

LA STAMPA

«Colpa dei cesarei
Ma la mortalità
è tra le più basse
in Europa»

5

domande
a

Nicola Surico
Pres. ginecologi



Il Professor Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia assicura: «Nascere in Italia è più sicuro che altrove». Ma subito dopo ammette che ci sono troppi punti nascita non all'altezza della situazione, che il boom del cesareo generato dalla medicina difensiva fa correre più rischi sia alla mamma che al bambino e che mancano troppi posti letto di neonatologia per assistere i piccoli che sempre più numerosi nascono prematuramente.

Professore, un errore sanitario su cinque avviene in sala parto. E' così rischioso nascere in Italia?

«Assolutamente no. Il 2,8 ogni mille nati vivi è uno dei più bassi tassi di mortalità d'Europa. Pensi che negli Stati Uniti è del 4 per mille. E se siamo tra i primi posti un fatto di sicurezza si deve anche alla preparazione dei nostri medici».

Allora tutti questi errori?

«Prima di tutto abbiamo troppi punti nascita dove si fanno pochi parti l'anno, così quando si verifica un'emergenza i medici sono meno abituati ad affrontarla. Poi si fanno troppi cesarei e questo fa aumentare i rischi per la salute della donna e, sia pure in misura minore, del bambino».

Perché tutti questi cesarei?

«Prima di tutto c'è un proliferare di cause sanitarie, quasi sempre ingiustificate che finisce per incentivare la medici-

na difensiva, che spiega molti dei cesarei praticati in Italia. Poi ci sono le tariffe, che fino ad oggi remunerano un cesareo il doppio di un parto naturale. Ma da quel che so ora si sta passando a un eccesso opposto, equiparando i rimborsi. Così però il cesareo non sarà più remunerativo e c'è il rischio che molte cliniche private finiscano per chiudere i reparti di ostetricia mandando in tilt quelli degli ospedali».

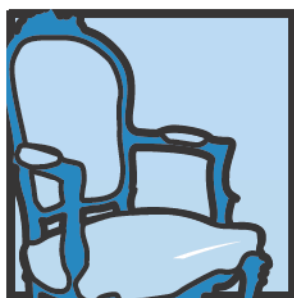
A far lievitare i pericoli c'entra anche il fatto che in Italia oramai nascono sempre più bambini prematuri?

«E' vero e questi dipende dal fatto che si partorisce sempre più in là negli anni. Oramai in media il primo figlio si fa a 33 anni e una volta su dieci anche sopra i 40. Per questo i prematuri sono oramai tra i 35 e i 40mila l'anno e per loro mancano letti di neonatologia».

Che rischi comporta?

«Gravissimi, perché un piccolo nato prima della 35esima settimana se deve essere trasferito in un altro ospedale rischia di non farcela. Purtroppo i centri di secondo livello in grado di assistere adeguatamente i prematuri scarseggiano. Possiamo dire che almeno un 10% dei posti letto di neonatologia in questo momento manchi all'appello. Va bene che siamo in tempo di spending review ma far mancare assistenza a questi piccoli sinceramente mi sembra da criminali». [PA. RU.]

Sanità



Indagine del ministero sull'incongruenza tra le Sdo e le informazioni in cartella clinica

Quei cesarei non giustificati

Il 43% dei casi presenta anomalie - Regioni chiamate a intervenire

Troppe diagnosi di "presentazione anomala del feto" per giustificare il ricorso al taglio cesareo. È più di un mero sospetto, perché supportato dai dati oggi disponibili, quello che grava su una serie di strutture di molte Regioni italiane. Campania in testa.

A evidenziare l'anomalia di un 43% di cartelle cliniche che presentano una «non corrispondenza con le informazioni riportate nelle Sdo» sono i primi risultati di un controllo campionario avviato dal ministero della Salute, supportato dai Nas, sulla base di una segnalazione dell'Agenas del gennaio 2012. Obiettivo dichiarato dell'indagine - centrata sulle dimissioni per primo parto cesareo con diagnosi di "presentazione anomala del feto" - era «verificare se le informazioni contenute nelle Sdo corrispondessero all'effettiva documentazione presente nella cartella clinica, di cui la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante».

I primi esiti dello studio non sono certo confortanti. Basta leggere la relazione presentata venerdì scorso a Roma dal ministro della Salute **Renato Balduzzi**. «Il rischio di non corrispondenza tra Sdo e cartella clinica - si legge nel report in cui si dà conto dell'analisi del 34% del campione (1.117 cartelle provenienti da 32 strut-



Costi per ricoveri oltre un giorno		
Drg	Descrizione	Euro
371	Cesareo senza complicanze	2.457,72
373	Parto vaginale senza complicanze	1.318,64
Δ		1.139,08

ture di 19 Regioni, su un totale di 3.273 cartelle cliniche distribuite in 78 centri ospedalieri pubblici e privati) - è «un problema importante sia

come diffusione che come entità su tutto il territorio nazionale». Fanno eccezione poche realtà: in Veneto, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle

d'Aosta, Pa di Trento la percentuale di non corrispondenza è inferiore al 5%. Tanto che proprio questi virtuosi sono indicati come «aree benchmark

Ginecologi: sciopero delle nascite

Proclamato per il 12 febbraio il primo sciopero nazionale dei circa 15mila ginecologi e ostetriche italiane. Saranno dunque bloccati i parti programmati (fatte salve le emergenze), gli esami e le visite, negli ospedali pubblici e privati. Sotto accusa i tagli alla Sanità e il contenzioso medico-legale giunto "ormai a livelli insostenibili": circa 1.100 interventi stimati che dovranno essere rinviati o anticipati, di cui poco meno di 600 sono cesarei. Non solo. Fatte salve le urgenze indifferibili, che saranno comunque garantite, il black out riguarderà anche l'attività dei consultori familiari e di tutti gli ambulatori ostetrici del territorio, dove non verranno effettuati esami clinici, visite specialistiche ed ecografie. Sullo sciopero è intervenuto il ministro Balduzzi che ha convocato venerdì 18 (al momento di andare in stampa con il settimanale non si è ancora svolto l'incontro) le sigle per tentare di evitare la situazione.

Alla base della protesta due ragioni: i tagli della spending review e delle altre manovre degli ultimi anni che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria anche in settori chiave come quello del «percorso nascita, impedendone anche la messa in sicurezza»; la crescita ormai incontrollata del contenzioso medico-legale, che sta portando alla sempre maggiore diffusione del fenomeno della medicina-difensiva, sottolineano gli operatori.

Ginecologi e ostetriche, oltre al blocco delle sale parto, sono pronti anche allo «sciopero del voto» se le forze politiche non ascolteranno la categoria.

per le altre Regioni». Queste ultime - dove le percentuali di "posizione anomala del feto" dichiarate arrivano al 20% e in alcuni casi al 50%, a fronte di un tasso nazionale inferiore all'8% - sono invece fortemente invitate dal ministero ad attivare il controllo di tutte le cartelle cliniche di primo parto cesareo con diagnosi di posizione anomala del feto, così da «individuare eventuali comportamenti opportunistici nella codifica della diagnosi che motiva il ricorso al cesareo».

Non è solo questione di discordanza tra quanto riportato in cartella e il codice di diagnosi di "posizione e presentazione anomala del feto" riportato sulla Sdo. «Sorpriente», è definita, senza mezzi termini, pure l'assenza di documentazione in cartella, rilevata nelle strutture di ben 12 Regioni e motivo principale di "non corrispondenza" in cinque di esse.

Ripartire a un regime di appropriatezza il ricorso al cesareo, ricordano infine dal ministero, conviene su tutti i fronti: sia clinico (i rischi aumentano rispetto al parto naturale) sia del risparmio. Ogni cesareo condotto in assenza di indicazione clinica comporta infatti un impegno di spesa non necessario pari a 1.139,08 euro.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati dell'analisi (valori%)

	Regioni																				Italia		
	Piemonte	V. Aosta	Lombardia	Pa Bolzano	Pa Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia		Sardegna	
I dati sui parti dalle Sdo 2010	Parti con diagnosi di posizione anomala del feto	6,01	2,94	5,23	5,24	4,20	5,28	4,15	3,99	4,77	4,88	5,92	6,59	6,03	6,16	6,95	21,43	9,34	9,00	8,15	10,93	5,74	7,67
	Primi cesarei con posizione anomala del feto	5,74	2,94	5,05	5,00	4,08	4,86	4,04	3,82	4,64	4,69	5,71	6,16	5,86	6,00	6,58	21,22	8,85	6,22	7,24	10,77	5,60	7,39
	Primi cesarei	23,24	24,63	22,73	18,81	18,48	21,50	17,57	30,27	22,60	20,84	25,03	26,31	33,32	33,33	33,95	49,66	34,98	34,43	33,88	41,28	31,73	29,31
Il confronto tra cartelle cliniche e Sdo	Coerenti con la Sdo	86	97	56	(*)	100	100	97	100	74	71	45	26	56	55	71	54	44	(*)	60	22	63	57
	Non coerenti con la Sdo	14	0	13	(*)	0	0	3	0	23	17	55	74	20	36	18	41	51	(*)	17	6	33	28
	Non valutabili per scarsità di dati	0	3	31	(*)	0	0	0	0	3	12	0	0	24	9	11	5	5	(*)	23	72	4	16
	Totale non coerenza	14	3	44	(*)	0	0	3	0	26	29	55	74	44	45	29	46	56	(*)	40	78	37	43

N.B.: Dati espressi in percentuale; la proporzione di parti con indicazione di posizione anomala del feto riportata in letteratura è intorno all'1%-2%. (*) Ancora assenti dati Basilicata e Pa Bolzano

OPERATIVO IL DECRETO

Drg: le nuove tariffe per visite e ricoveri

Inuovi Drg sono operativi. Trascorsi i 30 giorni dopo la mancata intesa con le Regioni (ottobre 2012) il Governo ha potuto dare il via libera al provvedimento grazie all'ok della Corte dei conti e il decreto Salute-Economia sulle tariffe è pronto per essere pubblicato in Gazzetta Ufficiale e dovrebbe essere attuativo per febbraio.

Il risparmio totale rispetto alle vecchie tariffe è di circa 239 milioni. Quasi tutto arriva dalla riduzione di quelle legate ai Drg ospedalieri dei ricoveri per acuti. Ma la relazione che accompagna la proposta di nuovo tariffario (tariffe massime) per ricoveri e prestazioni di specialistica ambulatoriale mette in guardia: «Una valutazione comparativa non è possibile se non

con le tariffe in vigore a livello regionale» perché il vecchio tariffario dei ricoveri, datato 1997, era basato su una versione superata dei Drg. Niente stime precise dell'impatto finanziario quindi, ma semplicemente la certezza che, vista la differenza in negativo (-4,6%) tra vecchie e nuove tariffe «i nuovi valori nazionali appaiono nel complesso sostenibili».

Le tariffe aumentano per la riabilitazione (+0,1%, 1,7 milioni) e la lungodegenza (+10,5%, 25 milioni circa). E anche per quelle rimodulate della specialistica ambulatoriale che in realtà mostrerebbero una riduzione se non fosse per il calcolo dello sconto previsto dalla Finanziaria

2007 a carico delle strutture private accreditate: 2% sulle prestazioni specialistiche e 20% per quelle di diagnostica di laboratorio.

E c'è un altro effetto da considerare: la perdita di gettito del ticket sulla specialistica per le aziende pubbliche che vale 19,8 milioni in meno. L'onere (e non il risparmio quindi) che deriva dal nuovo tariffario è così di 13,310 milioni.

Non ci sono invece problemi di sostenibilità secondo Salute ed Economia perché «in considerazione degli strumenti regolatori della spesa in capo alle Regioni - si legge nella relazione - le tariffe possono garantire in ogni caso un'invarianza di

impatto derivante, sia dalla rimodulazione da parte delle Regioni del proprio fabbisogno, stante l'avvio del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale».

Queste ultime prestazioni sono state classificate e valutate in base alla modulazione su tre livelli dell'Emilia Romagna, considerata la più adatta anche a livello nazionale. E si riducono del 10% le tariffe delle Tac e del 25% quelle della risonanza magnetica e del 16,4% quelle della

chimica clinica di base, le analisi di routine in sostanza, mentre aumentano tutte le altre dal minimo del 4,57% delle indagini di genetica e citogenetica al massimo del 171,32% per il prelievo di sangue capillare.

Per rideterminare le tariffe dei ricoveri per acuti invece sono stati presi a riferimento 41 ospedali pubblici e privati di tre classi di dimensione (121-350, 351-600 e oltre 600 posti letto) di sette Regioni: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Puglia e Sicilia. Le tariffe sono elaborate in base all'ultima versione dei Drg.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità. L'inchiesta della Camera

La medicina «difensiva» costa quanto l'Imu

I DATI

Da aprile 2009
al dicembre scorso
400 morti sospette
Al Sud ci sono più medici
che posti letto

■ Più medici che posti letto negli ospedali in Sicilia, Basilicata, Lazio, Calabria e Campania. Ben 385 incarichi da primario concessi senza concorso ancora in Campania. Costi della medicina difensiva dei medici che valgono lo 0,75% del pil, quanto l'Imu pagata allo Stato: 10 miliardi. E intanto i casi di malasanità, da aprile 2009 al dicembre scorso, hanno raggiunto quota 570 e avrebbero causato 400 decessi, con Calabria (87 morti), Sicilia (84) e Lazio (42) in cima alla lista nera.

La denuncia arriva dalla commissione d'inchiesta della Camera sugli errori e i disavanzi sanitari, che ieri ha consegnato la relazione finale, che però non è stata votata dal Pd.

«Uno stato di preoccupazione diffusa spinge i cittadini a rivolgersi al privato o si traduce in una mobilità sanitaria elevatissima», ha detto il presidente della commissione, Antonio Palagiano (Idv).

Rispetto a una media nazionale poco oltre gli otto medici ogni 10 posti letto (pl) ospedalieri, solo Nord-Ovest (6,8 circa) e Nord-Est (7,5) sono sotto soglia. Nel centro Italia la media è di 9,1, tra Sud e isole schizza al 10,8. La classifica regionale parla anche più chiaro: solo 6,3 medici ogni 10 pl nelle Marche, in Friuli e a Trento. Bene la Lombardia (6,8). Vicine alla media nazio-

nale Emilia Romagna (7,9), Toscana (8,3) e Abruzzo (8,8). Ma il boom è appunto tra Sicilia (12,3), Basilicata (11,8), Lazio (11,3) e Calabria (11,1) e di poco anche la Campania (10,1).

Altro capitolo è quello degli incarichi «apicali» benevolmente concessi in Campania senza concorso. Secondo la relazione sarebbero stati, sotto varie forme, ben 383 quelli «ricoperti a vario titolo da personale che non ha superato un regolare concorso». Per non dire dell'ospedale «Santa Maria della Misericordia» di Sorrento, tra appalti fuori regola per l'acquisto di beni e macchinari, addirittura l'assenza di bandi. Nel mirino anche la Sicilia, dove si contesta «il permanere di gravi criticità finanziarie» a partire dalla asl di Messina, a dispetto dell'«effetto annuncio di misure e interventi mai realizzati». In pratica, tanti flop mascherati.

Infine, il capitolo ticket. La situazione attuale, ammette la relazione, è fonte di ineguaglianze. Ma che fare per riportare equità e omogeneità? Sulla proposta del ministero della Salute di eliminare i ticket e le esenzioni e di introdurre un meccanismo di franchigia proporzionale al reddito lordo, anche considerando l'Isee, la commissione d'inchiesta chiede cautela. Ma non scarta l'ipotesi. E propone di accompagnare il cambiamento con un'integrazione tra Ssn e assicurazioni private, che potrebbero rappresentare per i cittadini «uno strumento di possibile ammortizzazione dei costi sanitari».

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Malasanità, «in tre anni 400 morti»

**SALUTE
A RISCHIO**

Sono 570 gli episodi segnalati

DA ROMA GIULIO ISOLA

Quattrocento pazienti morti da aprile 2009 a dicembre 2012 per presunti casi di malasanità, per un totale di 570 casi segnalati. È questo il dato che salta subito agli occhi esaminando la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi in campo sanitario, votata e presentata ieri.

Ma le ombre della Sanità italiana, evidenziate dalla Commissione, sono anche altre: dalle «incongruenze evidenti, come quella relativa al rapporto tra posti letto e personale medico, alla spesa sanitaria ancora troppo elevata con particolare incidenza del costo del personale che nel 2011 si attesta al 32,2%». Ed ancora: errori sanitari che mostrano «un'Italia divisa, in cui regioni dove si spende di più per la sanità sono anche quelle in cui la stessa è di peggior qualità» ed una medicina difensiva che costa al sistema 10 mld, quanto l'Imu 2012 o gli investimenti in Ricerca del Paese.

Insomma, commenta il presidente della Commissione Antonio Palagiano, «emerge uno scarto regionale tra nord e sud che parla di un Paese diviso da una sanità ancora disomogenea» e dove si registra una «forte migrazione» da Sud a Nord. Al Sud, rileva, «si ravvisano responsabilità organizzative e politiche che andrebbero perseguite» poichè «le colpe non sono tutte dei medici». La Commissione, ha aggiunto, «ha fotografato la situazione della Sanità e l'abbiamo presentata al Parlamento. Ci auguriamo che il prossimo governo abbia maggiore sensibilità verso la qualità della Servizio sanitario nazionale».

Sicilia e Calabria in testa classifica presunti errori. Gli episodi di malasanità, rileva la Commissione, «non sempre però hanno a che fare con l'errore diretto del camice bianco, come può essere nel caso limite della garza dimenticata

nella ferita a seguito di un'operazione, poi curata come una massa tumorale. Spesso questi episodi derivano da disservizi, carenze, strutture inadeguate». Su 570 casi di presunti errori, 117 si sono verificati in Sicilia, 107 in Calabria, 63 nel Lazio. Tra gli eventi avversi, numerosi sono i casi di infezioni da contagio in ambiente ospedaliero. Il maggior numero di segnalazioni di presunti errori, 1 su 5, è relativo al parto e su 104 episodi, la metà è concentrata tra Sicilia e Calabria. Proprio nel Mezzogiorno, si registra un più alto numero di piccoli punti nascita con pochissimi parti.

Allarme della commissione parlamentare d'inchiesta: ogni mese 13 episodi Ospedali del Sud sotto accusa

Numero medici a posti letto doppio a sud. La Sicilia ha un numero di medici ogni 10 posti letto che è il doppio di quello in Friuli V. Giulia. Si passa da 6 medici ogni 10 posti letto in Friuli, provincia autonoma di Trento e Marche, ai 12 in Sicilia, 11,8 in Basilicata, 11,1 in Calabria, 11,3 in Lazio. «Se per far funzionare lo stesso numero di posti letto ci sono regioni che utilizzano risorse

umane doppie – afferma Palagiano – ciò farà lievitare in maniera esorbitante la spesa sanitaria».

In Campania 383 posti senza concorso, casi Sicilia e Toscana. 383 incarichi irregolarmente conferiti senza pubblico concorso presso molte aziende sanitarie locali in Campania e acquisizione di beni senza il rispetto delle procedure pubbliche all'ospedale di Sorrento. «Logiche anomale», con la «sussistenza di evidenti legami familiari» anche per incarichi e concorsi nei Policlinici universitari della Regione. In Sicilia, invece, la Commissione ha evidenziato il permanere di gravi criticità finanziarie. Fenomeni di malagestione anche in Toscana, dove il disavanzo della Asl 1 di Massa, pari a 1.500.000 euro, ha «fatto emergere logiche politiche e interessi di carriera».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La relazione

Emergenza errori medici un morto ogni tre giorni record in Calabria e Sicilia

ROMA — Quattrocento morti in tre anni e mezzo, uno ogni tre giorni, per malasanità negli ospedali italiani. La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in corsia ha approvato ieri la relazione finale. Gli errori segnalati al dicembre 2012 sono 570. Il record in Sicilia, con 117 episodi e 84 morti, seguono Calabria (107 e 87) e Lazio (63 e 42).

La paura di sbagliare fa rifugiare i dottori nella "medicina difensiva", con visite e esami che fanno sprecare ogni anno 10 miliardi. La relazione sottolinea ancora una volta le grandi differenze tra Nord e Sud. La maggior parte delle realtà commissariate per deficit è nel meridione. C'è poi il caso dei 383 medici che in Campania hanno un incarico di primario senza aver fatto concorsi. La relazione sottolinea poi che al Sud ci sono più medici che letti. Il dato si basa sulle schede che le Regioni hanno inviato alla commissione e che riguardano circa la metà dei letti. Dai dati del ministero emerge uno sbilanciamento, ma non così accentuato. In Lombardia ci sono 14.700 medici per 29 mila letti, in Emilia 7 mila per 14 mila, in Campania 9.100 per 11 mila, in Sicilia 8.500 per 10.800 e in Calabria 3.200 per 4.100.



Sanità



STUDIO OCSE/ Nel 2000-2010 calo della disponibilità dell'1,9%, in Italia giù del 3%

Emorragia Ue dei posti letto

Lo stato di salute nei Ventisette: malattie e comportamenti a rischio

In dieci anni tutta l'Europa, prima dei Quindici e adesso dei Ventisette, si è trovata di fronte alla stessa ineludibile necessità: tirare la cinghia sulla spesa per la Sanità e in particolare sulla disponibilità di posti letto negli ospedali europei. I dati non potrebbero essere più chiari: dal 2000 al 2010 il segno è quasi universalmente "meno". Fanno eccezione la Svezia con un tasso di incremento medio annuale del 2% e la Grecia con lo 0,3 per cento. Ma si tratta di casi eccezionali, perché la regola invece è stata quella di un progressivo taglio dei posti letto: la media Ue dei Ventisette è di -1,9% e quello italiano sfiora una flessione del 3 per cento. Si tratta di un record negativo quello dei posti letto nel Belpaese, surclassato soltanto dalla Lettonia (-4,8 per cento) e detenuto ex aequo con l'Estonia. Per il resto, gli Stati europei, pur avendo generalmente diminuito la disponibilità per i ricoveri, hanno però "tagliato" meno (l'Austria solo un -0,4%, la Spagna -1,1 per cento).

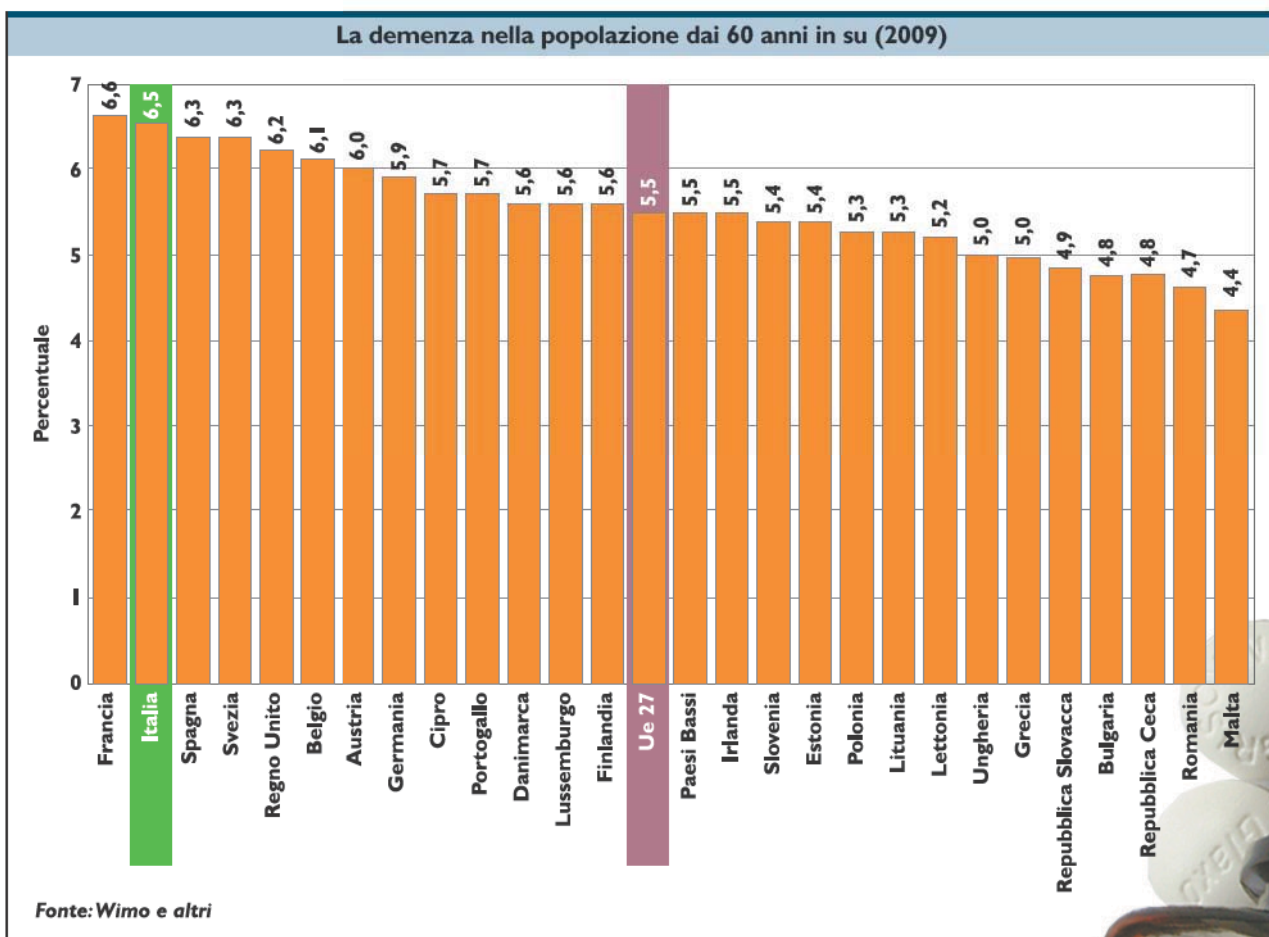
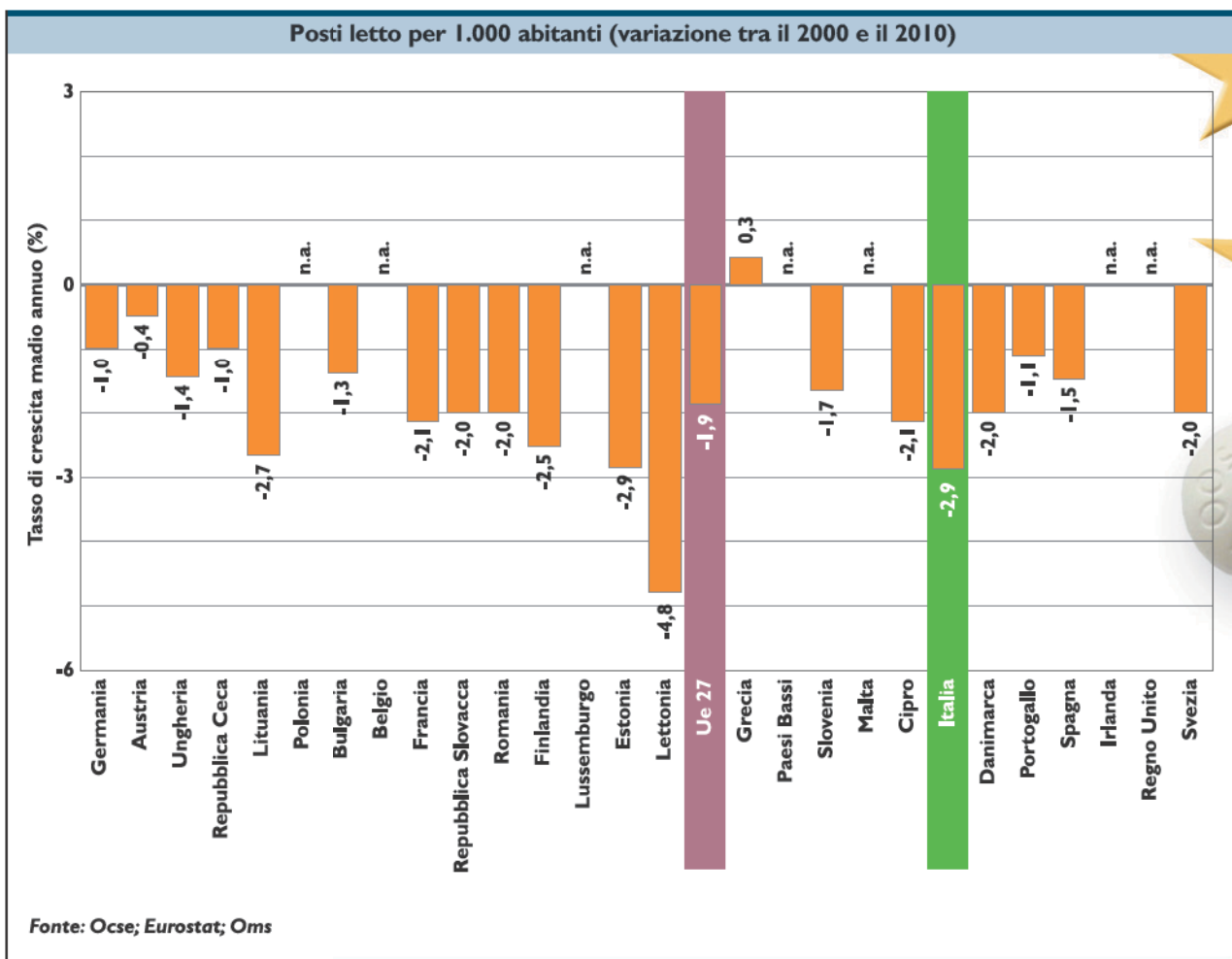
Il risultato? Nel 2010 in termini di valori assoluti su mille abitanti la media dei Paesi europei si attesta sui 5,3 posti letto. Sotto questa soglia ancora una volta l'Italia (in buona compagnia, va detto) con solo 3,5 posti per 1.000 abitanti. Sembra incredibile ma chi detiene il primato negativo per la minore dotazione di letti in ospedale è la civilissima Svezia con solo 2,7 unità per 1.000 abitanti.

Ma gli indicatori di salute nel rapporto dell'Ocse «Health at glance - Europe 2012» pubblicato a dicembre dalla Commissione europea spaziano dal fumo al tabacco, dalle aspettative di vita alla mortalità (si vedano i principali dati in basso nelle pagine).

Demenza senile. Nel 2009, spiega il dossier dell'Ocse, in Europa c'erano 6,8 milioni di persone dai 60 anni in su affetti da demenza, e cioè in circa il 6% della popolazione di quel gruppo di età. Francia, Italia, Spagna, Svezia e Svizzera hanno la più alta prevalenza, con una forchetta che oscilla dal 6,3 al 6,6% della popolazione malata in quella fascia di età. La media europea si attesta al 5,5% della popolazione. «I sintomi clinici di demenza di solito iniziano dopo i 60 anni di età, e la prevalenza aumenta marcatamente con l'età - spiega il rapporto -. La malattia colpisce più donne che uomini. In Europa, al 14% degli uomini e al 16% delle donne di età compresa tra 80-84 anni è stata diagnosticata la demenza nel 2009, rispetto a meno del 4% tra quelli sotto 75 anni di età. Per i più anziani di età compresa tra 90 anni e oltre, le cifre salgono al 31% degli uomini e il 47% delle donne. La demenza tra le persone di età meno di 65 anni è rara; essi rappresentano meno del 2% del numero totale di persone malate».

Obesità. Passando al dato sull'obesità e sul sovrappeso il numero è preoccupante: secondo il dossier Ocse «più della metà (52%) della popolazione adulta europea è in sovrappeso od obesa. La prevalenza di problematiche legate al peso e obesità tra gli adulti supera il 50% in non meno di 18 dei 27 Stati Ue». Restando sull'obesità la media della popolazione europea cala: 16,6 per cento. Il picco massimo si registra in Ungheria (28,5%), seguita dal Regno Unito (26,1%) e dall'Irlanda (23%). L'Italia dimostra in questo ambito di aver sviluppato una cultura alimentare meno a rischio: è infatti tra gli Stati europei con la minore incidenza di popolazione obesa, con un 10,3% superata solo dalla Romania con un 7,9 per cento. Vale la pena di ricordare, però, che i dati raccolti dall'Ocse, in questo caso, sono in prevalenza basati sulle dichiarazioni dei Paesi, solo una piccola parte sono stati oggetto di vere e proprie misurazioni scientifiche. Lo scenario, in Italia, cambia decisamente quando si affronta però il problema del peso (sovrappeso e obesità) tra gli adolescenti (15 anni). Qui le statistiche cambiano segno e se la media Ue si attesta intorno a un 10% il nostro Paese risulta allineato a questo dato. I problemi più importanti si registrano in Portogallo (15%), mentre il Paese più virtuoso è l'Olanda con un 5% di quindicenni grassi.

Cancro. «Nel 2008 sono stati diagnosticati in Europa circa 2,4 milioni di nuovi casi di cancro (esclusi i non-melanoma) e di questi il 55% tra i maschi e il 45% tra le donne: i tumori più diffusi sono quelli della prostata, del colon-retto, seno e il cancro ai polmoni. Il rischio di ammalarsi di cancro prima di 75 anni è stato del 26,5%, pari a circa uno su quattro». Su 100mila persone la media europea si attesta su 296 casi: la soglia più bassa si registra a Cipro (187) e Grecia (190), quella più alta in Francia (361) e Irlanda (356). L'Italia supera di qualche unità la media europea con 310 ammalati su 100mila abitanti, lo stesso tasso registrato in Spagna. Il "bilancio" però è ancora infausto: «Il cancro - conclude il dossier - è la seconda causa di morte negli Stati europei dopo le malattie del sistema circolatorio, con il 28% di tutte le morti nel 2010».



6 anni

aumento della speranza di vita tra il 1980 e il 2010

6%

le persone tra i 20 e i 79 ammalate di diabete nel 2011

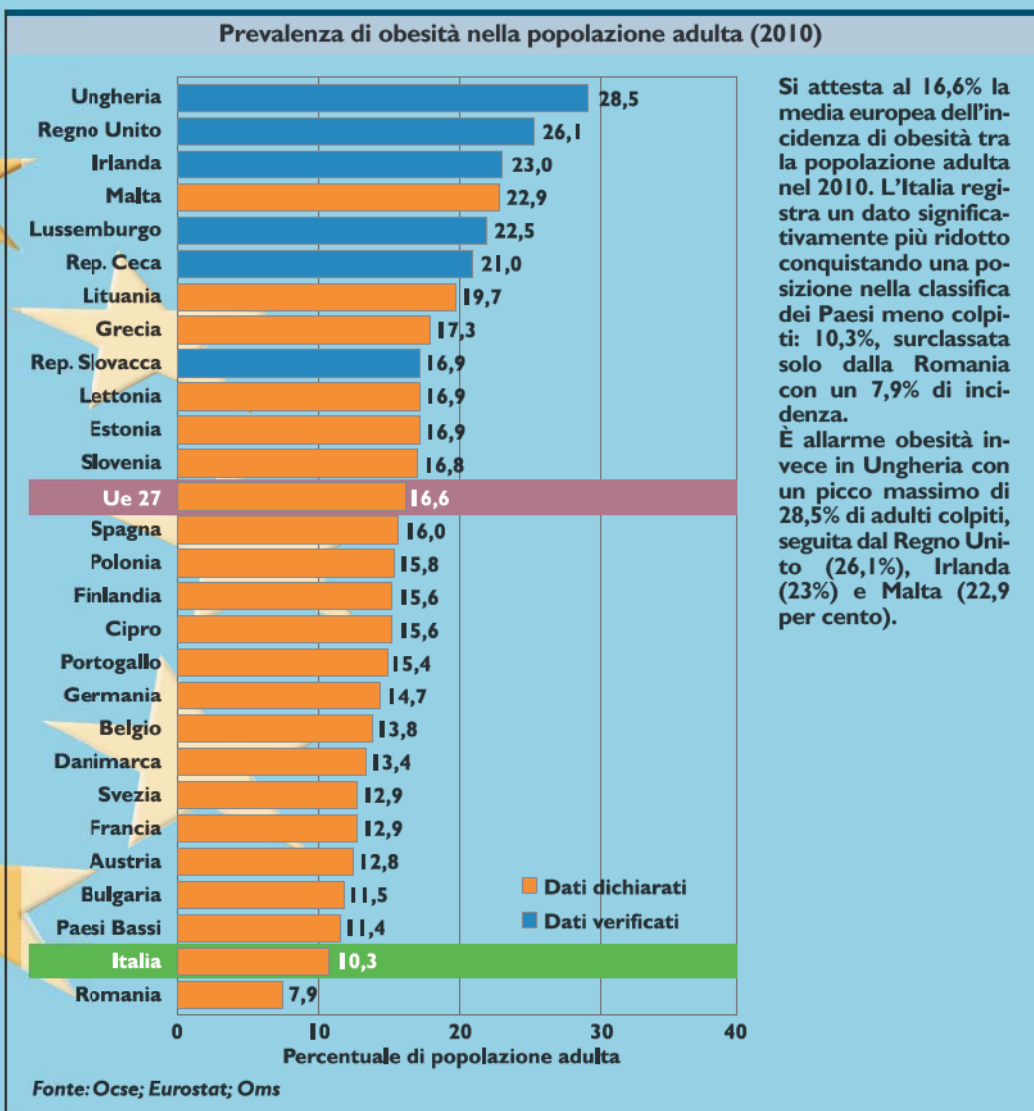
52%

la popolazione adulta in sovrappeso

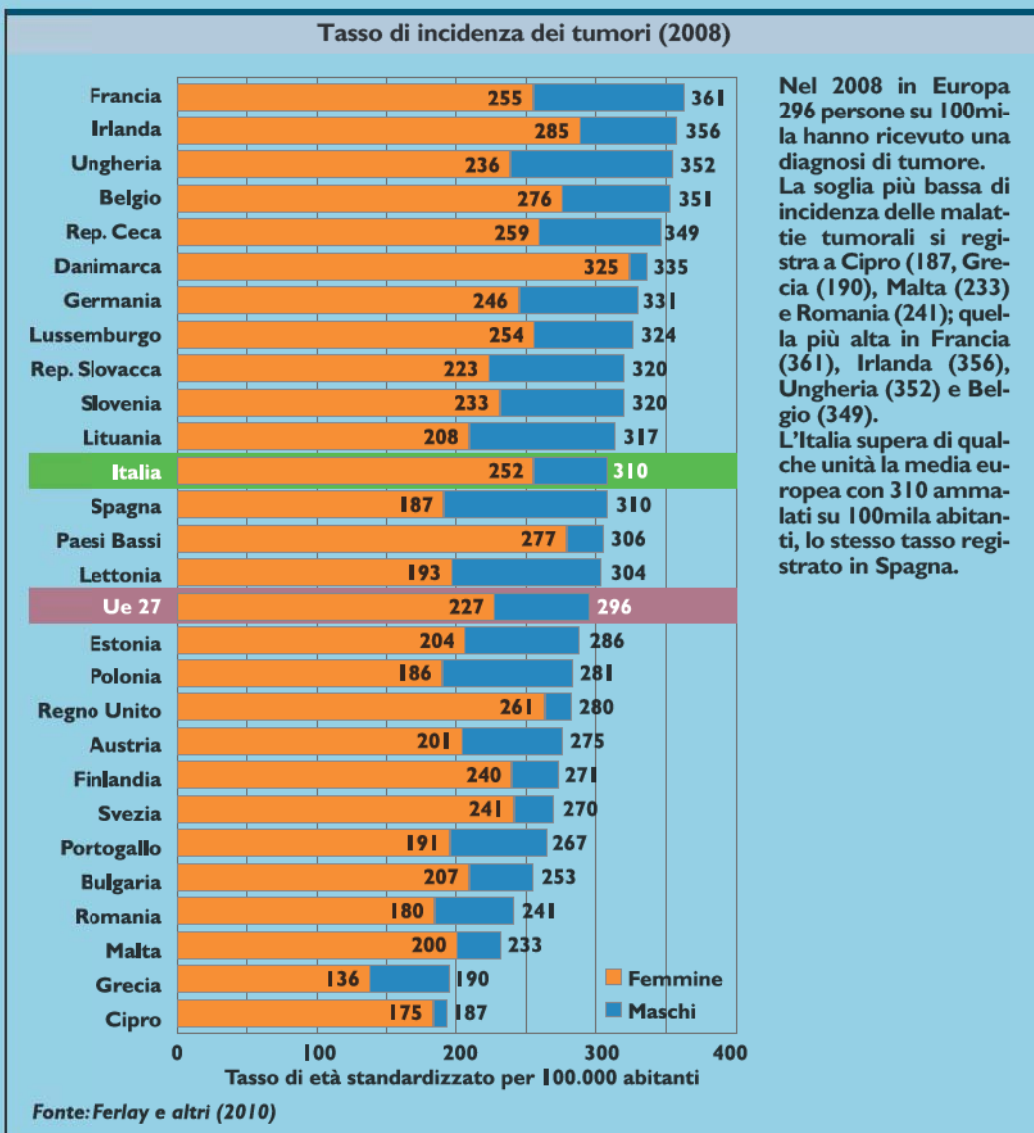
16,6%

la popolazione adulta obesa nel 2010 (+16,5% rispetto al 2000)

I dati su obesi e malati di tumore



Si attesta al 16,6% la media europea dell'incidenza di obesità tra la popolazione adulta nel 2010. L'Italia registra un dato significativamente più ridotto conquistando una posizione nella classifica dei Paesi meno colpiti: 10,3%, surclassata solo dalla Romania con un 7,9% di incidenza. È allarme obesità invece in Ungheria con un picco massimo di 28,5% di adulti colpiti, seguita dal Regno Unito (26,1%), Irlanda (23%) e Malta (22,9 per cento).



Nel 2008 in Europa 296 persone su 100mila hanno ricevuto una diagnosi di tumore. La soglia più bassa di incidenza delle malattie tumorali si registra a Cipro (187, Grecia (190), Malta (233) e Romania (241); quella più alta in Francia (361), Irlanda (356), Ungheria (352) e Belgio (349). L'Italia supera di qualche unità la media europea con 310 ammalati su 100mila abitanti, lo stesso tasso registrato in Spagna.

3,4

numero di medici per 1.000 abitanti nel 2010 (nel 2000 erano 2,9)

50%

la riduzione della mortalità per infarto tra il 2000 e il 2009

20%

la riduzione della mortalità per ictus tra il 2000 e il 2009

23%

i fumatori over 15 nel 2010 (-16% rispetto al 2000)

10,7 litri

alcol consumato nel 2010 (-15% rispetto al 2000)

Farmaci, in Italia costano meno

DA MILANO

In Italia i prezzi dei farmaci sono inferiori rispetto a quelli degli altri grandi Paesi europei. A rivelarlo è uno studio del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) dell'Università "Luigi Bocconi" di Milano, condotto per Farindustria su dati Ims Health. Il periodo di riferimento è aprile 2011 - marzo 2012 e serve a comparare i prezzi di Italia, Germania, Francia, Gran Bretagna e Spagna. L'analisi mostra che nel nostro Paese i prezzi so-

no inferiori del 18,9% in farmacia (-19,1% per i farmaci con brevetto); e dell'8% in ospedale (il dato si riferisce al prezzo di cessione, visto che non è possibile misurare oggettivamente l'effetto di sconti e accordi di prodotto in tutti i Paesi).

Tirando le somme, i prezzi in Italia sono complessivamente (cioè nel mercato totale) inferiori del 14,6% alla media degli altri grandi Paesi continentali. «Tra i prodotti selezionati in farmacia - è spiegato nello studio - le 3 categorie terapeutiche a maggiore incidenza di spesa sono quella

cardiovascolare, dell'apparato digerente e metabolico e del sistema nervoso centrale». Mentre i prodotti estratti per il mercato ospedaliero «sono essenzialmente riconducibili alla categoria dei farmaci antineoplastici, agenti sul sistema immunitario e degli antibiotici».

Commentando lo studio, il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi, evidenzia «che in Italia i prezzi sono ancora più bassi perché ai dati dello studio si devono poi applicare tutti gli sconti previsti a livello nazionale e locale». (V. Sal.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

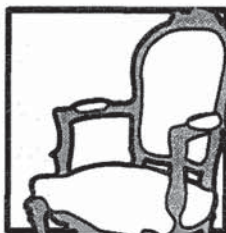
Rispetto ai grandi Paesi Ue, prezzi inferiori del 18,9% in farmacia e dell'8% in ospedale



Al Consiglio dei ministri lo schema di Dpr sul riordino di organi collegiali e organismi del ministero

I super-comitati della Salute

Due nuovi organismi accorpano rispettivamente 13 e 5 vecchie commissioni



www.ecostampa.it

Approda al Consiglio dei ministri (al momento di andare in stampa con questo numero de Il Sole-24 Ore Sanità il testo ha superato il preconsiglio, ma non si è ancora svolto il Cdm) la revisione al risparmio degli organismi del ministero della Salute. Commissioni Lea, per la ricerca sanitaria, per la pubblicità, Consulta trasfusionale, Cud, Commissioni sulle biotecnologie, sul doping, per la lotta all'Aids e per le cure palliative, Osservatorio sui programmi di adeguamento degli ospedali, consulta per il volontariato e comitato sulla sicurezza sul lavoro: sono tutte trasformate in "sezioni" del neonato Comitato tecnico-sanitario.

Ma il Comitato tecnico-sanitario non sarà l'unica maxi-aggregazione. Accanto a lui nasce infatti anche il Comitato tecnico per la nutrizione e la Sanità animale che accorperà le commissioni sulla dietetica e nutrizione, consultiva del farmaco veterinario, tecnica sui mangimi, tecnica per la protezione degli animali da allevamento e da macello e il nucleo nazionale di farmacovigilanza sui medicinali veterinari.

E per tutti i componenti niente più gettoni, solo "l'onore" di partecipare.

I due comitati sono divisi in sezioni. Quello tecnico-sanitario ne ha 13, quello sulla Sanità animale 5 e il ministro può convocare tutti i componenti delle sezioni in seduta plenaria. Componenti che arrivano a 136 più i rappresentanti delle associazioni di volontariato per la lotta all'Aids nel primo e a 84 in quello sulla Sanità animale. In più, il ministro della Salute che presiede entrambi i comitati può disporre con proprio decreto la soppressione di una o più sezioni o istituirne nuove purché non aumenti il numero di componenti.

Lo schema di Dpr disciplina altre sette strutture che fanno capo al ministero. La prima è il Consiglio superiore di Sanità, costituito da 40 componenti non di diritto e dai componenti di diritto: i dirigenti generali dei dipartimenti e delle direzioni

generali della Salute, il presidente dell'Iss, i direttori del Centro nazionale sangue e del Centro nazionale trapianti, dell'Agenas, dell'Aifa, il presidente del Comitato scientifico del Ccm, i presidenti di FnomCeO, Foif, Ispavi, dei collegi delle ostetriche, degli Ordini degli psicologi, dei veterinari e della Federazione nazionale collegi tecnici sanitari di radiologia medica.

Le altre strutture sono il comitato per la sicurezza alimentare, il Ccm (Centro nazionale prevenzione e controllo delle malattie), il Centro nazionale lotta ed emergenza contro malattie animali, la Commissione medica d'appello, il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici e il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Il Dpr ne indica composizione e compiti "snelliti" rispetto al precedente ordinamento.

Solo due gli organismi soppressi. Si tratta della commissione consultiva per i biocidi, le cui funzioni sono trasferite alla direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della commissione per i trapianti allogenici da non co-sanguineo e le relative funzioni sono trasferite al Centro nazionale trapianti, che le esercita in collaborazione con il Centro nazionale sangue.

Infine, per le "disposizioni finanziarie" valgono le previsioni della legge 133/2008 che ha deciso il taglio del 30% delle spese dei ministeri e quelle della legge 122/2010 che ha indicato come carica onorifica senza compensi la partecipazione alle commissioni. In più il Dpr indica la necessità al momento della nomina dei vari componenti di privilegiare chi ha una sede di servizio coincidente con la località sede dell'organismo e per le riunioni di preferire per quanto possibile la videoconferenza.

IN RETE



Tutti i testi
dei documenti

www.24oresanita.com

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN «GAZZETTA UFFICIALE»

Così la ricerca passa all'Aifa

Passaggio di testimone dal 14 settembre 2012 tra Iss e Aifa per le competenze sulla sperimentazione clinica dei medicinali. E dal 1° novembre **all'Aifa** spetta anche la sperimentazione clinica dei farmaci per la terapia genica, la terapia cellulare somatica, compresa la terapia cellulare xenogena, nonché a tutti i medicinali contenenti organismi geneticamente modificati.

A stabilirlo è la determina Aifa n. 1/2013, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 10 del 12 gennaio.

La determina spiega che le richieste di autorizzazione relative a tutte le sperimentazioni cliniche dei medicinali, degli emendamenti sostanziali apportati alle sperimentazioni, della dichiarazione di avvio e conclusione per ogni centro clinico, della dichiarazione di conclusione generale dello studio e dei risultati, sono trasmesse, con la documentazione prevista all'Aifa tramite l'Osse (Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica).

I comitati etici continuano a rice-

vere e convalidare la documentazione, anche in formato cartaceo, in accordo a quanto previsto dalla lista di controllo, come modificata dalla determinazione, e nella lista Ib dell'appendice 5 al decreto del ministero della salute n. 51 del 21 dicembre 2007.

Il responsabile legale del centro sperimentale rimane responsabile della stipula del contratto con il promotore o persona da lui delegata.

Le sperimentazioni cliniche di fase I e le sperimentazioni cliniche con prodotti per terapie avanzate con i relativi emendamenti sostanziali sono autorizzate con provvedimento dall'Aifa.

Per tutte le sperimentazioni di fase II, III e IV, eccetto le sperimentazioni con prodotti per terapie avanzate, vale quanto disposto dal Dlgs 211/2003, salve le eventuali obiezioni motivate entro il termine previsto dallo stesso Dlgs che decorre dalla data di invio della domanda tramite Osse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In uno studio Cergas-Bocconi su dati Ims Health il confronto tra i prezzi a ricavo industria

Farmaci Ssn: listini sotto Ue

Raffronto con Germania, Francia, Spagna e Uk - In Italia in media -14,6%



www.ecostampa.it

ANALISI

Nel gruppo dei cinque principali Paesi Ue - Germania, Italia, Francia, Spagna e Uk - che rappresentano il 71% del mercato europeo complessivo e il 63% della popolazione dell'Europa a 27, l'Italia registra i listini farmaceutici più bassi in assoluto: in media il 18,9% in meno per il mercato in farmacia e l'8% in meno per il mercato ospedaliero, con un dato complessivo di mercato che attesta i prezzi italiani dei medicinali al 14,6% in meno.

Più convenienti per le imprese risultano solo i prezzi dei prodotti ospedalieri rispetto alla Spagna e quelli degli off patent rispetto al Regno Unito.

L'ennesima conferma della scarsa redditività per le imprese del mercato nazionale dei medicinali arriva da un recentissimo studio condotto per Farmindustria da Claudio Jommi

e Francesco Costa del Cergas-Bocconi su dati ImsHealth, riguardante il confronto internazionale tra prezzi dei farmaci con obbligo di prescrizione, rimborsabili e riferiti al mercato in farmacia e ospedaliero (Classe A e H) nei cinque Paesi in questione. Un analogo di numerosi studi precedenti, ma con una marcia in più: la rifevazione ha prodotto per la prima volta indici complessivi di prezzo per i due mercati a valere sull'anno mobile aprile 2011-marzo 2012, incorporando, almeno in parte, gli effetti di recenti manovre di contenimento della spesa. In Italia tuttavia - sottolinea lo studio - i prezzi reali risulterebbero ancora più bassi tenendo conto di fenomeni come pay back, tetti di spesa, payment by result, risk e cost sharing, peculiari del mercato nazionale.

Il metodo. L'analisi si basa su confronti bilaterali Italia-altri Paesi, prendendo a riferimento i prezzi medi unitari per farmaci aventi lo stesso princi-

pio attivo e la stessa indicazione terapeutica. Sotto la lente le prime 150 molecole per il mercato in farmacia (il 60% del fatturato in Classe A) e le prime 50 molecole per il mercato dei farmaci di classe H rimborsati solo in ambito ospedaliero (il 30% del fatturato totale ospedaliero).

Tra i prodotti selezionati in farmacia le tre categorie terapeutiche a maggiore incidenza di spesa sono quella cardiovascolare, dell'apparato digerente e metabolico e del sistema nervoso centrale: i prodotti estratti per il mercato ospedaliero sono essenzialmente riconducibili alla categoria dei farmaci antineoplastici, agenti sul sistema immunitario e degli antibiotici.

Al centro delle elaborazioni i prezzi unitari a ricavo industria e - per i prodotti ospedalieri - il prezzo di cessione, cioè al lordo di eventuale sconti di fornitura e/o di contratti specifici di rimborso/prezzo condizionati. Due gli indici utilizzati:

quello di Laspeyres, che calcola la media dei prezzi utilizzando la struttura dei consumi in Italia, e quello di Fisher, che considera per la ponderazione sia i consumi in Italia sia nel Paese di confronto.

Gli esiti. Dall'analisi è emerso in primo luogo che in Italia i prezzi dei medicinali sono più bassi in oltre il 50% dei casi rispetto a ciascuno degli altri Paesi oggetto di confronto, con frequenze dell'89% e del 72% - rispettivamente - nel caso di Germania e Francia. Se utilizzando l'indice di Laspeyres - che tiene conto della struttura di mercato in Italia - risulta una media dei prezzi italiani inferiori del 14,6% rispetto ai big Ue, il risultato cambia - ma non in modo radicale - utilizzando invece l'indice di Fisher, che tiene conto della struttura del mercato anche negli altri Paesi Ue. Una tendenza all'allineamento c'è, ma i prezzi italiani restano comunque sotto la media Ue dell'8 per cento.

S.Tod.

Prezzi a ricavo industria medicinali: confronto internazionale

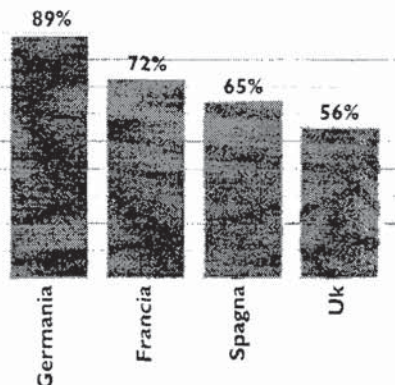
	Mercato totale	Farmacia		Ospedale	
		Totale	Con copertura brevettuale		Senza copertura brevettuale
Germania	132,2	139,2	150,9	119,3	117,9
Francia	111,2	116,4	101,3	128,7	100,4
Uk	107,2	100,4	105,8	87,6	120,9
Spagna	103,5	112,5	100,6	121,6	84,8
Media*	114,6	118,9	119,1	116,5	108,0
Italia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Classe H in Italia: prezzo di cessione, al lordo di eventuale sconti di fornitura e/o di contratti specifici; (2) ovvero ponderato in base alla struttura di consumi in Italia

(*) Valor medio ponderato sulla base dei pesi dei singoli Paesi in termini di fatturato nei singoli Paesi

Indici italiani inferiori agli altri Paesi

Mercato totale, farmacia e ospedale



POLLICE VERSO COLLEGIALE SULLA PROPOSTA AVANZATA DA BALDUZZI

Remunerazione al bancone, diversivo di fine corsa

Il giudizio più lapidario lo ha dato il direttore di Federfarma servizi, **Giancarlo Esperti**: «Vale quanto un cerotto su una frattura scomposta».

Il più pungente è stato quello del presidente Fofi, **Andrea Mandelli**: «È strano che un Governo dimissionario voglia chiudere la sua esperienza cancellando quelli che spesso sono gli unici presidi sanitari su cui possono contare moltissime comunità, proprio dopo aver fatto dell'aumento del numero delle farmacie la propria bandiera».

Il più amaro quello di **Alfredo Orlandi**, presidente del Sunifar: «Probabilmente non conosceremo mai la paternità del famigerato redditometro, ma sappiamo perfettamente chi vuole chiudere oltre duemila farmacie e privare di un presidio sanitario oltre 10 milioni di italiani». Così, una voce dopo l'altra l'intera filiera distributiva del farmaco ha risposto al mittente il tentativo in extremis del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**,

di venire a capo del rebus della nuova remunerazione al bancone, proprio quando la proroga delle operazioni a fine giugno - inserita nella legge di Stabilità 2013 - aveva messo l'animo in pace agli operatori del settore.

La proposta recapitata dal ministro come alternativa al Patto congelato stretto in casa Aifa ha provocato un superlavoro ai vertici associativi dei farmacisti e dei grossisti: da consigli e assemblee convocate anche il dì di festa per esaminare l'appunto ministeriale la stroncatura è stata unanime, Federfarma in testa.

Prima critica, pesantissima: la proposta "tradisce" il dettato normativo (Dl 78/2010, art. 11) che puntava a dare più peso alla quota fissa come riconoscimento della prestazione professionale del farmacista e meno alla quota percentuale sul prezzo al pubblico. Una misura - fanno notare le farmacie - che non consentirebbe di stabilizzare nel tempo i fatturati delle farmacie, confermando

per molte di esse il rischio di sopravvivenza. Rischio che diventerebbe certezza nel caso delle farmacie rurali che nella proposta Balduzzi - a differenza dell'accordo Aifa del 16 ottobre - vedono ridotta al lumicino - appena 10 centesimi in più - la quota di garanzia a esse destinata. Infine il nodo dei farmaci innovativi: la percentuale così elevata sul prezzo al pubblico non agevola il rientro nei presidi di farmaci che molte Regioni destinano oggi alla distribuzione diretta a scopo risparmio.

Se non ci saranno cambi di rotta (e se nel frattempo il ministro non deciderà di agire per decreto dovendo però poi ottenere una al momento improbabile intesa con le Regioni) bisognerà ripartire ancora dal patto Aifa. E ci saranno ancora cinque mesi di tempo per discuterne.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accordo con Aifa

Farmacie

Quota fissa	● 2,0 euro a confezione al netto dell'Iva
Quota di garanzia rurali	● incremento del 18% per le rurali sussidiate con fatturato <387.342,67 euro ● incremento del 17,5% per le rurali sussidiate con fatturato <258.228,45 euro
Incentivo equivalenti*	● quota fissa aggiuntiva pari a 0,10 euro
Quota variabile	● 3,30% del prezzo ex-factory al netto dell'Iva

Grossisti

Quota fissa	● 0,25 euro a confezione al netto dell'Iva per prezzi ex-factory fino a 25 euro ● 0,35 euro a confezione al netto dell'Iva per prezzi ex-factory superiori a 25 euro
Quota variabile	● 0,55% del prezzo ex-factory al netto dell'Iva

(*) Per quelli compresi nelle liste di trasparenza e con prezzo al pubblico corrispondente al prezzo di riferimento

La nuova proposta della Salute

Farmacie

Prezzi <50 euro	● quota fissa: 0,55 euro a confezione ● +0,10 euro per le farmacie con fatturato annuo inferiore a 258.228,45 euro ● quota variabile: 17% del prezzo al pubblico
Prezzi >50 euro	● quota fissa: 5,5 euro a confezione ● +0,10 euro per le farmacie con fatturato annuo inferiore a 258.228,45 euro ● quota variabile: 10% del prezzo al pubblico
Incentivo equivalenti*	● quota fissa aggiuntiva pari a 0,50 euro

Grossisti

Quota fissa	● 0,10 euro a confezione
Quota variabile	● 1,90% del prezzo al pubblico
Incentivo equivalenti*	● 0,06 euro a confezione

(*) Per quelli compresi nelle liste di trasparenza e con prezzo al pubblico corrispondente al prezzo di riferimento



SONDAGGI DA RECORD

Svolta liberal l'America vuole aborto e diritti dei gay

PAOLO MASTROLILLI
INVIATO A WASHINGTON

Il presidente Obama ha lanciato il suo manifesto progressista, nel discorso dell'Inauguration, perché ha la sensazione che l'America si stia spostando sulle posizioni liberal. Almeno sulle questioni sociali, come aborto e matrimoni gay, la maggioranza è cambiata. Lo dimostra un sondaggio pubblicato ieri dal Wall Street Journal, secondo cui il 70% degli americani è favorevole alla sentenza Roe vs. Wade, che quarant'anni fa legalizzò l'aborto. Ora la sfida è allargare questo consenso a temi come l'immigrazione, le tasse, il welfare, il debito, il riscaldamento globale, le armi, e vedere quanto si può realizzare con i repubblicani in controllo della Camera.

L'America liberal sta ancora celebrando il discorso di lunedì, perché lo considera il punto di svolta che rilancia la sua agenda e cala il sipario sul reaganismo. Le reazioni sono state contrastanti: i progressisti hanno esultato, mentre i repubblicani, tipo l'ex consigliere di Bush Karl Rove, hanno letto il discorso del presidente come un'aggres-

costante. Infatti gli oppositori hanno cambiato strategia: la corsa ad un emendamento costituzionale che vieti l'aborto è finita, sostituita da piccoli interventi legislativi per limitarlo colpendo aspetti specifici: quello nel terzo trimestre, quello chimico, eccetera.

Il sondaggio del Wall Street Journal, però, rivela una direzione generale del paese che si ritrova anche su altri punti. Ieri, per esempio, Obama ha partecipato al tradizionale giorno di preghiera nella National Cathedral di Washington, che proprio pochi giorni fa ha annunciato l'intenzione di celebrare i matrimoni gay. Sulle armi la sua offensiva è più complicata, ma a quelle da guerra è diffusa. Ora si tratta di allargare questo consenso alla riforma dell'immigrazione basata sull'accettazione di chi viene a lavorare e rispetta le leggi, il riscaldamento globale, la riduzione del debito alzando le tasse ai più ricchi, la difesa della sanità pubblica. Se Obama costruirà questa maggioranza liberal, avrà due scenari davanti: o riuscirà a ottenere dei risultati in Congresso, o accuserà l'ostruzionismo repubblicano di paralizzare il Paese, sperando che gli elettori tolgano la Camera al Gop nel 2014.

Obama intende usare questo consenso per sfide come le armi e l'immigrazione

siva sfida ai loro valori. Il sondaggio pubblicato dal Wall Street Journal nell'anniversario della sentenza Roe vs. Wade spiega forse la logica dietro la strategia più decisa di Obama. Il 70% degli americani vuole che la decisione della Corte Suprema resti in vigore, e questa percentuale è in ascesa



Dal "contagio" dei neuroni una lezione per l'etica in corsia

Nasce in Italia la prima iniziativa per la diffusione dei comportamenti virtuosi

SOCIETÀ

FRANCESCO MACCHIA
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA

La sostenibilità a medio termine del sistema sanitario è stata oggetto negli ultimi mesi di un ampio dibattito in ambito politico e la necessità di ripensare parti della nostra Sanità appare evidente. Nel dibattito non è entrata però la corruzione, che in un rapporto della «Commissione per lo studio e l'elaborazione di misure per la prevenzione della corruzione» viene delineato come un problema drammatico nella pubblica amministrazione. Dato confermato nel rapporto dalla Corte dei Conti, che ne valuta i costi in 60 miliardi l'anno su tutta la pubblica amministrazione e conferma l'allerta sul settore sanitario.

Non è facile stabilire una data per la «nascita» di questo fenomeno, ma vale la pena ricordare che l'inizio di «Mani pulite» avvenne quando, nel febbraio '92, un giovane Di Pietro incastrò per una tangente «sanitaria» Mario Chie-

sa, presidente dell'Istituto «Pio Albergo Trivulzio».

A distanza di 20 anni sarebbe interessante comprendere perché ancora non ci ribelliamo, se non a parole, alla corruzione, pur considerandola nefasta e deleteria. Una possibile risposta viene fornita da uno studio pubblicato su «Current Directions in Psychological Science», una rivista pubblicata dalla «Association for Psychological Science». Secondo gli autori, in questi casi non si tratta di acquiescenza, ovvero di una accettazione passiva, ma di una vera e propria giustificazione pro-attiva. Viene infatti dimostrato che chi arriva a giustificare lo status quo arriva anche a percepire le cose intorno a sé come avrebbero dovuto essere, giuste e funzionanti.

La revisione, condotta in laboratorio, di studi transnazionali, ha messo in luce quattro situazioni che favoriscono la giustificazione del sistema: la minaccia da parte del sistema stesso, la dipendenza da questo, la sua ineluttabilità e il basso controllo sull'insieme.

Questo è particolarmente vero in tempi di crisi: secondo gli autori, la

pro-attività alla giustificazione è più forte perché si sente il bisogno di difendere il sistema nel quale viviamo e al quale ci siamo - bene o male - affidati.

E, se è vero che il Rapporto Censis 2012 pone nel giudizio degli italiani la crisi morale della politica e la corruzione come prima causa della crisi economica, è anche vero che, paradossalmente, questa crisi potrebbe, secondo lo studio, rallentare o sopire la reazione a questi comportamenti.

Il compito e l'obiettivo del neonato «Istituto per la promozione dell'etica in Sanità» (Ispe-Sanità), ovvero il contrasto alle disfunzioni del Servizio sanitario nazionale attraverso la promozione di un'etica virtuosa tra tutti gli operatori, rischia di risultare in questo contesto ancora più complesso. Proprio per questo l'azione attraverso la quale Ispe-Sanità intende sostenere l'etica nella Sanità pubblica deve rivelarsi ancora più concreta e pragmatica. Un'azione che dovrà nei progetti dell'Istituto abbracciare ed inte-

grare diversi strumenti: dalla ricerca sui costi della non-etica nel sistema, e sugli indicatori per la sua misurazione, alla promozione di norme che premiano i comportamenti etici, fino ad una vera e propria azione formatrice e di «coaching» da sviluppare giorno per giorno su operatori e manager sanitari.

«Coaching» e non solo formazione, perché una delle caratteristiche dei giudizi morali è il principio di reciprocità: trattare l'altro come vorremmo es-

sere trattati. Dal punto di vista delle neuroscienze questo si ricollega a forme di empatia che si basano su forme di risonanza legate all'esistenza dei cosiddetti «neuroni specchio», che ci consentono di simulare nel nostro cervello quello che gli altri fanno e di capire le loro emozioni. Partendo perciò da questi elementi di «contagio emotivo», Ispe-Sanità promuoverà la creazione all'interno delle istituzioni sanitarie di vere e proprie «unità di produzione di senso etico» destinate negli intenti a contaminare gli ambienti circostanti.

Francesco Macchia Farmacologo

RUOLO: È PROFESSORE DI SCIENZE FARMACEUTICHE APPLICATE ALL'UNIVERSITÀ LA SAPIENZA DI ROMA E PRESIDENTE DI ISPE-SANITÀ

IL SITO: [HTTP://WWW.ISPE-SANITA.IT/](http://WWW.ISPE-SANITA.IT/)

Lo sapevi che?

Al via a Roma l'Assise sull'etica

L'appuntamento è per il prossimo 23 gennaio nella sala del Consiglio della Camera di Commercio di Roma, quando si svolgerà l'«Assise nazionale sull'etica di Sanità pubblica», organizzata da Ispe-Sanità, la prima organizzazione «anti-corruption»

nel settore della Sanità in Italia. A coronare l'evento è prevista una «lectio magistralis» della professoressa Taryn Vian della Boston University, considerata la maggiore esperta mondiale per i problemi della corruzione nell'amministrazione pubblica.