

Cammino a tappe forzate alla Camera per il decretone - Governatori alle prese con l'applicazione della spending review

# Governo alla cassa: partono i tagli

In settimana la proposta sui 900 milioni in meno del 2012 - Cure primarie: i no delle Regioni

**E**ntro fine settembre la Stato-Regioni deve approvare il primo taglio da 900 milioni previsto dalla spending review per il Fondo sanitario 2012. E i governatori devono fare in fretta se non vogliono incassare d'ufficio la proposta del Governo. Le Regioni decideranno questa settimana, ma sono divise sui criteri tra chi vorrebbe un taglio solo sugli obiettivi di piano, chi lo preferisce legato alla quota percentuale che ognuno incassa del Fondo e chi invece - Sud in testa - vorrebbe un taglio minore per le Regioni in piano di rientro. Ed entro novembre poi toccherà ai tagli

per gli anni successivi.

Sul decretone intanto la Commissione affari sociali della Camera è al lavoro e questa settimana, in attesa dei pareri di altre quattordici commissioni, è prevista una serie di audizioni. Il termine per gli emendamenti scade il 1° ottobre, ma già i relatori hanno annunciato modifiche che vanno dai giochi alla responsabilità medica, dalla pensione dei dottori allo sblocco anche parziale del turnover. Obiettivo è inviare il testo all'Aula entro la seconda settimana di ottobre.

A PAG. 2-5

Secondo la spending review entro settembre va trovata l'intesa sul riparto con 900 milioni in meno

## «Il fondo 2012 è tutto da rifare»

Regioni divise sui criteri - Decretone: emendamenti entro il 1° ottobre

Settimana cruciale per i governatori

Giochi e polizze sfide aperte

**M**entre il Dl Balduzzi si prepara a entrare nel tunnel delle proposte di modifica a Montecitorio (il termine per la presentazione degli emendamenti all'Ac 5440 in Commissione affari sociali scade alle 12:00 di lunedì 1° ottobre), scatta l'ora della verità sui tagli della spending review. Per le Regioni questa sarà una settimana cruciale. Mentre già circolano i rumors su una nuova possibile tornata di tagli in arrivo con la legge di stabilità 2013 (8-13 miliardi, secondo le prime stime) la scadenza che scotta è quella del 30 settembre. Entro quella data, ovvero in settimana, le Regioni - ancora e sempre divise sui criteri da adottare - dovranno trovare la quadratura sul riparto del Fsn 2012 decurtato di 900 milioni: in caso di mancato accordo, la procedura d'ufficio è dietro l'angolo e con essa il via libera alla proposta presentata dalla Salute, su cui è mancata finora la convergenza dei governatori. Per questi ultimi del resto i dolori sembrano non aver mai fine: avranno appena altri trenta giorni di tempo prima di dover fare i conti con i nuovi standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici per l'assistenza ospedaliera legati alla riduzione a 3,7 posti letto per mille abitanti: dovrebbero entrare in scena entro fine

ottobre e dare il "la" definitivo a un vero e doloroso restyling della rete ospedaliera nazionale. Entro novembre, infine, l'appuntamento clou con la programmazione degli altri tagli ex-spending fino al 2015 e con un Patto per la salute che a bocce ferme (e finanziamenti in retroscarcia) nessun territorio è pronto a sottoscrivere.

Regioni sempre in trincea, dunque, mentre in settimana ci sarà da decidere anche sul Dl Balduzzi. Due gli schieramenti. Da un lato le Regioni schierate sul «no» secco: «il provvedimento non ha carattere di urgenza e lede l'autonomia regionale», dicono. Dall'altro quelle che, pur contestando il Dl, puntano a presentare pochi emendamenti da far approdare già in Commissione alla Camera. Una scelta politica che richiederà uno sforzo non da poco per mettere d'accordo tutti e ventuno presidenti regionali.

**Riparto: le Regioni ricominciano da tre.** Sulla questione del riparto la scelta si gioca in queste ore: spetterà alla Commissione salute, convocata per martedì, individuare un criterio condiviso sul taglio da presentare il mercoledì ai governatori. E serviranno capacità da equilibrati, perché il fronte regionale è spaccato in tre. Il primo punta a una riduzione

secondo le quote di accesso già utilizzate per la colonna finale - quella corretta col lapis dai governatori - già pronta a maggio. Il secondo propone di non toccare la parte corrente e caricare l'intero taglio sui 1,469 miliardi degli obiettivi di Piano, ma in questo caso a essere penalizzate sarebbero le Regioni titolari di un maggior numero di progetti. La terza opzione è quella sponsorizzata dalle Regioni del Sud (quasi tutte sotto piano di rientro), dal Piemonte e dalla Liguria, anch'esse in difficoltà dal punto di vista economico: chiedono tagli differenziati e inversamente proporzionali ai disavanzi. Ovvero: paghi di più chi ha i conti a posto e può farcela. Criterio che le controparti più abbienti non sono certo disposte a sottoscrivere.

**Dl Balduzzi: comincia l'assedio.** Intanto, su quella che **Renato Balduzzi** continua a definire «non una riforma,





bensi una manutenzione straordinaria del Ssn alla luce della spending review», sono già accesi i riflettori della politica. L'urgenza c'è - il testo deve approdare in assemblea a Montecitorio nella seconda settimana di ottobre - ma in pista c'è già una raffica di audizioni programmate con sindacati, categorie, Aifa e Regioni in attesa dei pareri di ben 14 commissioni e soprattutto in attesa delle volontà dei deputati di tutti gli schieramenti. E se il buon giorno si vede dal mattino, è già chiaro che il Dl Balduzzi uscirà da Montecitorio più che modificato: entrambi i relatori - **Lucio Barani**, Pdl e l'ex ministro della Salute, **Livia Turco**, Pd - hanno già annunciato l'intenzione di mettere mano a quasi tutti i capitoli della non-riforma, dai giochi alla responsabilità medica.

**Il Pdl riapre sui giochi.** A riaprire la controversia sui giochi è stato proprio Barani, convinto che «sarebbe lodevole da parte del Parlamento reinserire quanto previsto dalla prima bozza del decreto Balduzzi sulla distanza minima dei 500 metri da istituti scolastici, centri giovanili, luoghi di culto» anche rispetto alle «concessioni da bandire successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione e per quelle che verranno trasferite».

Ma interventi altrettanto stringenti servirebbero secondo il relatore pidellino anche al capitolo delle assicurazioni e dell'età pensionabile per i medici, visto che la normativa vigente (legge 183/2010) consente la proroga del servizio fino a 70 anni, ma senza superare i 40 anni di servizio effettivo, «risultando in contrasto con la riforma Fornero che fissa a 66 anni l'età per l'accesso alla pensione». Meglio - secondo Barani - «innalzare a 67 anni l'età pensionabile, eventualmente prorogabile fino a 70, previo parere favorevole del Collegio di direzione, anche per i medici del Ssn e i ricercatori universitari, così come già previsto per i dirigenti sanitari».

Aspetti critici anche la definizione di «atto medico», «atto sanitario» e «colpa

grave», al capitolo delle polizze. Mentre è data per certa la presentazione di un emendamento per consentire lo «sblocco, seppur parziale del turnover» in quelle Regioni ancora in piano di rientro ma avviate sulla via «virtuosa grazie a una gestione accurata e che sta dando risultati positivi».

**Turco: «Torni il dialogo con le Regioni».** Ampia e articolata anche la griglia delle proposte di modifica illustrate da Livia Turco.

In primo piano, in particolare, il capitolo rovente delle cure primarie - segnato dall'handicap irrisolvibile dell'assenza di risorse («L'avvio del processo riformatore comporta investimenti in tecnologie, strutture, professionalità che difficilmente possono essere sostenuti con una sola azione di riconversione, riallocazione e riutilizzo delle risorse»). Poi ancora quello della responsabilità medica, con un suggerimento che sarà senz'altro condiviso dai parlamentari di entrambi i Palazzi: «Dare una risposta esaustiva al problema secondo le linee contenute nel disegno di legge in cui si affronta questo tema, attualmente in corso di esame al Senato, condiviso tra tutte le forze politiche e le professioni sanitarie». Infine il capitolo sulla governance, da arricchire e completare «prevedendo strumenti e procedure per la valutazione degli esiti e della qualità del sistema sanitario, ancora carente nel nostro sistema» e cancellando la norma che consente di non confermare il dirigente medico e sanitario che ha conseguito una valutazione positiva del suo operato». Il giudizio dell'ex ministro Turco sul provvedimento resta comunque sostanzialmente positivo, ma con una raccomandazione ineludibile: «Il Governo ricrei le condizioni per una azione convergente e condivisa con le Regioni. Senza questo e senza una valutazione credibile delle risorse, le riforme si infrangono e restano «leggi manifesto»».

**Paolo Del Bufalo  
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il bilancio.** Nei conti presentati dalla giunta dimissionaria sono cresciute entrate (tributarie e non) e spese rispetto a due anni fa

# Piano sanità: deficit dimezzato, poi tre bocciature

## LA VALUTAZIONE DEL TESORO

Dal ministero dell'Economia è arrivato nell'ultimo anno l'altolà sullo stato del programma: «gravi ritardi» e «risultati non sufficienti»

## ALIQUEUTE ALLE STELLE

Addizionale Irpef all'1,7% e Irap al 4,97%. Con i tagli possibile la riduzione dello 0,3% Irpef (poi bloccato dal Governo) e dello 0,15% Irap

**Marzio Bartoloni**  
**Andrea Gagliardi**

■ «Con il blocco della mia azione riformatrice ci saranno gravi ripercussioni sul paese: abbiamo fatto 5 miliardi di tagli perché lo volevamo e perché abbiamo avuto come effetto il dimezzamento del disavanzo sanitario portandolo a 700 milioni». Renata Polverini prima di dimettersi fa la voce grossa. E prova a rivendicare il risanamento realizzato. A partire dal settore sanitario dove il disavanzo è sceso dagli 1,4 miliardi del 2009 a circa 770 milioni nel 2011. Ma dietro alle parole del governatore che ha fatto del risanamento alla disastrosa sanità laziale una sua bandiera, si nasconde, almeno in parte, un'altra realtà. Il piano di rientro dal deficit - basato sul taglio dei posti letto, la chiusura dei piccoli ospedali, la riduzione di spese per beni e servizi e il contenimento delle spese nei confronti del privato accreditato - nell'ultimo anno ha cominciato a perdere colpi. Polverini ha incassato infatti da dicembre 2011 al luglio scorso ben tre bocciature consecutive dell'Economia. Che, di fronte ai «gravi ritardi» e ai «risultati non sufficienti» delle misure, ha bloccato, calcolando gli arretrati, circa 900 milioni di risorse. Un duro colpo, malgrado gli ultimi conti facciano registrare un avanzo di 109 milioni. Soprattutto grazie all'aumento delle tasse.

La gestione del piano di rientro non ha superato l'esame del tavolo tecnico istituito al ministero dell'Economia dove ogni trimestre si mettono sotto la lente i conti delle otto Regioni con la sanità in rosso. Dai verbali emergono «gravi ritardi nell'attuazione del Piano di rientro». Nel corso della riunione di fine luglio il tavolo ha rilevato inoltre che «il risultato di gestione non tiene in considerazione gli ulteriori elementi di rischio emersi dalla gestione 2011 e non quantificati dalla Regione». L'analisi del Governo entra

quindi nel dettaglio della gestione sanitaria regionale puntando il dito contro «il ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo a definire i rapporti con gli erogatori privati per l'anno 2012». E ancora: in relazione alla gestione del personale, con particolare riferimento alle richieste di deroghe al blocco del turn-over, è stata sottolineata «la mancanza di un documento programmatico complessivo che esprima nel dettaglio la necessità di garantire livelli essenziali di assistenza».

Alla luce di quanto esaminato, per i tecnici dell'Economia «non è possibile procedere a erogare le spettanze residue fino a quando la struttura commissariale non porrà in essere tutte le iniziative». Insomma, niente fondi. Un problema al quale si aggiunge la bocciatura, da parte del Tar, della chiusura prevista degli ospedali di Bracciano, Colleferro e Anagni.

Il taglio del disavanzo ha comunque consentito per quest'anno di annullare gli incrementi dello 0,3% dell'addizionale regionale Irpef (salita dall'1,4% all'1,7%) e dello 0,15% dell'Irap (impennatasi dal 4,82 al 4,97%), decisi nel 2010 dal tavolo tecnico dell'Economia a causa della mancata copertura del disavanzo 2009. Un risultato positivo che, però, per quanto riguarda l'addizionale Irpef, non avrà effetti sulle tasche dei cittadini per via dell'aumento dell'aliquota base deciso dal governo Monti con il Salva-Italia (dallo 0,9 all'1,23). Mossa che di fatto vanifica nel Lazio la cancellazione della superaddizionale dello 0,3%.

Quanto ai tagli dei costi della politica la vera accelerazione c'è stata lo scorso 18 settembre con l'approvazione della giunta degli «interventi urgenti in materia di riduzione delle spese del Consiglio regionale del Lazio», dopo la bufera scoppiata sull'uso "disinvoltato" dei contributi ai gruppi regionali. Contributi passati da 1 milione nel

2009 a 14 milioni complessivi nel 2011. I tagli, ratificati una settimana fa dal consiglio regionale, puntavano a risparmi per circa 20 milioni. E vanno dal dimezzamento delle commissioni ordinarie (da 16 a 8) e dalla cancellazione delle tre commissioni speciali, al dimezzamento delle somme destinate al rapporto eletto/elettore (da 4.190 euro 2.095 per ogni consigliere), all'azzeramento dei contributi per le attività dei gruppi consiliari, allo stop a ogni investimento per le strutture, alla revoca definitiva della auto blu per i presidenti delle commissioni; allo scioglimento dei monogruppi. Tutte misure con decorrenza immediata. Che le dimissioni della Polverini non metteranno in discussione.

Si tornerà a votare invece ancora per 70 consiglieri, senza il taglio delle poltrone voluto dalla manovra di ferragosto dello scorso anno e ribadito dalla Corte costituzionale a luglio. Una conseguenza questa delle dimissioni della Polverini. La giunta mercoledì scorso aveva infatti approvato la proposta di legge di modifica allo Statuto del Lazio, che prevedeva il taglio di venti poltrone alla Pisana riducendo a 50 i seggi disponibili per la prossima legislatura. Tutti a casa dunque, ma in barba ai tanto invocati tagli ai costi della politica. E con più probabilità per i consiglieri di essere rieletti alla prossima tornata elettorale. Ora infatti il Lazio entrerà fino alle prossime elezioni in un regime di ordinaria amministrazione che non consente al consiglio l'approvazione di una legge delicatissima che interviene sulla carta fondamentale della Regione. E che, per essere approvata, ha bisogno di una maggioranza qualificata e di una doppia lettura a intervallo di due mesi.

A conti fatti il confronto tra il bilancio previsionale 2012-2014 della giunta Polverini con quello 2010-2012 della giunta Marrazzo segna un aumento sia delle



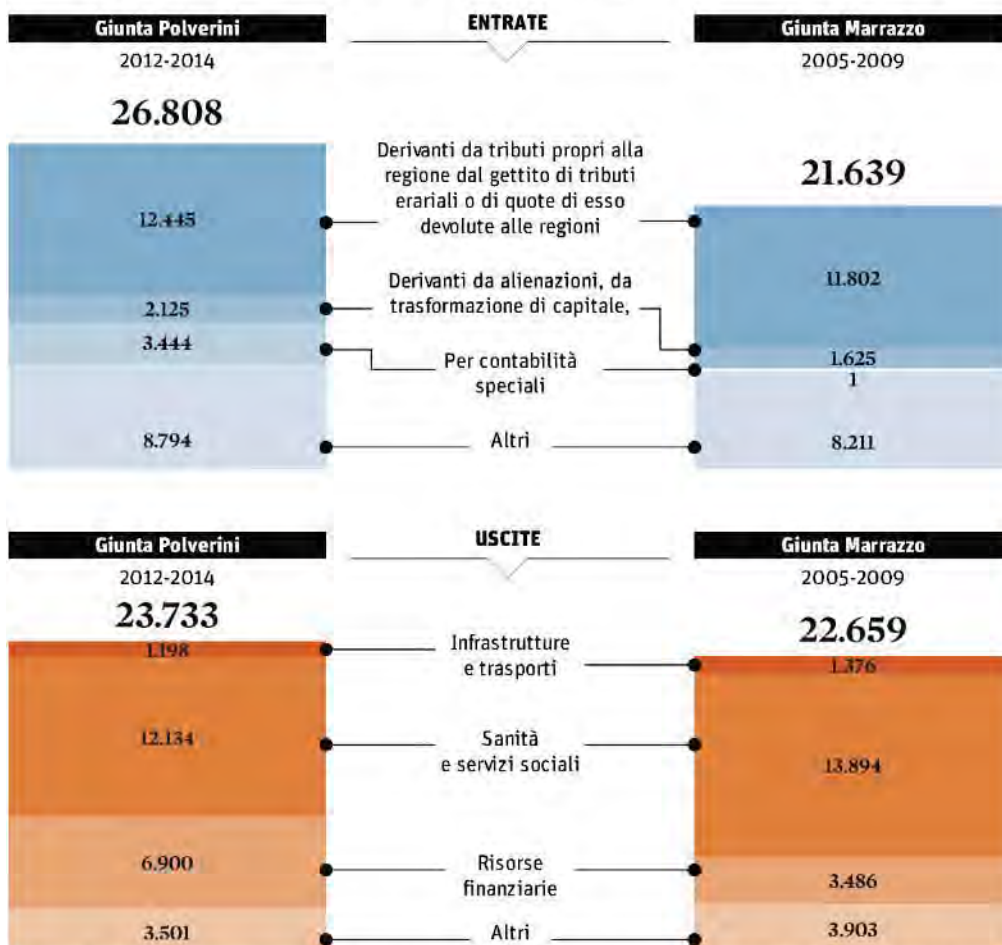


entrate che delle uscite. Le entrate crescono di circa 5,2 miliardi a favore della prima. Un incremento dovuto soprattutto all'aumento delle entrate per «contabilità speciali» (tra partite di giro e altri incassi), una voce impennatasi a quota 3,4 miliardi rispetto agli 1,7 milioni della giunta Marrazzo. Crescono con la Polverini anche le entrate da tributi propri (passati da 11,8 miliardi dell'esecutivo Marrazzo a 12,5 miliardi) e le entrate da alienazioni e trasferimenti in conto capitale (da 1,6 a 2,1 miliardi). Sul fronte delle uscite cala la spesa per sanità e servizi sociali (13,9 miliardi con Marrazzo, 12,1 con Polverini). Mentre cresce la voce risorse finanziarie e poste tecniche (6,9 miliardi contro 3,5).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Bilanci a confronto

I rendiconti preventivi per il 2010 (giunta Marrazzo) e per il 2012 (giunta Polverini) - Dati in milioni di euro



Nota: il totale delle uscite non tiene conto dei disavanzi delle spese per investimento in uscita e coperto da dismissioni patrimoniali; il totale delle entrate non tiene conto né del saldo né dell'avanzo amministrativo vincolato

**Bianco promuove la ricetta Balduzzi**

**I**l decreto Balduzzi? Era l'unica risposta possibile, in tempi di spending review e di stallo istituzionale, per far uscire il Ssn dall'impasse su temi cruciali. Ne è convinto il presidente Fnomceo Amedeo Bianco, che sviscera luci e ombre del provvedimento, dal riordino del territorio alle norme su governance e responsabilità professionale.

INTERVISTA A PAG. 6-7

**DECRETONE/ Il presidente Fnomceo Amedeo Bianco promuove lo sforzo chiarificatore del testo**

# «Risposte all'impasse del Ssn»

**Cure primarie, governance e responsabilità sono le basi da cui ripartire**

**«Di questi tempi e con le scarse risorse a disposizione non era possibile fare di più: chi si aspettava dal ministro una Riforma-quater ed è rimasto deluso era fuori strada»**

**«Oggi il vero problema per le Regioni è fare fronte allo stress test della spending review. Per le amministrazioni sarà una chance di miglioramento o di possibile riscatto»**

«**C**hi si aspettava una Riforma-quater della Sanità era fuori strada: di questi tempi e con le scarse risorse disponibili, il ministro Balduzzi poteva solo limitarsi a offrire risposte a quelle criticità del nostro Ssn che sono da anni in stand-by». Il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** ci tiene a riportare il confronto sul decretone Balduzzi sul piano della realtà e della fattibilità.

**Tutto bene, quindi?**

È da promuovere lo sforzo di affrontare una serie di impasse ormai sul punto di implodere, nel contesto di una Sanità a cui negli ultimi anni è stato chiesto tantissimo e offerto poco o nulla. Se non altro il Dl Balduzzi non porta via niente e prova, al contrario, a offrire qualcosa. Detto questo, anche io penso che il testo contenga errori di valutazione, ma lo stesso ministro ha avvisato che il Dl è perfetibile. Questo clima di guerriglia e di scontro istituzionale tra Regioni e Governo non si spiega, anche perché i temi al cuore del decreto non erano certo su Marte.

**A partire dalle cure primarie.**

Il modello di riorganizzazione era già in traccia nelle convenzioni. Detto questo, perché si è fatto così poco? Alcune Regioni hanno provveduto, molte altre non hanno manifestato nessun interesse. Questo, in un contesto in cui c'è estremamente bisogno di una riforma: non si

tratta solo di arginare gli accessi al pronto soccorso o di rispondere al taglio secco dei posti letto d'ospedale, piuttosto di dare vita a un nuovo modello di assistenza territoriale basato sulla medicina d'iniziativa, sulla possibilità di gestire i percorsi diagnostici e terapeutici delle fragilità e dei pazienti complessi, scaricando l'intera rete delle cure specialistiche.

Il decreto ha il merito di trasformare il riordino in un principio ordinamentale e definisce un asset giuridico, laddove si prevede l'accesso unico alla medicina generale. Il progetto ha così acquistato forza, anche se naturalmente sconta le difficoltà economiche del sistema.

**Passiamo alla governance...**

Sappiamo bene che il Ddl sulla trasparenza delle nomine si è penosamente trascinato in Parlamento per oltre due anni e che non si usciva dalle secche del confronto con le Regioni. Agli amministratori locali può anche non piacere, ma non è più rinviabile l'esigenza di stabilire un bilanciamento tra il loro legittimo interesse a mantenere una riserva di discrezionalità nella scelta dei dirigenti e l'effettivo riconoscimento del merito nel Ssn. Anche su questo tema, del resto, le Regioni si sono mosse in ordine sparso, tanto che alcune hanno già istituito il collegio di direzione e il criterio della "terna". Nel corso della discussione sul Ddl eravamo arrivati a veri parossismi

ideologici, alla faccia della «leale collaborazione» costituzionalmente prevista dal nuovo Titolo V. Certo che anche in questo caso, il Dl va migliorato...

**In quali parti?**

La norma presenta aspetti omissivi: a fronte di questo sforzo di trasparenza nelle strutture Ssn, ci consegna una sorta di accordo tra pari tra Dg e rettore per la nomina dei direttori di struttura complessa a direzione universitaria. Ritenerne che le aziende ospedaliere miste siano esonerabili da regole di trasparenza continua a essere un grave errore.

Ancora, i due passaggi su trasferimenti e valutazione hanno una portata destabilizzante ed "eversiva". Sui trasferimenti le regole già esistevano ed erano affidate a norme pattizie tra le parti, che conservavano la garanzia del mantenimento dell'incarico, cui è connessa la retribuzione. È cruciale mantenere la cornice di





garanzia che dev'essere propria di un Paese civile. Quanto alle verifiche, si potrebbe pensare di affidare alla contrattazione le eventuali modifiche ai collegi di valutazione.

**A proposito di garanzie, vi soddisfano le novità in tema di responsabilità professionale?**

Anche in questo caso, sappiamo bene che c'è un Ddl fermo al Senato da oltre due anni. Rispetto alla prima versione, la norma finale appare molto annacquata. Eliminare dal risarcimento la colpa lieve affidandola a forme di mediazione, di conciliazione e a soluzioni stragiudiziali avrebbe dato invece un segnale forte. Restano tutti da definire gli ambiti della responsabilità medico-sanitaria. Come Fnom abbiamo "portato a casa" un obiettivo su cui la Federazione ha molto lavorato: la definizione per decreto delle caratteristiche delle polizze. Ben venga anche la previsione di un fondo di garanzia per le categorie esposte a particolari rischi. Altro aspetto positivo è l'aggiornamento delle tabelle per riconoscere il danno biologico da attivi-

tà sanitaria.

**E sulla libera professione?**

La norma si presenta "pesante" perché pesante è il clima intorno a questo istituto, gravato da pregiudizi anche ideologici. In questi anni, anche in ragione di gravi inadempienze di chi doveva controllare sono state consentite isole di comportamenti illegittimi che hanno "sporcato" il lavoro serio, rigoroso e onesto di tanti colleghi. Di ulteriori appesantimenti non si sentiva il bisogno: il "tetto" di 12.500 euro si rivelerà un autogol. Inevitabilmente, poi, l'obbligo di devolvere il 5% degli incassi si trasformerà in un aumento delle tariffe.

**A fronte di questi due elementi di "pesantezza", le aziende dal punto di vista del recupero degli spazi vengono lasciate ancora molto libere.**

Il concetto di intramoenia non può riferirsi alle mura degli edifici, ma a quelle delle regole. Dire che le Regioni possono acquisire nuovi spazi è obsoleto, visto che molti amministratori hanno già cartolarizzato o stanno pensando di farlo per acquisire liquidità. L'importan-

te è fissare paletti chiari, trasparenti e verificabili.

**Di certezze ha bisogno anche il capitolo farmaci.**

L'intero settore è un ginepraio che necessiterebbe di una notevole opera di semplificazione, da concordare anche insieme ai prescrittori. Il Dl tenta di alleggerire il carico burocratico e di migliorare l'appropriatezza, favorendo l'utilizzo dei farmaci innovativi. Ma resta in piedi un impianto complesso e intricato, che complica il lavoro di medici e operatori.

**Il nodo risorse resta sullo sfondo. Basteranno riorganizzazioni e appropriatezza per riportare sul giusto binario la Sanità italiana?**

Il problema, per tutte le Regioni, è reggere allo "stress test" spending review. Per quante fino a oggi hanno bene operato, si tratta di irrobustirsi riportando al centro la buona politica. Le altre hanno l'occasione di riacquistare la dignità e la credibilità perdute.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

| La dirigenza di Asl e ospedali               |        |              |
|--|--------|--------------|
| Qualifica                                    | Totale | di cui donne |
| <b>Medici</b>                                |        |              |
| Struttura complessa (rapporto esclusivo)     | 8.887  | 1.267        |
| Struttura complessa (rapporto non esclusivo) | 256    | 5            |
| Struttura semplice (rapporto esclusivo)      | 17.885 | 5.219        |
| Struttura semplice (rapporto non esclusivo)  | 587    | 48           |
| <b>Veterinari</b>                            |        |              |
| Struttura complessa (rapporto esclusivo)     | 496    | 35           |
| Struttura complessa (rapporto non esclusivo) | 0      | 0            |
| Struttura semplice (rapporto esclusivo)      | 1.128  | 197          |
| Struttura semplice (rapporto non esclusivo)  | 7      | 0            |
| <b>Odontoiatri</b>                           |        |              |
| Struttura complessa (rapporto esclusivo)     | 4      | 0            |
| Struttura complessa (rapporto non esclusivo) | 4      | 1            |
| Struttura semplice (rapporto esclusivo)      | 25     | 6            |
| Struttura semplice (rapporto non esclusivo)  | 10     | 0            |
| <b>Dirigenti sanitari non medici</b>         |        |              |
| Struttura complessa (rapporto esclusivo)     | 972    | 475          |
| Struttura complessa (rapporto non esclusivo) | 2      | 1            |
| Struttura semplice (rapporto esclusivo)      | 2.864  | 1.820        |
| Struttura semplice (rapporto non esclusivo)  | 3      | 0            |
| <b>Direttori generali</b>                    |        |              |
| Direttore generale                           | 273    | 25           |
| Direttore sanitario                          | 254    | 54           |
| Direttore amministrativo                     | 252    | 61           |
| Direttore dei servizi sociali                | 52     | 15           |

Fonte: elaborazione su dati Rgs, Conto annuale 2010



**CONFLITTO TRA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA E IMPATTO SULLA PRODUZIONE**

# Il nodo irrisolto del decreto Balduzzi

DI NERINA DIRINDIN \*

Il decreto 158/2012 (cosiddetto decreto Balduzzi) appena pubblicato in Gazzetta Ufficiale porta il titolo «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più elevato livello di tutela della salute». Una affermazione impegnativa, che sembra aprire la finestra verso orizzonti nuovi, ma che di fatto si concretizza in una manutenzione straordinaria, a macchia di leopardo, dell'organizzazione sanitaria; e che appare al contempo innovativa e insufficiente: innovativa perché tenta di intervenire sui comportamenti delle persone e degli operatori sanitari (e non solo sul funzionamento dei servizi), insufficiente perché (ri)afferma principi e (ri)annuncia provvedimenti già ampiamente presenti nella normativa.

**Un pot pourri per aiutare la Sanità pubblica.** Il decreto interviene su una pluralità di argomenti, attraverso un insieme di misure ognuna delle quali è destinata a sollevare entusiasmi o polemiche. Non si tratta di una riforma organica (di cui peraltro non si sente il bisogno), ma di un pot pourri di interventi che, negli ambiti più disparati, tenta di aiutare le aziende sanitarie nell'applicazione di norme per lo più già esistenti alle quali si apportano modifiche che non cambiano l'impianto generale.

Gli obiettivi dichiarati sono più d'uno: sostenere il sistema sanitario in momento di grandi difficoltà a causa delle continue contrazioni delle risorse finanziarie; affrontare nuovi (e vecchi) bisogni di tutela della salute, alcuni ancora trascurati (le cronicità), altri emergenti (le ludopatie); (ri) affermare l'esigenza di scelte aziendali/regionali indipendenti dalla politica (in occasione della nomina dei direttori generali e dei primari); (re)impegnare il sistema a un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (impegno già più volte preso, ma mai rispettato); accelerare i processi volti a decongestionare gli ospedali (come previsto da decenni, ma ora la crisi li rende urgenti); contrastare il fenomeno della medicina difensiva (che tanto incide sui consumi inappropriati di prestazioni sanitarie); facilitare l'utilizzo delle risorse destinate alle persone già internate nei manicomi giudiziari (intervendo su una legge del febbraio

scorso); favorire la mobilità del personale in presenza di comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale (fra Province di una stessa Regione, ma non anche all'interno di una stessa Provincia); prevedere una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale (escludendo «i farmaci terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata») e così via. Un insieme di misure, quindi, che tocca punti sensibili del settore, cercando di consolidare percorsi già avviati e far partire processi già annunciati, ma sul quale quasi tutti i soggetti deputati alla loro attuazione hanno espresso forti perplessità. Il rischio è che, ancora una volta, l'effetto sia solo di annuncio.

**I giochi d'azzardo.** Il decreto affronta per la prima volta in maniera esplicita, dal punto di vista della tutela della salute, il tema del gioco d'azzardo, regolamentandone la pubblicità, prevedendo note informative sui rischi e sulla probabilità di vincita, introducendo controlli, in particolare a tutela dei minori. Un intervento che testimonia il ruolo del ministero della Salute nella promozione del benessere (non solo fisico, ma anche mentale, psicologico-emotivo e sociale) delle persone, in linea con la storica nozione di salute dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

Il mercato del gioco è in forte crescita in Italia, complice la crisi economica e l'introduzione di nuove apparecchiature da intrattenimento: la raccolta giochi supera complessivamente gli 80 miliardi, mentre le entrate erariali superano i 9 miliardi. Un settore dal fatturato rilevante, quindi, nel quale l'intervento pubblico è giustificato dall'esigenza di sottrarlo alla criminalità organizzata, garantire legalità e trasparenza, ma il cui gettito ha raggiunto dimensioni tali da rendere difficile ogni intervento di ripianificazione della rete dei punti gioco, pena la riduzione delle entrate fiscali. E infatti il decreto si limita ad assegnare all'Agenzia delle dogane e dei monopoli, competente in materia, il compito di pianificare l'apertura di nuovi punti «tenuto conto degli interessi pubblici del settore, ivi inclusi quelli connessi al consolidamento del relativo gettito erariale». Dopo il tabacco, anche il gioco d'azzardo vede

contrapposti gli obiettivi di salute con gli obiettivi di gettito fiscale.

**Salute, Sanità e sviluppo.** Il titolo del decreto attribuisce peraltro al provvedimento un obiettivo più generale e particolarmente ambizioso: «promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute». Un titolo che sembra superare la frammentarietà e la probabile scarsa incisività delle nuove disposizioni attribuendo loro un ruolo rispetto alla crescita economica, problema che tanto turba le scelte del Governo (oltre che la vita degli italiani). Un obiettivo sicuramente condivisibile, ma che si presta a interpretazioni molto differenti e in parte contrastanti, sulle quali non si fa chiarezza.

La tutela della salute è fattore di sviluppo perché, in primo luogo, migliora la qualità della vita delle persone, riduce le morti premature, previene la perdita di abilità e migliora la produttività del Paese. Ma spesso la Sanità viene additata come fattore di sviluppo perché comporta la produzione di beni e servizi che, anche a prescindere dalla loro efficacia, fanno parte del Pil. Questo è il dilemma. Questo è il quesito che riemerge dalla lettura del decreto, il quale tenta di affrontare - forse per la prima volta - la questione di quanto un certo tipo di sviluppo incida negativamente sulla salute delle persone (cattiva alimentazione, scarsa attività fisica, fumo, dipendenze, per esempio) ma è al contempo fonte di crescita (una prima volta attraverso la produzione di beni dannosi per la salute e una seconda volta attraverso la produzione di prestazioni sanitarie volte a ristabilire la salute perduta). Il conflitto fra razionalizzazione della spesa sanitaria e impatto sul mondo della produzione resta ancora tutto da affrontare.

\* Università Torino  
e Coripe Piemonte  
(Da: Lavoce.info  
del 18 settembre)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dal ministero della salute chiarimenti a medici e farmacisti. E il paziente paga la differenza

# Spazi stretti ai farmaci di marca

## No alla ricetta con solo il nome di un medicinale specifico

DI GIOVANNI GALLI

**P**orta chiusa alla ricetta che indichi solo il nome di uno specifico medicinale. E possibilità che i pazienti sborsino di tasca proprio la differenza tra farmaco coperto dal Servizio sanitario nazionale e farmaco di «marca». Questi alcuni dei chiarimenti forniti ieri sul proprio sito internet dal ministero della salute dopo la segnalazione che, anche presso gli operatori sanitari, permangono margini di incertezza sull'esatto ambito di applicazione delle nuove disposizioni sulla prescrizione dei farmaci contenute nel comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95. Ricordiamo che in base alla legge, qualora il paziente sia curato per la prima volta per una patologia cronica o sia curato per un nuovo episodio di patologia non cronica mediante l'impiego di un determinato principio attivo, ed esistano sul mercato più medicinali equivalenti a base del principio attivo scelto dal medico per il trattamento, il medico stesso deve prescrivere il medicinale mediante l'indicazione del suo principio attivo. Ha però la facoltà di indicare il nome di uno specifico medicinale a base di quel principio attivo, insomma un farmaco di «marca». In questi casi, la ricetta risponde alle previsioni di legge se indica il solo principio attivo, ovvero il principio attivo più il nome di un medicinale a base di tale principio attivo. Non è invece conforme se indica soltanto il nome di uno specifico medicinale. Il ministero precisa che il medico può rendere vincolante la prescrizione di uno specifico medicinale (che egli dovrà comunque scrivere in ricetta in aggiunta al principio attivo e mai da solo), quando lo ritenga non sostituibile per la cura del

paziente. In tale ipotesi, però, la clausola di non sostituibilità deve essere obbligatoriamente accompagnata da una sintetica motivazione. Tale motivazione non potrà in nessun caso fare riferimento alla presunta o dichiarata volontà del paziente (che magari preferisce la tale pillola perché ormai abituato a riconoscerne il colore ecc.) né riferirsi a generiche valutazioni di ordine clinico o sanitario, «ma dovrà», si legge nel documento, «sia pur succintamente, indicare le specifiche e documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato medicinale, anziché di un altro a esso equivalente (per esempio, accertata intolleranza del paziente a determinate sostanze comprese fra gli eccipienti di altri medicinali a base dello stesso principio attivo)». L'assenza della motivazione, così come la presenza di una motivazione inidonea, rende la ricetta non conforme a legge. Nei casi infine in cui si debba continuare una terapia già in atto per il trattamento di una patologia cronica o non cronica, il medico potrà prescrivere uno specifico medicinale. Egli potrà anche limitarsi a indicare il solo principio attivo, quando ritenga che questa modalità sia idonea al raggiungimento dello scopo terapeutico che intende perseguire. Ma anche apporre la clausola di non sostituibilità, senza necessità di motivarla. Passando agli adempimenti dei farmacisti, la nota del dicastero guidato da Renato Balduzzi individua tre casi. Se nella prescrizione è indicato il solo principio attivo il farmacista, dopo aver informato il cliente, dovrà consegnargli il medicinale avente il prezzo più basso, tenendo conto dell'eventuale preferenza del paziente solo tra medicinali aventi lo stesso prezzo. Se il paziente

richiede espressamente un medicinale a prezzo più alto, il farmacista dovrà chiedergli di corrispondere la somma pari alla differenza fra il prezzo del medicinale richiesto e quello del medicinale erogabile con onere a totale carico del Servizio sanitario nazionale. Se nella prescrizione è indicato, oltre al principio attivo, la denominazione di uno specifico medicinale, il farmacista, qualora nella ricetta non risulti apposta dal medico la indicazione di non sostituibilità, è tenuto a fornire il medicinale prescritto quando nessun medicinale equivalente ha prezzo più basso; in caso di esistenza in commercio di medicinali a minor prezzo rispetto a quello del medicinale prescritto, il farmacista è tenuto a fornire il medicinale avente il prezzo più basso (o uno dei medicinali aventi il prezzo più basso), fatta salva l'eventuale espressa richiesta del paziente di ricevere comunque il farmaco prescritto dal medico, previo pagamento della differenza di prezzo. Se infine nella prescrizione, oltre alla denominazione di un medicinale specifico, risulta apposta l'indicazione della non sostituibilità del medicinale il farmacista dovrà chiedere al paziente, informandolo delle ragioni della richiesta, di corrispondere la somma pari alla differenza fra l'eventuale prezzo più alto del medicinale prescritto e quello del medicinale erogabile con onere a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

— Riproduzione riservata —





**Fisciano** ieri la visita del **ministro Balduzzi**: «Medicina, aspettiamo i documenti». Il 2 ottobre c'è Profumo

## Università, il premier Monti inaugurerà la nuova biblioteca

Ieri il **ministro della Salute Renato Balduzzi**, il prossimo 2 ottobre il ministro dell'Università Francesco Profumo e nei prossimi mesi, in data da definire, il premier Mario Monti in occasione dell'inaugurazione della nuova Biblioteca Scientifica. L'Università degli Studi di Salerno non smette mai di stupire anche per la sua capacità di tessere rapporti e incontrare il favore delle istituzioni. Nel prendere parte ad un convegno, alla presenza dell'arcivescovo Moretti, dell'ex ministro Flick e del costituzionalista Casavola, il **ministro Balduzzi** ha tagliato corto sull'annosa questione della facoltà di Medicina per la quale è stato diffidato dal rettore Pasquino: «Stiamo aspettando che la Regione ci faccia avere i documenti richiesti, che esprimano la possibilità di dar vita ad una facoltà legata al Servizio Sanitario Nazionale». E ancora: «Dentro un sistema di regole, la facoltà di Medicina di Salerno può dare un grande contributo».



Il **ministro Renato Balduzzi** ieri a Fisciano con il rettore Raimondo Pasquino

A PAGINA 7 Landi

**L'incontro** L'esponente del governo a Fisciano per un convegno

# Il **ministro Balduzzi**: «Medicina rientri in un sistema di regole» «Stiamo aspettando i documenti dalla Regione»

FISCIANO — «Dentro un sistema di regole, la facoltà di Medicina di Salerno può dare un grande contributo». Così si è espresso il **ministro della Salute Renato Balduzzi**, ospite dell'Università di Salerno per l'incontro sul tema "Diritti e servizi alla persona tra pluralismo e sussidiarietà", in occasione della presentazione del volume "Scritti in onore di Angelo Mattioli" (presente in sala), promosso dal dipartimento di Diritto Pubblico e Teoria delle Istituzioni della facoltà di Giurisprudenza. «Stiamo aspettando che la Regione ci faccia avere i documenti richiesti, che esprimano la possibilità di dar vita ad una facoltà legata al Servizio Sanitario Nazionale - spie-

ga il ministro - garantire i servizi e i diritti alla persona è la sfida in cui ci siamo impegnati, sia attraverso la spending review che il recente decreto legge. Riorganizzare e "spendere meno per spendere meglio". Il sistema nazionale assicura un servizio essenziale di assistenza che tende all'omogeneità su tutto il tessuto nazionale. Le regole sono identiche, la realizzazione pratica no - e, riferendosi in particolare al diritto alla salute, ai tagli in sanità e al mancato turnover in Campania, aggiunge - È un problema che riguarda la responsabilizzazione delle comunità locali. Se i sistemi sanitari devono essere regionalizzati, allora la regione deve essere considerata un *unicum*, anche per il riequili-



brio delle unità di personale. Le vecchie abitudini hanno portato ad un disavanzo incontrollabile. La mobilità è un problema, ma è l'unica risposta in tempo di sanità sostenibile. L'importante non è il numero di posti letto, ma che la sanità funzioni. Sui piani di rientro la Campania sta lavorando con determinazione, ottenendo ottimi risultati. Mi auguro che avvenga lo stesso anche sotto il profilo sanitario».

Ha discusso a lungo in privato con Balduzzi il rettore Raimondo Pasquino: «Il ministro vuole delle garanzie. Desidera che si facciano le cose serie, incardinate su regole nazionali e noi siamo abituati a farle. È terrorizzato che in Campania si parta in un modo e si finisca in un altro». In settimana il rettore incontrerà il governatore Stefano Caldoro per discutere la bozza di risposta da inviare al ministero. «Siamo convinti che con l'ospedale la competizione in positivo porterà ad occupare secondo compe-

tenza e qualità - dice Pasquino - Abbiamo comunicato la chiamata in servizio dei nostri docenti, chiedendo tempi brevi per l'ufficializzazione/formalizzazione. Ufficiosi o ufficiali? La realtà è che dobbiamo operare nell'ambito delle esigenze della facoltà di Medicina e del grande privilegio del Ruggi a trasformarsi in Aou (azienda ospedaliera universitaria)». Tante le autorità cittadine presenti in platea. Tra i relatori anche l'ex ministro di Giustizia Flick, il costituzionalista Casavola e l'arcivescovo Moretti che ha sottolineato l'interesse per la dignità della persona, inserita in un sistema di relazioni. Sussidiarietà, pluralismo e fede (intesa non come liturgia statica, ma come ragione della speranza), il leitmotiv del discorso di Enzo Maria Marengi, preside della facoltà di Giurisprudenza. Quattro i punti tracciati da Balduzzi: l'energia morale indomabile, il tema dei diritti e dei doveri («La grande stagione dei diritti e della libertà sarà effi-

mera se non sarà accompagnata da una stagione di doveri», ha ribadito citando Moro), con una digressione sulla partecipazione democratica «che potrebbe essere una delle tante risposte alla crisi». E ancora i servizi alla persona, il sistema sanitario nazionale e la sussidiarietà orizzontale e vertica-

le, considerando "forzata" la caccia alla regionalizzazione: «Si rischia di fare un'analisi imperfetta che porta a soluzioni sbagliate - sottolinea. - Le scorciatoie sono meno complesse, ma non portano da nessuna parte».

**Barbara Landi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il rettore Pasquino

«Il ministro vuole garanzie, è terrorizzato che in Campania si parta in un modo e si finisca in un altro»



Un momento del convegno con il ministro Balduzzi e il rettore Pasquino





**LA SEZIONE JUNIOR »** APPUNTAMENTO ALLA VERSILIANA

# Caro ministro, a noi ragazzi serve più sport e meno alcol

Tre giorni di laboratori e lezioni dal palco per sfuggire al fumo e all'obesità

► PIETRASANTA

Il messaggio per il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, è già pronto: lo Stato pensa poco ai giovani. Non li protegge a sufficienza da alcol, fumo, gioco e non garantisce neppure una vera educazione sportiva. Parla tanto di obesità giovanile ma poi non fa nulla, in concreto, per contrastarla. Parla tanto di dipendenze, ma poi non agisce per combatterle. L'ultimo decreto sulla Sanità (in fase di riconversione) ne è la conferma.

Per discutere di questi temi e consegnare un messaggio organico a Balduzzi circa 3mila studenti dalle elementari alle superiori partecipano da oggi a giovedì al Festival della Salute Junior, in programma alla Versiliana, a Marina di Pietrasanta. In tre giorni, i ragazzi affronteranno la questione della prevenzione declinata secondo i problemi che più li affliggono: l'alimentazione, con il cibo spazzatura e gli sprechi; l'accesso precoce all'alcol con i fenomeni sempre più frequenti di abuso; l'approccio con la sessualità con le possibili crisi di identità e il confronto con trans e omosessuali; il fumo con patologie annesse, la possibile dipendenza da gioco. «Per affrontare i vari argomenti - spiega Paolo Amabile, organizzatore del Festival della Salute - abbiamo articolato la sezione Junior in laboratori e lezioni dal palco, avvalendoci della collaborazione di esperti di valore nazionale e internazionale».

**Alcol.** E' una delle emergenze che più da vicino riguarda gli adolescenti, visto che - come denuncia anche l'Organizza-

zione mondiale della Sanità - sono proprio i ragazzini italiani i primi in Europa (a 11 anni in media) a iniziare a bere. «Siamo consapevoli di questo problema - conferma Amabile - e non abbiamo certo timore ad affrontare questi temi. Infatti, giovedì mattina alle 11,15 nelle sale della villa della Versiliana abbiamo programmato il convegno "Le dipendenze (alcol, fumo e sostanze stupefacenti): quando diventano un rito". Il relatore è Michele Marangi, autore di "Droghe, società, rappresentazioni - Il consumo di sostanze illegali: uno sguardo sociologico oltre l'immagine" e l'obiettivo della lezione è di «fare il punto sulle dinamiche sociali e sugli aspetti relazionali e rituali che legano il "divertimento dei giovani" al consumo di alcool, fumo e sostanze stupefacenti, da molti ormai considerate quasi normali».

Inoltre - aggiunge Paolo Amabile - nel festival della Salute è anche coinvolto il comitato versiliese "Io non la bevo" che da anni si batte per il contrasto dell'abuso di alcol soprattutto fra i giovani, in particolare minorenni.

**Gioco e altre dipendenze.** Molta attenzione viene prestata anche al contrasto delle dipendenze da gioco. Due le iniziative da evidenziare. Già oggi pomeriggio alle 14 nella villa della Versiliana l'associazione Utopia propone la lezione "L'ultima scommessa è ... non scommettere" con Massimo Lavaggi, psicologo, psicoterapeuta che, attraverso giochi simulati e prove pratiche interattive, spiegherà agli studenti delle superiori «le credenze co-

gnitive più frequenti che ricorrono nella mente dei giocatori d'azzardo con particolare riguardo a caso e probabilità».

Invece, per gli studenti delle medie, l'associazione Utopia propone un laboratorio psicologico sul gioco d'azzardo sempre intitolato "L'ultima scommessa è...non scommettere...". Ogni classe avrà un'ora a disposizione sia oggi che domani dalle 14 alle 15.

**Sport e attività motoria.** I campioni dello sport sono chiamati a spiegare ai ragazzi l'importanza dell'attività fisica.

Si inizia subito oggi alle 14,30, nel parco della Versiliana, gli studenti delle medie che potranno parlare di sport e salute con lo schermidore Salvatore Sanzo, specializzato nella disciplina del fioretto, medaglia d'oro alle Olimpiadi di Atene 2004, attuale assessore con delega allo sport della provincia di Pisa e giornalista sportivo. Più che di una vera e propria lezione dal palco si tratterà di un «racconto che passa attraverso la storia emozionante e suggestiva di un noto sportivo nazionale».

Gli studenti delle superiori, invece, stamani alle 11,30 nello spazio del Caffè della Versiliana affronteranno lo stesso tema con Gian Paolo Montali, allenatore di pallavolo, ex ct della Nazionale, e con Giovanni Galli, ex calciatore ed opinionista sportivo.

**La corretta alimentazione.** E' uno dei temi importanti di questa edizione del festival. Ampio spazio sarà dato anche agli esperti di Slow Food, Matteo Monti e Micaela Mazzoli che per questa manifestazione



hanno creato l'appuntamento "Buono a sapersi" nel quale oltre a parlare dei cibi sani spiegheranno quali sono gli stili di vita corretti da seguire. Da non perdere, per i ragazzi, l'incontro sul cibo spazzatura (Junk food) con il confronto con la legislazione in vigore in altri paesi europei, dove esistono tasse per disincentivare l'acquisto di bibite gassate. Inoltre, a proposito di cibo e di consumi appropriati e lotta agli sprechi, per gli studenti è stato organizzato per domani al Caffè della Versiliana anche l'incontro "Nostra signora Terra" con An-

drea Segrè, preside di Agraria all'università di Bologna e l'attore Diego Parassole. «Promuovere un consumo corretto del cibo - spiegano gli organizzatori - è strategia vincente per favorire uno sviluppo sostenibile, attuire le diseguglianze e per contribuire al miglioramento della salute tra le popolazioni».

**Il web.** Infine, ampio spazio al confronto sul web. Si parte stamani alle 11,30 in Versiliana con Giovanni Giovanni Boccia Artieri, presidente del corso di laurea in Scienze della comunicazione a Urbino con una le-

zione sull'uso consapevole dei media e si finisce giovedì con un incontro con Giovanni Fattori sulla salute ai tempi del web 2.0.

» Confronto sui benefici dell'attività fisica con lo schermidore Salvatore Sanzo, oro ai Mondiali di Atene, con Gian Paolo Montali e Giovanni Galli



La corretta alimentazione: uno dei temi del Festival junior



Cattive abitudini: la dipendenza da gioco d'azzardo, pericolosissima



Buone abitudini: cura edel corpo, benessere, aria aperta



## A TAVOLA



EUGENIO DEL TOMA

### PREVENZIONE E INFORMAZIONE SU OBESITÀ E DIABETE

**L**a prevenzione nutrizionale ha sempre oscillato, in Italia, tra programmi irreali e poche realtà locali che, pur tra costi e sprechi della nostra sanità, non si concentrano solo su diagnosi e terapia. Perciò, finché non verrà rimossa questa carenza di base, non resta che allertare i cittadini sulla necessità di una diagnosi precoce dell'insulino-resistenza, concausa dell'obesità, della sindrome metabolica e del diabete tipo 2, un tempo definito "senile" e oggi diagnosticato anche in adulti poco più che trentenni! In Italia, disponiamo di una rete efficace per l'igiene degli alimenti ma facciamo troppo poco per migliorare le cattive abitudini alimentari, sostenute purtroppo dalla controinformazione pubblicitaria a favore di scelte e porzioni inadeguate alla sedentarietà dei ragazzi e non solo degli adulti! La prevenzione dell'obesità e del diabete tipo 2 non si fa con gli integratori e quant'altro ma con l'informazione e l'educazione che in Italia non è materia scolastica, se non per l'impegno di qualche insegnante più illuminato. Detto questo, devo ricordare l'importanza delle

premesse genetico-familiari delle citate patologie da super-civilizzazione. È doveroso che i genitori obesi o affetti da diabete tipo 2, dedichino maggiore attenzione alle abitudini alimentari e allo stile di vita dei loro figli. Occorre parlarne col medico di base, magari per indagare su una probabile e controllabile insulino-resistenza che altrimenti anticiperà di decenni la comparsa della conseguente patologia metabolica e vascolare. Senza naufragare in Internet, dove l'offerta di diete e pseudo-specialità di ogni tipo è diseducativa, basterebbe visitare i siti ufficiali, governativi o scientifici, per ricavarne indicazioni adeguate, senza eccessi di medicalizzazione.

*edeltoma@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## ZAMPOLINI (FOLIGNO)

### «Assicurare terapie antidolore»

Il nuovo testo riveduto alla Camera aggiunge un comma che garantisce ai malati terminali una "adeguata terapia contro il dolore" e "cure palliative". «È una precisazione importante – commenta Mauro Zampolini, direttore di Riabilitazione dell'Unità gravi cerebrolesioni all'ospedale di Foligno – perché si stabilisce anche per legge ciò che per noi medici è naturale, cioè che sapersi fermare quando la vita è giunta naturalmente al suo termine non significa però abbandonare il paziente. In Italia, nonostante la nuova normativa del 2010 in questo tema, c'è ancora diffidenza verso l'uso della morfina, a volte persino tra i medici è un tabù, al punto che due anni fa l'Oms ci ha ammonito per il mancato raggiungimento degli standard nell'uso degli oppiacei». Altrettanto importante è quanto la Camera ha proposto al fine di assicurare equità nelle cure alle persone invece in stato vegetativo: «Fondamentale che la loro cura rientri nei Lea, i livelli essenziali di assistenza minima per tutti, così come è notevole il coinvolgimento delle famiglie, cui sono assicurate le necessarie prestazioni domiciliari. La famiglia è tanto parte integrante del percorso terapeutico, che nel nostro ospedale ho fatto sparire gli orari di visita dei medici: siamo noi che andiamo dai parenti e ci confrontiamo, non viceversa». (L.B.)





**Londra, è stato identificato un nuovo virus della Sars: il portatore è un qatariota**

**LONDRA.** Un nuovo virus della stessa famiglia della Sars, la sindrome respiratoria acuta grave comparsa per la prima volta in Cina nel 2002 e che infettò oltre ottomila persone causando circa 800 morti, è stato individuato in Gran Bretagna: il portatore è un uomo di 49 anni del Qatar. A confermare l'identità del microbo è stata la stessa Organizzazione mondiale della Sanità:

«Trattandosi di un nuovo coronavirus – ha comunicato l'agenzia di Ginevra – l'Oms è al lavoro per ottenere ulteriori informazioni necessarie a determinare le possibili implicazioni sulla salute pubblica». L'uomo presentava dei sintomi di un'infezione respiratoria acuta quando è stato visitato per la prima volta dai medici il 3 settembre in Qatar. Pochi giorni dopo è stato ricoverato in un reparto di terapia intensiva a Doha, prima di essere trasferito d'urgenza via aeroambulanza in Gran Bretagna, dove gli esami di laboratorio hanno confermato la presenza di un nuovo coronavirus. **(E.D.S.)**



© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Influenza

Gli «ill'invizi di «ritare parte la campagna

e le categorie "fragili" sono invitate  
a farsi

# Virus e insidie pronti i vaccini per chi rischia

**MARIAPAOLA SALMI**

**A**rriva l'influenza, puntuale ogni anno. E mai banale, dal momento che la sommatoria degli effetti e della mortalità è notevole. Quest'inverno potrebbero essere oltre 10 milioni le persone costrette a casa da affezioni respiratorie e gastroenteriche di natura virale; di queste circa 5-6 milioni si ritroveranno a letto con l'influenza vera.

«Mentre ormai tutti sanno come riconoscerla dai tre caratteristici sintomi, febbre sopra i 38 gradi, senso di "bastonatura", tosse secca e naso chiuso, - dice Fabrizio Pregliasco, virologo all'università di Milano - pochi la prendono sul serio tant'è che dal 2009 il tasso di vaccinazioni si è ridotto del 5-10%. Ciò è preoccupante perché l'influenza è pur sempre una patologia infettiva respiratoria che negli adulti sani si risolve in quattro-cinque giorni lasciando un po' di stanchezza ma non è la stessa cosa nei soggetti fragili come i bambini sotto i due anni, le donne gravide, gli over 65 e tutti coloro che hanno patologie importanti».

Cosa aspettarsi allora? Gli esperti prevedono una stagione influenzale un po' più complessa rispetto alle precedenti, il freddo giocherà un ruolo importante. «L'attenzione deve essere alta per la presenza di due nuovi ceppi virali che transitano in questo momento nell'emisfero australe - af-

ferma Pierangelo Clerici, presidente dell'Associazione microbiologi clinici italiani (Amcli) - ed arriveranno da noi attorno a dicembre con un picco tra gennaio e febbraio e una coda in marzo, si presume che essi incontreranno molte persone non immunizzate». «Quest'anno - spiega Gianni Rezza dell'Istituto superiore di sanità (Iss) - assieme al vecchio virus A/H1N1 del 2009 che non è mutato abbiamo una nuova variante del tipo A/H3N2 e una nuova variante del virus di tipo B che hanno subito piccole mutazioni, le cosiddette "drift". Queste mutazioni consentono ai virus di sfuggire alla sorveglianza del sistema immunitario e diventare "vincenti", ossia iniziare a circolare e a diffondersi per via aerea con estrema rapidità. Per questo ci aspettiamo un aumento dei casi e anche qualcuno grave». A cominciare dai primi di ottobre fino a novembre inoltrato sarà disponibile il vaccino (convenzionale e adiuvato) nelle farmacie per chi lo acquista, gratuito e raccomandato per le categorie a rischio (bimbi sotto i due anni, anziani, cardiopatici, diabetici, asmatici, affetti da BPCO, immunodepressi, donne al 2°-3° trimestre di gravidanza, operatori sanitari) che possono chiederlo al medico curante o alla

Asl di competenza. Elementari regole igieniche e di comportamen-

to possono prevenire, se non lo stato influenzale, le complicanze dovute per lo più a sovrainfezioni batteriche da *Streptococcus pneumoniae*, responsabile del 40% di tutte le polmoniti. Lavare spesso

le mani specie dopo aver soffiato il naso (si dimezza il rischio contagio), usare fazzoletti di carta, riparare la bocca con la mano durante uno starnuto o mentre si tossisce, mangiare frutta, verdu-

ra, vitamina C, evitare gli sbalzi di temperatura proteggendo naso e gola, stare a casa se c'è febbre, niente antibiotici a meno che non li prescriva il medico, no all'aspirina nei bambini, rispettare il tradizionale periodo di convalescenza per evitare ricadute. Anche la medicina complementare (omeopatia) ha i suoi rimedi per chi preferisce questo tipo di cure.

### IL VACCINO



Contiene i 3 ceppi del virus dell'influenza di quest'anno





## I CEPPI

**A (mutato)  
"Victoria"** L'influenza del 2012 è portata da questi 3 virus

**A/H1N1  
"California"**

**B (mutato)  
"Wiscosin"**

## IL CONTAGIO

**1** Il virus viaggia nelle goccioline emesse parlando, con gli starnuti e la tosse

**2** Le goccioline vengono inalate e il virus arriva a contatto con le mucose. I sintomi possono comparire in 1-5 giorni

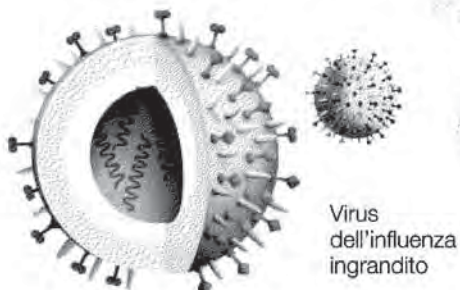
## I SINTOMI

**38°**  
di febbre e mal di testa

**OCCHI**  
Arrossamento e lacrimazione

**NASOFARINGE**  
Secrezioni nasali, raffreddore, tosse, starnuti e mal di gola

**ALTRI SINTOMI**  
Fatica, sonnolenza, dolori muscolari e articolari. Nausea, vomito e diarrea



## QUANTO COSTA

Vaccino convenzionale **5 euro**

Rinforzato (adatto alle categorie fragili) **8 euro**

## QUANDO VACCINARSI



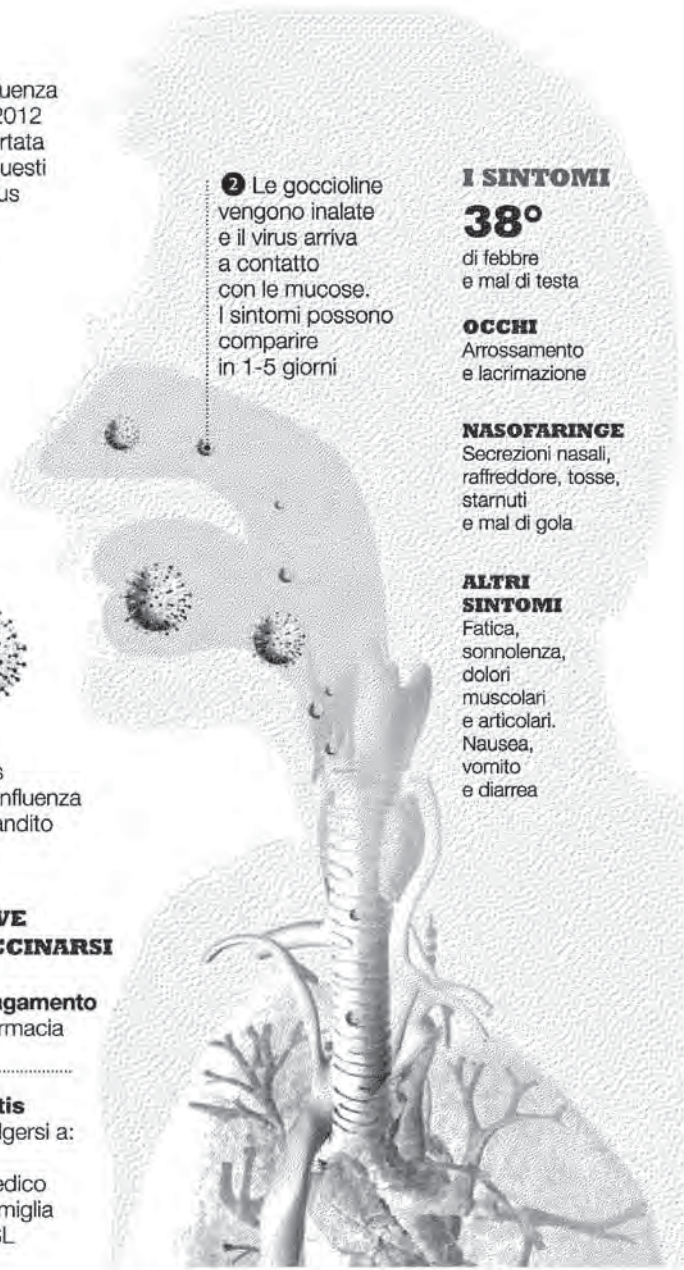
Dall'inizio di ottobre alla fine di novembre

## DOVE VACCINARSI

**A pagamento**  
• Farmacia

**Gratis**  
Rivolgersi a:

- Medico di famiglia
- ASL



INFORMAZIONE DATI A CAMPANETTI





**SANITÀ** ❖ Domani a Roma i piani di risparmio

# Trapianti fegato Il caso genovese alla Conferenza Stato-Regioni

*Il Centro per ora resta escluso*

**C**onferenza Stato Regioni dedicata alla sanità, quella di domani a Roma nel corso della quale si affronterà il tema dei piani di risparmio proposti dalle varie regioni. Sei, in particolare, i documenti all'ordine del giorno. Tra le pratiche all'esame, soprattutto per quanto riguarda la Liguria, spicca il capitolo dedicato alla realizzazione e sostenibilità dell'attività della rete trapiantologica. L'accordo finora raggiunto prevede di individuare interventi da attuare nel medio e nel lungo periodo finalizzati al contenimento dei costi e alla razionalizzazione del sistema, garantendo al contempo qualità, sicurezza, numerosità ed efficienza delle prestazioni. A Genova, allo stato attuale delle cose, interessa sapere se potrà mantenere l'attività epatica, visto che la situazione presa in esame dalla Conferenza è quella cristallizzata al marzo scorso, quando era scattato il blocco totale, privo pure di eventuali deroghe. Cosa fa invece ben sperare è il fatto che le indicazioni sui possibili interventi per il contenimento dei costi e la raziona-

lizzazione del sistema senza andare a toccare l'attività, riguardano servizi tuttora attivi. Un passo importante, poi, riguarda la presa in carico delle gravi insufficienze di organo.

In questo caso, l'accordo ha l'obiettivo di costruire un modello di rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con insufficienza d'organo con l'obiettivo di garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure. Per questo motivo, ci si propone di costruire specifiche filiere suddivise per organo (cuore, fegato, rene) che consentano di dare vita ad un modello di risposta attraverso la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici che assicurino al paziente certezza del trattamento migliore e continuità dell'assistenza.

Saranno inoltre creati modelli di gestione integrata delle insufficienze di organo al fine di una migliore risposta del sistema sia in termini clinici che di ottimizzazione dell'impiego di risorse e, in definitiva, di riduzione della spesa.

Un altro capitolo riguarda invece l'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione

delle prestazioni sanitarie. Verranno determinare le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale. Le Regioni possono però riconoscere tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche di organizzazione e di attività di minore complessità. Possono inoltre adottare per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati tariffe ridotte qualora questo sia utile per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di deospedalizzazione. In caso invece di tariffe superiori, la differenza resta a carico dei bilanci regionali. Sempre nella seduta di domani si parlerà del bando di ricerca finalizzata 2011/2012, aperto a tutti gli operatori della sanità pubblica che vogliono presentare progetti di ricerca clinico assistenziale e biomedica, prevalentemente traslazionale, relativamente alle nuove strategie diagnostiche, terapeutiche e clinico assistenziale.



Superare  
la questione  
dei numeri

Sotto ai  
limiti pure  
il rene

Ancora attivi  
i servizi  
collaterali  
Nuovi  
modelli  
organizzativi

## Attività intensa

### VENTISEI TRAPIANTI DI RENE EFFETTUATI A GENOVA NELL'ANNO

Dai dati ufficiali del **Ministero della Salute** si ricava che al 23 settembre, i trapianti di rene (gli unici ammessi) effettuati a Genova sono stati 26, di cui 2 a rene doppio e 3 da vivente. L'attività epatica resta tuttora sospesa. È guerra di carte in tribunale.



## I DATI



### 35 DONATORI SEGNALATI

Ad oggi in Liguria sono stati segnalati 35 donatori di cui uno però è risultato non idoneo. 18 poi i donatori effettivi e 17 quelli utilizzati, di cui 14 multiorgano. Purtroppo i numeri sono in diminuzione.



### GIÀ 16 LE OPPOSIZIONI

Accanto ai donatori si mantiene elevato anche il numero delle opposizioni, che è quota 16, con una percentuale del 45,7% sulle segnalazioni: la più alta in Italia dopo la Campania (48,5%). Terza la Sicilia, con 45,6%.



### LE LISTE D'ATTESA

Numeri sempre elevati per quanto riguarda le liste d'attesa: per il rene adulti siamo a quota 6701; 1049 invece quelli che attendono un fegato nuovo. La lista pediatrica invece segnala 123 bambini e per il rene e 25 per il fegato.



## SALUTE

**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

### LA SOLITUDINE DELL'ALZHEIMER

**D**edicare una giornata mondiale ad una malattia serve a sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni. Anche grazie al contributo dei mass-media. Ma sull'Alzheimer non mancano né l'informazione né l'attenzione dei cittadini: è carente l'assistenza pubblica. Su un milione di malati solo un terzo viene assistito dalle Asl. Gli altri sono a carico quasi esclusivamente delle famiglie che, quando possono pagare di tasca propria, hanno una badante. Però non stiamo parlando di una malattia qualsiasi, perché chi ha l'Alzheimer richiede un impegno costante, continuo e fortemente stressante per le famiglie. Che si sentono isolate e spesso si ammalano di depressione: vedere una persona cara, un padre, una madre che non ti riconosce più, e assisterla 24 ore al giorno, ha conseguenze pesanti dal punto di vista psicologico. Ora: il nostro Paese invecchia, più degli altri. E le demenze senili, i pazienti Alzheimer, aumenteranno. Per le associazioni dei pazienti siamo in presenza di una emergenza sanitaria. Mettere nell'agenda del governo queste malattie come priorità sarebbe intelligente e lungimirante. Il problema è che in Italia le emergenze sono sempre altre.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

