

“Mamme entro i 43 anni” se l’età della provetta viene imposta per legge *Le Regioni varano il tetto anagrafico. Ed è polemica*

“Il parametro dell’età, per frenare la spesa sanitaria, non è corretto”, spiega Gianaroli

Flamigni: fissare dei limiti basandosi sulle statistiche in medicina non è sempre sensato

VERA SCHIAVAZZI

FISSARE a 43 anni la soglia massima oltre la quale non è possibile sottoporsi alla fecondazione assistita. O, almeno, non è possibile farlo pretendendo un rimborso dal servizio sanitario pubblico. La proposta — destinata fin dall’inizio a diventare oggetto di scontro mentre in pochi giorni due casi di “mamme nonne”, a Torino e a Salerno, sono finiti sotto i riflettori — è già stata scritta dal tavolo tecnico interregionale che lavora sulla procreazione, e ora dovrà essere approvata dagli assessori alla Sanità. In alcune regioni o in certi ospedali esistono già dei limiti. Formalmente però soltanto in Toscana, che l’ha fissato a 42 anni meno un giorno, e in Veneto, che più liberamente l’ha indicato allo scadere del cinquantesimo anno di età (e dei 65 per gli aspiranti padri), esiste una norma ufficiale. La soglia ipotizzata dai tecnici, del resto, non è del tutto arbitraria. Se è vero infatti che nel campo della salute ogni persona è diversa dalle altre (una cinquantenne può avere una “riserva ovarica” assai migliore di una quarantenne) è altrettanto vero

che l’Eshre, la società europea di riproduzione umana e embriologia con sede a Stoccolma, ha fissato il limite consigliato proprio in quel punto. Perché, al di là, non è più possibile — almeno in Europa — comunicare percentuali rispetto al successo che ci si deve attendere. Negli Stati Uniti, le ultime statistiche parlano invece di 44 anni. «Fissare dei limiti basandosi sulla statistica non è sempre sensato in medicina — dice Carlo Flamigni, medico e docente bolognese, forse il più famoso e stimato tra i “maghi della provetta” italiani — Una ragazza di vent’anni che soffre di diabete o è obesa può avere meno possibilità di avere figli di una donna di 45 che sta bene ed è lontana dalla menopausa. Non posso e non voglio entrare nel merito dei problemi che potrà avere un bambino con i genitori “troppo vecchi”, ma se ci si dovesse basare sul rischio di restare orfani allora nell’antichità non sarebbe nato nessuno, dato che le donne dell’epoca romana avevano una speranza di vita poco sopra i trent’anni... Per me, quando incontro una paziente, il problema principale è la responsabilità. La mia, naturalmente,

ma anche la sua: si rende davvero conto di che cosa può significare una gravidanza? Ha valutato i pro e i contro? E, qualche volta, tentare è perfino più importante che riuscire». La molto discussa legge 40 del 2004 indicava già, nelle sue linee-guida, alcuni casi che sconsiglierebbero la fecondazione anche per le donne giovani: oltre al diabete e all’obesità, un indice di massa corporea troppo basso o altre gravi patologie croniche. «Per frenare la spesa su trattamenti sanitari, però, l’accesso alla procreazione assistita non dovrebbe essere deciso su un dato meramente anagrafico, bensì su alcuni parametri, come il dosaggio ormonale dell’Fhs», dice Luca Gianaroli, presidente del Sismer (Società italiana studi medicina della riproduzione). E sullo sfondo c’è anche il fantasma di un “mercato selvaggio”, lo stesso che ora produce il turismo verso Spagna e Ucraina di chi cerca un’ovodonazione. «Se la fecondazione con gli ovociti, gli spermatozoi o gli embrioni di terze persone venisse consentita in Italia — dice Flamigni — sarei il primo a suggerire limiti molto stretti per evitare la compravendita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

All'estero



I VIAGGI DELLA SPERANZA

Ogni anno 10 italiane over 50 vanno all'estero per l'eterologa. 4 mila coppie espatriano per la fecondazione assistita



TIPOLOGIA DELLE COPPIE

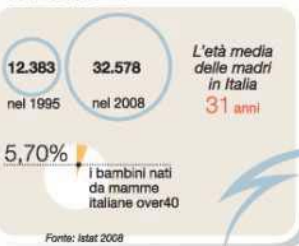
Nell'80% dei casi sono coppie sposate; nel 20% sono conviventi in maniera stabile; meno dell'1% gay o single



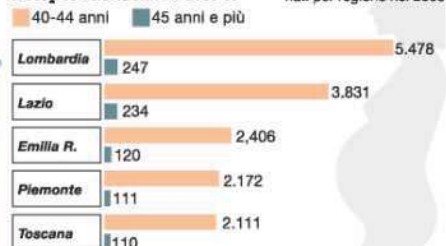
Provetta, i limiti d'età



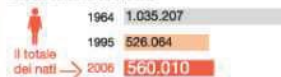
Madri a 40 anni



La top ten delle madri over 40



La natalità in Italia



Il tasso di fecondità



27,7% i bambini nati da mamme italiane over34

TORNA LA PAURA DELLA TBC

| EUGENIA TOGNOTTI

L' allarme suscitato dai casi d'infezione tubercolare nel reparto di Neonatologia del Gemelli, ha provocato, anche in un Paese a bassa incidenza come l'Italia, un risveglio dell'attenzione verso quell'antico morbo - chiamato un tempo «mal sottile» - che dopo una spettacolare regressione epidemiologica dagli Anni Cinquanta, ha conosciuto negli ultimi decenni un'inversione di tendenza. A favorirne la diffusione, in particolare nelle grandi capitali europee e nei Paesi in via di sviluppo, ha contribuito, anche l'aumento d'individui con compromissione dell'immunità dovuta all'infezione da Hiv/Aids, nonché l'uso indiscriminato di antibiotici, che ha provocato la selezione e la disseminazione nel mondo di batteri multi-farmaco resistenti. Ma non è meno importante il ruolo svolto dall'eziologia sociale, per riprendere una definizione cara agli igienisti dell'Ottocento; la ricomparsa della malattia sembra essere legata alla povertà dei gruppi di popolazione «a rischio», tra cui i migranti, che sperimentano condizioni, quali miseria, sovraffollamento degli alloggi, fatica, carenze nutritive, marginalità urbana, che nel XIX secolo favorivano la diffusione della tubercolosi negli insalubri quartieri delle grandi città in crescita sotto la spinta dell'industrializzazione.

Così, la tubercolosi sembra riprendersi, prepotentemente, il ruolo di malattia-metafora che aveva nell'Ottocento, quando - dopo la dimostrazione d'infettività e contagiosità per via aerea - si trasforma da malattia costituzionale, individualizzante, pro-

pria di esistenze elette (artisti, poeti, musicisti) in «fenomeno morboso di massa», socialmente discriminante: il romantico tisi-co lascia il posto al pericoloso disseminatore di mortali bacilli, che, tossendo o sputando, contamina lo spazio pubblico (strade, uffici, carrozze ferroviarie, teatri, ecc.). Perché il tubercolotico non era un malato qualunque, costretto a letto per quasi tutto il periodo della malattia, caratterizzata da un decorso prolungato: «il morbo lento» la chiama Alessandro Manzoni, che di quella malattia vede morire nel 1856, all'età di venticinque anni, sua figlia Matilde.

Una malattia unica, dunque, con caratteri speciali rispetto ad altre malattie infettive: l'agente causale, il *Mycobacterium tuberculosis*, è un batterio trasmesso da persona a persona principalmente attraverso l'inalazione di goccioline di secrezioni respiratorie («aerosol»), prodotte a seguito di colpi di tosse, starnuti o attraverso il semplice eloquio. Nella maggior parte dei casi, l'infezione si localizza nelle basse vie respiratorie e viene contenuta dal sistema immunitario, non producendo sintomi o segni clinici di malattia. Lo stato d'infezione può essere evidenziato mediante test cutanei o sierologici, come nel caso dei bambini ricoverati all'ospedale «Gemelli». In caso di compromissione permanente o temporanea del sistema immunitario, al momento dell'infezione o in un periodo successivo all'acquisizione dell'infezione, i micobatteri possono diffondersi e «attaccare» le strutture polmonari. La malattia tubercolare («tubercolosi») si verifica, quindi, più spesso nei polmoni, ma può anche interessare i linfonodi superficiali («scrofol»), il sistema scheletrico, l'intestino, il cer-

vello e le meningi, i reni e altri organi. I «gruppi a rischio» nel nostro mondo (senz'altro, tossicodipendenti, carcerati, migranti, anziani, soggetti con infezione da Hiv/Aids, ecc.), che condividono la condizione di una più o meno grave compromissione immunitaria, hanno in comune con i gruppi di popolazione nelle città ottocentesche la povertà, e, di conseguenza, la sua capacità di favorire la caduta del sistema immunitario. Ma, tra XIX e XX secolo, in un periodo critico di crisi economica, d'instabilità politica, paure e ansietà sociali, la risposta in Italia, e quasi ovunque in Europa, non fu quella di sollevare i salari e di diminuire le ore di lavoro. Ma di allontanare e isolare i disseminatori di bacilli, identificati come «il nemico», scatenando, nel contempo, la guerra al bacillo, con una crociata antisputo che porterà a riempire uffici pubblici, scuole e fabbriche di sputacchiere e cartelli con la scritta «non sputare».

Oggi come ieri, si ritrova - quasi senza meraviglia -, l'esortazione a combattere la screanzata abitudine di sputare, a sottoporre a visita medica gli immigrati che provengono dai Paesi a rischio, e la polemica per un'Europa diventata un «setaccio» che accoglie gruppi d'immigrati-untori che portano nei nostri Paesi malattie gravi dai loro Paesi d'origine. A conferma dell'immutato potere di quella sfuggente patologia di far emergere paure, conflitti, ansie per il futuro e stigma sociale.



Spesa farmaceutica pubblica 201 I: calo del 6,4% nel primo semestre

Sconti e ticket varati dalla manovra estiva hanno frenato la spesa farmaceutica pubblica. Secondo un report dell'Agenas nel I semestre dell'anno la spesa è scesa del 6,4%; il risparmio maggiore è stato registrato in Campania, con un arretramento della spesa del 13,3 per cento. Ma il ticket è cresciuto del 35,6%, fino a coprire il 9,9% della spesa. (Servizi a pag. 5)

AGENAS/ Il monitoraggio sui consumi pubblici di settore nei primi sei mesi dell'anno

Farmaci Ssn: spesa a -6,4%

In Campania riduzione record - Il ticket copre il 9,9% degli oneri

Spesa farmaceutica pubblica - I trend da gennaio a giugno 2011

Regione	Popolaz. pesata *	Spesa lorda		Spesa netta		Ticket			Ricette		
		Pro capite	Variaz. % 11/10	Pro capite	Variaz. % 11/10	Pro capite	Variaz. % 11/10	% su lorda	Pro capite	Costo m.lorda	Costo m.netta
Piemonte	4.701.506	95,05	-5,5	81,9	-8,0	7,43	23,55	7,80	4,55	20,9	18,0
V. Aosta	130.317	91,30	-1,7	81,35	-4,1	4,41	42,53	4,80	4,17	21,9	19,5
Lombardia	9.813.865	101,23	-0,4	82,00	-3,3	11,83	17,24	11,70	4,06	24,9	20,2
Bolzano	474.042	76,65	0,4	63,23	-2,6	8,58	18,91	11,20	3,25	23,6	19,5
Trento	516.293	83,68	0,6	74,54	-2,2	3,87	52,34	4,60	3,99	21,0	18,7
Veneto	4.890.534	93,07	-3,4	75,26	-7,1	11,73	20,33	12,60	4,15	22,4	18,1
Friuli V.G.	1.321.401	96,9	-0,1	85,34	-3,0	4,96	47,56	5,10	4,37	22,2	19,5
Liguria	1.837.781	98,58	-1,8	84,40	-5,2	7,87	32,75	8,00	4,69	21,0	18,0
Emilia R.	4.590.291	89,83	-1,3	79,03	-4,9	5,38	48,9	6,00	4,78	18,8	16,5
Toscana	3.968.724	88,16	-2,3	77,91	-5,0	5,09	38,61	5,80	5,0	17,6	15,6
Umbria	952.135	94,14	-0,6	82,70	-3,9	5,99	53,28	6,40	5,52	17,0	15,0
Marche	1.624.410	98,92	-0,6	86,55	-3,5	6,10	49,38	6,20	5,16	19,2	16,8
Lazio	5.641.293	125,71	-1,0	105,49	-3,5	11,29	14,83	9,00	5,66	22,2	18,6
Abruzzo	1.365.520	116,62	0,6	98,11	-2,7	10,88	28,84	9,30	5,57	20,9	17,6
Molise	331.021	107,18	1,5	90,64	-0,8	10,78	20,64	10,10	5,24	20,4	17,3
Campania	5.277.383	120,96	-4,2	96,59	-13,3	16,29	116,72	13,50	5,49	22,0	17,6
Puglia	3.903.327	125,82	-5,7	103,96	-12,9	13,91	126,29	11,10	5,79	21,7	18,0
Basilicata	585.803	102,97	-3,0	90,87	-6,2	5,94	53,37	5,80	6,14	16,8	14,8
Calabria	1.938.533	120,32	-10,8	100,67	-13,1	12,08	9,8	10,00	5,83	20,6	17,3
Sicilia	4.822.739	135,61	-0,5	108,19	-4,3	17,89	19,25	13,20	6,18	21,9	17,5
Sardegna	1.653.409	119,40	1,6	105,48	-0,9	6,18	42,14	5,20	5,6	21,3	18,8
Italia	60.340.327	107,51	-2,4	89,75	-6,4	10,64	35,6	9,90	5,01	21,5	17,9

Note: Regioni con ticket fisso: Piemonte, Lombardia, Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia; (*) I pesi sono quelli utilizzati per il riparto del Fsn 2003; dal 2005 il finanziamento viene ripartito in base al 13% del fabbisogno complessivo

Sconti e ticket hanno fatto il miracolo. E come S. Gennaro, quello più grosso di tutti lo hanno fatto in Campania.

La Regione, tradizionalmente coi conti in bilico anche su pillole e sciroppi, stavolta può indossare la maglia rosa del tour per la riduzione della spesa di settore, avendo registrato nei primi sei mesi dell'anno un calo della spesa farmaceutica netta del 13,3%, a fronte di una diminuzione complessiva dell'Italia del 6,4% rispetto al primo semestre del 2010.

A seguire, i risparmi più consistenti si sono registrati in Calabria (-13,1%), Puglia (-12,9%) e Piemonte (-8 per cento).

Il dato è contenuto nell'ultima rilevazione Agenas sulla

spesa farmaceutica convenzionata pubblicata mercoledì scorso, contenente dati certificati dalla Regione che mostrano un deciso calo della spesa determinato dalle manovre di contenimento messe in atto a livello centrale e regionale.

Particolarmente incisivo da questo punto di vista il ruolo giocato dal copayment: tra gennaio e giugno l'incidenza del ticket è cresciuta del 35,6% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, fino a rappresentare il 9,9% della spesa lorda.

Anche in questo caso le Regioni del Sud sono sotto i riflettori: la crescita maggiore di incidenza della quota a carico del cittadino rispetto al 2010 è stata registrata in Puglia (126,29%), mentre al secondo posto ancora la Campa-

nia (116,72%); ancora la Campania registra l'incidenza più elevata del ticket sulla spesa lorda (13,5%), seguita a ruota dalla Sicilia (13,2%). Sempre più spesa a carico dei cittadini, a fronte di consumi che più di tanto non sembrano comprimibili. Come è tradizione nelle verifiche periodiche sui trend della spesa farmaceutica il primo semestre ha registrato una ulteriore crescita del numero delle ricette (+1,1%), su cui il cittadino ha versato in media un ticket di circa 4 euro.

A registrare una diminuzione del numero di prescrizioni sono state soltanto la Campania (-8,6%), la Puglia (-5,2%) e la Calabria (-0,8%), mentre l'aumento maggiore si è avuto in Basilicata (6,8%), Lombardia (4%), Bolzano (4,2%) e Trento (4 per cento).

Sempre a Nord si rintracciano infine le ricette mediamente più costose: il valore più alto della spesa netta per ricetta si registra in Lombardia (20,2 euro), seguita da Valle d'Aosta, Bolzano e Friuli (19,5 euro). All'estremo opposto le prescrizioni più "economiche" sono quelle dell'Umbria: appena 15 euro di spesa netta ciascuna.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Manovra bis in «Gazzetta»: le Regioni blindano i bilanci di Asl e ospedali da eventuali ulteriori interventi

«Con altri tagli Ssn al fallimento»

Gli assessori all'attacco: pesante rischio di riduzione dei Lea, il Governo si fermi

La manovra bis è "calda" di «Gazzetta Ufficiale» e già c'è chi parla di interventi ulteriori per ridurre ancora debito pubblico e spesa. Ma dalle Regioni arriva un secco altolà: «Altri tagli al servizio sanitario si tradurrebbero in una drastica riduzione dei servizi che renderebbero il pubblico minimale: i Lea sono al collasso».

A incidere sui bilanci sanitari non sono solo i tagli diretti, ma anche quelli ad altri settori della finanza locale che inevitabilmente costringono Regioni e Comuni - e quindi i cittadini, sottolineano i governatori, ma anche i sindacati della dirigenza del Ssn compatti nella loro intersindacale - a tirare ancora

e sempre di più la cinghia.

In questo quadro a lanciare l'allarme sono soprattutto gli assessori alla Sanità, impegnati però non solo a spingere il freno della macchina in corsa di tagli e razionalizzazioni, ma anche a mettere sul tavolo proposte efficaci per salvare le risorse ormai all'osso. Ci saranno i costi standard a dare una mano a frenare la spesa, ma servono risorse fresche che potrebbero arrivare da altri fronti, come le "tasse sul vizio" alla francese o, perché no, il riutilizzo delle risorse per l'edilizia sanitaria (circa 7 miliardi dice la Corte dei conti) chiuse nei cassetti dell'Economia.

A PAG. 2-4

Allarme degli assessori alla Salute: ulteriori interventi provocherebbero il collasso del sistema

«Si rischia di annullare i Lea»

Non solo i tagli diretti incidono sul Ssn - Il socio-sanitario non c'è quasi più

Vanno riequilibrati i costi impropri

La pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» di venerdì 16 maggio ha aggiunto l'ultimo tassello alla palestra delle ristrettezze all'interno della quale Regioni ed enti locali non vorrebbero essere mai stati chiamati a doversi esercitare.

La paura che la stretta su welfare e servizi finisca col prosciugare e rendere definitivamente insostenibili i conti della Sanità assilla i governatori che - a fine percorso - restano in bilico tra la rottura definitiva di qualsiasi rapporto sociale con il Governo e la ricerca di un dialogo che almeno per ora resta a senso unico. È avendo come sfondo questo scenario che abbiamo chiesto agli assessori alla Salute di Regioni in bilico e non, di tracciare un pronostico sulla salute che verrà.

Avendo presente che la prossima manovra potrebbe essere proprio dietro l'angolo.

Luciano Bresciani (Lombardia). «Penso che nell'ambito sanitario non c'è da tagliare molto perché si andrebbe a danneggiare il percorso del rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, che dice che abbiamo la responsabilità della tutela della

cura del malato. Quindi noi abbiamo l'obbligo di finanziare i fabbisogni necessari. Noi continuiamo a lavorare sull'abbattimento dei costi e abbiamo parità di bilancio da otto anni.

Questo non significa che siamo certi di non avere problemi.

Sappiamo che la strada è dura, però abbiamo una Sanità che sa contenere i costi, e sono sicuro che il nostro sistema è abbastanza forte per reggere la situazione sanitaria.

Ci sono tutti gli strumenti per bilanciare i costi impropri senza ridurre i servizi. E questo è frutto dei saperi che si sono costruiti in questi anni proprio mantenendo l'equilibrio di bilancio riconoscendo progressivamente cosa è utile e cosa non lo è. Credo che siamo nelle condizioni migliori per sostenere quelli che il ministero dell'Economia individua come elementi fondamentali "per non finire in Grecia". Io non sono pessimista per la Sanità ma temo moltissimo per le funzioni degli altri assessorati regionali che hanno già avuto una stretta fortissima. E quello che mi preoccupa di più è la politica globale che costringe un Paese a non avere sufficienti investimenti per lo sviluppo, ritrovandosi a dipendere da quello che altri Paesi ci vendono a caro prezzo».

Luca Coletto (Veneto). «Quest'ultima manovra non ha toccato la

Sanità, ma la precedente sforbiciata per le Regioni impone di arrivare al più presto a definire i costi e i criteri standard. La risposta alla cinghia stretta non può che essere nel combinato disposto dell'applicazione del federalismo e della riduzione di eventuali sacche di spreco. La Regione Veneto, che non pretende di proporsi come modello per nessuno ma che è riuscita a chiudere il bilancio in attivo, sta ottenendo risparmi senza mettere le mani in tasca ai cittadini. Niente Irpef e ticket rimodulati sulla base di nuovi criteri Isee. Bisogna razionalizzare procedure e strutture, responsabilizzare i direttori generali e puntare sull'informatizzazione di percorsi e referti. Uno sforzo che deve coinvolgere l'intero Paese e che non può essere limitato a singole Regioni. Ulteriori tagli restano per il momento solo un'ipotesi e in ogni caso si vedrà, al momento opportuno.

Carlo Lusenti (Emilia Romagna). «Siamo vittime di tre manovre: quella di luglio 2010 che ha effetti fino al 2012, quella di luglio 2011 che interviene direttamente

sulla Sanità e quella di ferragosto: l'Iva riguarda anche i beni sanitari. E un'altra manovra molto probabilmente ci sarà ma Sanità e welfare sono intoccabili: sono stati già massacrati e se si dovesse metter mano ancora su di loro sarebbe il fallimento. Considerando l'andamento del fabbisogno degli ultimi anni ed escludendo i risparmi sul personale che sono "tagli" alle retribuzioni, al fabbisogno sanitario mancano almeno 9 miliardi. È un taglio che entra nella carne dei servizi: le Regioni in salute economica che finora hanno erogato prestazioni superiori ai Lea dovranno eliminarle, inasprite dal fantasma del piano di rientro. Le altre, quelle in deficit, vedranno sempre più lontano e impossibile il pareggio di bilancio. In questo modo si creano le condizioni di default del servizio pubblico che rimarrebbe minimale, a favore di forme di autogestione come assicurazioni o mutue. Per trovare risorse adeguate senza incidere sul bilancio dello Stato le soluzioni ci sarebbero. A esempio l'aumento delle accise sui tabacchi o una "tassa sul vizio" come quella francese: sono



BILANCI

Trapianti, prove di rilancio

Più operazioni, meno opposizioni - In atto il piano del ministro

Le proiezioni Cnt ad agosto fanno sperare: aumentano gli interventi e diminuiscono le opposizioni. Ma il sistema trapianti guarda anche a nuove strategie, comprese quelle indicate dal ministro: organi da vivente, medicina rigenerativa,

centri sul territorio collegati in rete e qualità della vita dei pazienti.

E in tempi di crisi economica si guarda anche alla sostenibilità degli interventi.

A PAG. 6-7

Le ultime proiezioni del Cnt: aumentano gli interventi, calano le opposizioni e i donatori

Trapianti, sintomi di ripresa

In atto la strategia di Fazio: al lavoro su organi da vivente e qualità di vita

Il primato toscano

È la Toscana la Regione leader nei trapianti: il riconoscimento è contenuto nell'ultimo Report mondiale, secondo cui in Toscana il rapporto tra donatori di organi e abitanti è il più elevato rispetto a quello nazionale.

In particolare, i donatori segnalati per milione di persone ad agosto scorso erano 70,9 pmp, a fronte di un dato italiano pari a 37,1 pmp. Quanto ai donatori effettivamente utilizzati in Toscana sono pari a 34,6 pmp a fronte dei 18,4 pmp registrati in media in tutta la Penisola.

Nel complesso il sistema tiene e anzi gli ultimi risultati, che fotografano l'andamento relativo ai primi tre quarti dell'anno, sono sostanzialmente positivi: ci sono meno donatori segnalati (37,1 pmp a fronte dei 38,1 pmp dell'anno scorso), ma aumenta il numero totale degli interventi (da 2.876 ai 2.908); diminuiscono le opposizioni (dal 31,5% del 2010 al 29,0% del 2011) e calano i pazienti in attesa (dai 9.489 attestati dal Report 2010 ai 9.001 attuali). Grazie, va precisato a quest'ultimo proposito, a una migliore gestione delle liste, con l'eliminazione dei pazienti difficilmente trapiantabili e a suo tempo inseriti in attesa con valutazione di parziale inidoneità. Gli ultimi dati - le proiezioni ad agosto del Centro nazionale trapianti (Cnt) - farebbero sperare, ma è tutto da confermare, nel possibile colpo di reni di un sistema d'eccellenza che negli ultimi anni ha conosciuto un brusco stop, attribuibile sia a cause fisiologiche che organizzative.

A contrastare l'impasse i tecnici stanno lavorando con strategie avviate già nei mesi scorsi, anche su indicazione dello stesso **ministro della Salute** (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 21 del 31 maggio 2011). Davanti all'obiettivo affanno delle donazioni, infatti, Fazio suggeriva la messa in rete delle strutture sul territorio, in vista di una migliore presa in carico dei pa-

zienti in attesa, e la ricerca serrata su pratiche alternative come la medicina rigenerativa, gli organi artificiali o le staminali. Ultimo, ma non certo in ordine d'importanza, lo sprint al trapianto da vivente. Il sistema ha raccolto e si è rimboccato le maniche: proprio alla donazione tra viventi sarà dedicato, a metà novembre, un congresso di respiro internazionale con focus sul rene adulto e pediatrico, organizzato da Cnt e Bambino Gesù di Roma.

Sotto il profilo organizzativo è poi in via di potenziamento il lavoro nelle rianimazioni. In questo caso, oltre a una più approfondita formazione degli operatori, si lavora al perfezionamento dei registri decessi e al massimo utilizzo dell'organo, che arriva da donatori sempre più anziani. Anche qui, si sta puntando a estendere tecniche già in uso in poche realtà italiane, come il cardiostress impiegato al Cnr di Pisa, in grado di verificare la possibilità di impiego di cuori "over 50". «La filosofia di lavoro del sistema, insomma, è aumentare al massimo l'efficienza a fronte di un bene, l'organo, che è sempre più scarso», spiega **Alessandro Nanni Costa**, direttore Cnt. Dove possibile, l'obiettivo è poi tutelare la qualità di vita dei pazienti, sia che aspettino sia che abbiano già ricevuto un organo. Su questo fronte si stanno diffondendo progetti pilota,

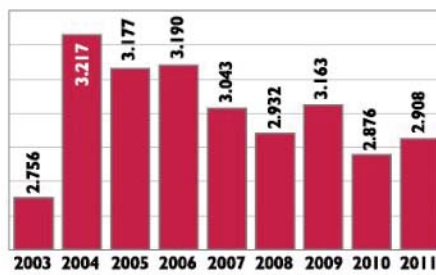
come l'iniziativa "Trapianti e Sport" avviata da Veneto ed Emilia Romagna, che guarda alla prescrizione di attività fisica controllata come a un farmaco. «La sedentarietà - ha ricordato infatti a Glasgow nel corso dell'ultimo incontro Esot **Patrizia Burra**, direttore dell'Unità trapianto multiviscerale dell'Università di Padova - rientra con il consumo di alcol e fumo tra gli stili di vita sbagliati cui un paziente rischia di abbandonarsi dopo il trapianto, se non correttamente educato e seguito».

Sotto il profilo strettamente organizzativo, è atteso infine per il 29 settembre l'esame in sede tecnica Stato-Regioni dell'accordo che rivede l'organizzazione dei livelli regionali e interregionali. Un provvedimento che prende atto delle modifiche intervenute nel sistema dalla legge 91/1999 a oggi e mira a un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione dei livelli periferici del sistema trapianti.

Barbara Gobbi

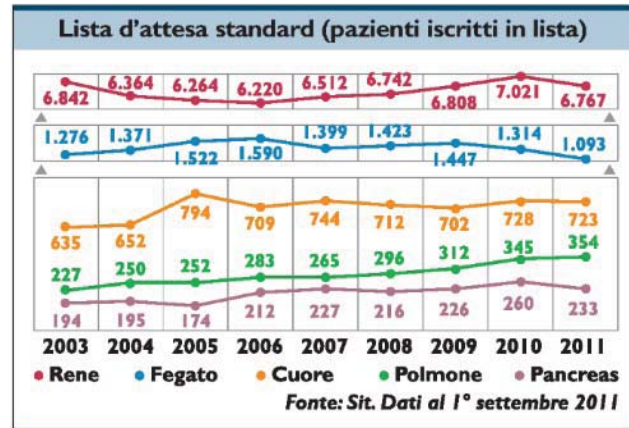
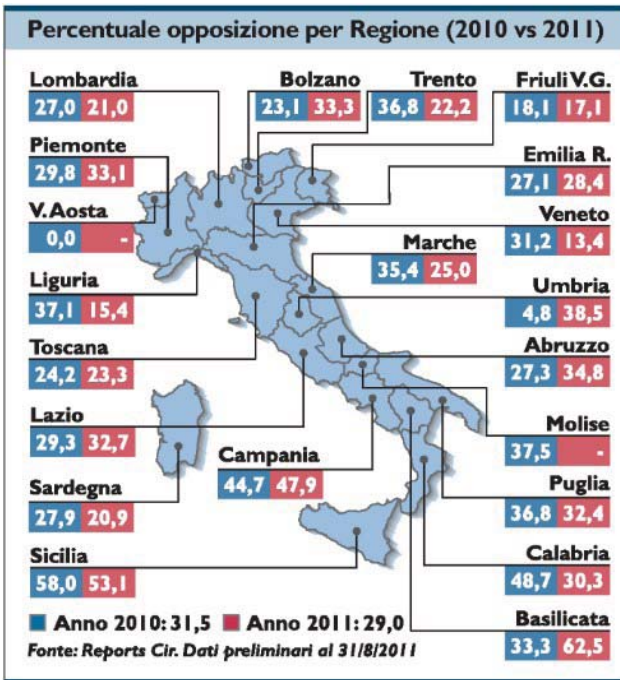
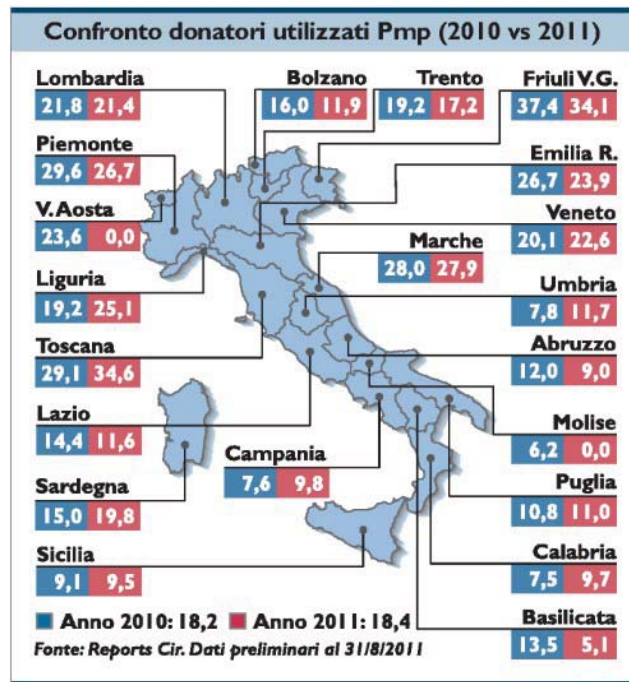
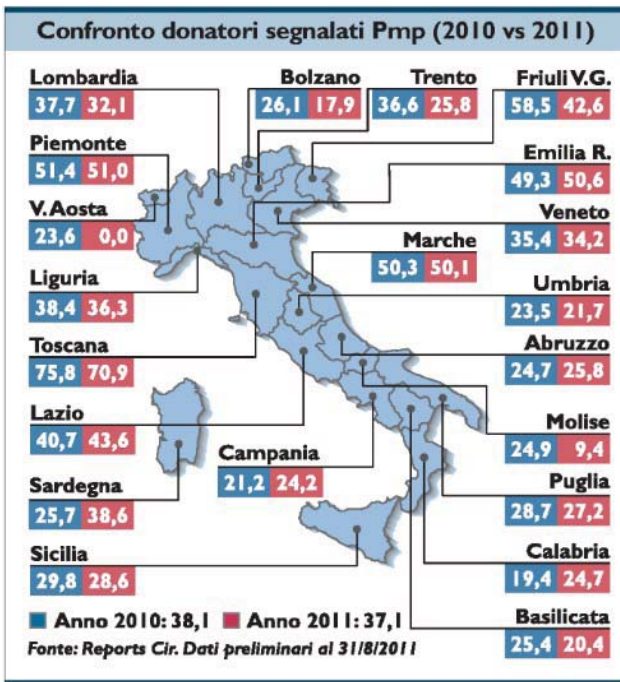
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Numero totale trapianti (inclusi i combinati)



Fonte: Reports Cir. Dati preliminari al 31 agosto 2011





“tasse di scopo” che colpiscono comportamenti contrari alla salute. Poi si dovrebbe lasciare mano libera davvero alle Regioni nelle riorganizzazioni del sistema, come negli ultimi 30 anni è avvenuto per residenzialità e ospedali. I settori su cui agire ci sono, ma ora tutto è legato a norme nazionali che impediscono anche cambiamenti minimali. A esempio la guardia medica, un servizio non più all'altezza dei tempi, con medici lasciati allo sbaraglio che vanno a casa del paziente “a mani nude”».

Daniela Scaramuccia (Toscana). «Il problema di fondo è che questa manovra fa seguito ad altri provvedimenti che hanno inciso molto sulle risorse a disposizione delle Regioni: la manovra dell'anno scorso, quella di luglio sui ticket e alla revisione dei principi contabili, in sé ottima e necessaria ma che per il modo in cui viene condotta rende chiaro che non ci saranno più investimenti in edilizia sanitaria. Un taglio non da poco: il tema del mancato aggiornamento delle strutture vale 1,5 miliardi e mette a rischio la loro sicurezza. Nel complesso i tagli che le Regioni subiscono comportano una decurtazione del 10% rispetto al finanziamento concordato con l'ultimo Patto per la salute. Un accordo che fu messo in discussione già con il Dl 78 del 31 maggio, appena due mesi dopo la firma di quel Patto. Il tutto senza un percorso istituzionale condiviso».

La nostra Regione è da tempo impegnata nell'ottimizzazione dei costi e nella riduzione della spesa corrente grazie a strumenti come le centrali d'acquisto, ma l'anno prossimo avremo 400 milioni in meno rispetto a quanto pianificato un anno e mezzo fa, cifra che per noi corrisponde alla dimensione dei servizi di un'Asl.

Nel caso si profilassero altri tagli, il Governo, con un atto di onestà, dovrebbe avere il coraggio di rivedere i Lea, dichiarando apertamente quali livelli di servizio non sono più da considerare essenziali. Già ora le Regioni sono in affanno: basti pensare che soltanto 9 sono in grado di erogare i Lea. I costi standard? Teoricamente sono un ottimo benchmark ma la sensazione, anche

con l'ultima manovra, è che si stia procedendo piuttosto con tagli lineari e a partire da un fabbisogno già predefinito».

Tommaso Fiore (Puglia). «Che dire? Dopo le prime due manovre la Regione Puglia e i suoi Comuni dovrebbero chiudere i battenti. Questa è la cruda realtà».

Per questo è assolutamente inimmaginabile pensare di intervenire ancora sulla Sanità. Né è accettabile sentir dire che la manovra bis di ferragosto non ha colpito la Sanità. Perché se si cancellano quasi totalmente i servizi sociali e socio-sanitari garantiti dai Comuni, come hanno fatto i tagli di agosto, è ovvio che il peso si scaricherà tutto sul servizio sanitario».

A questo punto credo che si debba affrontare di petto questa situazione. Innanzitutto mettendo da parte il federalismo fiscale che a questo punto mi sembra irrealizzabile. E poi ragionando su quale Ssn vogliamo. Già oggi i Lea non sono garantiti allo stesso modo in tutto il Paese, dopo queste manovre e le eventuali misure in più che verranno credo che la situazione sarà ancora più critica».

L'unico segnale positivo è stato lo sblocco del tum over per le Regioni con i piani di rientro. Anche se i margini per muoversi sono strettissimi. Saremo in grado solo di fare le assunzioni necessarie a tappare i buchi più gravi».

Massimo Russo (Sicilia). «Io posso soltanto manifestare una speranza: che lo Stato non torni ancora a tagliare sulla Sanità. Sarebbe come spremere un morto, tanto più che la spesa sanitaria italiana non è allineata con quella delle altre Regioni europee. Abbiamo bisogno di risorse, di un intervento diverso, tutto prima che parta il sistema dei costi standard. Siamo allo stremo, a maggior ragione nelle Regioni con il piano di rientro. Qualcuno si dovrà assumere la responsabilità dei cittadini che non potranno più avere l'assistenza cui hanno diritto».

**Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Manuela Perrone
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dove colpiranno i tagli della manovra di luglio nel 2013-2014

Anno	Taglio	Descrizione
Anno 2013	-30%	Taglio spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, prestazioni sanitarie e non
	-40%	Taglio spesa farmaceutica
	-30%	Taglio dispositivi medici e assistenza protesica
Anno 2014	-22%	Taglio spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, prestazioni sanitarie e non
	-20%	Taglio spesa farmaceutica
	-15%	Taglio dispositivi medici e assistenza protesica
	-40%	Nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie
	-3%	Economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato

Fonte: Conferenza delle Regioni

Sanità. Alla Camera gli emendamenti al disegno di legge omnibus: un anno di meno per la formazione dopo la laurea

Medici, specializzazione più breve

Un Albo per gli odontoiatri - Dagli ospedali relazione annuale sugli eventi avversi

ROMA

■ Specializzazione più breve di un anno per i giovani medici e formazione negli ospedali pubblici, e nuova guerra in arrivo con i baroni universitari. Mano pesante contro i finti dentisti e in genere nei confronti di quanti esercitano abusivamente una professione sanitaria. Possibilità di costituire l'Ordine degli odontoiatri separato da quello dei medici. Obbligo per tutte le strutture sanitarie di redigere ogni anno una relazione sugli «eventi avversi» verificatisi e sulle iniziative messe in atto per garantire la sicurezza delle cure.

Il disegno di legge omnibus in materia sanitaria, presentato dal **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, è approdato ieri in aula alla Camera e fin da oggi si passerà al voto degli emendamenti nel tentativo di licenziare il testo per inviarlo al Senato già entro questa settimana.

Dalle sperimentazioni cliniche alla riforma degli Ordini, dalla sicurezza delle cure alla sanità elettronica e all'assistenza sanitaria on line, dalla possibilità di svolgere esami strumentali e di trovare fisioterapisti in farmacia alle misure ad hoc per i direttori scientifici degli Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico): è un vero e proprio mega contenitore il testo del disegno di legge all'esame dell'assemblea di Montecitorio, anche dopo l'arricchimento di nuove disposizioni confezionate nel corso dell'esame in sede referente della commissione Affari sociali.

Gli emendamenti già approvati in commissione, e ora da confermare in aula, sono infatti numerosi. Ma altri ancora se ne annunciano in arrivo. A cominciare da quello, in arrivo dal **ministro Fazio**, sulla riforma delle specializzazioni mediche che ha subito scatenato le proteste degli universitari. Perché la battaglia è sempre quella: Ssn contro

Università, medici ospedalieri contro baroni universitari che non intendono cedere un millimetro del loro potere.

Non a caso l'emendamento del ministro, che potrebbe anche essere firmato dal relatore e su si esprimerà anche la commissione Bilancio, potrebbe subire qualcosa qualcosa in più che semplici limature. Oltre all'accorciamento di un anno dei corsi di specializzazione, la modifica punta a "trasferire" ad asl e ad ospedali i medici in formazione specialistica, con tanto di stipendio da parte delle Regioni e non più dalle Università. Col possibile risultato di impiegare ancora una volta i giovani dottori per la copertura dei vuoti d'organico, proprio come avviene da sempre nei Policlinici universitari. E come del resto nel Ssn, afflitto dal blocco del turn over, si sta rivelando una necessità. «La presenza di specializzandi nelle strutture pubbliche deve essere un di più, non deve sostituire il personale con la conseguenza che non si fanno più i concorsi. Presenteremo un emendamento in questo senso, per evitare che si blocchi il turn over», spiega il presidente della commissione Affari sociali, Giuseppe Palumbo (Pdl). Sempreché questa modifica basti ai deputati più sensibili ai "richiami" delle Università. Che la formazione - e non solo quella - non vogliono proprio perderla.

Oggi si vedrà. E la battaglia è assicurata. Ma non per altre modifiche che vanno al voto. Come il giro di vite per chi esercita abusivamente una professione sanitaria, se condannato: con l'aggiunta di un articolo al Codice penale si prevede adesso la confisca obbligatoria «delle cose e degli strumenti» usati per commettere il reato. Sperando che basti a scoraggiare i dottori taroccati.

R. Tu.

Gli interventi

01 | SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Prevista una delega per: semplificare gli adempimenti, ridurre il numero dei comitati etici, individuare i requisiti minimi per i centri autorizzati agli studi di Fase 0 e Fase I

02 | DIRETTORI IRCCS

Il rapporto di lavoro esclusivo del direttore scientifico è compatibile con l'incarico di direzione di struttura complessa e con l'esercizio dell'attività libero professionale, purché entrambi siano svolti nella medesima struttura sanitaria

03 | RIFORMA DEGLI ORDINI

Delega al Governo per la riforma degli Ordini e delle Federazioni di medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti. Con la revisione della legge del 1946 si assegnano loro compiti di controllo, vigilanza, sanzione,

aggiornamento e formazione. La delega prevede una nuova disciplina per la creazione di un Ordine degli odontoiatri separato dai medici

04 | PROFESSIONI

Obbligo di iscrizione ad albi ed elenchi anche per i pubblici dipendenti; norme deontologiche per il lavoro nelle équipe multiprofessionali e si ipotizza l'assoggettabilità anche a sanzioni economiche in caso di illeciti

05 | FASCICOLO SANITARIO

Disciplinato a livello nazionale l'istituto del fascicolo sanitario

06 | BIOLOGI E PSICOLOGI

Sono inseriti tra le professioni sanitarie sottoposte al ministero della Salute

07 | RISCHIO CLINICO

Per tutti gli iscritti ad albi, elenchi e registri c'è l'obbligo per le strutture di presentare una relazione annuale su eventi avversi, cause e contromisure



Emendamento Fazio alla riforma degli ordini sanitari

In corsia da studenti

Da specializzandi subito in servizio

Pagina a cura
DI **BENEDETTA PACELLI**

Specializzandi in corsia negli ultimi due anni di studi, pagati dalle strutture sanitarie in cui prestano servizio. Quindi dalle regioni, non più dalle università. L'emendamento al disegno di legge sul governo clinico, che prevedeva per i camici bianchi in formazione di passare sotto il controllo delle Aziende sanitarie locali e regioni, esce dalla porta per rientrare dalla finestra. Quello che era un pallino del ministro della salute Ferruccio Fazio, infatti, è diventato un nuovo emendamento ora inserito nel provvedimento delega «al governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria». La modifica al testo, approvato in commissione affari sociali lo scorso 15 settembre e oggi al voto della Camera, prevede infatti che i medici specializzandi a partire dal terzo anno di corso vengano inseriti «all'interno delle attività ordinarie delle unità operative

delle Aziende sanitarie costituenti la rete formativa attraverso la stipula di uno specifico contratto a tempo determinato finalizzato al completamento del percorso formativo, con oneri previdenziali e assistenziali a carico delle regioni e province autonome». In pratica nel primo biennio il trattamento economico sarà corrisposto dalle università mentre negli ultimi due anni gli specializzandi sarebbero stipendiati dalle strutture sanitarie in cui operano e i fondi con cui venivano finanziate le loro borse di studio servirebbero, a detta del ministro Fazio, per mantenere altri specializzandi. Si tratta insomma di un assaggio della riforma per l'accesso alla professione medica annunciata dal tandem Gelmini-Fazio lo scorso luglio. Questa prevede una maggiore partecipazione degli specializzandi all'attività professionale, con un modello 2+2 o 3+2, con una prima metà di formazione più teorica, seguita da una seconda metà dedicata all'attività diretta dello specializzando. In ogni caso se per Fazio (che discuterà domani della riforma con le associazioni degli specializzandi) questo è un modo

per aumentare i posti disponibili, per gli atenei è una modalità che non dà alcuna garanzia sugli aspetti formativi, anzi, le regioni per far quadrare i conti potrebbero usare gli specializzandi per coprire buchi di organico. «Ci sono molte regioni», spiega per esempio, Riccardo Casadei rappresentante di Federspecializzandi, «che hanno piani di rientro e non fanno contratti medici da anni: avremmo così dai 10 mila ai 15 specializzandi che andranno a coprire i buchi del sistema sanitario nazionale che non assume più medici. E il tutto senza più alcuna connessione con il sistema formativo ma solo con una logica di risparmio». Sulla stessa scia anche Walter Mazzucco, presidente dei giovani medici che chiede il congelamento dell'emendamento. «Il rischio», spiega, «è che le regioni decidano di avvalersi dei medici in formazione specialistica degli ultimi due anni di corso, ribattezzati "strutturandi", quali professionalità in formazione, e quindi a basso costo e ad alto tasso di ricambio, evitando di mettere a concorso i posti di dirigente medico che andranno progressivamente liberandosi».



Il censimento. Per il 63% dei cittadini

Le liste d'attesa accessibili sul web delle Regioni

COMPARABILITÀ

Nei siti delle Autonomie o delle Asl si può conoscere il tempo e la prima data disponibile

per le prestazioni

Paolo Del Bufalo

■ Il 63,33% degli italiani ha la possibilità di conoscere online i tempi di attesa per una prestazione sanitaria. Con un "click" può verificare la data di prima disponibilità di prestazioni diagnostiche e visite specialistiche nelle strutture sanitarie pubbliche. Purché risieda, però, in una delle 11 Regioni che hanno organizzato il loro sito web (Basilicata, Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Trento e Valle d'Aosta) o in una delle 41 aziende sanitarie delle Regioni non organizzate e che hanno fatto da sé.

La rilevazione sull'utilizzo del web per la verifica delle liste d'attesa è dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, che l'ha condotta a giugno-settembre 2010, in due fasi e ha appena pubblicato i risultati.

Nella prima fase l'Agenzia ha individuato gli 11 siti web di regioni e province autonome che mettono a disposizione le informazioni. Nella seconda ha censito ed esaminato i siti web delle aziende sanitarie (Asl e aziende ospedaliere) delle 10 Regioni ancora "indietro" istituzionalmente, ma in cui ci sono 32 Asl e 9 aziende ospedaliere con dati sui tempi di attesa pubblicati sul sito aziendale.

Le 11 regioni che hanno il loro sito istituzionale danno copertura web al 47,92% dei cittadini. In sette regioni su 11 - Bolzano, Liguria e Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Trento e Valle d'Aosta - il dato

fornito è il tempo di attesa minimo, (la data di prima disponibilità per la prestazione). In Lombardia e a Trento a informare sui tempi di attesa è invece il sistema di prenotazione online in tempo reale di alcune prestazioni. Il sistema permette di verificare, in qualsiasi momento, dove ci si può prenotare e per quale data.

L'Agenas ha poi analizzato alcuni dati sulle prestazioni erogate. Sono il tempo medio di attesa in Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Molise, il tempo massimo e quello minimo in Friuli, la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate suddivise in classi di giorni di attesa in Friuli Venezia Giulia e Piemonte.

Uno «scenario confortante», commenta l'Agenas. Che prevede nell'immediato futuro un ampliamento del pacchetto di offerte per rendere disponibili anche dati relativi alle prestazioni effettivamente erogate e, quindi, in grado di fornire indicazioni più precise sull'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi in sintonia con i bisogni di salute. Ma anche la possibilità di informazioni su un numero di prestazioni sempre maggiore (interventi chirurgici/procedure invasive, radioterapia eccetera), su tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati e su tutti gli ambiti di erogazione istituzionale e in libera professione intramoenia. Soprattutto grazie allo sviluppo dei centri di prenotazione online che «consente di intervenire contemporaneamente sulla questione dei tempi di attesa, sul versante informativo e sul versante del tempo di attesa stesso, riducendo i tempi di attesa per ottenere la prenotazione», conclude l'Agenas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE PRETESE ETICHE DELLO STATO

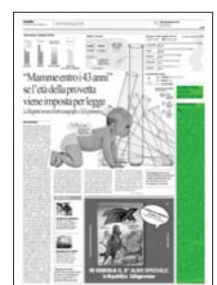
CHIARA SARACENO

NON è chiara quale sia la ratio per porre un limite di età per la fecondazione medicalmente assistita che, ricordo, in Italia in base alla restrittiva legge 40 può avvenire solo se ovociti e seme sono rispettivamente della donna e dell'uomo che, facendo parte di una coppia riconosciuta come tale dal legislatore, intendono diventare genitori. La norma esclude già la possibilità di utilizzare donatori. Quindi esclude già in via di principio donne in menopausa. L'unica norma ulteriore cui dovrebbe attenersi il servizio sanitario riguarda i pericoli per la salute della donna e del potenziale nascituro. Per altro, la legge 40 è singolarmente indifferente sia all'uno che all'altro criterio nella misura in cui impone l'impianto di tutti gli ovuli fecondati (fino a tre), anche se ciò può essere rischioso per la donna e per la sopravvivenza dei bambini che nascerrebbero, e impone di impiantarli anche se sono destinati a gravi malattie genetiche (una norma ora invalidata da alcune sentenze della Corte costituzionale). Null'altro dovrebbe rilevare. Non basta richiamarsi alla "natura". Non solo perché la medicina in molti campi la corregge o indirizza e perché gli stessi processi naturali sono cambiati (ad

esempio si è abbassata l'età in cui si diventa fertili e innalzata quella alla menopausa), ma perché già oggi c'è una differenza grande tra l'età migliore dal punto di vista biologico per procreare e quella ritenuta più adatta dal punto di vista sociale. Una madre di sedici o diciotto anni è dichiarata troppo giovane e immatura, anche se la sua fertilità è al culmine. E, soprattutto in Italia, l'età in cui si ha il primo figlio si è molto alzata. Quarant'anni fa una donna che avesse il primo figlio a 31 anni veniva categorizzata come primipara attempata. Oggi questa è l'età normale. La stessa varietà di soglie di età attualmente in vigore nelle varie regioni mostra come non vi sia consenso, né base scientifica per raggiungerlo...

Pretendere di definire una età, a prescindere dalle condizioni di salute e fertilità delle singole donne, evoca pretese da stato, ed ora anche regioni, etiche, che pretendono di definire chi, come e quando è adatto a diventare genitore. E ciò sta avvenendo mentre diverse regioni, sempre arrogandosi funzioni etiche, stanno cercando di restringere la funzione dei consultori come luoghi in cui una donna, ricevute le necessarie informazioni, possa decidere liberamente se proseguire o meno una gravidanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicina Al congresso in corso a Chicago, organizzato dall'Organizzazione mondiale della sanità, esperti concordi: «Un fenomeno in crescita da non sottovalutare, occorre agire in fretta»

Pandemie, allarme Oms sulla resistenza ai farmaci

Federico Tulli

L'emergere crescente in tutto il mondo di batteri con resistenze multiple agli antibiotici sta diventando una vera e propria emergenza che deve essere affrontata se si vuole evitare l'insorgere delle pandemie. L'allarme è stato lanciato al congresso mondiale sulle malattie infettive in corso negli Stati Uniti a Chicago. L'evento si svolge sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità e vede la partecipazione dei massimi esperti virologi e infettivologi che stanno studiando a fondo questo specifico problema. «Se non facciamo qualcosa presto perderemo la guerra contro la multi-resistenza agli antibiotici» ha avvertito il dottor Jean Cardet, consulente dell'Oms. A preoccupare in particolar modo è il *Mycobacterium tuberculosis*, agente patogeno della tubercolosi responsabile di due milioni di decessi l'anno. Il trattamento della Tbc, hanno spiegato gli scienziati, si basa sull'assunzione di più farmaci cosiddetti di prima linea. Questo cocktail di farmaci permette di solito di giungere a guarigione completa. Nel caso di forme farmaco-resistenti è necessario utilizzare per un periodo più protratto nel tempo anche farmaci di seconda linea, spesso più costosi e con più effetti collaterali. La tbc farmaco-resistente è ormai

presente in ogni area del mondo e costituisce uno dei maggiori problemi nel controllo e trattamento della malattia. Data la limitata disponibilità di farmaci efficaci diventa essenziale tenere sotto controllo queste forme che sempre più spesso coinvolgono anche i bambini, sui quali solitamente il farmaco agisce in maniera più efficace rispetto alle persone adulte. Sebbene la tbc sia per oltre il 90 per cento dei casi letale nei Paesi poveri, il fenomeno della farmaco resistenza non può essere sottovalutato in nessuna parte del pianeta. Ad esempio, in base ai dati del Centro europeo per il controllo delle malattie e dell'Oms, in Europa c'è il più basso tasso di successo nella cura e la più alta incidenza di tbc multi-resistente ai farmaci. Ogni anno si registrano 81mila casi di "resistenza", senza considerare che in molti Paesi (anche Ue) non vengono neppure diagnosticati. Per questo motivo nei giorni scorsi l'Oms ha varato un piano in 53 Paesi del Vecchio continente, che costerà in totale 5 miliardi di dollari, con cui punta a incrementare le diagnosi (fino all'85 per cento dei contagiati) e l'accesso al trattamento, con l'obiettivo di salvare 120mila vite entro il 2015. La tubercolosi, malattia infettiva causata da micobatteri che attacca il sistema polmonare, è infatti fatale nel 7 per cento dei casi, ma in quelli farmaco-resistenti la percentuale di decessi aumenta fino al 50. ■



» | **Intervista** Il presidente di Farindustria, Scaccabarozzi

«I tagli alla farmaceutica? Il rischio è perdere la ricerca»



L'export



Un settore che esporta il 56% della produzione, ben sopra la media del made in Italy

I tempi



Nei pagamenti i tempi del settore pubblico arrivano anche a 500 giorni

MILANO — «La nostra industria viene vista come una spesa da tagliare e non come fonte di sviluppo. È un'assurdità, soprattutto adesso. I tagli rischiano di compromettere la presenza industriale nel nostro Paese. Perché molti manager si chiedono: vale la pena investire in Italia o è meglio andare altrove?». Sono le parole di Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmin-

industria: il rappresentante di un settore — spiega lui stesso — che «esporta ogni anno il 56% della propria produzione (che vale 25 miliardi di euro), una quota ben più alta della media in tutto il made in Italy manifatturiero».

Perché un'industria privata come la vostra può diventare una voce di spesa pubblica da tagliare?

«La manovra di luglio, al capitolo dei tagli alla spesa farmaceutica ospedaliera, ha chiesto all'industria dei medicinali di ripianarla per il 35%, se sfora il tetto di legge, un tetto inadeguato e solo nominale fissato ben al di sotto della spesa reale. Ci hanno chiesto 800 milioni per ripianare la spesa farmaceutica degli ospedali. Adesso abbiamo aperto un dialogo con il **ministero della Salute** sull'argomento: qualcosa potrà cambiare ma gli 800 milioni resteranno».

D'altronde, a livello mondiale, tra i colossi farmaceutici non mancano gli utili miliardari.

«Ma i profitti vengono sempre di più realizzati al di fuori del nostro Paese: molte imprese italiane stanno investendo fortemente all'estero. Io le chiamo multinazionali a capitale italiano: al loro vertice c'è un imprenditore italiano che investe oltre confine e lì porta la crescita».

Come fare per rendere l'Italia più attraente per questi capitali, senza pesare sul bilancio pubblico?

«Un esempio: semplificare la pubblica amministrazione e ridurre quei tempi interminabili che superano i 240 giorni (con punte di oltre 500 giorni in alcune Regioni) che normalmente ci vogliono perché le aziende farmaceutiche vengano pagate dallo Stato per i medicinali che hanno fornito agli

ospedali».

E la ricerca?

«In Italia abbiamo un sistema di qualità nella produzione con standard che sono tra i più alti al mondo. Discorso simile nella ricerca. E noi aziende promuoviamo il 90% della ricerca fatta nel nostro Paese. Con una chiara ricaduta anche sul settore pubblico: per esempio, quando la sperimentazione clinica viene svolta in ambito ospedaliero, noi paghiamo naturalmente le strutture pubbliche coinvolte. Il problema è che, se c'è sfiducia nel sistema Italia, la ricerca va altrove».

La sfiducia, in questi giorni, è quella dei mercati verso i conti pubblici in generale. Quale è la fotografia nel capitolo della sanità?

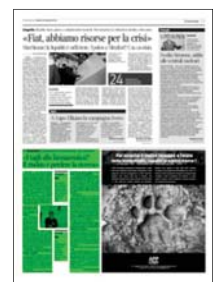
«Se tra il 2006 e il 2010 la spesa pubblica farmaceutica è cresciuta in totale del 6%, le altre voci dei costi sanitari sono lievitate in media del 13%. Ma gli 800 milioni li prendono dal primo dei due versanti, che pure vale solo il 15,7% del fondo sanitario nazionale».

Forse perché lì c'è più spazio per i tagli.

«Non dimentichiamo che con gli utili delle aziende si finanzia la ricerca. Dal 1951, ogni 4 mesi la vita media si è allungata di un mese: un miglioramento che è certamente dovuto al sistema sanitario, ma anche — secondo alcune stime per il 40% — all'industria farmaceutica. Che in Italia, poi, dà lavoro a 66 mila persone».

Giovanni Stringa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VANTAGGI E RISCHI DELL'AUTOMEDICAZIONE

IO MI CURO DA SOLO

Tosse, cefalee, contusioni: in Italia **aumentano i pazienti fai da te**. Gli esperti: «Attenti a come usate questi farmaci»

TIZIANA LEONE

FEBBRE, raffreddore, una contusione? La lista degli acciacchi quotidiani è lunga. Come curarli? Nella maggior parte dei casi gli italiani non consultano il medico ma ricorrono all'automedicazione, acquistando i cosiddetti **farmaci** da banco o Otc, dall'inglese Over the Counter, che non hanno bisogno di prescrizione medica.

Riconoscerli è semplice: sulla confezione c'è un bollino rosso con una piccola croce e una faccina che sorride al centro. Questi **farmaci** non si trovano solo in farmacia, ma anche nella grande distribuzione. Tutto bene? Sì, purché non si confonda l'automedicazione con il fai da te, perché sempre di salute si parla. «Siamo favorevoli all'automedicazione, ma attenti agli abusi» avverte il dottor Walter Marrocco, direttore della Scuola nazionale degli stili di vita Fimmg (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) «sono utili solo per disturbi lievi, non vanno presi per patologie coesistenti. Inoltre, bisogna porre sempre attenzione alle categorie protette, come le donne in gravidanza e in allattamento, i bambini e le persone anziane».

Sono le donne a ricorrere maggiormente all'automedicazione. Lo confermano gli ultimi dati diffusi dall'Eurisko, che rivelano inoltre che l'uso di questi **farmaci** in Italia è ultimamente aumentato del 67%. «Mentre prima i pazienti andavano dal medico o al Pronto Soccorso» aggiunge Marrocco «ora c'è più autonomia, soprattutto tra le fasce dei più giovani. Gli anziani preferiscono invece sempre il dottore».

I **farmaci** senza obbligo di prescrizione rappresentano il 17,4% del mercato **farmaceutico** complessivo, calcola l'Anifa, Associazione nazionale dell'industria **farmaceutica** dell'automedicazione: nel 2010 in Italia sono state vendute oltre 318 milioni di confezioni di **farmaci** di automedicazione, soprattutto per curare tosse e raffreddori. I prezzi di questi medicinali, liberi e

determinati autonomamente da ogni punto vendita, non sono rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale. Possono essere venduti in farmacia ma anche in altri esercizi.

L'importante è stare lontano dal web, che offre farmaci "magici", dagli integratori alimentari alle pillole blu, assolutamente fuori controllo medico. «Siamo molto preoccupati per quelli che arrivano dall'estero» avverte Marrocco «è un mercato illegale e rischioso. Attenzione soprattutto agli integratori, che vengono venduti dai cinesi e finiscono sulle scrivanie di ragazzi che vogliono fare palestra, e alle varie pillole blu. Sono tutti farmaci che hanno bisogno di una ricetta medica, ma purtroppo ormai da noi in Italia arriva tutto tramite le spedizioni in pacchetto riservato».

Per quanto invece riguarda i veri farmaci di automedicazione, gli italiani ne acquistano molti, quelli da raffreddamento, che hanno il primato con 109 milioni di confezioni erogate, ma anche medicine per l'apparato digerente, oltre 69 milioni di confezioni, e analgesici, oltre 65 milioni.

Dati consistenti, insomma. Non si corre il rischio di abusarne? «Può darsi» risponde Marrocco «l'importante è infatti ricordare sempre che l'automedicazione non deve diventare uno strumento di medicalizzazione. Va detto, comunque, che questi **farmaci** approdano sul mercato dopo l'au-

torizzazione dell'Agenzia italiana del **farmaco** e il loro dosaggio è inferiore a quello presente negli analoghi **farmaci** sottoposti a prescrizione medica».

Leggeri o meno, c'è una categoria di persone che non dovrebbe mai prenderli: i bambi-



ni. «Spesso i genitori fanno un uso poco appropriato soprattutto degli antibiotici» insiste il medico «ritengo

che sia meglio non dare nessun **farmaco** di automedicazione ai bimbi, per cui, tra l'altro, non sono nemmeno previsti. Quando si tratta di piccoli ammalati, il consiglio è sempre di rivolgersi al pediatra, almeno con una telefonata».

Gli Otc non vanno poi confusi con i cosiddetti Sop, **farmaci** senza obbligo di prescrizione, che non richiedono ricetta medica, ma che possono essere venduti solo dal farmacista e non presi dal paziente sul bancone. «Questa è un'anomalia positiva tutta italiana» garantisce Marrocco «in Europa infatti esistono solo gli Otc o i **farmaci** con ricetta, noi invece abbiamo anche la categoria di **farmaci** che per essere venduti meritano un filtro. E il primo filtro è il fatto che non possono essere pubblicizzati».

tizianaleone1@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

[+] SIMBOLO ROSSO



È il bollino di riconoscimento, istituito nel 2002 dal ministero della Salute: deve essere riportato obbligatoriamente su tutte le confezioni di Otc

Per quanto tempo e in quali casi assumere le medicine da banco o Otc

1 Ricorrere all'automedicazione per disturbi lievi e transitori che si conoscono bene e per un **periodo limitato di tempo, dai 3 ai 7 giorni**. Se i sintomi persistono o compaiono nuovi disturbi è interrompere la terapia e consultare il medico

2 Verificare che la confezione riporti il **"bollino rosso"** che contraddistingue i **farmaci** senza obbligo di prescrizione di automedicazione

3 Usare i **farmaci** secondo le **istruzioni** del foglietto illustrativo



4 Verificare con il medico o il farmacista se il **farmaco** scelto può essere assunto contemporaneamente ad **altri medicinali** che si stanno prendendo

5 Non fidarsi del **passaparola**: un **farmaco** efficace per una persona può non essere indicato per un'altra

6 L'automedicazione nella **donna in gravidanza o durante l'allattamento** è delicata. Meglio chiedere al medico

7 Conservare bene le confezioni, controllare la **data di scadenza** e tenere i **farmaci** lontano dai **bimbi**, che non devono assumerli

Come si valutano i lavori universitari? I nuovi criteri varati dal governo privilegiano gli altri idiomi con il rischio di creare un impoverimento

La RICERCA e L'ITALIANO TRADITO

SE IL MINISTERO PREMIA GLI STUDIOSI CHE PUBBLICANO IN UNA LINGUA STRANIERA

Le discipline umanistiche e sociali si nutrono di tradizioni nazionali

Per non limitare libertà e pluralismo servirebbero maggiori incentivi alla traduzione

CARLO GALLI

Né la scienza né la politica sono "neutre": il sapere e il potere si influenzano a vicenda in lotte, e in alleanze, che assumono forme sempre nuove nei diversi contesti storici e sociali. Alla censura (metodo efficace ma primitivo) alla gestione "mirata" degli investimenti finanziari (sempre valido), si aggiunge oggi la "valutazione" della ricerca, attraverso la quale il potere politico misura quantità e qualità del lavoro svolto dagli studiosi con pubblico denaro. Nulla da eccepire, quindi, in linea di principio; per questa via si colpiscono abusi, e si incentivano i migliori.

Ma poiché la ricerca scientifica ha molto a che fare con la libertà, degli studiosi e dell'intera società, la sua valutazione è faccenda delicatissima. Si tratta di valutare senza interferire né distorcere: impresa non facile, come dimostra il nuovo dibattito che si è aperto al riguardo nell'Università italiana. In realtà, il dibattito non è nuovo: da molti anni, infatti, la ricerca viene valutata; nuovo è che lo faccia un'Agenzia di nomina ministeriale - l'Anvur: un organo in cui i saperi umanistici, sociali, politici, giuridici sono sottorappresentati -. E quindi nuovo è anche l'interesse che metodi e criteri della valutazione - finora annunciati, ma tra breve operativi - stanno



suscitando sia in ambito accademico sia presso le case editrici di cultura.

Il problema centrale è, a questo punto, che i valutatori si dotino di strumenti raffinati e sensibili, davvero adatti a misurare la ricerca: e ciò non sarà facile. Molta attenzione ha già avuto, invece, da parte dell'Anvur, la questione della internazionalizzazione della ricerca, obiettivo è in sé condivisibile, ma che è stato perseguito dall'Anvur con una *gaffe* iniziale. Infatti, dapprima si sono privilegiate le opere pubblicate da editori stranieri; e solo dopo parecchie proteste si è ripiegato sull'accordare preferenza a quelle scritte in lingua diversa dall'italiano (anche se pubblicate da editori italiani, quindi). Un passo avanti, per non penalizzare i nostri editori nazionali di tradizione scientifica e di prestigio intellettuale consolidato.

Ma poiché da molto tempo non è più possibile dare per scontata la conoscenza della lingua italiana da parte di un medio intellettuale occidentale, l'obiettivo di fare conoscere la ricerca italiana all'estero non è privo di una sua legittimità. A questo punto, però, si deve riconoscere che non ha senso invitare a pubblicare genericamente in "lingua straniera". Esiste una lingua della comunicazione scientifica internazionale, l'inglese – dal ruolo analogo a quello del latino, fino al XVII secolo –, la cui conoscenza è presupponibile in uno studioso di oggi; una lingua che può avere senso privilegiare nella valutazione della ricerca.

Sia chiaro: non ogni disciplina scientifica può costituire un'unica comunità internazionale, com'è il caso dei fisici; anzi, in molti ambiti umanistici le comunità scientifiche traggono senso – mezzi espressivi, temi di ricerca, inflessioni argomentative – proprio dal nutrirsi di una tradizione e di una lingua nazionale; e il mondo scientifico anglofono, benché vastissimo e potentissimo, non fa eccezione, e ha le medesime connotazioni "locali" di altre tradizioni di ricerca. Per il ricercatore, pubblicare in contesti che chiedono l'adeguazione a uno stile di lavoro, a scelte tematiche, a forme argomentative, che possono essergli estranee, è una limitazione di fatto della sua libertà, e in prospettiva dello stesso plura-

lismo delle espressioni del sapere. In questi casi, la vera internazionalizzazione della ricerca sarebbe la traduzione in lingua straniera di opere scritte in italiano; evento non molto frequente, ma che potrebbe esserlo, se gli incentivi pubblici alla traduzione di opere italiane fossero più rilevanti.

Nondimeno, può avere senso che lo Stato, in sede di valutazione, renda più vantaggioso per gli studiosi pubblicare in inglese (anche presso editori nazionali). Certo, vi è, qui, per il ricercatore una fatica aggiuntiva – scrivere in inglese –, ma la distorsione della ricerca e della sua libertà è meno grave di quella che nascerebbe dall'obbligo di pubblicare in sedi estere.

C'è però un'altra conseguenza di questa strategia: il sapere scientifico si isolerà ancora di più dal contesto sociale e culturale in cui opera; diventerà sempre più "specialismo", rivolto, anche linguisticamente, soltanto ad altri specialisti. Il nesso moderno fra scienza e società, fra sapere e cittadini, garantito dallo Stato nazionale (certo, non per finalità disinteressate, ma con esiti dopo tutto progressivi), si allenterà ulteriormente. E ciò avverrà anche in quegli ambiti di studio – umanistici e sociali – in cui ha più senso e più valore che il sapere circoli in uno spazio condiviso non solo dagli addetti ai lavori (si pensi al mondo della scuola). Un rischio d'impoverimento del tessuto culturale e civile esiste, se la ricerca non parlerà più le lingue nazionali (o se le parlerà molto meno).

Fra i problemi aperti dal nuovo scenario della valutazione non c'è quindi solo quello, immediato, che gli studiosi sono oggetto e non soggetto del processo valutativo, come un corpo collettivo da disciplinare dall'alto – la storica debolezza dell'Università italiana –; c'è anche il problema, di lungo periodo, che l'internazionalizzazione della ricerca, che al senso comune sembra soltanto un bene, possa invece implicare anche conseguenze negative. Ovvero, che la società nel suo complesso possa essere resa meno colta da un processo che è riconducibile alla globalizzazione e alle sue contraddizioni. Difficili da contrastare, certo; ma senz'altro da indicare come oggetto di pubblica riflessione.