

Meno ricoveri e cure al tempo della crisi Così soffre la Sanità

■ Rapporto choc del **ministero della Salute**: crolla l'assistenza sanitaria. Solo 8 Regioni garantiscono prestazioni adeguate per ricoveri ospedalieri e cura degli anziani. ALLE PAG. 12 E 13



Effetto “tagli agli sprechi” Crolla l'assistenza sanitaria

Rapporto choc del **ministero della Salute**: solo otto prestazioni adeguate per ricoveri ospedalieri, cura

Regioni garantiscono degli anziani e farmaci

PAOLO RUSSO
ROMA

All'ospedale Elpis di Atene da marzo ai ricoverati non vengono più forniti né colazione, né pranzo e nemmeno la cena. All'Ospedale di Crema un paio di mesi fa la sindrome da spending review ha spinto la direzione a togliere ai degenti le bottiglie d'acqua durante i pasti. L'Italia non è la Grecia, diranno gli ottimismi, ma fatto è che i tagli ripetuti ad Asl e ospedali cominciano a produrre effetti paradossali anche da noi. E nella maggior parte del Paese oramai non è questione di un bicchier d'acqua ma di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, i cosiddetti Lea.

Il mese scorso il **ministero della Salute** ha pubblicato un rapporto che ha misurato le performance su ricoveri ospedalieri, assistenza ad anziani e disabili, accesso ai farmaci, salute alimentare e molte altre cose ancora. Solo Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia e Basilicata han-

no passato appieno l'esame. Le altre, chi più chi meno, hanno mostrato di non riuscire a garantire più tutte quelle oltre 6mila prestazioni sanitarie contenute nel librone dei Lea, che entro l'anno il **Ministero della salute** si accinge a rivedere. Sicuramente stralciando più di una pagina.

La favola del «sistema sanitario pubblico più bello e più economico del mondo» comincia insomma a lasciare il passo a una realtà che da anni sta pagando un prezzo salato alla crisi. Dal 2009 al 2014 oltre 31 miliardi di tagli al fondo sanitario nazionale e nello stesso periodo sono stati depennati 27mila posti letto



ospedalieri. Razionalizzazioni di spesa, lotta agli sprechi, ha sempre sostenuto il partito delle forbici. Ma una tabella di quello stesso partito, elaborata dalla Ragioneria generale dello Stato e assai poco pubblicizzata dice il contrario.

Il fabbisogno di servizi sanitari e quindi di spesa sarà superiore ai finanziamenti previsti per 12,36 miliardi quest'anno, 15,88 il prossimo e ben 18,40 miliardi nel 2014. Fatte le somme significa che in tre anni mancheranno all'appello la bellezza di 46,64 miliardi di euro. Un buco che è difficile pensare di colmare solo eliminando gli sprechi, che pure ci sono. Anche perché alcune delle armi affilate dal governo per tenere sotto controllo la spesa sembra si stiano rivelando spuntate.

La spending review e la legge di stabilità hanno obbligato Asl e ospedali ad abbattere prima del 5 e poi del 10% i costi dei contratti per la fornitura di beni e servizi. La Fiaso, che rappresenta le aziende sanitarie pubbliche, ha avviato una ricognizione tra le proprie associate e sembra che i più

bravi siano riusciti al massimo ad ottenere sconti del 5%. Ma spesso si starebbe anche al di sotto. E allora si ricontrattano le forniture di servizi.

Tradotto: se prima mi assicuravi le pulizie tutti i giorni ora lo farai un giorno su due. E il rischio che i risparmi si facciano anche su strumenti importanti per la salute delle persone, come protesi o stent coronarici c'è. Le testimonianze raccolte dall'ultimo rapporto del Tribunale dei diritti del malato parlano di pazienti in attesa da oltre un mese per i risultati di una banale analisi delle urine. «Per mancanza di reagenti», sarebbe stata la candida ammissione del personale ospedaliero. Casi limite, si dirà. Ma che il sistema inizi a scricchiolare lo dicono ormai troppi indicatori. Tant'è che per far cassa il titolare della salute, **Renato Balduzzi**, entro l'anno si appresta a giocare due carte: quella della revisione dei Lea, dove saranno più le prestazioni mutuabili in uscita che le new entry e il nuovo sistema di pagamento «a franchigia», che dovrebbe mandare in soffitta gli attuali ticket, che oggi paga solo metà degli italiani non esenti e che già pesa come un macigno solo su visite specialistiche, analisi e farmaci.

L'idea del ministro è di far pagare tutti ma solo fino a una certa quota commisurata al reddito Isee. L'ipotesi allo studio è quella di una franchigia del 3 per mille, per cui chi guadagna ad esempio 50mila euro pagherebbe fino a 150 euro, poi coprirebbe lo Stato. E le prime spese a carico dell'assistito si riferirebbero a tutto, anche i

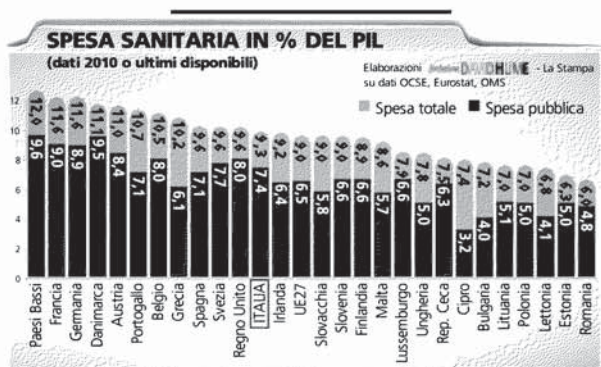
ricoveri. La rivoluzione porterebbe nelle casse sanitarie 2 miliardi nel 2014 ma basta alzare l'asticella dell'un per mille e si incamera un altro miliardo e mezzo. Magari con l'esenzione dal parlare di «sanità più bella ed economica del mondo».

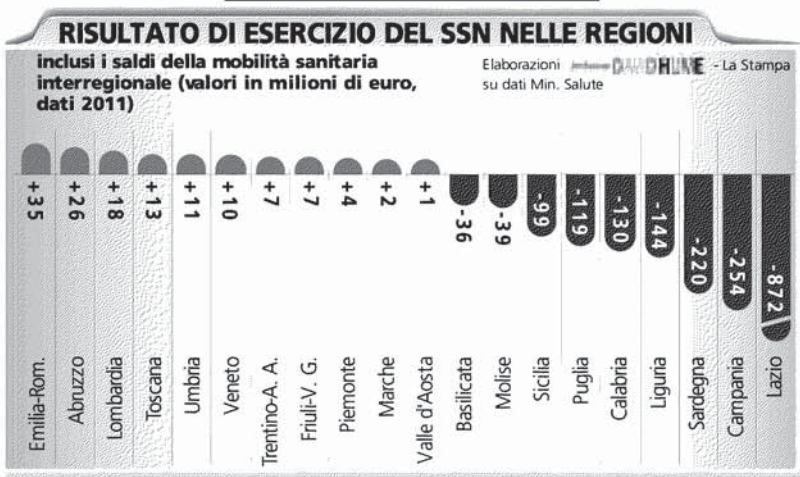
LA SCURE

Razionalizzazioni e sforbiciate alla spesa sottrarranno 31 miliardi tra il 2009 e il 2014

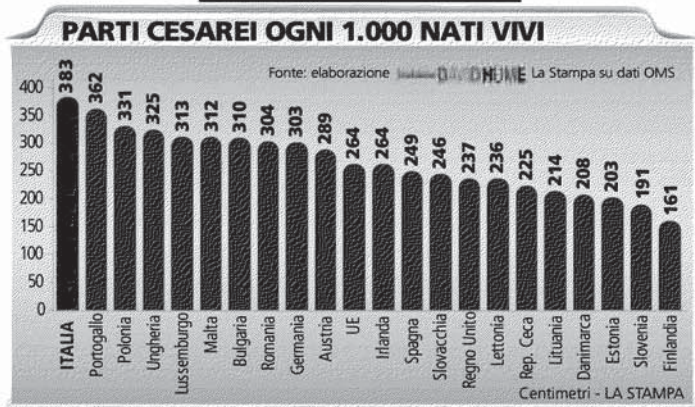
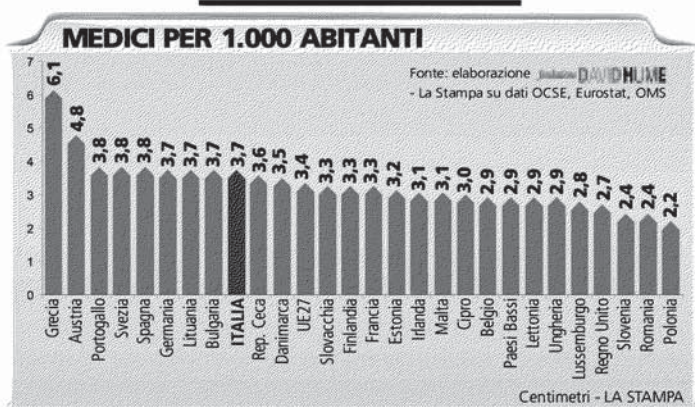
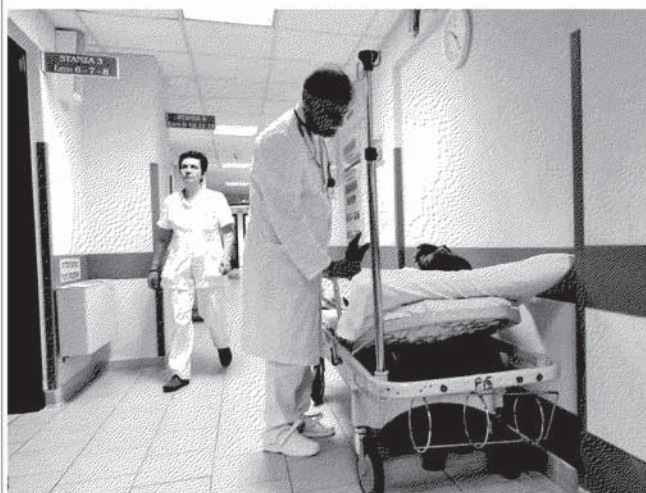
LA «CURA»

Ridurre le prestazioni mutuabili e introdurre il pagamento «a franchigia»





Numeri a confronto



I nuovi tagli della legge di stabilità

LA FINANZIARIA Una sintesi delle norme approvate in Commissione Bilancio: a decorrere dal 1° gennaio 2013, sono trasferite alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano le competenze in materia di assistenza sanitaria indiretta.

Dal trasferimento delle competenze del Sasn, assistenza al personale navigante, e dal trasferimento delle competenze in materia di assistenza sanitaria indiretta sono previsti risparmi per 22 milioni di euro nel 2013, 30 milioni per il 2014 e 35 milioni per il 2015.

Viene poi ridotto il Fondo sanitario nazionale di 600 milioni di euro per il 2013, mentre per il 2014 la riduzione sarà di 1 miliardo di euro. Per quanto riguarda i beni e servizi verrà alzata al 10% (era al 5%) la riduzione degli oneri per i vecchi appalti. Abbassato il tetto per i dispositivi medici dal 4,9 al 4,8%. Scenderà ancora nel 2014. Stanziati 200 milioni per i malati di Sla per il 2013.

-6,8 MLD
LA RIDUZIONE DELLE
RISORSE IN TRE ANNI
FINO AL 2015

UN ANNO FA Nasceva il governo Monti. I vari provvedimenti hanno comportato una riduzione di risorse fino al 2015 di 6,8 miliardi di euro. Resta il conflitto tra governo e regioni che non hanno firmato il Patto della Salute.

231.707
I POSTI LETTO
ESISTENTI IN ITALIA
AL 1 GENNAIO 2012

IN DISCESA Secondo i dati del Ministero riferiti al 1 gennaio 2012, i posti letto ospedalieri, rispetto al 2009 sono stati ridotti a 231.707 unità, pari a 3,82 letti per mille abitanti.

7.389
I TAGLI EFFETTUATI
DALL'ATTUALE
GOVERNO

POSTI LETTO I tagli previsti dall'attuale governo riguardano 7.389 letti che, sommati ai tagli precedenti, portano il taglio complessivo degli ultimi tre anni a 26.708. Rispetto al 2000 la riduzione è di 72 mila letti.



GLI OSPEDALI DI ECCELLENZA NON SONO SOLO AL NORD

Dove curarsi? Una metodologia di valutazione dell'efficienza del sistema sanitario è offerta dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali, che ha redatto il Programma nazionale di valutazione degli esiti (Pne). Vengono misurati gli effetti del ricovero calcolando la mortalità a 30 giorni dagli interventi oppure i tempi per l'intervento chirurgico. O, ancora, la percentuale di parti cesareo sul totale delle nascite. L'Agenas era presieduto da **Renato Balduzzi**, il quale, da ministro, ha indicato lo studio come un riferimento obbligato.

L'Agenzia ha esaminato 1.483 strutture sanitarie e oltre 10 milioni e mezzo di degenze ospedaliere per 7 milioni di pazienti. Per quanto riguarda l'indicatore della mortalità a 30 giorni dopo il primo ricovero per infarto (media nazionale 11,6%), tra le prime dieci strutture ben otto sono concentrate al Centro e al Sud

Italia (il migliore è l'ospedale **Madonna del Corso a San Benedetto** del Tronto con l'1,5%). Ma nel Centro Sud si trovano anche sette delle dieci strutture con esiti molto negativi. Per quanto riguarda l'intervento chirurgico entro 48 ore dal ricovero per frattura del collo del femore nell'anziano, lo scarto tra Nord e Sud è davvero rilevante. Se all'ospedale **Loreto Mare di Napoli**, è garantito solo allo 0,5% dei ricoverati, alla **Poliambulanza di Brescia** la percentuale sale al 94,4%. I dati si possono migliorare visto che il **Policlinico Gemelli di Roma** è passato dal 15% di pazienti operati in 48 ore nel 2008 all'attuale 72,2%.

Per il bypass aortocoronarico (media Italia 2,45%) viene descritto uno scenario molto vario: cinque strutture concentrate al Centro Nord hanno quasi azzerato la mortalità. Ma anche tre strutture del Sud sono positive.

Per l'ictus i migliori risultati sono stati raggiunti dall'ospedale **Eustachio a San Severino Marche** con un dato di mortalità solo dell'1,50%, quelli più sfavorevoli all'**Ospedale Venere di Bari** con il 37,40%. L'intervento di valvuloplastica e/o sostituzione

di valvola isolata (la media esiti italiana è del 3,15%), considerato come un buon indicatore della qualità delle strutture di cardiocirurgia, indica come vincente la Lombardia mentre per la colecistectomia laparoscopica in testa c'è la **Clinica S. Anna di Agrigento**. Infine i parti cesarei: all'ospedale **V. Emanuele II di Carate Brianza** i parti con taglio cesareo primario sono il 4%, mentre alla clinica **Mater Dei di Roma** il 91,9%.

INFARTO AL MIOCARDIO

- Marche **Osp. M. del Corso San Benedetto del Tronto**
- Campania **Osp. S. Maria della Speranza Battipaglia**
- Campania **Osp. S. Giovanni di Dio Frattamaggiore**
- Lazio **Osp. S. Giovanni Evangelista Tivoli**
- Campania **Osp. S. Gius. e Melorio S.M. Capua o Vetere**
- Campania **Osp. S. Paolo Napoli**

FRATTURA DEL FEMORE

- Lombardia **CCA Poliambulanza Brescia**
- Pa Bolzano **Osp. Aziendale Merano**
- Veneto **Osp. di Montebelluna Maggiore (Venezia)**
- Campania **Osp. Loreto Mare Napoli**
- Puglia **Osp. di Casarano (Lecce)**
- Sardegna **Osp. Civile Sassari**

ICTUS

- Marche **Osp. B. Eustachio San Severino Marche**
- Lazio **Osp. Fatebenefratelli Roma**
- Calabria **CCA Cascini Belvedere Marittimo**
- Puglia **Osp. Venere Bari**
- Campania **Osp. Maresca Torre del Greco**
- Campania **CC Pineta Grande Castelvolturno**





PARTO CESAREO

- Lombardia **Osp. Vittorio Emanuele II** *Carate Brianza*
- Veneto **Osp. Ca' Foncello** *Treviso*
- Friuli Venezia Giulia **Osp. di Palmanova** *(Udine)*

- Lazio **CC Mater Dei** *Roma*
- Campania **CCA Villa Cinzia** *Napoli*
- Sicilia **CCA Lucina** *Catania*



COLECISTECTOMIE

- Sicilia **CCA S. Anna** *Agrigento*
- Toscana **Osp. Piana** *Lucca*
- Lombardia **CCA Castellanza** *Varese*

- Lombardia **Osp. Maggiore** *Lodi*
- Abruzzo **Osp. S. Filippo e Nicola** *Avezzano*
- Puglia **Osp. Mons. R. Dimiccoli** *Barletta*



BYPASS

- Piemonte **AO Civile S. Antonio e Biagio** *Alessandria*
- Lombardia **IrccsPr Fond. Monzino** *Milano*
- Lombardia **Osp. C. Poma** *Mantova*

- Campania **AO S. Anna e S. Sebastiano** *Caserta*
- Lombardia **CCA Gavazzeni** *Bergamo*
- Campania **AO Colli P. Monaldi** *Napoli*

Elaborazione dati tratta da www.quotidianosanita.it



infografica Andrea D'Elia



Policlinico

Reparti accorpati e difficoltà a comprare persino le protesi

FABIO POLETTI
MILANO

La signora V. dell'800.638.638, il centralino per le prenotazioni con il servizio sanitario nazionale, è assai gentile. Ma la mammografia non si può fare prima del 23 novembre, anno domini 2013. La clinica Mangiagalli del Policlinico, uno degli ospedali più grandi di Milano, una delle eccellenze della sanità lombarda, non fa eccezioni. Il Policlinico di via Francesco Sforza - 935 posti letto, quasi 37 mila pazienti l'anno - rischia di implodere per mancanza di fondi e un piano di riorganizzazione che da mesi riceve continui aggiustamenti senza riuscire a decollare. Dalla direzione del Policlinico minimizzano: «La spending review impone delle scelte. Ci sono state difficoltà per le categorie sanitarie ma il nostro piano di organizzazione aziendale è studiato per far fronte alle criticità».

Il fatto è che i 144 milioni di euro quest'anno e i 225 del 2013 che mancheranno alla sanità lombarda per la spending review, rischiano di far collassare tutto il sistema. E così al Policlinico si cerca di correre ai ripari. Mettendo insieme la Chirurgia generale e quella d'urgenza, cercando di tenere aperte le sale operatorie fino alle 20 con il personale che c'è ma giocando sulle aree di omo-

geneità e fa niente se spariranno nel nome della razionalità i primariati di Medicina nucleare e Oncologia, accorpati alle rispettive aree omogenee. «Ci sono sofferenze di organico, il personale è costretto a turni più lunghi. Ci sono infermieri e specialisti che ogni tre mesi cambiano di reparto perdendo professionalità», giura Luciano Cetrullo della Rsu della Cgil del Policlinico.

Le voci che arrivano dal cuore dell'ospedale sono pure peggio. Il settore delle malattie rare è in sofferenza. Si fa fatica a comperare i medicinali più rari e costosi, si fa fatica a tenere aggiornate le strumentazioni, si fa fatica anche a comperare le protesi. A Neurochirurgia ci sono trenta posti letto e solo otto medici che devono turnare sulle 24 ore. Ai pazienti che

milioni l'anno che non bastano mai. E Paola Pellicciari del Tribunale dei diritti del malato e Cittadinanzattiva tiene accesi i riflettori: «I tagli, anche dei posti letto, hanno ripercussioni pesantissime sulla cittadinanza».

IL PARADOSSO

Ai pazienti che seguono una terapia a casa viene chiesto di portare con sé i medicinali

seguono una terapia da casa, ma sembra una pratica comune a tutti gli ospedali lombardi, viene chiesto di portare in ospedale i loro farmaci abituali. Tutto fa brodo per risparmiare di fronte a un fatturato di 300-400



Un paese per vecchi che si ammalano presto

di Stefano Caselli

Vivere più a lungo ma vivere sempre peggio. È questo il destino che aspetta la maggior parte degli italiani, ma quasi nessuno sembra preoccuparsene granché: "È un'enormità - racconta l'epidemiologo Valerio Gennaro - una tragedia. Qualcosa che dovrebbe come minimo far aprire un tavolo di lavoro. E invece niente". Gennaro è uno stimato professionista che da oltre 30 anni, dai tempi di Seveso, lavora con l'Istituto per la ricerca sul cancro di Genova, studiando le conseguenze sulla salute delle esposizioni a fattori inquinanti a rischio, sul lavoro e nella vita quotidiana: "Sono un medico - racconta - e fornisco alle istituzioni un lavoro di conoscenza". E infatti l'allarme sulla "tragedia" in corso non è la fuga in avanti di uno visionario in cerca di notorietà, ma il frutto della semplice lettura di dati ufficiali: "I dati Eurostat (l'Ufficio statistico dell'Unione Europea, ndr) ci dicono che l'aspettativa di vita in Europa e in Italia è, come sappiamo, in miglioramento. Una donna italiana di 65 anni, oggi, ha di fronte a sé un'aspettativa media di 22 anni di vita. Belle notizie, peccato che ci sia anche un'altra statistica che nessuno sembra voler leggere: quella sull'aspettativa di vita sana. Ebbene, fino al 2003 l'Italia era tra le migliori dell'Ue, dal 2004 c'è un calo drammatico".

IL SIGNIFICATO è semplice, in Italia, oggi, si vive in media più a lungo ma ci si ammala prima: "Una bambina nata nel 2004 - racconta Gennaro -

aveva di fronte a sé un'aspettativa di vita sana di 70 anni. Una bambina nata nel 2009 circa 62. E una donna di 65 anni nel 2003 poteva sperare di vivere in buona salute ancora per 13 anni; oggi ha una prospettiva di 7. C'è

stato un dimezzamento dell'aspettativa di vita sana. Una cosa enorme". Una generalizzata anticipazione di sofferenza, certo, ma anche un aggravio diagnostico e farmaceutico che graverà sul bilancio della Sanità, quindi della comunità. Sono dati di evidenza pubblica che chiunque può consultare online, ma in Italia sono passati sotto silenzio: "Chiediamoci il perché - ancora Gennaro - se è colpa dell'inquinamento, dell'alimentazione, della crisi che rovina la salute o di chissà cos'altro. C'è chi sta peggio (come la Germania, per esempio), ma in altri paesi l'aspettativa di vita sana sta crescendo significativamente, per esempio in Svezia. Cosa aiuta gli svedesi a vivere a lungo meglio? Abbiamo la fortuna di avere una statistica, possiamo difenderci. E invece facciamo finta di niente. Questo - conclude l'epidemiologo - è un paese dove il dato scientifico è spesso irrilevante. Serve solo per dare forza alle opinioni, non viceversa. E non lo dico io, lo denuncia anche l'ultimo editoriale di *Nature*, prestigiosa rivista scientifica internazionale. Per fare un esempio, se prendessimo in considerazione questa statistica, che fine farebbe l'assioma secondo cui, dato che si vive più a lungo è necessario lavorare più a lungo e andare in pensione più tardi? Se a 70 anni sei già ammalato da

dieci, come si può lavorare? Forse è il caso di ricordarsi che la salute non solo viene prima del lavoro, ma è anche più utile. Se fossimo delle mozzarelle sarebbe tutto più semplice. Ma siamo uomini e non abbiamo ancora diritto a tutto quel *packaging* protettivo".



Ansa



Crisi, cresce il timore per pensioni e sanità

● Un'indagine rivela le paure degli over 75 per la scure usata dal governo ● Un lusso per pochi le polizze private

MARCO VENTIMIGLIA
MILANO

Giovani senza prospettive, lavoratori sempre più precari ma anche, e per certi versi soprattutto, gli anziani. La crisi, infatti, colpisce e spaventa maggiormente le persone più avanti con gli anni, che nella stragrande maggioranza dei casi traggono il loro sostentamento dalla pensione e si curano attraverso il Servizio sanitario nazionale. Ebbene, entrambi questi pilastri appaiono adesso sempre più fragili.

Lo ha prima certificato un'indagine del Censis relativa alle attese per l'andamento della previdenza sociale, con quasi la metà dei lavoratori italiani che prevede una vecchiaia di ristrettezze con assegni pensionistici di poco superiori alla metà dello stipendio. Poi, in occasione del Congresso Nazionale della Società Italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) è stata illustrata la prima indagine nazionale condotta per approfondire il rapporto esistente fra gli anziani e il servizio sanitario nazionale.

SENZA ALTERNATIVE

Uno studio che evidenzia i grandi timori alimentati dai recenti tagli e più in generale dalla crisi economica. In particolare, l'80% degli over 75, 5 milioni in tutto, teme che la scure degli

interventi per il risanamento dei bilanci colpisca le cure che ricevono dal servizio sanitario, anche perché solo in 300 mila possono permettersi un'assicurazione privata. L'indagine ha coinvolto 1500 cittadini con più di 75 anni, che in sei casi su dieci soffrivano di due o più malattie e si potevano perciò considerare fruitori «assidui» di prestazioni sanitarie. E c'è da sottolineare come se da una parte ci sono forti timori per il futuro, dall'altra c'è piena tuttora fiducia nei confronti della sanità: l'80 per cento si rivolge con fiducia ai medici delle strutture pubbliche e solo tre su dieci ritengono le prestazioni del servizio sanitario nazionale sono poco o per nulla adeguate alle proprie esigenze. Ed ancora, il 65 per cento degli interpellati preferirebbe un ricovero in un ospedale pubblico all'assistenza domiciliare e solo uno su dieci sceglierebbe una residenza assistenziale privata.

Del resto le scarse risorse economiche fanno sì che pochissimi possano comunque pensare concretamente a forme di assicurazione sanitaria alternative. Secondo i dati raccolti, «solo il 5% ha un'assicurazione privata sulla salute, sebbene il 20% ci abbia almeno pensato».

«I timori degli anziani per la propria salute - ha commentato il segretario dello Spi-Cgil, Carla Cantone - sono più che mai giustificati. I pesantissimi tagli del governo precedente si sommano infatti a quelli appena operati dal governo Monti ed indeboliscono profondamente il sistema sanitario nazionale». Per la rappresen-

tante sindacale «il rischio è che un numero sempre più elevato di anziani sarà costretto a rinunciare alle cure e questo è assolutamente inaccettabile».



► **EDITORIALE** ► Una conquista: vuol dire uguaglianza, libertà e solidarietà

La Sanità celebra l'Unità meglio di inni e marcette

di Ferruccio Sansa

I discorsi. Le marcette. Abbiamo festeggiato i 150 anni dell'Unità d'Italia celebrando guerre e battaglie. Ma ci siamo dimenticati di ricordare una delle nostre più importanti conquiste: la sanità pubblica. ► pag 18

La Sanità, simbolo dell'Italia unita

di Ferruccio Sansa

I discorsi. L'inno. Abbiamo festeggiato l'Unità d'Italia celebrando guerre e battaglie. Ma ci siamo dimenticati di ricordare una delle nostre più importanti conquiste: la sanità pubblica.

Potrà sembrare eccessivo di fronte ai quotidiani casi di malasanià. È giusto denunciarli, cercarne i responsabili. Ma è indispensabile ricordarci quella conquista che ha pochi uguali nel mondo. È lecito essere, una volta tanto, orgogliosi.

C'è voluta l'Onu per farci apprezzare la validità del nostro sistema sanitario: secondo solo a quello francese. Ben davanti a Stati Uniti e Inghilterra che spesso ci guardano dall'alto in basso. Sì, noi e i nostri ospedali spesso scalcinati, i medici e gli infermieri che a volte guardiamo senza il giusto rispetto. Perché quella parola un po' astatica, sanità, in fondo vuole dire vita.

Certo, più facile spendere parole di circostanza ricordando avvenimenti lontani, versare qualche lacrima evocando sentimenti astratti e meno impegnativi. I libri di

storia dedicano pagine e pagine al Risorgimento. Giusto conservarne memoria, per carità, ma quell'Italia che Cavour forse troppo ottimisticamente dava per fatta è rappresentata anche da conquiste come la sanità che oggi diamo per scontata. Peggio, che rischiamo di svendere ai privati e di fare a brandelli con ragionieristici tagli per far quadrare un bilancio. Mentre medici e infermieri che ci salvano la vita lavorano per stipendi cento volte inferiori a quelli di finanzieri che maneggiano solo denaro.

Ancora una volta forse dovremmo cercare il senso profondo delle parole. Scopriremmo che cosa voglia dire davvero quell'espressione ridotta a formula burocratica: sistema sanitario nazionale. Significa, prima di tutto, uguaglianza. La sofferenza (anche prima di arrivare alla tragica "livella" della poesia di Totò) ci rende uguali. Questo ci ha garantito, ha provato a farlo, la nostra sanità: assistenza dignitosa per tutti. Per chi ha i mezzi e chi non li ha. Per chi ha un certificato di cittadinanza e chi viene liquidato come "clandestino". Siamo tutti persone.

Ma ancora: più dei discorsi solenni, lo spirito di unità nasce dal sostegno che una comunità - questo è uno Stato - sa dare ai singoli in-

dividui. Curandoli e accompagnandoli anche quando non riesce a guarirli perché non si sentano soli. Il resto è retorica.

È vero: in America, per dire, esistono centri di eccellenza, ma il livello medio di assistenza medica è inferiore al nostro. La riforma Obama è ben lontana dalla legge del 1978 che rischiamo di indebolire.

Questo significa "sanità". Ma anche libertà, perché solo un'assistenza adeguata consente a tutti, anche a chi è malato, di essere liberi, di condurre un'esistenza piena e dignitosa.

Insomma *liberté, égalité, fraternité*, come dicono i francesi.

Vero, la sanità è anche specchio dei nostri mali: dell'ingordigia dei partiti che hanno occupato le poltrone, garantendosi la sopravvivenza, ma mettendo a rischio quella dei cittadini. Che dire poi della corruzione: un medico che intasca una mazzetta per far comprare un farmaco non appropriato non è solo corrotto. È anche responsabile del rischio cui sottopone i pazienti. Perfino della loro morte. Ed è anche colpa dell'evasore fiscale che sottrae denaro alle casse pubbliche se gli ospedali non hanno risorse per salvare vite



umane.

Le menzogne prima o poi emergono. Capiterà a ognuno, a noi o ai nostri cari (è inutile che facciamo gli scongiuri leggendo!), di trovarsi di fronte alla malattia. Allora non resterà che augurarci di essere assistiti dal medico migliore, non da quello con la tessera di partito. Siamo ancora in tempo per salvare la nostra sanità. Prima che sia svenduta ai privati con appoggi a destra, a sinistra oppure in ambienti religiosi. È nostra, non lasciamocela togliere. Garantisce la nostra vita. E ci ricorda cos'è l'Italia. Più di tanti mausolei e marcette.



Fecondazione

Legge 40, meno vincoli
I giudici l'hanno riscritta

di **Luigi Ripamonti**
a pagina 23

Meno divieti per le coppie

La legge 40 riscritta dai giudici

Otto anni di sentenze. Resiste solo il no all'eterologa

Giovedì scorso il tribunale di Cagliari ha disposto che una struttura pubblica assicurasse diagnosi preimpianto e analisi genetica a una coppia fertile che ne aveva fatto richiesta, perché portatrice di una malattia genetica trasmissibile.

Si tratta dell'ennesimo intervento di un tribunale sulla legge 40, che regola la procreazione medicalmente assistita in Italia. Proviamo a ripercorrere la storia delle sentenze (in tutto 19) e delle disposizioni più importanti successive alla promulgazione della legge.

La legge 40 entra in vigore il 10 marzo 2004 e nel luglio 2004 vengono emanate le sue prime linee-guida.

Pochi mesi dopo Radicali Italiani e Associazione Luca Coscioni avviano una raccolta di firme per un referendum abrogativo totale, poi trasformato in quattro quesiti referendari, confluiti nella consultazione del giugno 2005, con esito negativo per mancato raggiungimento del quorum.

La prima sentenza che chiama in causa la legge 40 è del giugno 2004, e arriva proprio dal tribunale di Cagliari. Il giudice consente una «riduzione embrionaria» per possibili rischi, in caso di gravidanza plurima, per la donna che ne aveva fatto richiesta, nonostante la legge 40 prevedesse fossero sempre impiantati in utero tutti gli embrioni prodotti con la fecondazione assistita (comunque non più di 3).

Il tribunale di Cagliari, nel settembre 2007, interviene di nuovo, stavolta sulle linee-guida della legge 40, che prevedevano che l'unica indagine possibile sull'embrione fosse di tipo *osservazionale*, cioè senza biopsia sull'embrione. Il giudice «disapplica» le linee guida in quanto *atto di rango inferiore* rispetto alla legge, e permette la dia-

gnosi preimpianto come richiesta, rifacendosi al fatto che la legge 40 prevede che la coppia possa chiedere di conoscere lo stato di salute dell'embrione (articolo 14, comma 5) e che possano essere effettuate indagini diagnostiche senza finalità eugenetica.

La decisione del tribunale di Cagliari viene seguita da una analoga del tribunale di Firenze e nel gennaio 2008 il Tar del Lazio annulla la parte delle linee guida che prevedeva come unica indagine quella osservazionale (cioè senza biopsia). In recepimento a questa decisione del Tar del Lazio vengono emanate, sempre nel 2008, nuove linee-guida, a firma del ministro Livia Turco.

In via incidentale, il Tar del Lazio, con la medesima sentenza, solleva anche una questione di legittimità costituzionale della legge 40 nella parte in cui prevede il limite di fecondazione con tre ovociti e l'obbligo di contemporaneo impianto degli embrioni prodotti per contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione. Questo incidente di costituzionalità, seguito da altri due, sollevati dal tribunale di Firenze, porta la legge 40 davanti alla Corte Costituzionale, la quale, il 1° aprile 2009, la dichiara incostituzionale nelle parti in questione, cancellando il limite dei tre ovociti e l'obbligo di unico e contemporaneo impianto in utero di tutti gli embrioni prodotti.

La sentenza è anche «additiva» e «interpretativa» della legge 40, perché i giudici, consapevoli che si potranno creare più embrioni rispetto a quelli che verranno impiantati, di fatto, sanciscono la possibilità che gli embrioni in sovrannumero possano essere crioconservati.

Mentre i tribunali avevano solo sta-

bilito la liceità della diagnosi preimpianto per le coppie che avevano fatto ricorso, con l'intervento della Corte Costituzionale la diagnosi preimpianto è diventata possibile in tutte le strutture abilitate alla procreazione medicalmente assistita.

Sulla diagnosi preimpianto insistono poi nuove sentenze (Bologna nel 2009 e Salerno nel 2010), aprendone la possibilità anche alle coppie fertili. Infatti la legge 40 esclude dalla fecondazione assistita le coppie fertili, anche se portatrici di difetti genetici trasmissibili. I giudici, in sostanza, decidono di equiparare la diagnosi preimpianto alla diagnosi prenatale, anticipando di fatto, la diagnosi che sarebbe stata eventualmente eseguita durante la gravidanza (con amniocentesi o esame dei villi coriali).

Anche in questo caso, però, le decisioni dei tribunali valgono solo per le coppie che avevano presentato ricorso. Il panorama cambia il 28 agosto 2012, quando la Corte europea dei diritti dell'uomo condanna l'Italia per violazione dell'articolo 8 della Carta europea dei diritti dell'uomo sullo stesso tema, in quanto l'esclusione delle coppie fertili dalla diagnosi preimpianto si configurerebbe come discriminazione. Provenendo da questa Corte, la sentenza obbliga lo Stato al rispetto degli Organi comunitari e quindi ha valore per tutti. La decisione, tuttavia, non è ancora definitiva, perché il governo può proporre ricorso entro fine novembre.

La diagnosi preimpianto, dopo questi interventi, può essere eseguita in tutti i centri italiani autorizzati alla fecondazione assistita. I centri pubblici di fatto però, spesso, non la eseguono. L'ultima sentenza del tribunale di Ca-



gliari cui si faceva cenno all'inizio, ribadisce invece che tutti gli ospedali pubblici debbono attrezzarsi per eseguirla.

In sintesi, rispetto all'emanazione della legge 40 ora è lecita la diagnosi preimpianto, che, su richiesta, deve essere eseguita anche nelle strutture pubbliche, anche a coppie fertili che abbiano malattie genetiche trasmissibili, inoltre è possibile produrre più di tre embrioni e non impiantarli tutti contemporaneamente in utero, crioconservando quelli non impiantati.

Rimane invece il divieto di fecondazione eterologa.

Luigi Ripamonti

Fecondazione

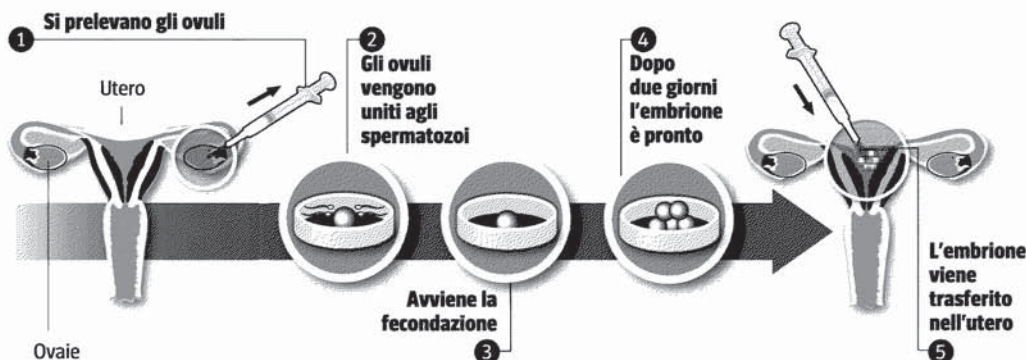
Dal primo intervento del 2004, che ridusse gli embrioni da impiantare, all'ultimo sui test prenatali

Modifiche

La tecnica aperta alle coppie fertili
Strutture pubbliche obbligate alle indagini prima dell'impianto

Come funziona

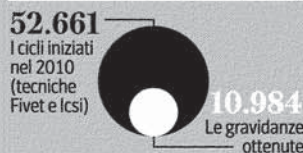
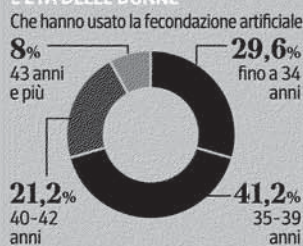
La tecnica Fivet per la fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni prevede che, dopo un'ovulazione multipla indotta dagli ormoni, gli ovuli vengano prelevati e fecondati in provetta dagli spermatozoi. Gli embrioni che si sviluppano vengono impiantati nell'utero della madre



Fonte: Ministero della Salute (dati 2010)

19 Le sentenze finora emesse sulla legge 40

L'ETÀ DELLE DONNE



CORRIERE DELLA SERA



Dalle corsie proteste quasi mai a torto

LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

“**C**aro Pirani, ma perché ce l'ha con gli infermieri?”. Questo l'incipit della lettera, analoga ad altre simili, che il presidente dell'organizzazione sindacale degli infermieri de La Spezia, Francesco Falli, mi ha inviato per criticare una mia rubrica (5/11/12 “Tenetevi il dolore, pochi soldi per curarlo”) in cui denunciavo come le strutture ospedaliere installate per la cura del dolore fossero al lumicino in molti nosocomi perché ridotti senza infermieri o quasi, tranne qualche volontario mentre, per evitare scontri sindacali, si accettava il passaggio di un numero eccessivo di dipendenti dai reparti di degenza agli uffici, in base al cosiddetto “maggiore aggravio”, di cui nel solo Lazio hanno profittato circa 8000 lavoratori (secondo i dati del Tribunale Diritti del malato, che comunque andrebbero sottoposti a nuova verifica). Una osservazione che non negava affatto l'impegno, i sacrifici, le remunerazioni insufficienti degli infermieri dediti all'assistenza. E pur tuttavia la presidente della Federazione nazionale della categoria, Annalisa Silvestro, sul suo sito dichiarava di essere rimasta “perplessa e indignata” per le mie critiche... “dieci righe senza criterio che sembrano buttate là a rimarcare l'annosa avversione dell'articolaista verso la professione infermieristica...”. Mi risparmio la citazione di altre ingiurie, soprattutto perché rivolte a un giornalista che ha dedicato decine di articoli alla difesa del servizio pubblico e del personale medico, infermieristico e parasanitario, la cui

dedizione è esemplare, senza però sottacere sulle conseguenze negative che in ogni comparto il corporativismo sindacale porta con sé con danno per lavoratori e pazienti. Proprio per porre fine a una sfida priva di senso ho telefonato alla dottoressa Silvestro invitandola a prendere atto delle reali posizioni del nostro giornale in materia di sanità pubblica e offrendole uno spazio di risposta nella nostra rubrica. Con un approccio di stimabile pacatezza la presidente degli infermieri ha riconosciuto l'inutilità degli eccessi polemici quando “si tratta di far fronte alle difficoltà che sta vivendo il sistema sanitario e... molti infermieri operativi in Regioni con Piano di Rientro continuano ad andare a lavorare anche quando, da mesi non viene percepito lo stipendio e i turni di lavoro sono davvero insostenibili a causa delle mancate sostituzioni. Non può esserci percorso diagnostico e terapeutico se mancano gli infermieri, non si dà realizzazione a iniziative di civiltà sanitaria (ospedale senza dolore), né si attivano l'assistenza domiciliare e gli hospices se mancano gli infermieri”. Ed ecco un'altra voce: “Caro dottor Pirani, sono Antonio Rizza, infermiere professionale... Vorrei ricordarle il lavoro che svolgono molti infermieri come il sottoscritto, non in un comodo ufficio, ma in situazioni pericolose come è capitato a me, calato in un burrone con una imbragatura dai vigili del fuoco per salvare una signora che era caduta in un dirupo di centinaia di metri, tutto questo ed altro alla modesta cifra di circa 1400 euro al me-

se”. E, infine, la parola ad un medico. “Sono il dott. Alessandro Vergallo, Presidente della Sezione Regionale Aaroi-Emac che rappresenta solo in Lombardia oltre 1.300 medici anestesisti. I toni degli articoli contro Pirani risuonano come un diapason. Che vibra non già di contenuti, ma di lesa maestà. La lesa maestà è quella degli infermieri-amministratori, non certo quella degli infermieri che tutti i giorni sono in corsia ad occuparsi dell'assistenza ai malati. E non certo quella dei medici che diventano sempre più operai di una sanità-fabbrica con tanti ‘dirigenti’ negli uffici. I contenuti mancanti sono quelli relativi ai dati (non alle chiacchiere) su quali siano le risorse sanitarie assunte per occuparsi di assistenza e poi via via incontrollatamente divenute ‘risorse’ amministrative. Ma i dati su queste figure mancano persino nelle relazioni annuali della Corte dei Conti, che non dettagliano quanti professionisti assunti per curare malati siano poi transitati dietro le scrivanie.

“Per contro è su questo terreno che si misura una vera review della spesa per non tagliare ancora il servizio pubblico senza criteri di efficienza”.



*Domande
e risposte
d'attualità*



Risponde
**NICOLA
SORRENTINO**
dietologo, esperto
di alimentazione

COME CAMBIANO LE BIBITE?

Il ministro Balduzzi ha stabilito che le bibite vendute col nome di frutti contengano almeno il 20 per cento degli stessi. Saranno più sane?

Non credo che le bibite diverranno più sane. D'accordo, alzare la soglia del contenuto di frutta al 20 per cento può essere una buona cosa. Ma quell'80 per cento di rimanenza che cosa contiene? Soprattutto, le case produttrici saranno obbligate a ristabilire le proporzioni tra frutta e dolcificanti per mantenere inalterato il sapore della bevanda. Tutto questo a fronte di un miglioramento della salute dei consumatori risibile.

LA PEPSI COLA FARÀ DIMAGRIRE?

La bevanda, per ora in vendita in Giappone contiene destrina, fibra che fa passare la fame e riduce i grassi. Potrà essere un'alleata contro l'obesità?

Trovo sia diseducativo sostenere che un prodotto faccia dimagrire. Solo una corretta alimentazione e una regolare attività fisica aiutano il dimagrimento. Altrimenti si spinge il consumatore a coltivare dei falsi miti. È vero, la destrina è una fibra che può dare un lieve senso di sazietà e può rallentare l'assorbimento di grassi e zuccheri. Ma tutto dipende dalla concentrazione di questa fibra nella bevanda. Se per rallentare l'assorbimento di grassi devo berne 3 bottiglie al giorno, ecco che l'effetto miracoloso lascia il tempo che trova.

