

## CONTRACCEZIONE

Cos'è la pillola  
dei 5 giorni dopo?A CURA DI MARCO ACCOSSATO  
TORINO

**L'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera alla commercializzazione della «pillola dei 5 giorni dopo». Qual è il meccanismo che la rende attiva più a lungo rispetto a quella «del giorno dopo»?**

Sono entrambi farmaci per la contraccezione di emergenza. Quella «del giorno dopo» ha come principio attivo il levonorgestrel, quella dei «5 giorni» l'ulipristal acetato che ha un'efficacia fino a 120 ore dal momento della somministrazione. Il nuovo farmaco è più simile al mifepristone, il principio della RU486, la pillola dell'aborto.

**Si tratta dunque di un aborto precoce?**

Assolutamente no. La contraccezione di emergenza agisce nel periodo che intercorre tra il rapporto sessuale e l'ovulazione, quindi prima che avvenga l'impianto in utero. Contrariamente a quanti molti pensano, va ricordato che non si rimane incinta al momento del rapporto, ma successivamente, quando avviene l'ovulazione, cosa che può accadere alcuni minuti dopo il rapporto come diversi giorni dopo.

**Perché è stata chiamata «dei 5 giorni» e non, ad esempio, dei 4 o 6?**

Mentre l'ovulo «vive» soltanto 24 ore, gli spermatozoi possono essere attivi fino a cinque giorni. Quindi, se il farmaco riesce a interferire nell'unione tra spermatozoi e ovulo per cinque giorni, si supera il loro

periodo di vitalità e con esso il rischio di gravidanza, che comunque si raggiunge normalmente solo nel 5-8 per cento dei casi dopo qualsiasi rapporto sessuale. La contraccezione di emergenza riduce la probabilità all'1-2 per cento.

**Che cosa cambia tra il primo e il quinto giorno in termini di efficacia della nuova pillola?**

La distanza tra il rapporto sessuale e la somministrazione della pillola riduce progressivamente il potere del farmaco. Se viene presa entro 12-14 ore, la probabilità di non rimanere incinta diminuisce del 90 per cento. Al terzo giorno scende al 60 per cento. Prima si prende, maggiori sono le garanzie.

**Da quando sarà disponibile nel nostro Paese?**

Dopo l'approvazione dell'Aifa è necessaria la pubblicazione del decreto. Un iter che dovrebbe però essere rapidissimo.

**La pillola si comprerà in farmacia o sarà distribuita esclusivamente nei consultori, in ospedale o da un ginecologo?**

Negli Usa, come in molti Paesi europei, la pillola del giorno dopo è disponibile senza ricetta medica, mentre quella dei «5 giorni dopo» deve essere prescritta dal medico, perché può interferire con altri medicinali. In Italia, per entrambe, è necessaria la ricetta del medico. La pillola si compra in farmacia.

**È mutuabile, quindi a carico del Servizio sanitario?**

No, si paga interamente. Il costo dovrebbe essere attorno ai 35 euro.

**Quali sono state le prime reazioni dopo l'annuncio dell'Aifa?**

Nei mesi scorsi, la notizia dell'arrivo anche in Italia di questa pillola aveva scatenato molte polemiche: si teme possa spingere gli adolescenti a «rapporti facili». Oggi, Lucio Romano, ginecologo e co-presidente nazionale dell'associazione «Scienza & Vita», sostiene che con il definitivo via libera alla «pillola dei 5 giorni dopo» si assiste all'ultimo atto di una progressiva banalizzazione dell'aborto. Il ginecologo Silvio Viale, che per primo ha sperimentato a Torino un'altra pillola, la RU486 dell'aborto, risponde che «non c'è motivo di temere che le ragazze utilizzeranno questa pillola al posto del contraccettivo, cioè all'occorrenza». E la ragione principale è che l'efficacia della contraccezione di emergenza è minore della garanzia data dalla pillola contraccettiva. Anche per questo il presidente della Società italiana di ginecologia e



ostetricia, Nicola Surico, plaude alla decisione dell'Aifa e chiede che il farmaco non sia registrato in fascia C, ovvero a carico della donna.

**Esiste un altro ostacolo, in Italia, al concreto utilizzo di questo metodo anti-gravidanza?**

È previsto l'obbligo di effettuare un test di gravidanza prima di prescrivere la pillola. Cosa che non accade in nessun altro Paese al mondo dove la pillola è già disponibile.

**I medici potranno rifiutarsi di prescrivere la nuova pillola?**

È probabile che i medici contrari all'aborto, che già fanno obiezione di coscienza, si rifiuteranno di prescrivere la «pillola dei 5 giorni dopo» esattamente come oggi non prescrivono quella del «giorno dopo». In caso contrario non c'è ragione di darne una e rifiutarsi di fare la stessa cosa con l'altra. Sono entrambe soluzioni di emergenza.

CONTO ANNUALE 2010/ Analisi della Ragioneria generale dello Stato sulle forze lavoro

# Il Ssn perde 5.210 operatori

In un anno l'1,3% di medici e l'1,7% di dirigenti in meno - Donne in aumento

Oltre 5.200 unità di personale in meno in un solo anno nel Ssn: -0,75% nel 2010 rispetto al 2009. In realtà però a ridursi drasticamente da un anno all'altro sono soprattutto i medici e i dirigenti non medici che perdono rispettivamente l'1,3 e l'1,7% delle forze lavoro. Soprattutto quelle di sesso maschile visto che le donne aumentano invece di quasi 2mila unità, di cui 880 dottoresse (il 45 per cento).

L'appello degli organici del Ssn (e di tutta la Pa) lo fa il Conto annuale 2010 della Ragioneria generale dello Stato, appena pubblicato. E se non fosse per il blocco della contrattazione fino a tutto il 2014, sarebbe stato il faro dei rinnovi contrattuali del primo contratto triennale 2010-2012 secondo la riforma Brunetta.

Un anno per la prima volta tutto col segno meno per le varie categorie di operatori della salute, con le perdite percentuali più pesanti tra i dirigenti amministrativi che perdono il 5,11% di organici. Ma la perdita percentualmente maggiore (in valore assoluto si tratta in tutto solo di 1.362 unità) è tuttavia quella legata all'«altro personale» (-19%), quello cioè con contratti in settori che stanno via via scomparendo (come le cucine, sostituite dai servizi in outsourcing). Forte calo percentuale invece per i direttori generali: -8%, che nel 2010 sono 57 in meno rispetto al 2009.

Ma nonostante il calo rispetto al 2009, alcune categorie di personale sono più numerose di quelle in servizio nel 2004, anno di riferimento per il contenimento di spesa previsto nelle varie manovre estive che detta un tetto pari alla spesa di quell'anno meno l'1,4%. Come dire che da tagliare così ce n'è di più. Il personale in genere nel 2010 è «solo» lo 0,14% in più del 2004, ma mentre tutte le categorie sono in calo (i dirigenti del ruolo amministrativo anche del 18,9% e i profili del ruolo professionale del 19,3%), i medici aumentano dell'1,92%, con un altro se-

gno «più» solo per il personale sanitario non medico.

Rispetto agli altri comparti del pubblico impiego, tra quelli che perdono personale nel 2010 rispetto al 2009 il Ssn è a metà classifica (la riduzione maggiore è il -5,3% della carriera penitenziaria), ma ci sono anche tre comparti che invece aumentano gli organici: forze armate (0,8%), Afam (un settore del ministero dell'Università: +4,7%) e presidenza del Consiglio (7,6 per cento).

Ssn in testa invece per il numero di operatori stabilizzati: 4.892 di cui 50 dai lavori usuranti su un totale nel 2010 di circa 10mila: il 49 per cento.

Ma il Ssn ha anche un altro primato: quello delle assenze. Nel 2010, con 26,5 giornate medie tra retribuite e non retribuite, Asl e ospedali sono primi in classifica con i corpi di polizia al secondo posto (25) e una media di tutta la Pa di 21,7 giornate.

Infine il capitolo delle retribuzioni. Il costo del personale nel 2010 è stato di 41,3 miliardi: il Ssn è il secondo comparto della Pa in quanto a numerosità del personale dopo la scuola e lo è anche, sempre dopo la scuola, per i costi delle retribuzioni. In realtà però la retribuzione media annua del settore sanitario non è tra le più alte. Si ferma a 38.773 euro nel 2010, contro gli oltre 43mila euro degli enti pubblici non economici o i 42mila degli enti di ricerca.

Al top ci sono i quasi 133mila euro della magistratura, circa 94mila euro della carriera diplomatica e 86mila di quella prefettizia. Metà classifica invece per quanto riguarda il tasso di crescita delle retribuzioni che nel 2010 rispetto al 2009 è stato dell'1,15 contro il 14,7% dell'Afam e sul versante opposto il -1,6% delle agenzie fiscali. E questo nonostante lo scorso anno ci siano stati ancora gli strascichi degli aumenti contrattuali dei contratti chiusi nel 2009.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Organici a confronto (2010, 2009 e 2004)**

Categoria	2010		Diff. con 2009		Diff. % su 2009		Diff. con 2004		Diff. % su 2004	
	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne	Totale	di cui donne
<b>Totale</b>	<b>688.557</b>	<b>441.854</b>	<b>-5.210</b>	<b>1.969</b>	<b>-0,75</b>	<b>0,45</b>	<b>971</b>	<b>25.447</b>	<b>0,14</b>	<b>6,11</b>
<b>Totale medici</b>	<b>117.250</b>	<b>43.843</b>	<b>-1.573</b>	<b>880</b>	<b>-1,32</b>	<b>2,05</b>	<b>1.907</b>	<b>7.638</b>	<b>1,65</b>	<b>21,10</b>
Medici	111.386	42.780	-1.481	855	-1,31	2,04	2.103	7.479	1,92	21,19
Veterinari	5.704	1.023	-89	27	-1,54	2,71	-192	160	-3,26	18,54
Odontoiatri	160	40	-3	-2	-1,84	-4,76	-4	-1	-2,44	-2,44
<b>Totale dirigenti non medici</b>	<b>20.374</b>	<b>12.894</b>	<b>-345</b>	<b>65</b>	<b>-1,67</b>	<b>0,51</b>	<b>-974</b>	<b>755</b>	<b>-4,56</b>	<b>6,22</b>
Dirig. sanitari non medici	14.823	10.660	-167	56	-1,11	0,53	-368	478	-2,42	4,69
Dirig. ruolo professionale	1.487	270	-21	12	-1,39	4,65	75	82	5,31	43,62
Dirig. ruolo tecnico	1.167	564	-1	-3	-0,09	-0,53	-8	18	-0,68	3,30
Dirig. ruolo amministrativo	2.897	1.400	-156	0	-5,11	-	-673	177	-18,85	14,47
<b>Totale pers. non dirigente</b>	<b>549.571</b>	<b>384.902</b>	<b>-3.157</b>	<b>1.043</b>	<b>-0,57</b>	<b>0,27</b>	<b>284</b>	<b>17.003</b>	<b>0,05</b>	<b>4,62</b>
Profili ruolo sanitario - personale infermieristico	275.932	212.838	-728	214	-0,26	0,10	5499*	11260*	1,6 *	4,6 *
Profili ruolo sanitario - pers. funzioni riabilitative	20.641	16.840	-20	51	-0,10	0,30				
Profili ruolo sanitario - personale tecnico sanitario	36.877	22.215	-344	182	-0,92	0,83				
Profili ruolo sanitario - pers. vigilanza e ispezione	12.410	4.768	112	269	0,91	5,98				
Profili ruolo professionale	369	38	-5	2	-1,34	5,56	-88	-3	-19,26	-7,32
Profili ruolo tecnico	127.080	74.052	-1.086	510	-0,85	0,69	-4.078	3.806	-3,11	5,42
Profili ruolo amm.vo	76.262	54.151	-1.086	-185	-1,40	-0,34	-1.049	1.940	-1,36	3,72
<b>Totale altro personale</b>	<b>1.362</b>	<b>215</b>	<b>-135</b>	<b>-19</b>	<b>-9,02</b>	<b>-8,12</b>	<b>-246</b>	<b>51</b>	<b>-15,30</b>	<b>31,10</b>
<b>Totale direttori generali</b>	<b>831</b>	<b>155</b>	<b>-57</b>	<b>-8</b>	<b>-6,42</b>	<b>-4,91</b>	<b>-97</b>	<b>55</b>	<b>-10,45</b>	<b>55,00</b>
<b>Totale pers. contrattista</b>	<b>531</b>	<b>60</b>	<b>-78</b>	<b>-11</b>	<b>-12,81</b>	<b>-15,49</b>	<b>-149</b>	<b>-4</b>	<b>-21,91</b>	<b>-6,25</b>

(\*) Nel 2004 il conto annuale non distingueva le varie professionalità del ruolo sanitario dei profili non medici

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati conto annuale, agenzia generale dello Stato, vari anni

**GLI EFFETTI DELLE MANOVRE**

# Socio-sanitario: 25% di risorse in meno

## Non autosufficienza, risorse azzerate

La Sanità non ha voci dirette di intervento nella legge di stabilità è vero, ma il motivo sembra ovvio: le ultime manovre a partire dal 2010 e che avranno effetto fino al 2016 riducono di fatto le risorse a disposizione dell'assistenza sociale e sanitaria di circa 25 miliardi. Come dicono anche le Regioni il 25% circa di fondi in meno che a livello locale si dedicano all'assistenza. E se a questa somma si aggiungono anche gli effetti dei tagli in generale sui bilanci regionali la somma sale e sfiora i 40 miliardi.

Le partite aperte più rilevanti sono sicuramente quelle dei ticket, dell'edilizia sanitaria e del personale.

Per la prima, oltre agli oltre 800 milioni in meno che coprivano il ticket sulla farmaceutica, c'è ancora da stabilire quali altre forme di compartecipazione potrà stabilire il Governo.

Quella dell'edilizia sanitaria invece è una partita già aperta e che sta avendo i suoi riflessi negativi sugli accordi di programma che almeno sette Regioni hanno già sottoscritto e che attendono solo la disponibilità dei finanziamenti. Il miliardo promesso nel Patto sulla salute e che non c'è nella legge di stabilità 2012 avrebbe dovuto servire proprio a questo: sulla base delle ultime delibere Cipe Friuli, Lombardia, Liguria, Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Umbria hanno predisposto tutta la documentazione per sottoscrivere nuovi accordi di programma che tuttavia per andare in porto hanno bisogno di risorse che con i tagli e le razionalizzazioni non ci sono più.

Gli interventi maggiori tuttavia - oltre naturalmente che sui bilanci delle Regioni - sono quelli che hanno coinvolto il personale, per il quale, come per tutta la Pa, con la legge di stabilità cala l'ombra dei licenziamenti. I tagli derivano infatti non solo da misure dirette come quella che prevede un tetto sino alla fine del 2014 pari alla spesa 2004 meno l'1,4%, ma anche dal blocco del turn over e soprattutto da quello del rinnovo di contratti e convenzioni per un quinquennio (dal 2010 al 2014 compreso) che secondo le stime sindacali, associato al taglio delle retribuzioni oltre 90mila e 150mila euro peserà sulle buste paga di medici e dirigenti per almeno il 20%.

Infine i tagli sul sociale: risorse all'osso per le politiche sociali e la famiglia, i fondi per la non autosufficienza sono stati del tutto azzerati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le manovre di spesa e di risparmio per il Ssn	
Anno	Le misure
2010	● Riduzione Fondo sanitario nazionale di <b>550 milioni</b>
	● Riduzione fondo sanitario nazionale di <b>600 milioni</b>
2011	● Taglio alla spesa regionale (non solo sanitaria) di <b>4 miliardi</b>
	● Taglio al fondo per le politiche sociali di <b>348 milioni</b>
	● Taglio al fondo delle politiche della famiglia di <b>335 milioni</b>
2012	● Taglio al fondo per la non autosufficienza di <b>300 milioni</b>
	● Taglio alla spesa regionale (non solo sanitaria) di <b>4,5 miliardi</b>
	● Riduzione delle agevolazioni fiscali per <b>4 miliardi</b>
	● Mancata copertura del ticket per la specialistica da <b>834 milioni</b>
2013	● Mancato rifinanziamento dell'edilizia sanitaria per <b>1 miliardo</b>
	● Taglio al ministero della Salute da <b>52 milioni</b>
	● Taglio alla spesa regionale di <b>2,5 miliardi</b> (con tagli alla spesa per dispositivi medici e assistenza protesica, farmaci - anche ospedalieri -, prestazioni sanitarie e non)
2014	● Taglio alla spesa regionale di <b>5,450 miliardi</b> (attraverso tagli alle stesse voci precedenti a cui si aggiungono nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie e le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato)
	● Riduzione delle spese di personale per <b>740 milioni</b> attraverso: - Blocco della contrattazione (contratti e convenzioni) sino a fine 2014 - Blocco del turn over - Sino alla fine del 2014 contenimento della spesa di personale entro l'ammontare 2004 meno l'1,4%
	● Riduzione delle spese di personale per <b>340 milioni</b> attraverso le stesse misure precedenti
2015	● Riduzione delle spese di personale per <b>370 milioni</b> da quest'anno attraverso le stesse misure precedenti
2016	● Riduzione delle spese di personale per <b>370 milioni</b> da quest'anno attraverso le stesse misure precedenti





## L'ALLARME

# La preoccupazione dei sindacati «Impossibili altri tagli alla sanità»

*Il settore  
ha già sopportato  
sacrifici  
per 8 miliardi*

ROMA - La sanità italiana ha pagato un prezzo altissimo alla crisi negli ultimi anni, tra tagli alla spesa e introduzione dei ticket. Ora è arrivato il momento di dire basta e di trovare risorse per evitare che il sistema «collassi definitivamente». Ma per farlo è necessario garantire l'autonomia del ministero della Salute, evitando quell'accorpamento con il ministero del Welfare, ipotesi al vaglio dell'imminente governo targato Monti, che di fatto priverebbe il servizio sanitario nazionale del suo principale organo di garanzia. A chiederlo a gran voce è l'intero comparto sanitario, dai sindacati medici alle associazioni fino alle aziende ospedaliere.

«Il rischio principale è che si porti avanti l'ulteriore taglio di 8 miliardi (dopo i 4 già tagliati con le precedenti ma-

novre), insostenibile per garantire i livelli essenziali di assistenza (lea) anche per le Regioni cosiddette virtuose», spiega il segretario della Fp-Cgil Massimo Cozza, preoccupato che i tagli previsti per il prossimo anno dalla Manovra economica possano essere anticipati da un nuovo Governo già a fine anno. Preoccupazione fondata anche per Costantino Troise, segretario dell'Anao-Assomed: «la sanità è stata già troppo penalizzata nelle precedenti manovre, il rischio vero a questo punto è l'esistenza stessa di un sistema sanitario pubblico e nazionale, dove a prescindere dal luogo di residenza tutti dovrebbero avere le stesse chance di cura». Si augura invece che il ministero della Salute preservi la sua autonomia Giovanni Monchiero, presidente della Fiaso (Federazione aziende ospedaliere).



Lo scenario del dopo-crisi: ecco le partite aperte con le quali il prossimo Esecutivo dovrà confrontarsi

# Trenta sfide per il nuovo Governo

Federalismo, Lea, ticket, **farmaci**, Ordini e territorio: tavoli e progetti in stand by

**I**l nuovo Governo appena insediato ha già un'agenda fitta per il settore della Sanità e dell'assistenza. Ci sono oltre trenta partite ancora aperte che aspettano al varco, senza contare quelle in stand by in Parlamento, travolto da una sessione di bilancio da chiudere senza nemmeno poter prendere fiato per non mancare le risposte attese dalla Ue. Un nuovo Governo che ha da subito il fiato sul collo delle Regioni, ancora in attesa delle riforme promesse e mai mantenute del Patto per la salute 2010-2012. Un Patto in buona parte disatteso che ora potrebbe essere rimpiazzato da

uno nuovo di zecca che i governatori sono pronti a discutere, ma solo di fronte a precise garanzie che ancora una volta camminano sulla difficile strada di risorse ormai all'osso. A fare pressing ci saranno anche le professioni sanitarie, che si sentono nel mirino dei tagli e maltrattate nel loro ruolo di protagonisti nella tutela della salute.

Ma tra le sfide più spinose per l'Esecutivo che verrà c'è anche il difficile traghettamento del Ssn verso il federalismo fiscale: dal 2013 si parte - o almeno si dovrebbe - con i costi standard.

A PAG. 2-3

LA CRISI/ La lunga lista di impegni in sospeso con Regioni e categorie del nuovo Governo

## Tutti i cantieri aperti del Ssn

Criteria di riparto, edilizia e Patto della salute tra le priorità in attesa

**C**i sono oltre trenta partite ancora aperte che aspettano al varco il nuovo Governo. Che avrà da subito il fiato sul collo delle Regioni, ancora in attesa delle riforme promesse e mai mantenute del Patto per la salute 2010-2012. Un Patto in buona parte disatteso che ora potrebbe essere rimpiazzato da uno nuovo di zecca che i governatori sono pronti a discutere solo di fronte a precise garanzie. A fare pressing ci saranno anche le professioni sanitarie, che si sentono nel mirino dei tagli e maltrattate nel loro ruolo di protagonisti nella tutela della salute.

Ma tra le sfide più spinose per l'Esecutivo che verrà c'è anche il difficile traghettamento del Ssn verso il federalismo fiscale: dal 2013 si parte - o almeno si dovrebbe - con i costi standard. Già dal prossimo anno si dovrà definire (con un decreto) come valutare le Regioni "benchmark" che non solo dovranno avere i conti a posto, ma dovranno dimostrare di saper erogare cure efficaci e di qualità. Le emergenze che sono piovute sull'ormai ex-Governo - finito nella trincea di misure lacri-

me e sangue da approvare a colpi di fiducia - hanno ovviamente rallentato i lavori del Parlamento dove giace molto lavoro in sospeso. Nei cassetti restano provvedimenti come il biotestamento che, dopo la morte di Eluana Englaro avvenuta ormai oltre due anni fa, doveva essere approvato in un lampo. Ma anche la riforma degli Ordini professionali, l'ormai inflazionato governo clinico (vedi articolo qui sotto), il riordino delle farmacie - ancora sospese tra sanatorie e liberalizzazioni -, il Ddl omnibus tanto caldeggiato da Fazio e l'ormai invecchiato Ddl sulla responsabilità sanitaria. Rischia di fermarsi subito anche il riordino delle scuole di specializzazione tanto sponsorizzato negli ultimi tempi.

La lista è comunque lunga anche fuori dalle aule parlamentari. In sospeso restano a esempio tutti i tavoli sulla **farmaceutica**: da quello previsto con il Patto per la salute a quello - ritenuto urgente dalle imprese del comparto in vista dell'attuazione delle norme della manovra estiva - per declinare nel modo più indolore il payback del 35% dello sfondamento dell'ospeda-

liera a partire dal 2013. Sempre al capitolo della manovra da attuare restano anche l'intesa Stato-Regioni per la realizzazione dei risparmi al capitolo beni e servizi, con annesso tavolo. Idem per il ritorno del ticket nazionale che necessita di Intesa e regolamento Economia-Salute (ma la misura scatterebbe dal 2014). E serve un'intesa anche per individuare il tetto che a partire dal 2013 metterà un freno alla spesa per i dispositivi medici. Con la fine del Governo Berlusconi restano in stand-by due tra i progetti più ambiziosi del ministro Fazio - che ha dichiarato di lasciare in "eredità" le priorità dei nuovi Lea da varare e dell'edilizia sanitaria da rilanciare - strettamente collegati l'uno all'altro: il riordino delle cure primarie sul territorio e il restyling dell'emergenza per la gestione dei codici minori tra centrali operative del 118 e guardie mediche. Su quest'ultimo fronte Fazio aveva appena istituito un tavolo di lavoro, incaricato di mettere a punto una proposta entro dicembre.

Con il progetto di riordino delle cure primarie, ora al va-

glio della Stato-Regioni, si riscrive l'art. 8 del Dlgs 502/1992. Il nuovo testo, che il ministro intendeva tradurre in un Ddl, con ogni probabilità sarà assorbito dalla prossima Convenzione.

Ancora tutta da capire la sorte del Programma nazionale 2011-2013 sulle demenze. Approdate in Stato-Regioni, hanno subito uno stop tecnico alla prima riunione per le perplessità espresse dai tecnici regionali su parte delle dieci priorità espresse nel documento.

Nel decalogo, misure per la definizione di una mappa dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria esistente, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, la creazione di una rete inte-





grata, lo sviluppo di linee di indirizzo clinico e la promozione della ricerca scientifica, l'implementazione delle linee di indirizzo d'accordo con le Regioni, lo sviluppo di una Carta dei servizi, una rete di sostegno ai caregiver, la formazione di questi ultimi e dei carer informali, il monitoraggio delle attività e un coordinamento permanente per le demenze.

Il Piano nazionale vaccini, da gennaio all'esame delle Regioni, è in dirittura d'arrivo. Il Pnv prende atto del fai-da-te regionale ma prevede un monitoraggio costante sul raggiungimento degli obiettivi fissati a livello nazionale. Il testo ripropone parzialmente il calendario vaccinale proposto nel luglio 2010 da Sip, Fimp e Siti, ma nella sua ultima versione ha perso l'estensione dell'offerta anti-varicella a tutte le Regioni.

In stand-by c'è anche il Piano oncologico nazionale, varato dalla Conferenza Stato-Regioni a febbraio scorso: per la sua attuazione devono partire tre tavoli misti, i cui rappresentanti regionali sono stati appena nominati. E il cambio di Governo rischia di rallentare la già farraginoso riforma dell'assistenza sanitaria nelle carceri con il passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni, insieme con lo svuotamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Emergenze per nulla di secondo piano, che richiedono risposte immediate.

**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE PRINCIPALI PARTITE IN GIOCO**



**ECONOMIA**

- Revisione criteri di riparto
- Lea
- Lep
- E-gov 2012
- Nuovi ticket come previsto dalla manovra estiva
- Tavolo **farmaci**
- Tavolo dispositivi medici
- Federalismo fiscale: Dpcm (previa intesa in Stato-Regioni) che deve definire i criteri di qualità dei servizi erogati, di appropriatezza e di efficienza necessari per individuare le Regioni benchmark per i costi standard
- Federalismo fiscale: Dpcm (d'intesa con la Conferenza unificata) che deve effettuare la ricognizione dei livelli essenziali delle prestazioni per l'assistenza



**PROGRAMMAZIONE**

- Riordino territorio
- Riordino emergenza-urgenza
- Piano nazionale vaccini
- Piano nazionale riabilitazione
- Piano nazionale oncologico (approvato in Stato-Regioni ma va attuato con tre tavoli misti, appena nominati, che adesso rischiano lo stallo)
- Linee guida demenze
- Linee guida diabete
- Opg e carceri (la riforma, che già procede con difficoltà, accumulerà altri ritardi)
- Psn



**PARLAMENTO**

- Riforma dell'assistenza
- Biotestamento
- Ordini delle professioni
- Governo clinico
- Farmacie riordino
- Omnibus (sperimentazioni cliniche, ordini professionali, fascicolo sanitario elettronico, assicurazioni medici, giovani ricercatori, direttori scientifici degli Irccs ecc.)
- Enti vigilati dal ministero della Salute
- Responsabilità sanitaria del personale
- Riordino scuole di specializzazione
- Registri per patologie
- Adozione degli embrioni inutilizzati
- Sostegno a ricerca e produzione di **farmaci** orfani



**PATTO PER LA SALUTE**

- Razionalizzazione della rete ospedaliera
- Accreditemento e remunerazione delle prestazioni
- Continuità ospedale territorio
- Promozione qualità e clinical governance
- Sistema di monitoraggio dei fattori di spesa
- Razionalizzazione assistenza agli anziani e ai soggetti non autosufficienti
- Monitoraggio e verifica Lea
- Relazioni con le istituzioni sanitarie private
- Nuovo sistema informativo sanitario



## In Gazzetta le linee guida del Mef

# Ricetta cartacea, l'addio nel 2012

DI ANTONIO G. PALADINO

**E**ntro settembre 2012 diremo addio alla tradizionale ricetta medica cartacea e un benvenuto a quella in formato elettronico. Sono state infatti definite dal decreto 2.11.2011 del Mineconomia (sulla *G.U.* di sabato 12 novembre), le linee guida per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea, così come prevede l'articolo 11, comma 16 del dl n. 78/2010. La parola d'ordine, pertanto, è l'accelerazione del conseguimento dei risparmi che si otterranno grazie alla trasmissione telematica delle ricette mediche. E su questo punto, il dm in esame già mette nero su bianco le modalità operative che interesseranno i medici prescrittori e le strutture di erogazione dei servizi sanitari, secondo un corposo protocollo allegato al dm stesso. In tutto questo, il Mineconomia renderà a breve disponibile, per le regioni e le Asl, nonché ai medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale, la piattaforma dei servizi telematici necessaria per l'invio online. Seguiamo l'iter di generazione di una ricetta medica telematica. Il medico prescrittore, al momento della generazione della ricetta elettronica, invia al

Sistema di accoglienza centrale (Sac) del Mineconomia i dati della stessa, comprensivi del Numero di ricetta elettronica (Nre), del codice fiscale dell'assistito titolare della prescrizione e del codice di eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria. Se il sistema risponde con esito positivo, il medico prescrittore rilascia al soggetto assistito un promemoria cartaceo. Se, invece, il sistema non accoglie la richiesta, il medico segnala tale anomalia al Sistema tessera sanitaria, provvedendo a compilare tradizionalmente la ricetta medica, utilizzando il bollettario standard. Il passo successivo si manifesta all'atto dell'utilizzazione, da parte dell'assistito, della ricetta elettronica. Qui, la struttura di erogazione dei servizi sanitari «preleva» (sempre in ambito telematico) dal sistema di accoglienza centrale, la ricetta elettronica nonché il promemoria che l'assistito stesso ha presentato alla struttura. Una volta completata la prestazione, la stessa struttura invia le informazioni sull'erogazione della prestazione, provvedendo, altresì, alla sua rendicontazione in apposito archivio informatico.

© Riproduzione riservata ■



## Scoperta Le staminali riparano i danni da infarto Ok le prime sperimentazioni condotte da due italiani

**ROMA.** Il cuore danneggiato da infarto funziona male, il suo potere di pompare il sangue è in parte perso: ma una nuova terapia con cellule staminali dello stesso paziente potrebbe curarlo, ricostruendo il tessuto cardiaco. La speranza arriva dai risultati positivi delle prime sperimentazioni cliniche su 23 pazienti condotte da due italiani all'estero, Roberto Bolli dell'Università

di Louisville e Piero Anversa della Harvard Medical School di Boston. Gli scienziati hanno prelevato staminali adulte dal cuore dei pazienti; le hanno moltiplicate in provetta e poi infuse nel cuore dei pazienti con un catetere. Sono stati trattati con le staminali 16 dei 23 pazienti coinvolti nello studio clinico chiamato 'Scipio', tutti con insufficienza cardiaca da infarto. Con la terapia si è ridotta l'insufficienza cardiaca ed è diminuita la superficie di tessuto necrotico 'ucciso' dall'infarto. Lo studio è stato pubblicato su *Lancet*.





# Depressi ma non troppo

Psicofarmaci,  
la denuncia  
degli specialisti:  
"Spesso prescritti  
senza motivo"

BOTTACCIOLI E DUSI

**Anche in Italia vertiginoso aumento dei malati  
mentre il consumo di antidepressivi è cresciuto del 114%  
negli ultimi dieci anni. Ma secondo esperti autorevoli  
"spesso si tratta di un eccesso di diagnosi"**

# Depressione

## Boom di farmaci, ma in molti casi non servirebbero

FRANCESCO BOTTACCIOLI\*

2000-2009. Statistica aggiornata dal Censis che calcola un aumento del 114% nel primo decennio del secolo.

Che sta succedendo? Sembra che l'America e tutto il mondo ricco siano nel mezzo di un'epidemia di malattie mentali. Le diagnosi di disturbi mentali, nei bambini, sono cresciute di ben 35 volte. Le malattie mentali sono diventate la principale

causa di disabilita-  
bilità nei  
bambini,

soppiantando il Down e la paralisi cerebrale. Oggi più di 500.000

# N

egli Stati Uniti il rapporto di fine ottobre dei Cdc di Atlanta (Centro governativo di statistiche sulla salute) documenta che negli ultimi 20 anni c'è stato un aumento del 400% del consumo di antidepressivi. In Italia l'ultima statistica governativa è del luglio 2010 e documenta un incremento degli antidepressivi del 76% nel periodo



bambini assumono antipsicotici e il 10% di piccoli di 10 anni assume farmaci per il Disordine da deficit di attenzione e iperattività (Adhd). Il mondo sta impazzendo?

Due autorevoli studiosi come Allen Frances e Marcia Angell sostengono che si tratta di un eccesso di diagnosi e di uso sospetto ed maldestro di **farmaci**, dati a chi non ne ha bisogno. Marcia Angell, già direttore del *New England Journal of Medicine*, in un saggio pubblicato in due puntate su *The New York Review of Books*, ricostruisce la storia recente della psichiatria americana: l'eccesso di diagnosi e di prescrizioni di psicofarmaci dipende dalla larga penetrazione dell'industria tra i medici. La svolta sarebbe intervenuta nel 1980, con la pubblicazione del Dsm-III, il *Manuale diagnostico statistico delle malattie mentali* che ha "rimedicalizzato" la psi-

chiatra sottraendola alla psicoanalisi e al movimento di critica psichiatrica, che ha avuto in Ronald Laing (nel Regno Unito) e Franco Basaglia (in Italia) i suoi leader. Per l'attuale presidente dell'Associazione psichiatrica americana, Carol Bernstein, infatti, la svolta del Dsm-III fu necessaria «per abbinare i pazienti ai nuovi trattamenti farmacologici emergenti». Con il Dsm-III le diagnosi di disturbi mentali salgono a 265, raddoppiando rispetto alle precedenti edizioni, e nella successiva edizione (Dsm-IV), rivista nel 2000, passano a ben 365. Ora Robert Spitzer, che fu a capo della task force del Dsm-III e Allen Frances, capo della task force del Dsm-IV, sono in prima fila nel denunciare i rischi di aumento della sovradiagnosi nel campo dell'ansia, depressione e psicosi, relativamente alla stesura del Dsm-V (previsto per il 2013). Un solo da-

to: gli antipsicotici negli Usa hanno rimpiazzato le statine (**farmaci** anticolsterolo) nella classifica dei **farmaci** più venduti in assoluto. Frances, su *Psychiatric Times*, denuncia l'aggressività delle case **farmaceutiche** che diffondono a piene mani il fasullo modello per cui i disturbi dell'umore sarebbero riducibili a uno squilibrio di molecole chimiche nel cervello "risolvibili" con i **farmaci**. Per contro solo un terzo dei depressi gravi viene trattato adeguatamente. Trattamento che, ormai è sempre più chiaro, se affidato ai soli **farmaci** è assolutamente fallimentare. La psicoterapia, che può anche accompagnarsi ai **farmaci**, è la strada maestra: nel lungo periodo è nettamente superiore ai **farmaci** nel ridurre le ricadute della depressione.

\*Presidente on. Società It. Psiconeuroendocrinoimmunologia



# Colesterolo

Secondo le ultime Linee guida europee **deve essere sotto i 190**

**Invece un italiano su 5 ha oltre 240 e due su tre tra 200 e 239**

**Le strategie terapeutiche con le nuove combinazioni di farmaci per abbassarlo**

## Italiani, troppi grassi nel sangue

**La riduzione del rischio cardiaco si ottiene anche con il controllo dei trigliceridi**

**MARIAPAOLA SALMI**

In Europa il 45% degli infarti fatali è legato a troppi lipidi nel sangue che triplicano il rischio ischemia cardiaca. A ribadire il ruolo del colesterolo, in particolare lo Ldl, quale fattore di rischio cardiovascolare, è lo studio "Interheart". Tenere basso per tutta la vita l'Ldl, il grasso "cattivo" circolante, e se necessario i trigliceridi, è l'imperativo delle ultime linee guida della Società Europea di Cardiologia e del National Cholesterol Education Program (NCEP) che fissano i valori dello Ldl a 100mg/dL la prima e 115mg/dL la seconda.

Obiettivi ambiziosi che prevedono per la popolazione ad alto rischio l'associazione di una statina con ezetimibe, **farmaco** appena trasferito in fascia A, rimborsabile. Solo un paziente su due tra quelli ad elevato rischio cardiova-

scolare è trattato in maniera da abbassare il colesterolo a livelli di sicurezza. «Il 20% degli italiani (dati Istat) non ha mai eseguito un controllo del colesterolo e tra chi ha un profilo lipidico alterato meno del 30% si cura in modo efficace — dice Claudio Borghi ordinario di medicina interna all'Università di Bologna — le persone ad alto rischio cardiovascolare con ipercolesterolemia, che magari hanno già avuto un infarto, i fumatori diabetici in sovrappeso con problemi renali sono quelli meno sotto controllo». I più indisciplinati i sardi i più attenti gli emiliani e i romagnoli. I single ignorano il pericolo colesterolo elevato. Secondo i dati del Progetto Cuore dell'Istituto superiore di sanità il 21% degli uomini e il 23% delle donne hanno un colesterolo molto alto, il 37% degli uomini e il 34% delle donne sono al limite, ossia hanno un colesterolo totale tra 200 e 239. «Le recenti linee guida fissano per il colesterolo totale il limite accettabile a 190 per i soggetti ad alto rischio cardiovascolare globale», spiega Alberico Luigi Catapano presidente della Società europea aterosclerosi. Ab-

bassare la componente "cattiva" o Ldl è fondamentale. I benefici delle statine sono attorno al 20-25% per ogni riduzione di 40 mg/dL di colesterolo LDL in pazienti a rischio medio-alto. Una riduzione doppia dimezzerebbe gli eventi cardiovascolari. «Lo studio Sharp dell'università di Oxford con il sostegno di Merck (MSD) su 9.000 pazienti ad alto rischio cardiovascolare con insufficienza renale cronica — conclude Catapano — ha dimostrato l'efficacia della terapia combinata statina-ezetimibe, **farmaco** quest'ultimo che riduce l'assorbimento intestinale del colesterolo, nell'abbassare ancora di un 25% il colesterolo LDL». Resta fermo un punto: ridurre l'Ldl a seconda del rischio cardiovascolare del soggetto (chi non ha altri fattori di rischio come fumo, ipertensione diabetica, ecc può avere un colesterolo anche di 220), tenere bassi i trigliceridi e aumentare il colesterolo "buono"; far leggere le analisi al medico che personalizza le terapie con sole statine, in associazione fissa ezetimibe-simvastatina, o ezetimibe e altre statine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA SCHEDA**



### I VALORI

In Italia il 57% degli uomini e il 58% delle donne ha valori di colesterolo nel sangue che oltrepassano i 200mg/dL.



### QUELLO "CATTIVO"

Il 61-62 per cento della popolazione italiana ha nel sangue valori al di sopra del limite di sicurezza di Ldl, la frazione di colesterolo detta "cattiva"



### LA MENOPAUSA

Il 73% delle donne in menopausa ha valori di colesterolo totale nel sangue superiori a 200 mg/dL, il 71% ha valori elevati di colesterolo Ldl



### CHI SI CURA

Solo il 20% dei pazienti con ipercolesterolemia è in trattamento. E tra questi, solo il 18% riesce a raggiungere gli obiettivi terapeutici

**La medicina**

Polmonite,  
un vaccino  
monodose  
per gli over50

MARGRETH

# Polmonite

**L'immunizzazione, in singola dose,**  
*(ma a pagamento) protegge dalle infezioni*  
**delle vie aeree. Già usata nei bambini**

## Contro il batterio un vaccino per gli over 50

ALESSANDRA MARGRETH

MILANO  
Infezione da pneumococco, un vaccino anche per gli over 50. Via libera in Italia all'estensione dell'uso di Prevenar13, prodotto da Pfizer, per le malattie causate da questo batterio: otiti, faringiti, polmoniti e riacutizzazioni della bronchite cronica. Da una decina di anni il vaccino viene già prescritto ai bambini. Spiega Francesco Biasi, professore di Medicina respiratoria all'università degli Studi di Milano: «Il batterio colpisce sostanzialmente due fasce di età: i bambini e gli adulti sopra i 50 anni. Nei bambini lo pneumococco si diffonde soprattutto nel periodo della scuola materna. Nei piccoli l'incidenza di queste polmoniti è stata molto ridotta dall'introduzione del vaccino eptavalen-

te, e ancor più da quello 13valente. E lo pneumococco è in assoluto il patogeno più implicato nelle polmoniti, in qualunque età. Negli over 65 causa il 20-60% di tutti i casi di polmonite (la variabilità del dato dipende dal tipo di test applicato per la diagnosi). L'incidenza delle infezioni da pneumococco in età adulta sale dopo i cinquant'anni e raggiunge il suo picco dopo i 65».

Altri fattori di rischio? Prosegue Biasi: «Tutti quelli che agiscono sulla risposta immunitaria. Hanno un ruolo molto importante anche le comorbilità: malattie respiratorie, cardiovascolari, ma anche diabete e le forme di insufficienza renale. Le indicazioni per questa vaccinazione sono dunque simili a quelle del vaccino antinfluenzale. Con la differenza che il vaccino anti-pneumococco è consigliabile già dai cinquant'anni mentre quello

contro l'influenza è generalmente indicato dopo i 65 anni».

La vaccinazione per polmonite pneumococcica non ha stagione, dato che il batterio circola tutto l'anno. E mentre nel bambino sono necessarie tre dosi, nell'adulto è sufficiente una singola dose che dura nel tempo. Chiarisce Paolo Bonanni, ordinario di Igiene, dipartimento di Sanità pubblica, Università degli Studi di Firenze: «Prevenar13 è un vaccino sicuro perché non contiene agenti che possano causare problemi a chi è immunodepresso. È infatti costituito da un polisaccaride, ossia uno zucchero complesso, che viene unito a una proteina, in questo caso simile a quella usata nel vaccino contro la difterite». Il vaccino può essere acquistato in farmacia, al costo di 99 euro, e richiede prescrizione medica.



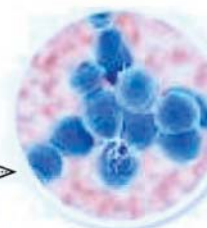
## COME COLPISCE

### IL CONTAGIO

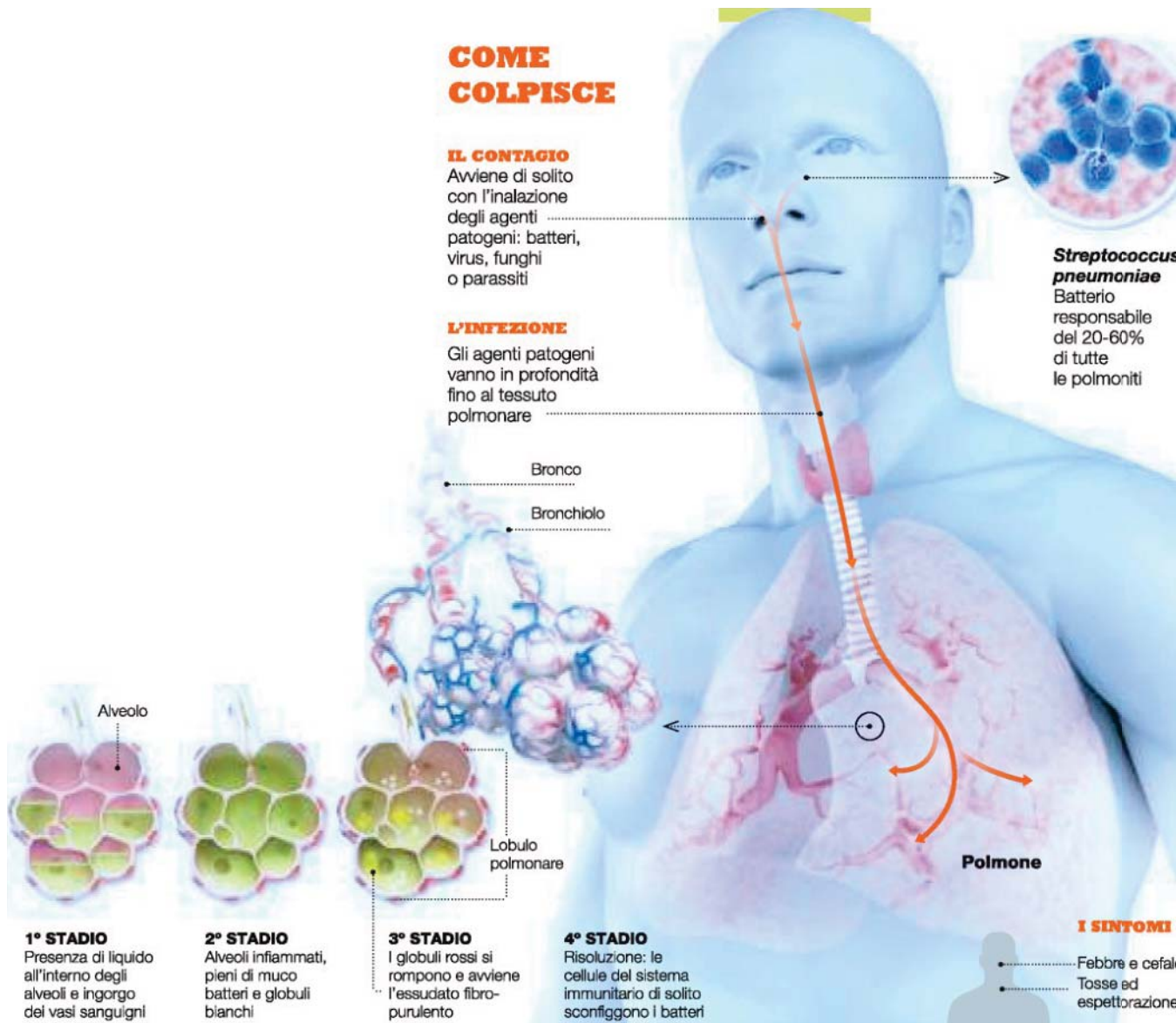
Avviene di solito con l'inalazione degli agenti patogeni: batteri, virus, funghi o parassiti

### L'INFEZIONE

Gli agenti patogeni vanno in profondità fino al tessuto polmonare



**Streptococcus pneumoniae**  
Batterio responsabile del 20-60% di tutte le polmoniti



#### 1° STADIO

Presenza di liquido all'interno degli alveoli e ingorgo dei vasi sanguigni

#### 2° STADIO

Alveoli infiammati, pieni di muco batteri e globuli bianchi

#### 3° STADIO

I globuli rossi si rompono e avviene l'essudato fibropurulento

#### 4° STADIO

Risoluzione: le cellule del sistema immunitario di solito sconfiggono i batteri

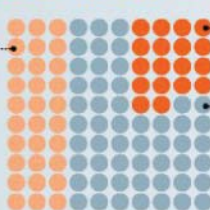
### I SINTOMI

- Febbre e cefale
- Tosse ed espettorazione
- Dolore toracico
- Apnea
- Inappetenza, debolezza e malessere generale
- Dolori muscolari ed articolari

## POLMONITE IN CIFRE

### CONTAGIO

**30%** Coinvolge soggetti in contatto frequente con strutture sanitarie, istituti per anziani o di riabilitazione



**18%** Avviene in un ospedale

**52%** Avviene fuori dalle strutture sanitarie

### MORTALITÀ

Tasso di mortalità

Polmonite "ospedaliera" **18%**

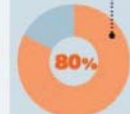
Polmonite non "ospedaliera" **7%**

### RICOVERI OSPEDALIERI

**134mila** dimissioni con diagnosi da polmonite in Italia nel 2009

**6° causa** di ospedalizzazione in Italia nel 2008 (dato Istat)

Di cui il **80%** persone over 65



FONTE: SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA, 112° CONGRESSO SIMI, OTTOBRE 2011 / RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO, 2009

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

## IL FARMACO

Ora in Italia la novità anti-Bpco riacutizzata e bronchiti

Una nuova arma contro la Bpco, la Broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia polmonare cronica, oggi quinta causa di mortalità al mondo. Secondo l'Oms sono circa 80 milioni le persone che ne soffrono nelle forme da moderata a grave. Arriva ora anche in Italia il Roflumilast di Nycomed, farmaco utile nei casi di Bpco caratterizzati da riacutizzazioni frequenti e bronchite cronica. Il

medicinale è il primo di una nuova classe terapeutica, gli inibitori della fosfodiesterasi 4, in quanto il loro meccanismo di azione agisce sugli enzimi (i Pde4) presenti nelle cellule associate all'infiammazione legata alla Bpco. Sul farmaco il primo giudizio del comitato Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence) è stato incerto: efficacia dubbia nel ridurre il tasso di esacerbazioni nei pazienti con grave Bpco

quando aggiunto alla duplice o triplice terapia. Risponde Marco Nazzari, direttore medico di Nycomed (Takeda company): «Si tratta di un primo passaggio preliminare. La valutazione dovrebbe essere completata nel gennaio 2012. La nostra azienda sta collaborando con Nice per una migliore precisazione del profilo del prodotto, chiarendo alcuni punti».

(al. mar.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA