ammalatevi più. Perché vi toccherà pagare un ticket di 5 euro per ricetta e di 1,5 euro per ogni confezione di farmaco. Che abbiate un semplice raffreddore o il diabete poco importa. Anche se soffrite di una patologia grave e invalidante (fate gli scongiuri) cancro compreso, dovrete sottoporvi all'odioso balzello su ricetta e confezione di farmaci. A meno che il vostro reddito non sia pari a diecimila euro lordi annui.

Il ticket regionale esteso anche agli ammalati cronici e gravi (unici esentati: trapiantati e dializzati) è il regalo sotto l'albero ai residenti campani di una sanità pubblica che scivola sempre più verso il fondo classifica, in zona retrocessio-

ne per usare una metafora calcistica. Una misura draconiana che non ha eguali in nessun altro angolo d'Italia, entrata in vigore nel silenzio generale dal 1 dicembre scorso.

Tra l'altro pagare è anche difficile perché la maggior parte delle Asl non è attrezzata con un servizio cassa adeguato e spesso occorre restare in fila per ore.

«È uno degli effetti più gravi del commissariamento della sanità campana — conferma Luigi Sparano, presidente della Federazione medici di famiglia — altre regioni come Abruzzo, Calabria e Lazio hanno subito il commissariamento, ma mai in misura così pesante per gli assistiti».

E magari fosse solo un problema di ticket. In tal caso non si potrebbe parlare di «compressione dei livelli essenziali di assistenza» come sottolinea ancora Sparano.

La verità è che se non si mette mano al portafoglio e si pagano analisi e prestazioni ambulatoriali, ricorrendo ai privati, nella nostra regione c'è poco da farsi curare o da prevenire.

Stiamo esagerando? Be', giudicate voi stessi. Ecco una piccola rassegna dei tempi medi di attesa per un esame o una visita specialistica nell'Asl Napoli 1. Una Tac all'ambulatorio di corso Vittorio Emanuele richiede 25 giorni: per un'eco-

grafia addominale al Poliambulatorio Napoli est si dovranno aspettare 43 giorni. Una risonanza magnetica al cervello, sempre al corso Vittorio Emanuele, richiede ben 4 mesi di attesa (un lusso che un paziente oncologico non può permettersi); sempre nello stesso ambulatorio si arriva a 189 giorni (sei mesi!) per una risonanza dell'addome. Anche per le analisi meno invasive le cose non vanno meglio: al poliambulatorio di Secondigliano visite oculistiche esami doppler e vascolari si prenotano oggi e si eseguiranno a maggio. Al Vecchio Pellegrini per alcune specialità d'ambulatorio ci sono prenotazioni a un anno.

L'alternativa? Laboratori e ambulatori privati (ormai ex) convenzionati. Croce delle finanze regionali e «delizia» dei pazienti, i convenzionati hanno supplito fino all'estate scorsa alle vistose carenze della sanità pubblica. Ma da settembre, sospese le convenzioni, anche in questo caso si deve pagare tutto. Compresi gli esami diagnostici costosissimi: per una tac-pet ad esempio si possono spendere dagli 800 ai 1.200 euro. Una tac «semplice» dai 150 ai 300 euro. La risonanza magnetica dai 350 ai 500 euro. Un'ecografia in media 60 euro. Un check-up oltre 100. Ultima spiaggia per chi

non ha tempo né soldi: correre in ospedale. Ottenere il ricovero e attendere in reparto o in barella (a seconda della fortuna e degli agganci giusti) di sottoporsi agli esami clinici. Però non si può restare sempre ricoverati e una volta tornati a casa ricomincia la giostra degli esami a pagamento.

In definitiva, per capire in quale abisso sia sprofondata la sanità campana, vi sarà sufficiente telefonare al numero verde per i servizi e l'assistenza dell'Asl Na 1 (800.888.880). Dall'altro capo del filo un jingle vi informerà che «gravi inadempienze costringono questa cooperativa a licenziare il personale tutto entro il 31 dicembre e a interrompere il servizio...». Chiaro no? Le gentili operatrici dell'infotel spiegano che l'Asl ha da tempo chiuso i rubinetti e che loro dopo Natale torneranno a casa. «Non si risparmia sui costi dell'assistenza tagliando posti letto e poliambulatori» tuona il presidente dell'Ordine dei medici Gabriele Peperoni. «Come medici — spiega — abbiamo



le idee chiare su cosa fare anche in una situazione di grave emergenza, ma la politica dovrebbe avere orecchie per ascoltare e soprattutto più umiltà». E magari rendersi conto che non si può chiedere a un malato di cancro di pagare un ticket sulle tante ricette settimanali e un altro ticket sulle confezioni di farmaci. È inumano, è ingiusto e anche un po' indecente.

Roberto Russo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Asl senza personale, risonanze appaltate ai privati

Nella RmA 420 milioni per garantire la prevenzione dei tumori al seno

CARLO PICOZZA

MANCA il personale negli ospedali e nelle Asl? Niente paura, i servizi si appaltano all'esterno. Non è ancora una tendenza. Ma l'esperimento aripista già c'è. Lo ha varato la Asl RmA che, dopo aver investito centinaia di migliaia di euro in macchinari per le risonanze magnetiche e le mammografie, ne affida ora la gestione ai privati. Lo fa attraverso una gara di appalto con un'offerta base di 420 mila euro l'anno più Iva a chi garantirà, con le sue apparecchiature, gli screening di prevenzione del tumore al seno sostituendo così l'operato di radiologi e tecnici del Servizio sanitario, che non ci sono più.

«Senza il decreto Tremonti che blocca le assunzioni», commenta Gianni Nigro dalla Funzione pubblica Cgil, «quella Asl avrebbe potuto disporre di specialisti per assicurare le prestazioni a costi sicuramente inferiori».

Della pratica, chiamata outsourcing nella stessa deliberazione (la numero 1511/Cs del 6 dicembre scorso), si avvantaggeranno gli assistiti nel presidio del Nuovo Regina Margherita e nei poliambulatori di via Luz-

zatti e via Lampedusa.

«Dopo aver acquisito i dati emersi da un'indagine di mercato informale dell'unità Acquisizione beni e servizi», si legge nel provvedimento, «è opportuno e conveniente affidare in outsourcing il servizio di Diagnostica per immagini limitatamente alle branche di risonanza magnetica e mammografia per la durata di un anno con possibilità di rinnovo per altri 12 mesi».

La scelta ha un costo preventivo di 425 mila euro più Iva («La spesa di 5 mila euro», si legge, è «necessaria per le pubblicazioni di gara sul Bollettino ufficiale della Regione»). Ed è la stessa deliberazione a rilevare che «il personale medico e tecnico in servizio in questa azienda è insufficiente a garantire il servizio secondo quanto più volte rappresentato dal direttore del dipartimento dei Servizi diagnostici». Alla Regione, anche questa Asl, come tutte o quasi, ha chiesto di poter assumere o di avvantaggiarsi della mobilità del personale tra le Asl. Ma, vista la deliberazione, senza riscontri affermativi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alla Camera

«La gravidanza non è più malattia»

La decisione dell'ufficio di presidenza della Camera di equiparare la maternità delle deputate alle missioni e non più alle malattie è stata salutata da una soddisfazione bipartisan. Federica Mogherini, deputata Pd, che aveva sollevato la questione dell'assenza per maternità delle deputate con una lettera al presidente Gianfranco Fini, afferma: «La modifica dei regolamenti parlamentari, approvata all'unanimità, è un piccolo, simbolico ma importante passo in avanti. In Italia tutti parlano di tutela della famiglia ma alle donne - per non parlare degli uomini - viene troppo spesso negato il diritto-dovere di fare le mamme (o i papà)». «Le istituzioni devono riconoscere la maternità come valore sociale e non più come problema - afferma Barbara Saltamartini, responsabile delle Pari Opportunità del Pdl - La donna continua a pagare sulla propria pelle la scelta di diventare madre».

I numeri

NUMERO DI MADRI SOLE SUL TOTALE DEI PARTI



Fonte: CLINICA MANGIAGALLI MILANO



Il 23% circa delle madri non dichiara di avere un partner



939 sono italiane età media 35 anni



359 sono straniere età media 31 anni



Industria Farmaci, prorogato l'accordo sul welfare

ROMA

Farindustria e i sindacati firmatari del contratto nazionale di lavoro per il settore chimico-farmaceutico prorogano l'accordo del 20 novembre 2008, proseguendo e ampliando l'esperienza Welfarma, che rappresenta il primo strumento volontario in Italia di riqualificazione e ricollocazione dei lavoratori nel mercato del lavoro. Ne dà notizia un comunicato congiunto.

«Welfarma - prosegue la nota - s'iscrive nel più ampio modello di relazioni industriali improntato alla collaborazione da sempre esistente nel comparto, che ha portato a considerare la responsabilità sociale come un valore pienamente condiviso tra le parti. L'accordo è la risposta data alla riorganizzazione del settore e al profondo cambiamento dei modelli organizzativi in atto da tempo, che si traducono in implicazioni occupazionali non solo per gli informatori scientifici del farmaco, ma anche per altre figure professionali dell'industria, con un'età media di poco oltre i 40 anni. Tutte risorse altamente qualificate, con più del 90% di diplomati e laureati».

«Il settore farmaceutico si è così dotato di uno strumento operativo a carattere volontario, aggiuntivo rispetto a quelli contrattuali e di legge disponibili, utile a realizzare politiche di Welfare to work, in linea con il Ccnl di settore per sviluppare interventi in ambito di responsabilità sociale».

«L'obiettivo futuro - ha detto Ugo Di Francesco, delegato per i Rapporti con le organizzazioni sindacali di Farindustria - potrebbe essere quello di estendere questo progetto a tutto il comparto della chimica e, pian piano, all'intero settore industriale italiano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La vertenza

Intesa con i farmacisti, sbloccati i pagamenti dei crediti

Le Asl napoletane verseranno tre mensilità arretrate entro la fine di gennaio

Marisa La Penna

Siglato l'accordo tra Regione e farmacisti. Dopo una serie di «stop and go», di trattative e incontri, è stato finalmente raggiunta, ieri pomeriggio, un'intesa tra Regione e farmacisti. In particolare è stato deciso il pagamento di tre mensilità all'Asl Napoli 1 e due mensilità all'Asl Napoli 2 e 3 entro il mese di gennaio 2011. «È un primo passo importante, un primo step che traccia la linea per concludere accordi con l'intero comparto della sanità privata accreditata» ha dichiarato ieri sera Raffaele Calabrò, senatore e consigliere per la Sanità del presidente Stefano Caldoro. Ed ha aggiunto: «Si tratta di un accordo che tranquillizza i cittadini e che chiarisce l'atteggiamento di grande rispetto che la Regione Campania ha verso il mondo della sanità privata, colonna portante per l'erogazione di un sistema sanitario efficiente e funzionale».

La definizione dell'intesa per il pagamento dei crediti delle farmacie nei confronti delle aziende sanitarie locali è stata inviata al presidente del Federfarma. E porta la firma di Stefano Caldoro e del sub-commissario alla Sanità, Giuseppe Zuccatelli.

Nella nota si fa riferimento anche alla costituzione di un tavolo tecnico «per la definizione, in costanza del divieto di nuove azioni esecutive e della prosecuzione di quelle attivate, introdotto dalla leg-

ge di stabilità 2011, delle transazioni per i crediti maturati nel 2010, nonché previa ricognizione analitica delle posizioni creditorie, per quelli relativi agli esercizi finanziari 2008-2009». Contestualmente - è scritto ancora nella missiva inviata da Zuccatelli e Caldoro al presidente di Federfarma - la Regione «sta valutando la possibilità di introdurre un diverso assetto organizzativo che, tra l'altro, preveda la centralizzazione degli acquisti e dei pagamenti, che potrà costituire oggetto di una proposta di legge regionale da sottoporre all'attenzione del Consiglio». L'altro giorno tutte le associazioni che riuniscono la sanità privata accreditata della Regione Campania si erano sedute intorno al tavolo di Confindustria per rendere note le loro iniziative di lotta. In particolare era stato espresso il loro impegno a non sottoscrivere i contratti 2011 e di avviare una class action contro la Regione.

Al tavolo presso l'Unione Industriali a Palazzo Partanna erano seduti i rappresentanti di Aiop, Anisap, Arcade, Aris, Giffas, Anpric, Confapi, Centri Antidiabetici, Snr, Aspat e della stessa Federfarma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Calabrò

«L'accordo sottoscritto restituisce serenità e certezze agli operatori ed ai cittadini»



Epidemia in Gran Bretagna
L'influenza A uccide
Già 14 morti

■ **LONDRA** L'influenza A continua a mietere vittime in Gran Bretagna, dove è ricomparsa con grande virulenza. Tre decessi negli ultimi giorni hanno portato a 14 il bilancio delle vittime dall'inizio dell'inverno causate dal micidiale virus H1N1. Si tratta del «peggior focolaio influenzale e virale degli ultimi 10 anni», ha spiegato Philip Monk, consulente della Health Protection Agency nelle East Midlands. Secondo i media britannici, sono quasi 200 le persone ricoverate nelle unità di terapia intensiva, metà delle quali senza malattie pregresse.



Il personaggio
La nuova sfida
di Bill Gates
“Vaccini
per ogni malattia”

DONALD G. MCNEIL JR.



In 5 anni la fondazione del re della Microsoft ha finanziato 43 progetti
 “Ma i soldi non bastano: non avremo risultati prima di un decennio”

La sfida di Bill Gates

“Così curiamo il mondo”

Le ricerche



ANTIZANZARE

Cinque milioni di dollari spesi per trovare le molecole che dovrebbero bloccare la capacità delle zanzare di trovare l'uomo



SUPERBANANE

Un nuovo finanziamento sosterrà alcuni trials per un progetto che, con successo, ha aggiunto vitamina A alle banane



VACCINO EXPRESS

È stato realizzato un vaccino contro il morbillo che può essere conservato a secco e spruzzato direttamente nei polmoni

DONALD G. MCNEIL JR.

SEATTLE
 Cinque anni fa, Bill Gates lanciò un'offerta fuori dal comune: invitò gli scienziati di tutto il mondo a proporre soluzioni ai maggiori problemi sanitari mondiali, come la mancanza di vaccini per l'Aids e la malaria, lo scarso valore nutritivo di molti alimenti tropicali, e così via. Nessun'idea, disse, era troppo audace. Arrivarono circa 1.600 proposte, e le 43 prescelte erano talmente promettenti che la Fondazione Bill & Melinda Gates decise di stanziare 450 milioni di dollari in cinque anni, più del doppio della cifra prevista. Ora la fondazione ha riunito tutti gli scienziati a Seattle per valutare i risultati e decidere chi avrà diritto a ricevere altri finanziamenti.

Bill Gates ha ripetuto: «Eravamo ingenui quando abbiamo cominciato». A titolo di esempio ha citato le ricerche per arrivare a un vaccino che non necessiti di essere conservato in frigorifero. «All'epoca, pen-

savo: “Fantastico, per il 2010 avremo un bel po' di vaccini termostabili”. Ma siamo ancora lontanissimi, e credo che non ci arriveremo neanche nel 2015». Il magnate del-

l'informatica aveva sottovalutato il tempo necessario per portare un nuovo prodotto dal laboratorio alla fase di sperimentazione, e poi per produrlo a costi bassi. Nel 2007, anziché erogare altri fondi multimilionari, ha cominciato a concedere finanziamenti più ridotti. «Meritiamo il massimo dei voti—ha detto—per aver attirato l'attenzione sull'importanza dei progressi scientifici. Ma pensavo che oggi, nel 2010, alcuni di questi avrebbero già cominciato a salvare vite umane, mentre dovremo aspettare ancora una decina d'anni». Gates viene dal mondo del software. La biologia, al confronto, ha tempi biblici, e i microbi sono meno collaborativi degli elettroni. Fino a due terzi dei finanziamenti non sono stati rinnovati o potrebbero non esserlo nel prossimo futuro. Perché i risultati non sono stati soddisfacenti oppure per-

ché qualcun altro ha trovato una via migliore. In alcuni casi, la fondazione ha cambiato obiettivo. Ecco lo stato di avanzamento di alcuni di questi progetti.

Vaccini liofilizzati

Gli inventori più penalizzati sono quelli che lavorano sui vaccini termostabili. Il chimico Robert Sievers ha raggiunto il suo obiettivo primario: agganciare un vaccino antimorbillo alla matrice di uno zucchero che può essere liofilizzato e poi spruzzato nelle vie respiratorie di un bambino. Il finanziamento del dottor Sievers non verrà rinnovato, ma lui ha firmato con il Serum Institute of India, il più grande produttore mondiale di vaccini. La fondazio-



ne, però, continua a supportare due tecniche di termostabilizzazione.

Un laboratorio in una valigetta

Un altro finanziamento non rinnovato sono i 15 milioni di dollari destinati allo studio di un laboratorio diagnostico portatile. Il prototipo era grosso come un tostapane, pesava quattro chili e costava mille dollari. E, mentre all'inizio non c'era concorrenza, poi sono venuti fuori due rivali.

po era grosso come un tostapane, pesava quattro chili e costava mille dollari. E, mentre all'inizio non c'era concorrenza, poi sono venuti fuori due rivali.

"Olfatticidi" per zanzare

Leslie Vosshall e Richard Axel, inventori di «una linea cellulare che si comporta come l'antenna di una zanzara, ricreando i recettori olfattivi delle zanzare», hanno ricevuto 5 milioni di dollari per scovare delle molecole in grado di rendere impossibile alle zanzare individuare le persone. La fondazione ha rinnovato il finanziamento per due anni, ma Vosshall e Axel ora hanno un contratto con la Bayer CropSciences.

Cellule immunitarie "esauste"

C'è un altro finanziamento che non verrà rinnovato, quello dell'immunologo Rafi Ahmed che studia i motivi che portano i linfociti T del sistema immunitario a "esaurirsi" nel corso di una lunga battaglia contro virus come l'Hiv o l'epatite C. Poiché i linfociti T combattono molte malattie, incluso il cancro, la Genentech, la Bristol-Myers Squibb e i servizi sanitari nazionali hanno deciso di finanziare le ricerche di Ahmed.

Una banana migliore

L'australiano James Dale è riuscito ad aggiungere alle banane la vitamina A, e sta lavorando per metterci anche il ferro. Con un nuovo finanziamento potrà effettuare sperimentazioni sul campo in Uganda.

Ma forse servirà un'altra decina d'anni prima che una banana sia

Studi avanzati su un vaccino rivoluzionario contro il morbillo. È termostabile e viene spruzzato nei polmoni

All'appello si erano presentati 1.600 ricercatori. Già erogati 450 milioni di dollari, più del doppio di quel che era previsto



pronta per essere distribuita agli agricoltori.

Zanzare e batteri

Il progetto che procede più rapidamente è quello del biologo Scott O'Neill. Cinque anni fa ha ottenuto 7 milioni di dollari per cercare di infettare le zanzare con un ceppo di Wolbachia che non uccide subito gli insetti, ma li fa morire prima del tempo così da trasmettere il batterio agli embrioni, senza avere il tempo di trasmettere la dengue.

Cellule staminali nei muscoli

Il progetto più radicale era quello di David Baltimore, Nobel per la medicina nel 1975: estrarre le cellule staminali destinate a diventare globuli bianchi, per produrre anticorpi bicefali che attaccano l'Hiv. L'approccio è troppo complicato ma altri hanno clonato nuovi anticorpi anti-Hiv. Così il finanziamento ora ha un nuovo obiettivo: inserire geni col codice dei nuovi anticorpi nelle cellule muscolari. La speranza è che possa diventare una forma di prevenzione più semplice rispetto a un possibile vaccino.

© The New York Times
La Repubblica

Traduzione di Fabio Galimberti