

Tar Lazio. La sentenza chiarisce l'ambito di applicazione del decreto della Salute

In farmacia sono possibili solo gli esami di auto-diagnosi

Federica Micardi

■ In farmacia si possono effettuare solo le analisi che i cittadini possono, volendo, effettuare da soli con auto-test.

È quanto chiarisce la sentenza 980/2012 depositata il 30 gennaio del Tar del Lazio che ha respinto il ricorso presentato dall'Ursap (Unione regionale sanità privata) e da una serie di laboratori di analisi. Il ricorso è stato fatto per chiedere l'annullamento del decreto del ministero della Salute del 16 dicembre 2010 - pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 57 del 2011 - che consente alle farmacie di effettuare le «prestazioni analitiche di prima istanza».

Secondo i ricorrenti - laboratori di analisi cliniche e case di cura private convenzionate con il Ssn e le relative associazioni rappresentative - il decreto, di cui hanno chiesto l'annullamento, è illegittimo, incostituzionale e comporta per loro «un danno economico grave ed immediato per l'ingresso di concorrenti che hanno assunto le caratteristiche proprie dell'ambulatorio medico senza però soggiacere alle autorizzazioni e ai controlli chiesti agli ambulatori». Illegittimo perché il ministero è intervenuto su una materia esclusiva delle Re-

gioni - che peraltro non hanno sollevato alcuna obiezione o riserva -; incostituzionale per eccesso di delega dell'esecutivo che ha stravolto la volontà del legislatore delegante e per violazione del principio di uguaglianza tra laboratori e farmacie. Infine, nel ricorso si sottolinea il pericolo cui va incontro il paziente a causa dell'assenza di un medico in farmacia.

Il Tar, nel respingere il ricorso su tutta la linea, sottolinea il fatto che in farmacia non vengono effettuati prelievi di sangue - di competenza degli ambulatori - ma si possono effettuare solo analisi di cui già esistono test di auto-diagnosi (ad esempio, strisce per la glicemia, test di gravidanza, misurazione del colesterolo eccetera) e che il decreto "contestato" ha inciso su prestazioni «che già non erano di appannaggio esclusivo dei laboratori».

In pratica per il Tar ora le persone, grazie all'apertura introdotta con il decreto del 16 dicembre 2010, hanno la possibilità di decidere se effettuare da soli l'analisi in casa o se farsi aiutare in farmacia. Esami diagnostici che, sottolinea il Tar, non richiedono la presenza di un medico o il rilascio dell'autorizzazione necessaria a chi apre un laboratorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Commissione bilancio. L'audizione di Federfarma

Trattativa sui numeri con i farmacisti

SUL TAVOLO

Timide aperture del Governo che mercoledì incontrerà la federazione dei titolari
Possibili modifiche sui criteri per i nuovi esercizi

■ Una frenata sull'apertura di nuove farmacie e paletti all'ingresso di nuovi esercizi anche nei grandi centri commerciali, negli aeroporti internazionali o sulle autostrade. Grandi lavori in corso intorno al capitolo delle liberalizzazioni dedicato alle farmacie. Con un "paragrafo" decisivo, quello che poi darebbe un senso stretto alle liberalizzazioni, ancora in sospenso: l'allargamento della vendita dei **farmaci** C anche fuori farmacia, che per le parafarmacie, sponsorizzate soprattutto dal Pd, rappresenta la partita essenziale.

Mercoledì il sospirato incontro col ministro della salute, **Renato Balduzzi**, ieri l'audizione in commissione Bilancio e poi una conferenza stampa: i farmacisti titolari di Federfarma sono sul filo di lana e lanciano le ultime richieste ai partiti e al Governo. «È possibile che ci siano aggiustamenti ragionevoli che consentano di mantenere l'obiettivo di dare apertura e respiro a un settore di cui riconosciamo la specificità», ha detto Balduzzi all'Ansa senza peraltro entrare nel merito delle modifiche allo studio.

Federfarma ha accolto le caute aperture di Balduzzi con altrettanta cautela. Lo stato di agitazione resta sul tavolo. Come sul tavolo resta il no all'apertura di nuove sedi nella quantità

temuta dai titolari di farmacia: 5mila in più secondo il Governo, 7mila o addirittura 9mila per Federfarma. Alla quale ne basterebbero solo 3mila in più, incluse quelle fuori quorum negli aeroporti internazionali, nei grandi centri commerciali, lungo le autostrade, vicino alle stazioni. Insomma, il 10-15% in più rispetto ad oggi, ha ribadito la presidente di Federfarma, Annarosa Racca.

Le consultazioni verso i partiti sono all'ordine del giorno, in vista degli emendamenti al decreto legge, che vanno depositati entro giovedì prossimo 9 febbraio. Ecco così che spuntano le prime ipotesi: a partire dall'abbassamento del quorum da 3mila abitanti, come prevede il provvedimento, a 3.300 abitanti circa. Una mediazione, rispetto al quorum a 3.500 abitanti che piacerebbe a Federfarma. Che giudica inconstituzionali anche le norme che impongono l'obbligo di avere più dipendenti negli esercizi che fatturano di più. Una delle chiavi pro-occupazione introdotta dal Governo.

Se le farmacie scalpitano, le parafarmacie non stanno certo a guardare. In attesa anche loro di essere incontrate dal Governo e oggi di essere ascoltate al Senato. Con un problema di fondo, per loro essenziale: poter vendere i **farmaci** C con ricetta pagati dai cittadini. Col decreto di dicembre hanno perso, ma ora rilanciano. E le associazioni dei consumatori li sostengono. Ma decidono i partiti.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DIBATTITO SUL DECRETO

Liberalizzare? Ridurrà i prezzi

Il caso delle farmacie e la dinamica degli aumenti dei prodotti

di **Andrea Ichino**

Lo governo Monti è riuscito nell'impresa di far discutere gli italiani di concorrenza e di farli riflettere sui vantaggi del difendersi anche come consumatori, non solo come lavoratori. Una rivoluzione copernicana difficile da digerire per chi lavora come dipendente, ma anche per i molti autonomi e imprenditori che per anni hanno potuto godere dei privilegi di un loro specifico articolo 18: ossia di quel sistema di protezioni contro la concorrenza che ha consentito loro di vendere beni e servizi a prezzi maggiori di quelli che altri produttori avrebbero praticato per lo stesso tipo di offerta, se soltanto avessero potuto operare nello stesso mercato.

Ovviamente ogni categoria di dipendenti o autonomi che vede diminuire i suoi privilegi, proclama che in realtà i consumatori subiranno un danno da tutto questo, perché il prezzo dei servizi da loro offerti è alto non per proteggere rendite parassitarie, ma perché riflette i costi di un'offerta di qualità elevata. In effetti non è sempre facile capire se dietro a un prezzo alto ci stia una rendita ingiustificata o i costi necessari a produrre nel migliore dei modi il bene in questione. Ma con informazioni adeguate è possibile farlo.

In uno studio su dati di alcuni anni fa, con Giacomo Calzolari, Francesco Manaresi e Viki Nellas, abbiamo misurato il potere di mercato dei farmacisti, ossia la possibilità di alzare i prezzi senza perdere clienti quando la domanda aumenta per prodotti che il farmacista può acquistare dal grossista ad un costo unitario costante. Immaginiamo un piccolo paese nel quale in un dato mese aumentino i neonati e, conseguentemente, la domanda di prodotti per la loro cura che in parte sono anche domandati da altri consumatori: le pomate contro le infiammazioni della pelle, ad esem-

pio. Se nel paese esiste un'unica farmacia, essa potrà aumentare il prezzo di questi prodotti sapendo che i genitori dei neonati non faranno storie e compreranno anche a prezzi elevati perché hanno fretta e sono in ansia per i loro bambini (ci sono i supermercati, ma se si ha fretta e si vive in piccoli paesi non sono sempre un'alternativa praticabile). Aumentando il prezzo i farmacisti perderanno magari qualche consumatore esperto e meno affrettato che andrà altrove a comprare, ma il vantaggio del poter sfruttare la disponibilità a pagare dei neo genitori renderà l'aumento dei prezzi conveniente per il quasi-monopolista. Se le farmacie, però, fossero due, e magari anche vicine, questo non accadrebbe perché la concorrenza tra di esse renderebbe molto pericoloso aumentare i prezzi, per via del rischio di vedersi sottrarre i clienti dal negozio accanto.

I nostri dati dicono che questo è esattamente ciò che accade in Italia. Nei comuni con una popolazione che storicamente non ha mai superato i 7500 abitanti e nei quali per legge (fino all'approvazione del nuovo decreto governativo) deve operare una sola farmacia, un aumento mensile del numero di neonati provoca un aumento significativo dei prezzi dei prodotti da essi utilizzati, mentre nessun aumento si osserva nei comuni dove invece la popolazione ha superato questa soglia e nei quali, pertanto, vi sono più farmacie. Difficile pensare che questa differenza possa dipendere da altri fattori, diversi dall'assenza di un numero sufficiente di negozi concorrenti, visto che i comuni appena sotto o appena sopra questa soglia sono statisticamente simili in tutto e per tutto. L'unica cosa che li differenzia in modo evidente è il numero di farmacie.

I prodotti considerati dal nostro studio sono una piccola parte di quanto venduto dai farmacisti, i quali comun-

que non sono certo i soli ad aver goduto di protezioni come quella che stabilisce quante farmacie debbano poter operare in funzione della popolazione circostante. Ma sicuramente hanno goduto, a danno dei loro consumatori, di qualche vantaggio derivante dalla mancanza di concorrenza a cui il governo Monti sta cercando di porre rimedio. Dobbiamo solo sperare che il governo non si fermi qui e che vada avanti sino in fondo, per tutte le altre categorie che hanno goduto di questi vantaggi ingiustificati.

Tornare indietro adesso sarebbe un disastro, perché ci lascerebbe in mezzo al guado: il Paese soffrirebbe solo i costi dell'operazione senza arrivare a percepirne i benefici. Ogni barriera abbattuta genera un vantaggio relativamente piccolo e che in primo luogo favorisce gli altri, non chi ha perso la protezione. Molti, quindi, si stanno chiedendo se ne valga davvero la pena. Domanda legittima, ma a questo punto il governo non deve ascoltare queste sirene, soprattutto in Parlamento dove abbondano e tenteranno di annacquare il decreto: solo andando fino in fondo e in tutti i settori avrà avuto senso iniziare questo cammino. Se ora siamo preoccupati come lavoratori, il tempo dimostrerà che il gioco vale la candela perché presto cominceremo a percepire i vantaggi della maggiore concorrenza "degli altri", non solo i costi della maggiore concorrenza "per noi stessi".

andrea.ichino@uniibo.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nel Napoletano**La denuncia: scarseggiano i farmaci di «fascia A»**

■ **NAPOLI** Nelle farmacie della città di Napoli iniziano a scarseggiare i medicinali, soprattutto quelli di fascia A. Lo ha spiegato il presidente di Federfarma Napoli, Michele Di Iorio, a margine di un incontro a Roma. «L'Asl Napoli 1 non paga da 13 mesi - aggiunge Di Iorio - e quindi le ditte si sono insospettite e le consegne si sono rarefatte, soprattutto per quanto riguarda i farmaci di fascia A. È una situazione gravissima a cui è necessario porre rimedio» ha detto aggiungendo che il decreto sulle liberalizzazioni di Monti «sarebbe la chiusura del servizio in Campania».



La storia

La Zecca ne ha stampate 3,5 miliardi. Il presidente dell'Ordine di Milano: vanno al macero

Medici, lo spreco milionario delle etichette salva privacy

Servono a coprire i nomi sulle ricette. «Inutili»

L'utilizzo

È previsto su richiesta dei pazienti, ma nessuno lo fa. «Qualche dottore le usa per le vaschette dei surgelati»

MILANO — Dall'inizio del 2005 in Italia sono state prodotte quasi 3 miliardi e 500 mila etichette salva privacy da attaccare sulle ricette per coprire il nome dei malati: peccato che da allora praticamente nessun medico le abbia mai utilizzate. Lo confessa Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici di Milano, tra i più importanti a livello nazionale: «È il prodotto più inutile del mondo — dice —. La destinazione finale? La spazzatura».

Milioni di euro buttati al vento. Soldi prelevati dalle casse pubbliche inutilmente, mentre il sistema sanitario è a corto di risorse. È uno scandalo che i medici, esasperati dagli ennesimi tagli annunciati per la sanità, trovano più che mai insopportabile. «Per ogni ricetta lo Stato stampa e distribuisce anche una complessa etichetta per la tutela della privacy — denuncia il medico di famiglia Francesco Carelli, docente dell'Università Statale di Milano e membro del British Medical Council —. È composta da due strati, con una pellicola di carbone. Abbiamo calcolato che in sette anni non ne sono state utilizzate più di un migliaio».

Il tagliando salva privacy viene prodotto dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato ed è sempre fornito insieme alle ricette. Lo prevede il decreto legislativo in materia di protezione dei dati personali del 30 giugno 2003 (il numero 196). L'obiettivo della norma — in vigore solo dal 2005 — è nascondere sulla ricetta l'identità del malato e renderla visibile in caso di necessità (togliendo il primo strato adesivo).

L'utilizzo è previsto su richiesta del paziente. Ma nessuno lo chiede. E neppure un medico lo usa. «Vuol dire che è inutile», è la sintesi. Per capirlo basta guardare la scrivania di Maurizio Bruni, un ambulatorio in via Procaccini e un contratto con l'Università Vita e Salute del San Raffaele: qui si sono accumulate, mese dopo mese, 52 mila etichette salva privacy. Le ultime mille le ha ritirate all'Asl di via Ippocrate ieri: «È uno spreco senza fine», sbotta Bruni. Quanti soldi pubblici sono stati spesi per quasi 3 miliardi e 500 mila etichette salva privacy? Cinque milioni di euro? Dieci? Comunque troppi, davanti alla destinazione finale dei tagliandi: «C'è anche chi li usa come etichette per i surgelati», ironizza Roberto Carlo Rossi: «Gli altri continuano a essere buttati nei termovalorizzatori».

È verosimile che entro il 2014 si abatterà sulla sanità una scure da 17 miliardi di euro. Non solo. Già per effetto delle ultime manovre finanziarie, le risorse destinate al fondo sanitario nazionale per quest'anno sono di 108 miliardi e 780 milioni di euro, con un aumento, rispetto al 2009, che non copre nemmeno i costi dell'inflazione Istat. Di qui il giro di vite sui conti sanitari, che lo scorso agosto si è tradotto in un nuovo ticket da 10 euro per i cittadini. Il risparmio sulle etichette salva privacy può apparire una goccia nel mare. «Ma bisogna iniziare a utilizzare le risorse pubbliche in modo meno dissennato — ribadisce Bruni —. Ogni segnale, in questa direzione, è importante: quello delle etichette è uno spreco di Stato che compie sette anni». E, poi, quanti altri ce ne sono che nessuno denuncia?

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I conti delle Regioni / 21

I MOTIVI DEL MALGOVERNO

Finanza. Bond e swap appesantiscono i mutui contratti

Cattive abitudini. A bilancio crediti accertati ma non riscossi

Politica, sanità e debiti erodono tutte le risorse

Allo sviluppo solo le briciole di oltre 220 miliardi

di **Roberto Galullo**

I governatori siedono su una montagna di soldi. Una montagna friabile che si sbriciola sotto il peso della spesa sanitaria, dell'indebitamento e dei costi della politica. Per queste ragioni, quella montagna di soldi - oltre 220 miliardi nel 2012 - poco o nulla può per lo sviluppo socio-economico. Alle politiche industriali, al commercio e al turismo, solo per citare tre voci vitali della bilancia economica del Paese, non restano che briciole improduttive e, nella maggior parte dei casi, distribuite a pioggia, senza alcuna strategia di ampio respiro. Eppure quella cifra - 220 miliardi - è enorme. Per dare alcuni parametri di riferimento, equivale a una somma compresa tra il 7% e il 10% del Pil italiano. O, se preferite, è quanto sarebbe stato necessario un anno fa - secondo gli analisti di Credit Suisse - per ricapitalizzare 66 delle 89 principali banche europee ed evitare loro il fallimento. O, ancora, è la cifra minima, per molti esperti finanziari, necessaria per salvare la Grecia dalla bancarotta.

Soldi spesso virtuali. Se si dovesse tirare un filo rosso che accomuni tutti i bilanci delle Regioni e delle due Province autonome, sarebbe più che altro un cordone sanitario. È la sanità, infatti, che brucia la maggior parte delle spese. Le quote talvolta superano l'80% e difficilmente scendono sotto il 50%. La sanità la fa da padrona - con il rischio di affari, non sempre trasparenti, e sprechi - anche in Regioni come la Lombardia e il Veneto che fanno dei propri centri il fiore all'occhiello dei poli di ricerca e cura in Italia e all'estero. La spesa sanitaria la fa da padrona anche in quelle Regioni del Centro-Sud commissariate da uno Stato stanco di assistere a una elargizione milionaria clientelare e poco efficiente dove, nonostante tutto, ridurre i costi appare impresa ardua.

Una montagna di soldi che a volte diventa una montagna di carta. Virtuale. È il caso di due Regioni autonome a statuto speciale, come la Sicilia e la Sardegna. Nella prima si può parlare di un bilancio piegato al-

le logiche partitiche più che alla politica. La Corte dei conti ha più volte bacchettato gli amministratori, ma l'ultima volta, pochi mesi fa, lo ha fatto segnalando le anomalie di una contabilità che viene sottostimata e corretta in corsa. Nella seconda lo Stato "sleale" e inadempiente, non ha ancora dato seguito al nuovo sistema di compartecipazione delle entrate che, nel triennio 2010/2012, equivale ad almeno tre miliardi.

Una montagna di soldi che a volte diventa una montagna di cambiali. L'indebitamento è uno degli aspetti deleteri dei bilanci regionali. Numeri che in qualunque azienda privata obbligherebbero i sindaci a portare i libri in Tribunale. Indebitamenti ai quali talvolta si è giunti a causa di un capovolgimento della logica - risorse impiegate nelle spese correnti anziché negli investimenti - e con rischiose operazioni finanziarie: bond e swap che hanno appesantito, anziché alleggerire, i mutui contratti. La Campania ha un debito di 15 miliardi, il Lazio di circa 11, il Piemonte corre verso i 7, la Sicilia oltre i 5.

Una montagna di soldi che talvolta diventa una banca d'affari. Lecita, per carità, al netto delle indagini della magistratura penale e contabile. In Lombardia il potere politico ha delegato a finanziarie e società controllate o partecipate ampie deleghe economiche e la stessa cosa accade in Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Puglia (dove le poltrone sono occupate solo dai fedelissimi dei governatori Augusto Rolandin, Renzo Tondo e Nichi Vendola), Toscana o in Liguria, Regioni queste ultime dove le coop vengono spesso premiate dai Governi regionali. La Regione Molise è diventata legittimamente socia, direttamente e indirettamente, di due società anonime lussemburghesi. Una frontiera che - finora - non era stata varcata da nessuno.

Il paradosso, poi, è che quasi sempre le Regioni tirano indietro il braccio quando si tratta di aprire al mercato e alla concorrenza o si accontentano di briciole di sviluppo. Il Piemonte ha assistito impassibile alla mancata liberalizzazione della tratta ferroviaria Torino-Milano mentre la Basilicata,

che nell'immaginario collettivo è un unico pozzo di petrolio a cielo aperto, in 10 anni ha incassato dalle royalty appena 557,5 milioni mentre alle compagnie petrolifere non sarebbero entrati meno di otto miliardi. La Toscana non ha ancora deciso per l'apertura di un centro Ikea e per questo è stata bacchettata anche dal presidente della Commissione europea José Manuel Barroso.

Una montagna di soldi che continua a essere una manna per la politica nonostante i tentativi di tagliare i costi che invece colpiscono sempre di più il personale. In Emilia-Romagna - che pure è stata tra le prime a intervenire su vitalizi e indennità - ai consiglieri toccano rimborsi per le trasferte talmente elevati che converrebbe affittare a vita i taxi. In Calabria - patria della casta partitica - la politica costa più del personale. E anche quando si potrebbe incidere sulle doppie o triple sedi, i campanili bloccano ogni possibilità di riforma. Se la Calabria, infatti, divide Giunta, Consiglio e assessorati tra Reggio e Catanzaro, l'Abruzzo fa la stessa cosa: personale e amministratori devono fare ogni giorno la spola tra Pescara e L'Aquila perché qui, come in Calabria, nessuno ha mai avuto il coraggio di affrontare il problema per paura di perdere anche un solo voto.

 <http://robertogalullo.blog.ilsole24ore.com>

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ventunesima e ultima puntata

Le precedenti: il 5 (Lombardia), il 13 (Liguria), il 20 (Veneto), il 26 (Puglia) e il 29 ottobre (Emilia-Romagna); il 3 (Lazio), l'8 (Calabria) e il 24 novembre (Campania); il 1° (Toscana), il 21 (Marche) e il 28 dicembre (Friuli-Vg); il 4 (Piemonte), il 6 (Sicilia), il 10 (Trentino-Alto Adige), il 12 (Basilicata), il 17 (Umbria), il 19 (Sardegna), il 25 (Valle d'Aosta), il 27 gennaio (Abruzzo) e il 1° febbraio (Molise).



Il flusso

I bilanci delle Regioni. **In milioni di euro**

Piemonte	10.220
Valle d'Aosta	1.937
Liguria	7.396
Lombardia	23.000
Veneto	12.360
Friuli-Venezia-Giulia	7.578
Alto Adige	5.362
Trentino	4.563
Emilia-Romagna	13.798
Toscana	8.600
Marche	10.170
Umbria	2.204
Lazio	28.774
Abruzzo	3.290
Molise	1.700
Campania	22.000
Puglia	10.273
Basilicata	3.600
Calabria	9.467
Sicilia	27.000
Sardegna	7.380
Totale	220.672

Fonte: Atti ufficiali delle Regioni

Le misure della Commissione per difendersi dalle minacce "transfrontaliere" alla salute

Ue unita contro le pandemie

Strategie comuni, come l'acquisto di vaccini, e più coordinamento

Che sia una nuova pandemia di influenza o un focolaio di infezione come quella recente da E.coli da ora in poi l'Unione europea non dovrà più farsi trovare impreparata di fronte ai pericoli che possano minacciare tutti i cittadini d'Europa. Per questo la Commissione nelle settimane scorse ha messo a punto un pacchetto di misure per evitare il caotico fai da te dei vari Paesi che spesso si è scatenato in passato. L'obiettivo è quello di muoversi uniti con strategie comuni: a esempio ricorrendo a un acquisto congiunto di vaccini, il contrario di quanto si fece nel caso dell'influenza H1N1 quando ognuno fece per sé con una corsa forsennata alle scorte per alcuni Paesi.

Per questo tra le proposte di Bruxelles c'è innanzitutto il rafforzamento del coordinamento già operativo nel campo delle malattie trasmissibili che dovrà essere esteso a tutti i rischi derivanti da eventi biologici, chimici o ambientali. Sarà anche rinforzato il mandato del Comitato per la sicurezza sanitaria (Css) e si provvederà a individuare gli strumenti necessari per riconoscere una «situazione di emergenza sanitaria» a livello europeo al fine di accelerare la messa a disposizione di farmaci. Il sistema di allerta in caso di emergenza sanitaria "suonerà l'allarme" in tutta la Ue senza aspettare l'autorizzazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

«Nell'odierna società globalizzata, persone e merci circolano liberamente; bastano poche ore perché una malattia si diffonda non solo in Europa, ma nel mondo intero», ha spiegato **John Dalli**, commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori. Che aggiunge: «L'Unione europea e i suoi Stati devono essere disposti a cooperare, coordinando le loro iniziative per impedire la diffusione delle malattie. La nostra proposta ci fornisce gli strumenti e le strutture necessarie per proteggere efficacemente i cittadini di tutta Europa da una vasta gamma di minacce per la salute».

La nuova proposta di Bruxelles punta a estendere i meccanismi di valutazione dei rischi e della conoscenza dell'origine della minaccia. Cruciale sarà anche una maggiore informazione al cittadino e l'estensione della rete di sorveglianza epidemiologica (Cepcm) con la messa in comune di conoscenze tecniche.

Sarà poi, come detto, esteso e ufficializzato il mandato del Comitato per la sicurezza sanitaria, istituito nel 2001 in seguito agli attacchi terroristici e all'emissione di antrace. Ogni Paese membro dell'Unione dovrà elaborare e mantenere aggiornato il proprio piano nazionale di preparazione e di reazione, rispettando le linee guida della Commissione che coordinerà il processo.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure principali

- Estendere il meccanismo di coordinamento esistente per le malattie trasmissibili a tutti i rischi per la salute derivanti da eventi biologici, chimici o ambientali
- Rafforzare il mandato del comitato per la sicurezza sanitaria (Css)
- Prepararsi meglio a fronteggiare un'eventuale crisi, a esempio rendendo possibile l'acquisto congiunto di vaccini
- Predisporre gli strumenti necessari per riconoscere una "situazione di emergenza sanitaria" a livello europeo al fine di accelerare la messa a disposizione di farmaci
- Concordare misure urgenti a carattere transfrontaliero quando una crisi è la causa di un numero elevato di decessi e le misure nazionali non riescono ad arrestare la propagazione della malattia



L'editoriale
dei
lettori

SPRECO DI SANITÀ

Secondo l'ultimo rapporto Aiop gli ospedali pubblici sprecherebbero 13 miliardi l'anno. Come evitarlo? Rimborsando soltanto i servizi effettivamente offerti

ENZO PAOLINI

Qualche giorno fa, a proposito della proposta di informare i pazienti sui costi delle prestazioni, Alberto Mingardi si è soffermato su come l'offerta sanitaria sia frutto di scelte politiche volte al consenso più che alla risposta di bisogni effettivi, generando eccessi produttivi che in un contesto competitivo manderebbero in crisi tutto il sistema (*La Stampa*, 28 gennaio 2012). Quello di cui c'è reale bisogno - e forse in questo la politica dovrebbe riappropriarsi del suo ruolo più «alto» - è una vera riforma che consenta di razionalizzare la spesa con criteri che valorizzino la qualità e la libera scelta dei cittadini.

Il nostro sistema sanitario pesa sul bilancio pubblico quasi 110 miliardi, poco più del 7% del Pil. Pur trattandosi di una spesa tra le più basse in Europa, la gravità della situazione economica potrebbe aprire a nuovi tagli lineari. Un recente studio realizzato da Ermeneia pubblicato nell'ultimo rapporto Aiop ha stimato che in media gli ospedali pubblici sprecano il 29% dei finanziamenti, quasi 13 miliardi l'anno. La sfida è quindi eliminare gli sprechi. Ma come?

Innanzitutto è necessario che i bilanci degli ospedali pubblici siano redatti secondo criteri univoci: ora non è così e in molte regioni i dati sono illeggibili. Poi, è da rivedere il meccanismo di finanziamento in modo che anche gli ospedali pubblici, come i privati, siano rimborsati solo per i servizi che offrono e non a pie' di lista o su base storica. Infine, tornando su un esempio di Mingardi che sottolinea come la Lombardia «usa consapevolmente gli ospedali privati che hanno un ruolo non ancillare», usare correttamente il privato può assicurare un servizio pubblico a costi più bassi e con soddisfazione per i pazienti. In questo molto ci insegna il comportamento europeo, sempre più orientato a costruire sistemi misti.

**Presidente Aiop, Associazione Italiana
Ospedalità Privata**



Intervento Ignazio Marino

Quei detenuti sono prima malati



UNA RIFORMA deve essere meditata ed attuabile. Certo deve esserlo la riforma di un sistema complesso come quello degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). La loro chiusura nel marzo 2013, prevista dal

nuovo decreto sulle carceri, è stata giudicata avventata e irresponsabile da alcuni; da altri, il frutto acerbo di un mancato confronto con gli esperti del mondo psichiatrico e giudiziario. È vero, i tempi perché le Regioni approntino soluzioni alternative agli attuali manicomi criminali, possono apparire stretti. Ma troppo lunghi sono stati gli ultimi trent'anni, passati da molti a tentare di illuminare quel cono d'ombra lasciato dalla legge voluta da Franco Basaglia nel 1978. La cosiddetta 180, fondamento dei moderni metodi di cura psichiatrica in Italia, non aveva infatti sciolto il nodo dell'assistenza e della tutela delle persone che, ammalate di patologia psichiatrica, avevano commesso un reato. Trent'anni che diventano più di ottanta, se si guardano le fotografie sbiadite che ritraggono il ministro della Giustizia Alfredo Rocco mentre inaugurava uno dei primi manicomi criminali italiani nel 1925.

Il Senato ha approvato pochi giorni fa la proposta di riforma. Se la Camera confermerà tale orientamento, che cosa accadrà da qui al 31 marzo 2013? Gli ospedali psichiatrici giudiziari diverranno

ciò che non sono mai stati: veri luoghi di cura. Nuove e diverse strutture al posto delle vecchie, degradate e fatiscenti, che saranno definitivamente chiuse. Perché non è tollerabile un ospedale in cui bisogna scegliere se usare l'acqua per il sistema antincendio o per lo sciacquone dei bagni; dove le lenzuola non vengono cambiate per settimane e, a volte, sono gli stessi operatori a portarle generosamente da casa; dove in inverno il riscaldamento non funziona; dove l'assistenza medica viene gestita da un infermiere ogni trenta internati e l'assistenza psichiatrica viene garantita per meno di trenta minuti al mese.

MA DOVE FINIRANNO quelle persone? Al posto degli Opg sorgeranno piccole strutture da 30 o 40 posti letto, dotate di tutta l'attrezzatura necessaria per l'assistenza ai pazienti, con infermieri, medici, psichiatri ed esperti di riabilitazione che possano finalmente fare il loro mestiere: curare la mente e il corpo. Non è stata sottovalutata, tuttavia, la necessità di garantire la sicurezza, per cui all'esterno dei centri di cura la sorveglianza sarà assicurata dalla polizia penitenziaria. Questa riforma sarà finanziata con 273 milioni in due anni, di cui 180 destinati alla realizzazione dei nuovi luoghi di cura e 93 all'assunzione di personale qualificato. Negli attuali Opg, secondo i dati della commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario, ci sono circa 1.400 persone di cui più di 900 riconosciute ancora pericolose per sé e per gli altri: saranno loro ad essere trasferite nelle

nuove strutture. Altre 500 circa, invece, sono ritenute non più socialmente pericolose e hanno il diritto di uscire ma, di fatto, non riescono a varcare la soglia dell'Opg, dove alcuni sono chiusi contro la legge anche da trent'anni, veri ergastoli bianchi. Non hanno un posto dove andare e continuano ad aspettare che lo Stato, la Regione o il Comune si ricordi di loro e li accolga in una struttura. Per loro deve valere un principio essenziale, affermato dalla Corte costituzionale: le esigenze di tutela della collettività non possono mai giustificare misure tali da recare danno alla salute del malato, quindi la permanenza negli ospedali psichiatrici giudiziari che aggrava la salute psichica dell'infermo non può proseguire. Queste persone dovranno essere dimesse e assistite sul territorio dai dipartimenti di salute mentale. Parliamo di meno di venticinque persone, in media, per Regione. Non è una missione impossibile, ma se tale si dovesse rivelare per alcune Regioni, lo Stato interverrà, individuando una soluzione per ciascun paziente.

ECCO COSA VUOL dire chiudere gli Opg. Una sanità degna di questo nome e la garanzia di una sorveglianza esterna, nel pieno rispetto della comunità e delle vittime dei folli autori di reato. Questa non è una riforma "per i criminali", come qualche senatore della Lega ha urlato. È una riforma per tutti noi, per riconoscerci in uno Stato che offre il rispetto che chiede. Perché la malattia mentale non resti uno stigma del quale avere paura.

Sperimentazione

Trovati due antivirali per combattere l'epatite C

■ **ROMA** Provata l'efficacia di due nuovi **farmaci** per l'epatite C, ad azione mirata. Si tratta di due antivirali che bloccano la moltiplicazione del virus. Il loro arrivo migliorerà di molto il tasso di sopravvivenza dei pazienti e determinerà la guarigione nel 70% dei casi. La notizia è stata diffusa nel corso della seconda edizione del Workshop Nazionale di Economia e **Farmaci** in Epatologia WEF-E 2012. Il meccanismo d'azione è molto diverso da quello dei **farmaci** che costituiscono, ad oggi, l'unica terapia disponibile contro HCV.



La scienza

Sfida all'Alzheimer
sulle tracce
della proteina tauGINA
KOLATA

Due ricerche statunitensi stabiliscono come avviene il contagio tra i neuroni, probabilmente anche nel Parkinson. Per lo studio sono stati impiegati topi geneticamente modificati. Ora potrebbero esserci nuove prospettive di cura

Sulle tracce della proteina tau l'ultima sfida all'Alzheimer

GINA KOLATA

Da due nuovi studi pare che il morbo di Alzheimer si diffonda come un'infezione, passando da una cellula cerebrale all'altra. A differenza di un virus o di un batterio, però, in questo caso a diffondersi sarebbe una proteina anomala nota come tau. Secondo i ricercatori anche altre malattie cerebrali degenerative come il Parkinson potrebbero diffondersi nel cervello seguendo un meccanismo simile.

Chi studia l'Alzheimer da tempo sa che le cellule morenti piene di proteina tau si presentano in un primo tempo in una piccola area del cervello dove sono prodotti e immagazzinati i ricordi. La malattia quindi si espande verso aree cerebrali più vaste del cervello. Per oltre un quarto di secolo, però, i ricercatori non erano riusciti a decidere tra due plausibili meccanismi-spiegazione. Il diffondersi della malattia poteva implicare che fosse trasmessa da neurone a neurone, oppure che alcune aree del cervello fossero in grado di resistere più a lungo alla malattia.

I nuovi studi lasciano supporre che sia possibile fermare l'aggravarsi del morbo di Alzheimer, evitando questa trasmissione da cellula a cellula, magari con un anticorpo che blocchi la proteina

tau. Gli studi sono stati condotti in modo indipendente dai ricercatori delle università Columbia e Harvard, e hanno coinvolto topi geneticamente modificati in modo da produrre le proteine anomale tau umane, soprattutto nella corteccia di entorhinal, un frammento di tessuto tra le orecchie, dove per il morbo di Alzheimer iniziano a morire le prime cellule. I ricercatori hanno riscontrato la presenza della proteina tau e le cellule della corteccia di entorhinal negli animali hanno iniziato a morire. Nel corso dei due anni successivi, la morte e la distruzione delle cellule cerebrali si è andata propagando alle altre. Dato che quelle altre cellule non sono in grado di creare la proteina tau umana, la proteina poteva diffondersi solo passando da una cellula nervosa all'altra. Uno dei due studi — quello condotto da Karen Duff, Scott Small e dai loro colleghi del Taub Institute for Research on Alzheimer's Disease and the Aging Brain della Columbia University, è stato pubblicato sulla rivista "PLoS One". L'altro, condotto da Bradley T. Hyman, direttore dell'Alzheimer's Disease Research Center at Massachusetts General Hospital e dai suoi colleghi, è uscito sulla rivista "Neuron". I ricercatori sapevano che qualcosa innescava il morbo di Alzheimer e il candidato più probabile è la pro-

teina beta amiloide, che aggrega cellule esterne. L'amiloide crea un ambiente avverso nelle regioni del cervello addette alla memoria. Quando subentra la proteina tau essa si accumula all'interno delle cellule e le fa morire. Se fosse vero che alcune cellule impiegano più tempo di altre prima di soccombere in questo ambiente avverso, ciò spiegherebbe la diffusione della malattia.

La soluzione è arrivata quando la scienza ha fatto sufficienti progressi da consentire ai ricercatori di creare topi geneticamente modificati e in grado di avere la proteina anomala tau umana. Se la tau si diffonde da neurone a neurone, però, secondo John Hardy, studioso dell'University College di Londra, potrebbe essere necessario bloccare sia la produzione di beta amiloide, che pare dare inizio al diffondersi della malattia, sia il diffondersi della proteina tau, che continua fino ad arrestare il funzionamento del cervello della persona colpita dall'Alzheimer. Adesso, secondo Hardy, si è capito che «La malattia non dipende dall'ambiente avverso nel cervello. L'Alzheimer si propaga con la proteina tau che diffonde il contagio da un neurone all'altro».

Copyright The New York Times
(Traduzione di Anna Bissanti)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

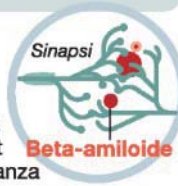


Il morbo di Alzheimer

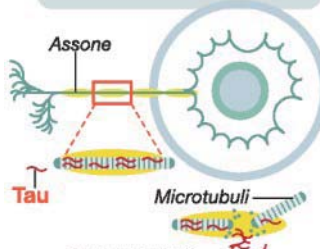
Le due proteine responsabili

1 Beta-amiloide
 Ostruisce la comunicazione fra i neuroni. Più diffusa è la sua presenza, più gravi i sintomi

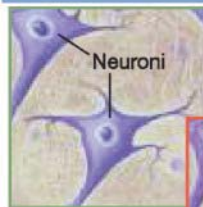
Può essere osservata con la Pet e la risonanza magnetica



2 Tau
 È quella osservata nello studio di oggi. Rafforza i microtubuli attraverso cui viaggiano gli impulsi fra i neuroni

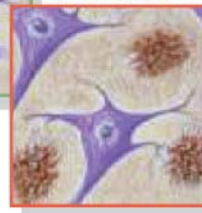


I microtubuli non riescono più a trasmettere i messaggi



I neuroni incapaci di comunicare muoiono e il cervello si riduce

Alzheimer



Le proteine responsabili si diffondono come un virus

Le funzioni compromesse:

- Memoria
- Linguaggio
- Ragionamento
- Orientamento

La scoperta

Il nucleo originario si trova nella **corteccia entorinale**, legata alla memoria



Le aree colpite successivamente sono l'**ippocampo** e la **corteccia cerebrale**

SANITÀ

Il picco dell'influenza le prossime 2 settimane

ROMA - Il picco della stagione influenzale 2011-2012 è a un passo: nelle prime settimane di febbraio. La curva epidemica ha segnato una «brusca impennata» verso l'alto nella settimana dal 23 al 29 gennaio, registrando un repentino aumento dei casi. Un balzo che colloca gli ultimi sette giorni al primo posto nella classifica della stagione influenzale 2011-2012, con 525.000 italiani costretti a letto, soprattutto bambini. Nella settimana precedente (16-22 gennaio) c'erano solo 387 mila cittadini vittime dell'influenza.

