

INTERVISTA AL MINISTRO GELMINI

«Laurea in medicina più breve di un anno»

Francesca Angeli

a pagina 15

AL LAVORO Il ministro della Pubblica Istruzione Mariastella Gelmini sta lavorando a una riforma dei corsi di laurea più lunghi

INTERVISTA Mariastella Gelmini

«Medicina durerà un anno di meno»

Il ministro dell'Istruzione: «Taglieremo i tempi anche per Giurisprudenza riducendo il periodo di pratica»

Riforma

Siamo pronti, presto i titoli perderanno valore legale

Francesca Angeli

Roma Ministro Gelmini, la riforma dell'università è entrata nella fase operativa. Oltre alla riduzione del numero dei corsi di laurea pensate anche di accorciare i tempi per arrivare al diploma?

«Abbiamo aperto un tavolo con il ministro della Salute, Feruccio Fazio, proprio allo scopo di valutare una abbreviazione degli anni di studio per la facoltà di Medicina. Ora sono sei anni per la laurea, poi quattro o cinque di specializzazione e poi ancora il dottorato: non si finisce mai. L'obiettivo sarebbe quello di accorciare almeno di un anno».

Novità anche per altre facoltà?

«Per Giurisprudenza. Anche in questo caso troppi anni prima dell'accesso alla professione. Stiamo valutando la possibilità di anticipare il tirocinio all'ultimo anno prima della laurea in modo che dopo il diploma occorra soltanto un anno di pratica».

Nel programma elettorale del 2008 il Pdl aveva preso l'impegno di abolire il valore legale del titolo di studio. La riforma

è operativa. Ma quell'impegno è stato accantonato?

«Assolutamente no. Anzi. È stato ribadito anche nel piano per l'occupabilità giovanile elaborato con il ministro del Lavoro, Sacconi, insieme con le altre misure per contrastare la disoccupazione dei giovani come il rilancio dell'istruzione tecnico-professionale e dei contratti d'apprendistato».

Luigi Einaudi più di 60 anni fa diceva: «quei pezzi di carta che si chiamano diplomi di laurea valgono meno della carta su cui sono scritti». Eppure siamo ancora qui a discuterne. Ministro lei pensa di raggiungere questo obiettivo?

«Sì. E se non bastassero le parole di Einaudi a superare le resistenze, ricordo i dati sulla dispersione scolastica e la disoccupazione giovanile che sono diretta conseguenza della burocratizzazione degli studi e della perdita di valore di quel famoso pezzo di carta che non basta più. Il primo passo verso l'abolizione, infatti, è già stato compiuto».

Quale?

«Prima dell'abolizione occorreva compiere un passaggio intermedio che infatti abbiamo inserito nella riforma universitaria: la procedura dell'accreditamento per tutti gli Atenei. Una verifica seria e approfondita sulla qualità del sistema universitario. Altrimenti si poteva davvero correre il rischio reale che all'abolizione del valore legale del diploma corrispondesse un abbassamento della qualità mentre noi, ovviamente, puntiamo all'esatto contrario. Il nostro obiettivo è l'innalzamento degli standard qualitativi visto che già adesso abbiamo luci e ombre. Non tutti gli atenei raggiungono gli stessi risultati».

A chi è affidata la procedura di accreditamento?

«Alla nuova agenzia di valutazione, l'Anvur, che si è insediata nel gennaio scorso. Ma complessivamente tutta la riforma va in questa direzione. Abbiamo detto basta agli approcci quantitativi. Il numero dei corsi è stato ridotto del 25 per cento e i curricula, i settori scientifico-disciplinari, del 40 per cento».



Era un enorme spreco di denaro pubblico che oltretutto non portava ad alcun risultato».

Che cosa altro si può fare per evitare che l'abolizione del valore legale dei diplomi inneschi una deregulation verso il basso?

«Abbiamo imposto alle università di fare ordine nei conti. Sfido chiunque a capire qualcosa negli incomprensibili bilanci degli atenei che invece da ora in poi dovranno essere trasparenti e leggibili da tutti su Internet. La contabilità in ordine è un altro passaggio indispensabile. Egli atenei in rosso saranno commissariati anche se si tratta di una extrema ratio alla quale speriamo di non dover ricorrere. Vigileremo anche sulla stesura degli statuti. Alcune università si sono rivolte a prestigiosi studi legali nel tentativo di aggirare le novità introdotte ma noi pretenderemo che gli statuti siano coerenti con la riforma e che sia presente in tutti un ampio contributo da parte degli studenti».

L'abolizione del valore legale del titolo di studio imporrebbe radicali cambiamenti nel sistema dei concorsi pubblici ma potrebbe avere anche altre conseguenze indirette e rappresentare una spinta verso l'abolizione degli ordini professionali.

«Sono assolutamente favorevole a una riforma liberale delle professioni ma questa è materia di competenza del ministero della Giustizia. Si possono abolire gli ordini, sarebbe un passo positivo ma lascio la questione al ministro Alfano».

Chi ha opposto maggiore resistenza ai cambiamenti imposti dalla riforma universitaria?

«Ma si tratta di una resistenza generazionale di chi oggi ha 60 o 70 anni e gestisce un sistema di potere fatto di lobby e baronie al quale la riforma pone fine. Spero che si inneschi un meccanismo virtuoso perché se riusciamo a innalzare la qualità i giovani non avranno più bisogno di andare all'estero ma potranno fare ricerca e dare un contributo nel loro paese».

Numeri

5

Di solito le fasce di reddito che determinano le tasse sono: fino a 6.000 euro; fino a 10.000; fino a 20.000; fino a 30.000; oltre

9

L'ateneo di Firenze adotta 9 fasce: la più bassa fino a 17.500 euro (che paga 315 euro), la più alta oltre i 75.000 (2.015 euro)

13,3%

Per le fasce di reddito più basse nelle università del Nord si pagano tasse del 13,13% superiori alla media nazionale

88,87%

È il divario fra università del Nord e quelle del Sud per quanto riguarda le tasse dovute per la fascia di reddito più alta

8%

La media nazionale delle tasse delle facoltà scientifiche è più alta dell'8% rispetto a quella delle facoltà umanistiche

4.982

È la spesa media annua, naturalmente in euro, che uno studente fuori sede deve destinare ad alloggio e utenze

5.544

È la spesa media annua per una stanza singola nelle città universitarie del Centro, che sono le più care d'Italia

1.713

Sono gli euro dovuti per le tasse nell'università di Amsterdam, fra le pochissime in Europa con tasse «all'italiana»

»» **L'analisi** Entro il 2015 in Lombardia rischiano di restare scoperti 7.600 posti Camici bianchi, 164 matricole in più «Per gli ospedali non basteranno»

Il tempo stringe, i pensionamenti incombono: entro il 2015 — è il refrain del Pirellone — mancheranno in Lombardia 7.600 medici. Eppure. Per risolvere il problema anche l'anno accademico 2011-2012 sembra ormai perso.

Il decreto firmato il 5 luglio dai ministri **Ferruccio Fazio** (Salute) e **Mariastella Gelmini** (Università e Ricerca) fa aumentare le matricole di Medicina a Milano del 10%: 60 in più — 660 contro 600 —. Troppo poche, di certo, per tamponare l'emergenza medici ormai alle porte degli ospedali. Lo stesso vale per il resto della Lombardia: complessivamente i posti messi a disposizione dai test di ammissione in Medicina sono 1.259 contro i 1.095 dell'anno scorso, appena 164 in più (discorso a parte vale per la Cattolica che ruota, però, principalmente su Roma). Il preside di Medicina della Statale, **Ferruccio Virgilio Ferrario**, è anche il portavoce delle altre cinque facoltà mediche lombarde (Milano Bicocca, San Raffaele, Brescia, Pavia, Varese Insubria): «Il numero di matricole dev'essere stabilito sulla base di una reale programmazione delle esigenze sanitarie locali — ripete da anni —. Un calcolo che va eseguito a livello regionale senza nessuna centralizzazione da parte di Roma. Purtroppo non s'intravedono soluzioni all'orizzonte, tanto meno quelle risorse economiche necessarie ad allestire aule per i nuovi studenti».

Non finisce qui. Gli ingressi troppo limitati a Medicina sono il pun-

to di partenza di un problema ancora più grave: per salvare le corsie d'ospedale — dove il saldo tra chi entra e chi esce sarà a breve negativo — servono più contratti post laurea per le specializzazioni (come chirurgia, geriatria, ginecologia, pediatria, radiologia, ortopedia, cardiologia, anestesia e rianimazione, medicina interna). E invece: anche in questo caso, la decisione dello scorso marzo del ministero dell'Università ha bloccato le borse di studio a 750 l'anno. Sono almeno 500 in meno rispetto ai fabbisogni dichiarati dagli ospedali. Il Pirellone ne mette a disposizione altre 100 (per un totale di cinque milioni di euro): ma il gap tra le necessità delle corsie e i nuovi camici bianchi in arrivo resta profondo.

Già lo scorso aprile il governatore **Roberto Formigoni** ha lanciato l'allarme e ha attivato un tavolo tecnico con gli atenei. L'assessore alla Sanità, **Luciano Bresciani**, ha chiesto l'abolizione del numero chiuso e sta studiando una proposta di legge: l'obiettivo è di far diventare la Lombardia un laboratorio sperimentale per aumentare con finanziamenti privati il numero dei possibili ammessi nei corsi di laurea. Mosse importanti che, però, al momento sembrano scontrarsi con le decisioni del ministero dell'Università. I test d'ingresso in Medicina sono fissati per il 5 settembre: e i posti sono un'altra volta inferiori alle aspettative.

Simona Ravizza

sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rapporto
FACTORIZING

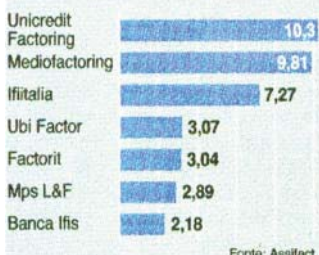
IL SUPER-DEFICIT

La Sanità resta la maglia nera

Il buco nei conti delle Regioni blocca per lunghi mesi i saldi agli ospedali e alle strutture collegate. Il settore rappresenta così uno dei maggiori spazi di crescita per il factoring

L'Outstanding per società

Dati al 31 marzo 2011; in miliardi di euro



Il sistema sanità è la maglia nera dei pagamenti di fatture

Milano
La sanità è il settore più colpito dalle difficoltà di onorare le scadenze stabilite per i pagamenti e, di conseguenza, anche quello che offre le maggiori opportunità di sviluppo a chi si occupa di factoring. A maggior ragione dopo l'ultima manovra economica che anticipa i tempi per l'avvio dei costi standard, imponendo così una disciplina dei conti più rigida rispetto al passato. Da un'indagine svolta da Assifact emerge che i crediti delle imprese verso i produttori di servizi nell'ambito della sanità ammontano al 36% del totale relativo alla Pubblica Amministrazione, quota che sale al 48,2% se si considera l'intero comparto sanitario.

Il primato negativo del settore trova conferma anche in uno studio di Assosistema (associazione che riunisce le imprese operanti nel comparto dei servizi tessili, di sterilizzazione e fabbricazione dei dispositivi medici sterili), secondo cui i ritardi, in ambito sanitario colpiscono tutte le regioni italiane, pur con grandi differenze. Fanalino di coda nazionale (i dati sono riferiti a gennaio 2011) risulta essere la Campania, con una media di 390-420 giorni, seguita da Emilia Romagna (in media 365 giorni), Toscana e Puglia (entrambe in media 280 giorni) e Piemonte (oltre 200 giorni), mentre la media a livello nazionale oscilla tra un minimo di 203 e un massimo di 229 giorni, con la Lombardia che fa registrare i risultati migliori, pagando i fornitori mediamente a 60 giorni.

I servizi di factoring intervengono in questo scenario consentendo ai creditori/fornitori delle Asl e delle altre strutture sanitarie di smobilizzare il proprio credito in pro soluto (vale a dire senza prestare

alcuna garanzia sulla solvibilità del debitore), evitando così i tempi lunghi previsti dall'incasso ordinario. Le offerte del mercato riguardano principalmente due ambiti di azione: l'opzione "pro soluto secco" è caratterizzata dal fatto che il factor acquista il credito a titolo definitivo e con un prezzo stabilito, con il pagamento dell'intero corrispettivo legato al soddisfacimento di determinate condizioni (il caso tipico è costituito dalla certificazione del credito e l'accettazione della cessione da parte della Asl); invece l'opzione "pro soluto a termine" prevede l'acquisizione dei crediti da parte del factor, che si impegna a versare il corrispettivo in diverse tranches, di solito due, con la prima parte legata al momento dell'acquisto e la seconda all'incasso del credito. In entrambi i casi, trattandosi di un vero e proprio acquisto di fatture, la transazione non prevede segnalazioni alla Centrale Rischi della Banca d'Italia, passaggio obbligato invece se si percorre la strada dell'anticipo fatture o al prestito garantito. In questo modo l'azienda cliente mantiene inalterata la propria "pagella" presso gli istituti di credito, ai quali potrà rivolgersi per le necessità di finanziamento legate al proprio business.

Le potenzialità di questo mercato trovano conferma negli annunci più recenti: a giugno AsFo Sicilia e Centro factoring hanno siglato un accordo che consente ai fornitori ospedalieri associati di azzerare i tempi di pagamento delle forniture da parte delle aziende ospedaliere pubbliche e private cedendo i crediti vantati. Mentre SfTrust (specializzata nei crediti pro-soluto vantati verso la Pa, con un focus particolare in ambito sanitario) è confluita in Banca Sistema, nata a fine giugno dall'integrazione con le attività di Banca Sintesi. In precedenza era toccato a Banca Ifis annunciare la focalizzazione sul business sanitario, considerato tra i più promettenti di tutto il mercato del factoring.

(l.d.o.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Per i ritardatari c'è tempo fino a fine mese

Liste d'attesa pianificate solo in dieci regioni

Marzio Bartoloni

Barbara Gobbi

■ Sono il nemico numero di ogni cittadino in cerca di cure: le liste d'attesa. Eppure metà delle Regioni sembra non preoccuparsene o se ne preoccupa troppo poco. C'era tempo fino al 28 giugno per recepire con apposita delibera il Piano nazionale sulle liste d'attesa 2010-2012 approvato lo scorso autunno. Un piano su cui il **ministro della Salute, Ferruccio Eazio**, ha scommesso molto per abbattere il muro della vergogna delle code in corsia e negli ambulatori, tanto da minacciare, qualche mese fa, sanzioni contro gli inadempienti. Il ministro, nei giorni scorsi, ha anche concesso una mini-proroga fino al 30 luglio: «Dopodiché - ha annunciato - scatterà un'azione del Governo».

Finora il bilancio parla chiaro. Secondo l'indagine realizzata da «Il Sole-24 Ore Sanità» in distribuzione in questi giorni presso gli abbonati (si tratta del numero 27 del 2011) solo dieci Regioni si sono messe in regola entro giugno adottando un piano regionale che recepisce quello nazionale. Nell'elenco dei virtuosi ci sono Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Puglia, Sicilia e Bolzano. Nei prossimi giorni dovrebbero aggiungersi le Marche e la Basilicata. In Piemonte, invece, il piano regionale è rimasto congelato, così come in Sardegna, che ha promesso 21 milioni di fondi, ma non ha ancora deliberato. Trento,

infine, ha già varato un piano più ambizioso - spiega - di quello nazionale.

Dalle altre Regioni, soprattutto del Sud, invece non è arrivato alcun segnale, il che significa che le linee guida nazionali andranno rispettate alla lettera. In particolare l'accordo approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 28 ottobre individua quattro classi di priorità per visite ed esami: per quelle urgenti c'è un tempo massimo di 72 ore, mentre quelle comunque indifferibili vanno erogate in 10 giorni. Le visite mediche differibili dovranno, invece, arrivare entro 30 giorni e gli accertamenti differibili in 60 giorni.

Le Regioni che si sono adeguate hanno dettagliato le indicazioni del piano prevedendo elenchi più o meno lunghi di prestazioni. Poi c'è chi, come la Valle d'Aosta e Bolzano, è pronto a pagare di tasca proprio le prestazioni in intramoenia (in libera professione) dei medici per garantire le cure entro i tempi previsti.

L'Emilia può contare, invece, su una gestione online delle liste grazie alla messa in rete dei medici. Mentre la Liguria minaccia il commissariamento dei direttori delle Asl che non adotteranno il programma. La Toscana, infine, ricorda "diritti" e "doveri" dei cittadini che, se da una parte si vedranno risarcire 25 euro in caso di cure non garantite nei tempi previsti, dall'altra dovranno pagare il ticket se non si presenteranno all'appuntamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, procedura telematica per pagamenti e consegna referti

Niente più code all'anagrafe e alle Asl in caso di cambio di residenza e pagamento on line di ticket sanitari. Sono le principali semplificazioni del decreto sviluppo in materia di sanità. Il decreto prevede che le aziende del Servizio sanitario adottino procedure telematiche per consentire sia il pagamento on line delle prestazioni erogate e prevede anche la consegna tramite modalità digitali dei referti medici.

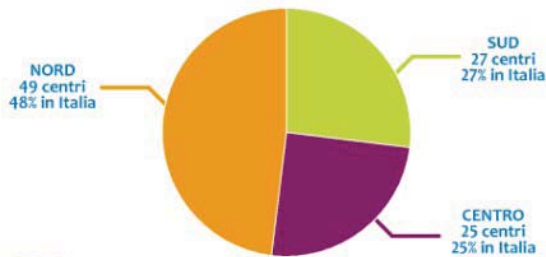
Prevista una procedura di comunicazione all'Asl, da parte dei comuni e su richiesta degli interessati, del trasferimento di residenza anagrafica, ai fini dell'aggiornamento del libretto sanitario. Nel dettaglio le Asl devono introdurre, entro 90 giorni, procedure telematiche per consentire sia il pagamento on line delle prestazioni erogate sia la consegna, tramite web, posta elettronica certificata o altre modalità digitali, dei referti medici. Anche se resta salvo il diritto dell'interessato di ottenere, anche a domicilio, copia cartacea del referto redatto in forma elettronica.

Inoltre in caso di trasferimento di residenza anagrafica i comuni, su richiesta degli interessati, dovranno darne comunicazione all'azienda sanitaria locale nel cui territorio sia compresa la nuova residenza. La comunicazione dovrà essere effettuata entro un mese dalla data di registrazione della variazione anagrafica; l'obbligo è adempiuto anche telematicamente. L'Asl provvederà ad aggiornare il libretto sanitario, e trasmetterà alla residenza dell'intestatario il nuovo libretto oppure un tagliando di aggiornamento.

Altre semplificazioni riguardano particolari comunicazioni all'Inps. In materia di indennità mensile di frequenza, in favore dei minori di anni 18, riconosciuti mutilati ed invalidi civili oppure ipoacusici, che frequentino scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado (compresi l'asilo nido e la scuola materna), oppure centri di formazione o di addestramento professionale per il reinserimento sociale si prevede un'unica comunicazione dell'eventuale cessazione dalla partecipazione ai medesimi corsi scolastici. Il decreto limita, poi, gli obblighi di comunicazione annua, a carico delle imprese, relativi ai dipendenti iscritti al Fondo Inps di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di trasporto: la comunicazione riguarderà solo gli elementi retributivi accessori e solo caso in cui questi ultimi, nell'anno solare di riferimento, siano stati introdotti oppure modificati, rispetto a quelli già portati a conoscenza dell'Inps.

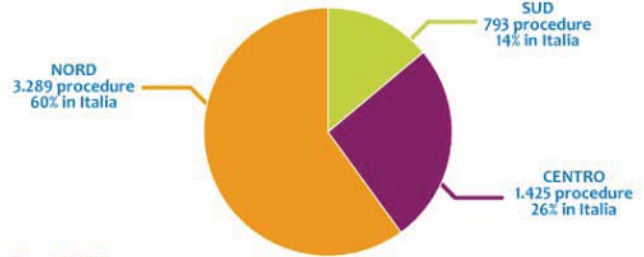


Casistica in Italia su 101 centri di chirurgia bariatrica



Fonte: S.I.C.O.B.

Casistica in Italia su 5507 interventi effettuati nel 2009



Fonte: S.I.C.O.B.

Una piaga diffusa – Il peso eccessivo riduce l'aspettativa di vita ed è tra le principali cause di morte

Obesità: fino a 20 anni in meno e i costi raggiungono l'1% del Pil

Grossezza non è più "mezza bellezza" (come la si definiva e si esibiva una volta) ma malattia. Il soggetto obeso mangia, divora molto e si mangia anche anni della propria vita.

L'obesità è fra le principali cause prevedibili di morte, causando ogni anno nel mondo 2.500.000 decessi. L'aspettativa di vita, può ridursi anche di 20 anni.

Nel complesso, si tratta di un disvalore per l'economia. Il costo sociale, in alcuni Paesi europei, raggiunge l'1% del PIL ed il 6% della spesa sanitaria diretta. Inoltre, i costi indiretti (morti premature, riduzione della produttività lavorativa e relativi guadagni) sono doppi rispetto a quelli diretti.

La Svezia spende 157 dollari l'anno pro capite per costi indiretti e 45 dollari per spese sanitarie; 35 dollari in Germania, 32 nei Paesi Bassi. In Belgio, 69 dollari e rappresenta così (6% delle spese sanitarie), nel Regno Unito 25-31 dollari. Da considerare anche altri costi intangibili, come (minor rendimento a scuola o lavoro, discriminazione lavorativa, problemi psicosociale, scarsa qualità della vita).

In Usa, il costo annuale aggiuntivo per lavoratore obeso può raggiungere i 2500 dollari. I costi aggiuntivi variano dai 162 dollari per gli uomini leggermente obesi (474 per donna) ai 1.524 dollari per gli uomini con un BMI superiore a 40 (1.302 per la donna). Il costo dei giorni di lavoro perduti per ogni obeso è di 460-2.485 dollari.

I costi per gli impiegati a tempo pieno, ammonta a 73,1 miliardi di dollari. Un'azienda Usa con 1000 dipendenti perde 285.000 dollari l'anno. Venti milioni di italiani hanno problemi di sovrappeso, oltre 5 milioni sono obesi. Inoltre, un milione 600 mila ragazzi tra i 6 e i 17 anni ed il 34,1% tra i 6 e i 9 anni sono sovrappeso o obesi.

La Campania detiene il primato in negativo, seguita da Sicilia e Puglia. Siamo anche i più sedentari (il 35% degli uomini non fa attività fisica contro il 52% delle donne).

Un milione e mezzo i pugliesi in sovrappeso; 440mila i grassi e, di questi, 140.000 lo sono in maniera grave (obesi patologici) con maggiore rischio di malattia (ipertensione, cardiovasculopatie, osteoartriti, disturbi di mobilità, reazione, fertilità, sesso, ecc).

Oggi vivono, nel mondo, 1 miliardo di persone con problemi di peso eccessivo. Di loro, più di mezzo miliardo è gravemente obeso. Il fenomeno riguarda anche 200 milioni di bambini già sovrappeso sotto i cinque anni, il 15% dei quali, crescendo, è destinato a diventare obeso. Stati Uniti (55% degli abitanti), America del Sud e Australia sono ai primi posti nella graduatoria che vede, tra gli altri, l'Africa e l'Asia. In Cina circa 8 milioni di nuovi obesi ogni anno. In Europa le stime circa il 60% della popolazione adulta e il 20% dei bambini è sovrappeso o obesa (oltre 250 milioni di persone adulte e 12 milioni di bambini extra large).

Obesità, un disvalore per l'economia. Il costo sociale è enorme: in alcuni Paesi europei raggiunge l'1% del PIL ed il 6% della spesa sanitaria diretta. Inoltre, i costi indiretti (morti premature, riduzione

della produttività lavorativa e relativi guadagni) sono doppi rispetto a quelli diretti.

Il costo varia da Paese a Paese. La Svezia spende 157 dollari l'anno pro capite per costi indiretti e 45 dollari per spese sanitarie; 35 dollari in Germania, 32 nei Paesi Bassi. In Belgio, 69 dollari e rappresenta così (6% delle spese sanitarie), nel Regno Unito 25-31 dollari.

Da considerare anche altri costi intangibili, come (minor rendimento a scuola o lavoro, discriminazione lavorativa, problemi psicosociale, scarsa qualità della vita).

In Usa, il costo annuale aggiuntivo per lavoratore obeso può raggiungere i 2.500 dollari. I costi aggiuntivi variano dai 162 dollari per gli uomini leggermente obesi (474 per donna) ai 1.524 dollari per gli uomini con un BMI superiore a 40 (1.302 per la donna). Il costo dei giorni di lavoro perduti per ogni obeso è di 460-2.485 dollari.

I costi per gli impiegati a tempo pieno, ammonta a 73,1 miliardi di dollari. Un'azienda Usa con 1000 dipendenti perde 285.000 dollari l'anno. I nostri costi sanitari ammontano a 23 miliardi di euro di cui 11 a carico del SSN; i costi diretti, 65 miliardi di euro. Al di là dei costi, i rischi per la salute sono molteplici.

Il diabete è coattore importante del dramma obesità: otto su 10 diabetici sono anche obesi scambiandosi e maggiorandosi reciprocamente i rischi. Necessario correre ai ripari soprattutto perché la tendenza sembra in aumento e si prevede che, tra 5 anni, l'obesità/sovrappeso interesserà poco meno di uno su due italiani (ancor più pugliesi e lucani).

“La regione Puglia – dice il prof. Tommaso Fiore, assessore alla sanità – promuove progetti specifici ed iniziative nel campo di prevenzione, diffusione dello sport, educazione alimentare che deve coinvolgere tutte le età e tutti i cittadini.

Da considerare, anche, la chirurgia dell'obesità (bariatrica) riservata soprattutto a soggetti a maggior rischio. “Si tratta – dice il prof. Francesco Puglisi, direttore Chirurgia generale, ospedale “Sarcone” di Terlizzi, che ha all'attivo, dal marzo scorso ad oggi, 145 trattamenti – dell'unico mezzo in grado di ridurre il rischio di morte prematura”.

Gli obesi italiani che ne avrebbero bisogno sono un milione e mezzo (80% donne), nel 2009, gli interventi sono stati 5.507 (60%



al nord; 14% al sud; Puglia 1,2, Basilicata 0,3) con liste di attesa di 6 mesi - 2 anni.

Molti i "viaggi della speranza" di obesi che si devono recare al nord per essere operati. Per questo, la Puglia che ha un saldo negativo del 99,3% per questa patologia si attrezza e, nel contesto del piano di riordino sanitario, programma una distribuzione di centri che - dice il prof. Puglisi - devono poter contare sulla disponibilità di più specialisti per raggiungere - come accade nel nostro Centro - risultati soddisfacenti (esemplare quello di un paziente cardiobroncopneumopatico del peso di 147 kg (1,80 di altezza) giunto ai 97 attuali a 3 mesi dall'intervento e in ottime condizioni psico-fisiche).

All'esame necessario affiancare nuovi test

Psa e rischio tumore "legame" discutibile

Un rischio di tumore per oltre 14 milioni di uomini di 40-70 anni. Nel mondo viene diagnosticato in 2000 soggetti al giorno e, in Italia, a 25 uomini.

La diagnosi deriva dal riscontro clinico (esplorazione da eseguire metodicamente da parte del medico, almeno una volta l'anno dopo i 40 anni di età) e da esami tra i quali spicca il PSA (antigene prostatico specifico) ricercato nel sangue.

Ma questo esame, ora in parte contestato, è solo un elemento che va valutato dal medico e non ha, di per sé, da solo, significato determinante. Valori elevati di Psa indicano che vi è un disturbo a carico della ghiandola prostatica ma può trattarsi di infezione, infiammazione oppure di un tumore o di altra alterazione o disfunzione. Per la diagnosi precoce del tumore, il PSA non è da ritenere elemento determinante e discriminante ma soltanto un tassello, non sempre di primo piano cui non è produttivo rivolgersi sistematicamen-

te anche dal punto di vista economico.

Lo stesso Richard Ablin che, nel 1970, aveva scoperto l'antigene, ora nel pieno della controversia, dice "sono troppi e non giustificati i 3 miliardi di dollari che, negli Usa, si spendono, ogni anno, per questo esame di dubbia efficacia... il test non può individuare il cancro e, soprattutto, non è in grado di distinguere fra tumore che può portare a morte ed uno che non può farlo... un americano ha 16 probabilità su 100 di ricevere diagnosi di cancro prostatico ma solo il 3% di probabilità di morire". E lo screening non farebbe guadagnare anni di vita. Per la diagnosi precoce, sono, oggi, disponibili ma in fase sperimentale (per questo, non sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale) nuovi test PCA3 e 2proPSA che, affiancati al PSA classico, potrebbero orientare meglio il medico. Va tenuto conto dell'estensione e dell'aggressività del tumore e va scelto l'esame più idoneo nel contesto della appropriatezza anche economica.

BIOTESTAMENTO

IL DIRITTO DI DECIDERE

La Camera approverà una legge lesiva della dignità della persona: una norma toglie al malato la responsabilità di stabilire a quali terapie sottoporsi in caso di incoscienza irreversibile

GIANNI CUPERLO

È necessario garantire il diritto di ognuno a essere rispettato se in discussione è la vita e la decisione su di sé.



Accendere i riflettori

In tanti hanno denunciato il rischio di una legge impietosa, ora è bene che queste voci si levino alte

Alla vigilia di un voto rivelatosi per loro una debacle, persino del testamento biologico la maggioranza si era spinta a fare un'arma di campagna elettorale. Per fortuna l'elettorato si è mostrato assai più maturo della destra. Ma adesso siamo al dunque e domani salvo sorprese la Camera licenzierà una legge ideologica, incostituzionale e lesiva della dignità della persona. L'arbitrio maggiore è in una norma che sottrae al malato la responsabilità di decidere a quali terapie sottoporsi nel caso di una condizione irreversibile di incoscienza e di incapacità di intendere e di volere. Sul punto il testo prevede una soluzione irrazionale e in aperto contrasto col principio del rispetto della persona umana sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Come altri, penso anch'io che la relazione di ciascuno con la fine della vita non sia, in termini legali e sul piano materiale, un fatto soltanto individuale. Molti elementi concorrono a fissare quella relazione: i legami affettivi, il rapporto fiduciario con i medici, l'ambito della ricerca. Su di un piano parallelo, abbiamo alle spalle un tempo storico durante il quale sia l'ordinamento giuridico che la deontologia medica, e aggiungo il maturare della coscienza civile, hanno affermato una serie di acquisizioni. Ne cito almeno tre. Il diritto al consenso informa-

to. La inviolabilità dell'individuo in rapporto a eventuali terapie. E infine, profonda eredità del '900, la dignità del soggetto e il rigetto di qualsiasi concezione dello Stato tale da trasferire l'esistenza individuale nella disponibilità di un potere esterno all'individuo stesso. Il rispetto di queste acquisizioni è parte di una idea contemporanea della democrazia e dello stato di diritto mentre nulla ha a che fare con un presunto relativismo morale. Se queste sono le premesse, quando si ragiona su una buona legge in materia di fine vita non è in discussione una concezione del vivere e del morire, aspetto che attiene alle convinzioni soggettive o collettive di comunità civili e religiose. Lo ricordo perché se il traguardo della politica è condurre i diversi convincimenti morali a un assoluto senza distinzioni l'esito non potrà che essere di tipo autoritario e questo perché a seconda dei rapporti di forza si determinerebbe l'imposizione di un'etica sulle altre, il che in una democrazia non può mai accadere. Quindi, almeno in democrazia, per quanti sono chiamati a scrivere le leggi il tema non è riversare nella regola la propria concezione della vita o della dignità del vivere. Compito dei legislatori è individuare una norma che in ragione della sua universalità garantisca a ogni perso-



na il diritto a vedere rispettata la propria dignità quando in discussione siano la sua vita, il suo giudizio sulla propria esistenza e la decisione su di sé. Purtroppo è esattamente su questo punto che la legge del governo esprime tutta la propria arroganza. Nel sottrarre, con una logica prescrittiva, il corpo del malato alla persona del malato. In questa scissione insensata tra il potere dello Stato sul corpo e la riduzione della coscienza a fattore non vincolante nelle decisioni della persona c'è la contraddizione di una normazione regressiva. Ma è esattamente ciò che loro intendono fare in violazione delle norme costituzionali, dei principi sanciti in una serie di trattati e protocolli internazionali e, infine, in aperto contrasto con un criterio di umanità. Potrei citare a sostegno le sentenze della Consulta a partire dal diritto della persona di "disporre del proprio corpo", ma stiamo alla sostanza e al fatto che le relazioni tra il malato, i suoi affetti più cari e le strutture mediche che lo hanno in carico non possono in alcun caso sottrarre a me, e dunque alla singola persona, la decisione responsabile sulla mia vita e su ciò che io considero compatibile con la mia dignità. Qui c'è il punto delicato che riguarda il tema della vita come bene indisponibile. Ora, la formula sembra dotata di una sua forza oggettiva ma non è così. Sulla base delle leggi esistenti non è così. Quando un malato, cosciente delle conseguenze, rifiuta una terapia egli esercita il diritto a disporre della propria vita. E ciò accade dinanzi al rifiuto di un'amputazione o di una trasfusione.

In quella scelta – sofferta, tragica, ma libera – vi è la forza di un diritto mite che non

sottrae alla persona la possibilità di decidere ciò che è più giusto per sé. Dunque non è vero che la vita in sé sia un bene indisponibile in termini assoluti. È vero, invece, che la vita di ogni singola persona non è un bene disponibile ad altri che a sé medesima. Come la legge stabilisce. Come il diritto prevede. Come la nostra civiltà ha riconosciuto. Ed è una questione di principio dalla quale discendono due snodi decisivi: il carattere vincolante della Dat e il ruolo riconosciuto del fiduciario laddove tra la dichiarazione anticipata e il momento di un'eventuale decisione terapeutica sia trascorso un tempo tale da esigere una attualizzazione della volontà del soggetto.

In tanti, nei mesi passati, hanno denunciato i rischi di una legge impietosa e hanno spiegato che a fronte di una brutta legge sarebbe preferibile non legiferare. In molti siamo d'accordo e ci batteremo per questo. Ma tanto più i riflettori vanno accesi perché la questione entra ora nell'ultimo miglio ed è bene che queste voci si levino alte. Come ha fatto l'appello promosso dall'Associazione "Democrazia Esigente" pubblicato nei giorni scorsi su l'Unità, sottoscritto da personalità, operatori, parlamentari e che in modo equilibrato rivendica un sussulto di dignità da parte del Parlamento. Sarebbe un errore grave se la politica, per ragioni di convenienza, chinasse gli occhi di fronte a uno sbrego di civiltà e a uno strappo tale nella tradizione più elevata del nostro pensiero laico e costituzionale. E allora se è vero – ed è vero – che nel paese il vento sta cambiando, facciamolo capire anche da una battaglia così decisiva e che molto dirà sull'Italia di domani. ♦