

Disavanzo in calo del 28,5 per cento

# Per la sanità i fondi statali a 106 miliardi

## IL QUADRO

I piani di rientro obbligatorio frenano il passivo

Risultati positivi

in tutti gli enti coinvolti

con l'eccezione della Puglia

■ Non funzionano proprio come orologi svizzeri, ma qualche risultato importante lo danno: i piani di rientro dal deficit sanitario, che ormai abbracciano 12 Regioni su 20, frenano il disavanzo, e sembrano riuscire a contenere la corsa finora a briglie sciolte della spesa: nel 2010 il Servizio sanitario nazionale è costato 113,5 miliardi, cioè 1,5 miliardi in meno dei 115 calcolati nella Dfp (l'ex Dpef) 2011/2013. Aggiunto il contributo del ticket da 10 euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che pure sta incontrando un'applicazione piuttosto travagliata, l'assegno che lo Stato staccherà nel 2011 si ferma a 105,9 miliardi.

I numeri, messi insieme dalla Corte dei conti nella relazione diffusa ieri dalla sezione Autonomie (la 6/2011) sulla finanza regionale, mostrano un cauto ottimismo dei magistrati contabili, che pure non trascurano i tanti problemi dei bilanci sanitari. Il disavanzo complessivo del sistema scende del 28,5% (da 3,25 a 2,45 miliardi di euro; si veda anche «Il Sole 24 Ore» del 25 maggio): Calabria e Toscana abbandonano del tutto il rosso, l'Abruzzo si avvicina a questo risultato, la Sicilia lo riduce del 69% rispetto al 2009 e anche le altre Regioni in passivo vedono migliorare i propri risultati, con l'unica eccezione della Puglia, dove il disavanzo cresce del 10,9% a quota 335,4 milioni di euro e il piano di rientro (con tanto di aumento delle addizionali) è scattato a novembre 2010. Il grosso del problema, comunque, rimane concentrato nel Lazio (-1,04 miliardi il risultato 2010) e in Campania (-495,8 milioni), che da sole assorbono il 66% del passivo nazionale. Oltre alla Puglia, nella girandola dei piani di rientro è

entrato nel 2010 anche il Piemonte, che dopo le rettifiche ha chiuso il 2010 con un rosso da 65 milioni e sta ora varando un'impegnativa riforma sanitaria che ridisegna l'intera geografia del servizio. La conclusione della Corte è nel segno della speranza: «Sembra - scrivono i magistrati contabili - che il sistema di responsabilizzazione introdotto con la normativa sui piani di rientro stia portando risultati positivi», anche nel nome della «responsabilizzazione» che premia con risorse aggiuntive chi rispetta gli obiettivi e infligge aumenti fiscali e blocchi nelle spese e nelle assunzioni a chi si mostra inadempiente.

Sono le altre regole della finanza regionale, secondo la Corte, a mostrare la corda, a partire dal Patto di stabilità. Viste le dimensioni della sanità, che nel 2010 ha assorbito il 75,4% delle risorse transitate nei bilanci regionali, il patto che si rivolge solo al bilancio extra-sanitario ha per natura un'efficacia limitata. Quello per le Regioni, inoltre, è un Patto ancora old style, basato sui tetti di spesa e con parametri di riferimento ancorati a un solo anno, anziché al triennio come accade per gli obiettivi di bilancio degli enti locali, con un conseguente aumento del tasso di casualità dei limiti assegnati di anno in anno alle diverse amministrazioni. Il risultato finale, poi, è una riduzione quasi tutta concentrata sulla spesa in conto capitale, che nel 2010 si è ridotta del 16,8%: le uscite correnti, infatti, hanno una struttura più rigida, su cui è difficile intervenire (nel 2010 la riduzione è stata dello 0,7%). A complicare la gestione c'è il fatto che la sanità viaggia su conti economico-patrimoniali, mentre le regioni seguono la contabilità finanziaria, con un disallineamento che ora dovrà essere superato con l'attuazione della riforma della contabilità scritta nel Dlgs 118/2011.

G. Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I derivati dei sindaci**

Valori mark to market distinti in positivi e negativi (2009). **Valori in euro**

Regione	Saldi positivi	Saldi negativi	Mark to market
Piemonte	2.508.279	-142.636.451	-140.128.172
Lombardia	52.075.202	-93.648.020	-41.572.818
Liguria	207.992	-20.982.325	-20.774.334
Trentino A.A.	59.900	-212.621	-152.721
Veneto	31.693.512	-46.349.491	-14.655.978
Friuli V.G.	22.700	-2.625.660	-2.602.960
Emilia R.	532.125	-17.839.635	-17.307.510
Toscana	9.421.887	-76.007.381	-66.585.495
Umbria	2.635.662	-22.102.996	-19.467.334
Marche	90.253	-10.430.651	-10.340.398
Lazio	39.229.036	-138.147.191	-98.918.155
Abuzzo	138.510	-11.834.073	-11.695.563
Molise	-	-45.770	-45.770
Campania	2.020.543	-228.232.123	-226.211.579
Puglia	1.206.546	-9.659.934	-8.453.388
Basilicata	144.909	-655.468	-510.559
Calabria	820.709	-17.656.699	-16.835.990
Sicilia	3.910.308	-37.860.341	-33.950.032
Sardegna	3.892.385	-6.345.367	-2.452.981
<b>Totale complessivo</b>	<b>150.610.460</b>	<b>-883.272.197</b>	<b>-732.661.737</b>

Fonte: Corte dei conti

**I conti della sanità**

Risultati di esercizio 2009-2010, in milioni di euro, e variazioni percentuali e assolute

Regioni	Risultato di esercizio		Var. % '10/'09
	2009	2010	
Lazio	-1.395,99	-1.043,83	25,23
Campania	-788,88	-495,79	37,15
Puglia	-302,47	-335,38	-10,88
Sardegna	-229,74	-228,72	0,45
Liguria	-105,64	-88,58	16,15
Veneto	-27,15	-72,67	-167,69
Sicilia	-200,00	-61,96	69,02
Molise	-63,65	-53,46	16,01
Basilicata	-21,04	-35,33	-67,89
Abruzzo	-94,54	-19,11	79,79
P.A. Trento	-12,09	-10,81	10,63
V. Aosta	-0,98	-6,92	-604,62
P.A. Bolzano	37,18	1,95	-94,75
Friuli V.G.	16,67	8,63	-48,23
Piemonte	16,73	8,84	-47,14
Umbria	4,76	10,42	118,98
Lombardia	1,88	10,58	463,08
Toscana	-6,88	14,22	306,69
Calabria	-118,79	18,26	115,37
Emilia R.	22,44	26,45	17,90
Marche	16,55	27,59	66,68
<b>Totale</b>	<b>-3.251,64</b>	<b>-2.325,58</b>	<b>28,48</b>
<b>Solo perdite</b>	<b>-3.367,85</b>	<b>-2.452,54</b>	<b>27,18</b>
<b>Solo utili</b>	<b>116,21</b>	<b>126,96</b>	<b>9,25</b>

## Corte dei conti. Cresce l'allarme debito per gli enti locali **Pag. 29**

**Corte dei conti.** Fuga dai derivati: nel 2010 estinto in anticipo il 31% dei contratti - Mark to market negativo per 923 milioni

# Allarme debito per gli enti locali

Ampia la quota di rosso finanziata in emergenza con entrate straordinarie

### PATTO DI STABILITÀ

Obiettivi rispettati senza generare un surplus di risorse bloccate ma continua la caduta degli investimenti

**Gianni Trovati**

MILANO

■ Sono due gli elementi da mettere insieme per capire che qualcosa non va nelle regole della finanza locale: il patto di stabilità ha registrato nel 2010 un grado di rispetto record, con solo 46 Comuni e una Provincia fuori dagli obiettivi di saldo, ma nello stesso tempo l'equilibrio finanziario complessivo degli enti locali è sempre più precario, con un aumento degli enti in disavanzo e una quota crescente di debito (uscita certa e costante) finanziata con entrate straordinarie (che per loro natura sono incerte e non strutturali).

È l'incrocio di questi due fattori a offrire la chiave di lettura della corposa relazione che la sezione delle Autonomie della Corte dei conti ha diffuso ieri (delibera 7/2011) sullo stato della finanza locale nel 2010. Sul versante del debito, la Corte evidenzia anche i forti movimenti che caratterizzano il capitolo derivati: la «fuga dagli swap» adombrata da più di un dato di mercato si traduce in numeri importanti, che mostrano come nel 2010 i Comuni abbiano chiuso in anticipo il 30,67%

dei propri contratti, mentre le Province hanno fatto la stessa scelta sul 14,87% degli strumenti finanziari che avevano in pancia. Un esodo generalizzato, favorito anche dalla dinamica dei tassi che nel 2010 ha spianato la strada a chi voleva chiudere le posizioni senza pagare troppo pegno, favorito anche dall'atteggiamento di alcuni istituti di credito "ammorbiditi" dal fiorire di contenziosi in tutta Italia. Numeri che assottigliano l'incognita swap sui bilanci di Comuni e Province, senza ovviamente cancellare il problema: a fine 2009, prima che la via verso l'uscita anticipata si affollasse così tanto, secondo i calcoli della Corte il mark to market negativo cumulato dagli swap di sindaci e presidenti di provincia era di 923,4 milioni (883 milioni solo nei Comuni), cioè intorno al 4,6% del nozionale. La fuga ha ridotto i termini di riferimento, anche se la spinta dei tassi legata alla tempesta sui mercati ha in generale peggiorato le perdite potenziali dei contratti ancora attivi.

Ma è la gestione complessiva del debito locale a preoccupare i magistrati contabili. Non per la dinamica dello stock, che continua a non aumentare (115% delle entrate correnti nei Comuni, 106% nelle Province), ma per il peso che la sua gestione ha sui bilanci locali. Viste le difficoltà degli enti locali, nel finanziamento

del passivo è cruciale il ruolo di entrate come gli oneri di urbanizzazione, per natura imprevedibili, avanzi di amministrazione, generati spesso dalla revisione dei residui, e le plusvalenze di vendite immobiliari, che sfruttano la differenza contabile con i valori di libro, lontanissimi da quelli di mercato. Risultato: il sistema «riesce a reggere», ma «con il ricorso a un'anomalia». Anche per questo la Corte chiede di intervenire sulle regole, e di sostituire il parametro attuale, basato sul confronto fra entrate correnti e spesa per interessi, con uno più complessivo che metta in relazione saldo corrente e stock del debito. Anche il saldo, del resto, mostra più di un problema: i Comuni con squilibri di parte corrente sono 3.412 su 6.552 monitorati, e quelli in disavanzo strutturale sono 102, il 24% in più rispetto al 2009 (ci sono anche due capoluoghi, Foggia e Alessandria).

Le notizie migliori arrivano dal Patto di stabilità (che però continua a deprimere gli investimenti): l'alto tasso di rispetto è dovuto anche a un aumento degli interventi regionali, che hanno sbloccato quote di pagamento decisive per 732 Comuni e hanno aiutato anche a evitare il surplus (1 miliardo nel 2009) di risorse bloccate per carenze di programmazione.

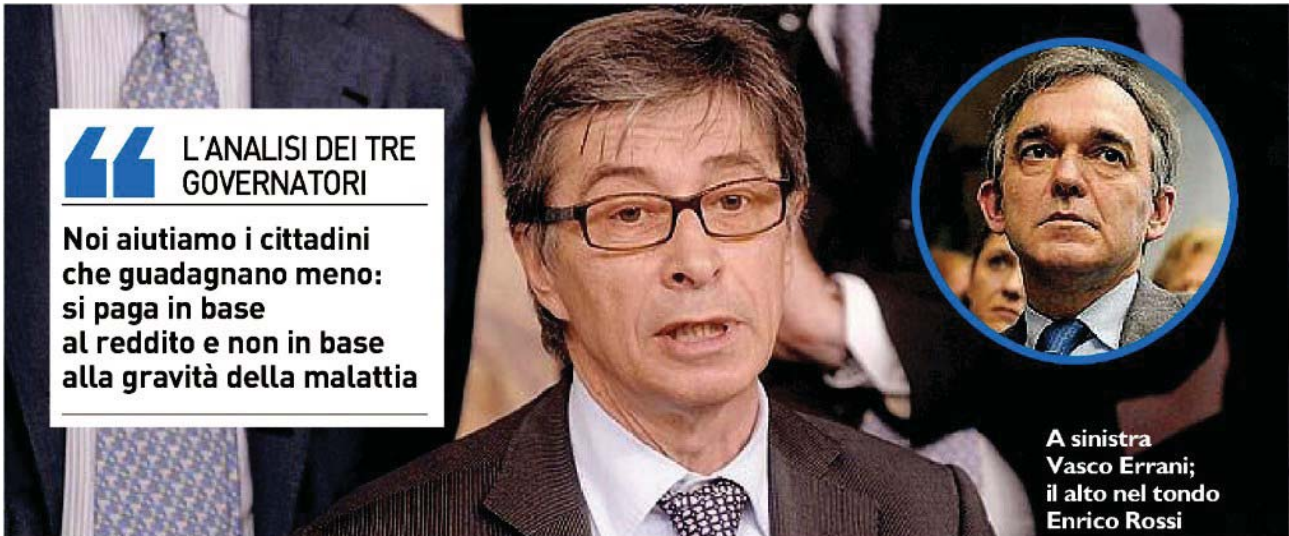
*gianni.trovati@ilsole24ore.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Arriva il ticket pesante «Ma protegge i più deboli»

*Accordo tra Emilia Romagna, Toscana e Umbria*



L'ANALISI DEI TRE GOVERNATORI

**Noi aiutiamo i cittadini che guadagnano meno: si paga in base al reddito e non in base alla gravità della malattia**

A sinistra Vasco Errani; il alto nel tondo Enrico Rossi

**La manovra prevede che paghino il ticket solo le famiglie con reddito superiore ai 36 mila euro. Grande delusione sulla decisione del Governo di scartare la tassa sul tabacco**  
Sandro Bennucci  
■ FIRENZE

«NON DITE CHE QUESTO è il federalismo delle Regioni rosse: siamo costretti a rimodulare i ticket sanitari secondo giustizia, facendo pagare chi guadagna di più, per rimediare alla mancanza di coraggio del governo».

Mette le mani avanti Vasco Errani, governatore dell'Emilia Romagna e presidente della Conferenza delle Regioni, dopo uno scambio d'occhiate con Enrico Rossi, presidente della Toscana, e con Franco Tomassoni, assessore alla sanità dell'Umbria. Perché le tre Regioni centrali, storicamente guidate dal centrosinistra, hanno deciso una «manovra» comune, un ticket pesante, ma uguale da Bologna a Firenze e a Perugia, dopo aver sperato che il governo coprisse il fabbisogno della sanità con una nuova accisa sul tabacco.

**UNA STANGATA REGIONALE?** In ef-

fetti sì. Perché, a parte gli esenti per le varie patologie, prevede di far pagare tutte le famiglie con reddito complessivo a 36 mila euro. Che sono moltissime e vanno più in basso del fatidico «ceto medio». Come si pagherà? A scaglioni. Facciamo l'esempio delle medicine: un euro a confezione per chi ha redditi fra 36 mila e 70 mila euro l'anno; due euro per i redditi fra 70 e 100 mila; tre euro sopra i 100 mila. Ogni ricetta avrà un massimo di 2, 4 e 6 euro. Ma è sensibilmente più alto il prelievo per la specialistica: verrà fatta una revisione del tariffario con valore della ricetta oltre i 10 euro e pagheranno 5 euro i redditi fra 36 e 70 mila, fino a 15 euro quelli che superano i 100 mila. E ancora: ticket aggiuntivi di 10, 24 e 34 euro per la Tac e la risonanza magnetica.

Da quando? In teoria da ieri per Emilia Romagna e Toscana e da oggi per l'Umbria. In pratica il sistema dovrà mettersi in moto: adeguando i software, facendo avere alle farmacie i moduli per l'autocertificazione (con il calcolo Isee) e insegnando almeno il minimo indispensabile agli operatori.

Errani e Rossi a due voci: «Il governo ha cancellato una parte di risorse destinate alle Regioni e voleva imporci un ticket iniquo di 10 euro per tutti. Noi

ci assumiamo la responsabilità, varando una manovra che ha un segno diverso e tutela chi è più debole. Per noi deve pagare di più non chi è più malato ma chi ha di più».

Un cartello delle Regioni rosse? Errani quasi s'arrabbia: «È ora di finirla con quest'etichetta. Le nostre sono Regioni europee, stanno nel mondo. Il principio che ci ha spinto a questo ticket è semplice e costituzionale: si chiama solidarietà».

Soluzioni alternative? Ancora Errani e Rossi con i cenni di assenso di Tomassoni: «La soluzione l'avevamo trovata con la condivisione di alcuni ministri (a cominciare da Bossi n.d.r.): mettere pochi decimi di euro sul tabacco per salvare la sanità pubblica. In coerenza con le politiche di tutela della salute. Ma quando tutto sembrava a posto è arrivato il no del governo. Che ci costringe a mettere ticket: ma solo a chi ha di più».



# Sanità, serve un'entrata sostitutiva Ma ora bisogna rispettare la legge

*Formigoni spera che si trovi un accordo sui tabacchi con il governo*

## UNA STOCCATA AL VELENO

**Boni dovrebbe approfittare di queste settimane di vacanza per studiare l'abc della politica e anche dell'economia**  
**Giambattista Anastasio**  
■ MILANO

«**REGIONE** Lombardia è la prima sostenitrice dell'opportunità di trovare insieme al governo un'entrata sostitutiva al ticket sanitario. Fui il primo a scrivere al presidente del Consiglio per chiedergli di evitare la reintroduzione del ticket e di trovare soluzioni alternative. Quali l'aumento dell'accisa sui tabacchi. Purtroppo l'accordo tra governo e Regioni non si è ancora potuto trovare. Ma sono speranzoso e fiducioso». Così Roberto Formigoni. Nonostante il tavolo tra il ministro Raffaele Fitto e le Regioni sia stato rinviato a fine agosto senza che la richiesta di dirottare sulle sigarette rincarari e previsioni di nuovi introiti sia stata accolta, il governatore pi-diellino della Lombardia mostra fiducia e assolve Palazzo Chigi: «Il governo non si è tirato indietro, c'è un'oggettiva difficoltà a togliere dalla manovra una misura già prevista dalla Finanziaria Prodi e a inserirne un'altra».

Nel frattempo, il Pirellone ha varato un taglio alla spesa sanitaria di 135 milioni: «Si tratta di razionalizzazione delle spese — precisa perentorio Formigoni —, non c'è alcuna scure». Di fatto la manovra lombarda prevede la riduzione dell'1 per cento

dei ricoveri, nuovi vincoli sulle cure e sui farmaci più costosi e, appunto,

il ticket per visite specialistiche ed esami. «Non potevamo fare altrimenti — ribadisce Formigoni —: non introdurre il ticket avrebbe significato non rispettare la legge e incorrere in sanzioni. La battaglia politica per l'eliminazione del ticket deve andare avanti nel rispetto della legge». Nei giorni scorsi, Davide Boni, presidente leghista del Consiglio regionale, aveva mandato a dire al governatore che meglio avrebbe fatto a stanziare fondi propri per scongiurare il ticket. La replica di Formigoni è durissima: «Boni farebbe bene ad approfittare delle vacanze per studiare le leggi, la politica e l'economia. In queste settimane ci ha afflitto con una serie di cose che non stanno né in cielo né in terra. Le Regioni sono tenuti ad applicare le leggi dello Stato. E la legge che introduceva i ticket non ci dà la possibilità di stanziare risorse nostre senza ricorrere a quelle dei cittadini. Boni evidentemente non conosce l'Abc della politica, tant'è vero che le altre Regioni stanno seguendo il nostro esempio, vale a dire: invito al governo a trovare una entrata alternativa al ticket e intanto modulazione dei ticket a vantaggio dei cittadini». E Formigoni presenta, poi, la delibera che in via sperimentale estende la possibilità di ottenere voucher dai 100 ai 180 euro giornalieri ad altre 100 persone in stato vegetativo. Oggi sono in 500, per lo più malati di Sla, a goderne. Lo stanziamento passa da 26 a 36 milioni di euro. Non solo ticket, il governatore chiede al Parlamento di accelerare l'iter per la legge sul fine-vita: «Occorre al più presto una legge nazionale che orienti ciò che può o meno essere fatto nel caso una persona chieda di poter morire».



L'ANALISI

Nerina Dirindin

## LA STRADA GIUSTA È TASSARE IL FUMO

Ancora una volta i ticket sono al centro di un'accesa polemica che rischia di acuire i già difficili rapporti fra Governo e Regioni, oltre che fra le diverse Regioni. La manovra approvata dal governo a luglio aveva introdotto un ticket di 10 euro per ricetta, ovvero una quota fissa che un assistito (non esente) avrebbe dovuto pagare semplicemente per aver diritto ad utilizzare gli ambulatori pubblici. Una volta pagata la quota fissa, il paziente avrebbe inoltre dovuto pagare il ticket sui servizi fruiti, in base al numero e alla tipologia degli stessi. Insomma, una sorta di ticket composto di due parti: un «biglietto di ingresso» (per esercitare il diritto ad essere assistito dalle strutture pubbliche) e una «tariffa di utilizzo» (per utilizzare effettivamente tali strutture, presentando la ricetta). Un regalo alla sanità privata che, per molte prestazioni a basso costo, avrebbe erogato il servizio facendo pagare all'assistito 10 euro in meno di quanto richiesto dalle strutture pubbliche (gli effetti distorsivi sono stati chiaramente dimostrati su [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)).

Dopo le puntuali denunce sul rischio di effetti distorsivi (a favore del privato) e sulle ricadute in termini di equità (soprattutto a carico dei redditi medio-bassi), le Regioni si sono attivate per cercare soluzioni alternative. La proposta più innovativa è stata quella (suggerita dal ministro Bossi) di sostituire il ticket con un aumento dell'accise sul tabacco. L'idea ha un fondamento logico ineccepibile: il fumo produce danni alla salute; il prelievo serve a scoraggiarne l'uso (anche se l'elasticità della domanda è

piuttosto contenuta) e a coprire i costi connessi agli effetti esterni prodotti dai fumatori. Una proposta che sposta quindi il carico tributario dai malati (che altrimenti pagherebbero il ticket) ai fumatori (che con il loro comportamento producono malattia). Ma il governo non ha nemmeno voluto prendere in considerazione la proposta. Difficile capirne le ragioni. Forse perché ieri era impegnato in ben altri problemi (e non solo in

Parlamento, per l'intervento di Berlusconi); forse perché ha temuto le reazioni dei tabaccai e della filiera del tabacco (da sempre ostili all'aumento del prezzo delle sigarette), forse perché troppo debole e disorientato persino per una decisione così poco rilevante; forse perché i veti incrociati hanno prevalso sulla ragionevolezza. Sta di fatto che l'idea di far pagare chi produce malattia anziché chi sta male è stata accantonata.

Nel frattempo le Regioni hanno predisposto ulteriori soluzioni. Ieri alcune (Emilia Romagna, Toscana e Umbria, governate dal centrosinistra) hanno previsto di rimodulare il ticket in modo da evitare di rendere più conveniente il ricorso ai privati, altre hanno adottato uno schema per rendere progressivo il prelievo. Entrambe le soluzioni vanno nella direzione auspicabile, stante la norma attuale: introdurre ticket diversificati in base al costo della prestazione e in base al reddito della famiglia. Resta il rammarico di veder progressivamente complicare il sistema dei ticket, a fronte di un gettito molto modesto e un dissenso così diffuso. Speriamo che la proposta di Bossi possa essere rimessa sul tavolo della discussione.



**Il caso** I carabinieri del Nas smascherano una falsa dottoressa che dispensava sul web consigli e diagnosi. Fenomeno in crescita: otto italiani su dieci consultano internet prima ancora del medico

# Viaggio nel far-west della medicina on line

**Secondo una ricerca della London school of economics, 65 persone su 100 utilizzano la rete per cercare notizie su farmaci, quasi la metà per un'autodiagnosi o per acquisire indicazioni su ospedali e cliniche. Solo uno su quattro controlla le fonti**

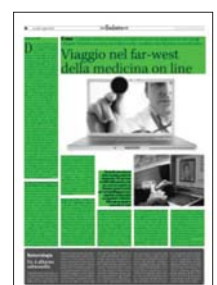
Federico Tulli

**D**a un lato la febbrile ricerca di una diagnosi gratuita, dall'altro la fantasmatica di poter esercitare il lavoro dei suoi sogni. In "mezzo" internet e la garanzia di anonimato (almeno nei confronti dei meno esperti). Risultato: una persona denunciata dal Nucleo antisofisticazioni e sanità dei carabinieri per esercizio abusivo di professione medica. E pericolo finalmente scampato per le centinaia di persone che si fidavano - è il caso di dire - ciecamente della falsa dottoressa che dispensava consigli e cure tramite il sito di "Yahoo! Answers". Usando per firma una farfalla e con un discreto seguito soprattutto tra le teenager alle prese con i loro primi rapporti sessuali, la donna, una 24enne di Latina, non disdegnava di parlare di epilessia e tumori. E se qualcuno le chiedeva consigli sulla terapia Di Bella la risposta era secca: «Di Bella? Un finto medico, un truffatore». Appunto. I suoi consigli erano tra i più seguiti dalla community online, dove era considerata un vero e proprio medico, ma nella vita reale la donna denunciata dai Nas è laureata in neurofisiopatologia alla Sapienza di Roma. Un tecnico sanitario quindi, capace di eseguire esami pure sofisticati come l'elettroencefalogramma, ma non un medico abilitato a eserci-

tare. Del resto come lei stessa scrive in un post, aveva un solo grosso rimpianto: non aver superato l'esame di ammissione alla Facoltà di Medicina. Questa "confessione" non è sfuggita ai Nas, ma evidentemente non ha frenato la voglia degli utenti della community di ottenere delle risposte ai loro dubbi senza le necessarie garanzie.

**La cosa non sorprenda. Il ricorso al web-dottore non è affatto raro** anche se porta con sé il rischio di subire delle dolorose truffe, non solo di carattere economico. Una recente ricerca della London school of economics ha evidenziato che otto italiani su dieci si affidano alla rete per cercare informazioni sulla salute, e che solo uno su quattro dichiara di controllare le fonti. Secondo gli autori, il 65 per cento utilizza il web per informarsi sui farmaci, mentre quasi la metà ricorre a internet per l'autodiagnosi (47 per cento) o per acquisire notizie su ospedali e cliniche (42). Percentuali destinate ad aumentare. Nei prossimi anni, infatti, con l'incremento delle vendite di smartphone e ipad si avrà un'ulteriore crescita delle informazioni sanitarie online e conseguente rischio di imbattersi in contenuti senza fonte certa. Con quali conseguenze è facile immaginarlo. Ci sarà chi si sente falsamente rassicurato da sintomi invece potenzialmente pericolosi, finendo col non ricorrere al medico in carne e ossa per la verifica della diagnosi. Oppure, un'informazione imprecisa può portare a preoccuparsi per nulla, e a sottoporsi a "cure" che non apportano alcun beneficio. Magari ricorrendo a dei farmaci taroccati acquistati on line senza ricetta.

**Questa pericolosa "moda" potrebbe far riprendere quota** a un progetto che il Parlamento europeo ha sul proprio tavolo da oltre un anno. Per abbattere gli ele-



vati costi della sanità la Ue ha infatti deciso di puntare forte sui dottori virtuali. Creando una rete certificata di medici on line a portata di click, pronti a fare diagnosi in diretta e a tenere sotto controllo i trattamenti soprattutto dei malati cronici, che pesano di più sui bilanci della sanità. La proposta è stata lanciata dal commissario all'Agenda digitale, Neelie Kroes, in base ad alcuni fondamentali parametri. Nel 2050 il 29 per cento degli europei avrà più di 65 anni, e con la crisi che ha dimostrato quanto è necessario contenere i costi la stretta sul settore sanitario diviene obbligatoria. Infine, come detto già oggi i cittadini si rivolgono prima a internet che al proprio medico. Ed è qui secondo Kroes che le nuove tecnologie possono dare una mano. La telemedicina, peraltro, è già un successo soprattutto per i malati cronici. Ma soprattutto, oltre all'assistenza a distanza può aiutare anche a tagliare una voce consistente del bilancio sanitario: ogni dieci euro di spesa nella sanità, sette sono per i cronici. Anche in Italia è guardata con interesse, ma al momento come insegna la vicenda della finta dottoressa in rete vige il far west. Qualcosa si è mosso a fine luglio quando al fine di «disciplinare il settore della medicina on line, e dare certezza che chi dispensa consigli e terapie sia in possesso dei titoli che lo abilitano alla professione» il responsabile sanità dell'Italia dei valori, Antonio Palagiano, ha chiesto e ottenuto l'inserimento di un emendamento al testo del governo sulla sperimentazione clinica e il riordino delle professioni sanitarie, poi approvato dalla commissione Sanità della Camera. Sapremo come andrà a finire dopo le vacanze dei parlamentari. ■



## Salute, l'81% degli italiani si informa su internet



**MILANO.** Milioni gli italiani – addirittura 8 su 10 – si rivolgono a internet per cercare dati di carattere medico o sanitario, ma spesso le informazioni della rete non sono affidabili. Un fenomeno, secondo la School of Management del Politecnico di Milano, che è alimentato dalla ritrosia «con cui le strutture sanitarie legittime tendono ad avvicinarsi al cittadino, per esempio con servizi online correttamente monitorati».



# IL DIRITTO NEGATO

CHIARA SARACENO

**L**a decisione della signora di Treviso, malata di sclerosi multipla, di rivolgersi ad un giudice per nominare suo marito "amministratore di sostegno", ovvero persona incaricata di far valere le sue volontà circa il rifiuto di trasfusioni di sangue e alimentazione forzata allorché lei non potrà più farlo direttamente, evidenza non solo la drammaticità, ma la intima contraddizione delle norme sul testamento biologico di recente approvate dal senato e in attesa di approvazione alla Camera.

Una contraddizione che inconsapevolmente hanno esplicitato anche il ministro Sacconi e la sottosegretaria Roccella nel loro tentativo di sminuire la portata della pronuncia positiva del tribunale di Treviso. Affermano, infatti, il ministro e la sottosegretaria che una persona in grado di intendere e volere, e aggiungo io, di agire di conseguenza, può liberamente rifiutare non solo ogni cura, ma anche di nutrirsi. Può andarsene dall'ospedale, staccarsi dalle macchine, rifiutare medicine e interventi chirurgici, smettere di mangiare e bere. Tra l'altro, il lento lasciarsi morire di fame è un mezzo più o meno consapevolmente scelto da molti grandi anziani stanchi di vivere, ma che "non riescono a morire", per usare le loro parole.

Questo diritto a rifiutare sia le cure che l'alimentazione si basa sul principio dell'*habeas corpus*, il primo e più antico diritto civile, sancito anche dagli articoli 2 (diritti inviolabili dell'uomo) e 13 (libertà personale è inviolabile) della Costituzione italiana. Questo diritto tuttavia, secondo ministro e sottosegretaria e secondo tutti coloro che hanno votato a favore della legge passata al Senato, cessa una volta che quella stessa persona ha perso vuoi la capacità di intendere o volere, vuoi quella di esprimere la propria volontà, ancora lucidamente presente alla coscienza, ma non più agibile direttamente. Il primo è stato il caso di Eluana Englaro, il secondo di Piergiorgio Welby. Welby è stato fino all'ultimo perfettamente in grado di volere ed anche di comunicare la propria volontà, ma dipendente da altri per farla valere, dato che non poteva staccarsi da sé dalla macchina che lo teneva in vita contro ogni suo volere e a prezzo di grandi sofferen-

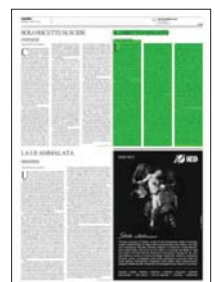
ze fisiche e psicologiche.

Questa negazione dell'*habeas corpus* e del diritto a far valere la propria volontà proprio nei confronti di coloro che una malattia o un incidente hanno già profondamente maltrattati nella loro integrità personale e nella loro capacità di autonomia, mi sembra una grave, insultante, indegnità. Ciò che queste persone hanno detto e dichiarato perde valore una volta che non siano più in grado di realizzarlo da soli. In nome della inviolabilità della vita umana diventano delle non persone. E le stesse persone che sarebbero, sono, chiamate a pronunciarsi sulla opportunità di un intervento, di una cura, perdono autorevolezza e riconoscimento se, in nome della volontà espressa dal malato, chiedono che cessi ogni intervento.

Proprio per rafforzare l'autorevolezza del marito sul piano giuridico la signora ha chiesto e ottenuto che questi venga nominato amministratore di sostegno, anche se l'accanimento impietoso dei nostri legislatori potrebbe rendere inutile anche questo, sollecitando altri ricorsi al giudice, su su fino alla Corte Costituzionale. Ci si lamenta tanto dell'eccesso di giuridificazione dei rapporti tra persone e dello strapotere dei giudici; ma sono le leggi che non riconoscono la pienezza del diritto dei cittadini a dire su di sé, anche a futura memoria, a stabilire non tanto come vogliono morire, ma come non vogliono essere tenuti in vita, a costringere a rivolgersi al giudice per proteggere sé e i propri cari da uno stato invasivo e irrispettoso della dignità dei cittadini. Possono anche provocare ansie e paure aggiuntive e persino sollecitare decisioni contrarie alle intenzioni delle norme e degli stessi interessi delle persone.

Se si teme, infatti, che una terapia metta in moto processi da cui non si può tornare, legalmente, indietro, finché sene ha il potere si può decidere di non iniziarla/non farla iniziare neppure, anche se potrebbe rivelarsi positiva. Una ragione in più per non intervenire se non a protezione e sostegno della libertà e dignità dei soggetti coinvolti in quell'area incerta che sta tra la vita e la morte, tra la speranza che le cose migliorino e la consapevolezza di ciò che è soggettivamente sostenibile e accettabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## LA DONNA DI TREVISO

## “NESSUN CASO ENGLARO, ANNA HA SOLO VOLUTO PIANIFICARE LE SUE CURE”

## Malata di sclerosi multipla, ha convocato un giudice per ratificare le sue volontà

di **Elisabetta Reguiti**

La storia di Anna, così come la chiamate, non ha niente di straordinario. Ogni giorno incontro persone che si trovano davanti alla sua scelta. Continuare a vivere, mi dicono, per rivedere la luce del giorno successivo, oppure lasciare che la vita si interrompa in quel momento. Quando il loro organismo non sarà più in grado di resistere alla malattia. Persone che non vogliono ricorrere a nessun mezzo o ausilio invasivo o no che sia”. Camillo Barbisan è un medico del Coordinamento regionale trapianti della Regione Veneto; è il biotecnico che fino a tre giorni fa era nell'ospedale di Treviso dove assieme alla sua équipe, ogni giorno, segue decine e decine di persone come la donna di 48 anni affetta da una patologia degenerativa, che ha scelto e dichiarato preventivamente di non volere beneficiare di terapie salvavita. Una vicenda raccontata e strumentalizzata dalla politica come un nuovo caso Englaro, ma così non è.

**PERCHÉ** quella donna, assieme alla sua famiglia, ha deciso di pianificare le cure che i medici potrebbero prestare. Passaggi medici e sanitari quasi obbligati per chi è affetto da una patologia degenerativa come la sua. Ma la donna non si è fermata a questo. Ha anche voluto dare una garanzia alle sue volontà blindandole rivolgendosi a un giudice. Il primo passo è stato nominare suo marito “amministratore di sostegno”, poi ha manifestato il suo consenso che di fatto è il dissenso alle cure mediche. Oggi la donna è tornata a casa sua e convive “normalmente” con la sua patologia.

“Ha superato la criticità che aveva reso necessario il ricovero - racconta Barbisan, che conosce bene la famiglia e ha seguito la vicenda dall'inizio -. È stato proprio in quel periodo che il giudice tutelare di Treviso Clarice Di Tullio è andata a trovarla per capire e parlare di persona con la donna. Non si è trattato come hanno detto tanti di una semplice ratifica delle volontà”, chiarisce. Di Tullio ha accolto le volontà della paziente: il diritto di decidere quando fermare la somministrazione dei farmaci salvavita, di non beneficiare di trasfusioni (la donna è testimone di Geova) e di nessun tipo di ventilazione. Il provvedimento del giudice tiene conto del codice deontologico dei medici e dei principi, accolti dalla Cassazione, secondo cui il consenso del paziente rappresenta il presupposto per qualsiasi intervento medico-sanitario. “Forse in molti hanno sottovalutato il fatto che la signora, con la sua decisione, ha inteso risolvere preventivamente una questione che non voleva lasciare ad altri”.

**ORA** (Anna) deve però solo sperare che non venga approvata la legge Calabrò che non ritiene vincolanti le volontà dei pazienti, tanto meno permette che si rinunci a idratazione e alimentazione artificiali. “Non cavalcheremo la scelta della nostra consorella. Non trasformeremo la sua decisione in una battaglia perché riteniamo che spetti solo a lei decidere. La persona, in questo caso, viene prima di tutto”. Poche parole per Stefano Ancarani dei Testimoni di Geova di Roma sulla storia di Treviso. “Nelle parole della donna e nelle sue indicazioni si legge chiaramente la differenza tra il rifiuto di cure sproporzionate e inutili, e pratiche di eutanasia. Insomma, le disposizioni della malata di sclerosi multipla sono nello spirito della legge sul biotestamento approvata alla Camera. E dicono un no esplicito all'accanimento terapeutico”, sostiene Paola Binetti deputata dell'Udc. E mentre Roberto Formigoni, presidente della Lombardia, invita il Parlamento ad approvare al più presto possibile una legge sul fine vita, Beppe Englaro rivela di aver fatto una scrittura privata per indicare le sue disposizioni anticipate di trattamento in caso di malattia con incapacità di intendere e volere.

