

Il confronto internazionale. Il denominatore comune nell'Unione è la frenata della spesa

Ultimi in prevenzione nella Ue

**Flavia Landolfi
Rosanna Magnano**

Non è un'Italia spendacciona quella che emerge dal raffronto tra i sistemi sanitari dei partner europei. Anzi. A dimostrarlo sono tre degli indicatori principali in materia di spesa per la salute, rilevati dal rapporto Ocse-Ue «Health at a glance: Europe 2012». La spesa sanitaria pro capite, il numero di posti letto e gli investimenti in prevenzione descrivono un Paese parsimonioso, a volte avaro di risorse, soprattutto nelle strategie per la diffusione di corretti stili di vita.

Con 2.282 euro a persona l'Italia si trova più o meno a metà classifica nell'Ue per la spesa sanitaria pro capite del 2010, dopo Regno Unito (2.636 euro) e Spagna (2.345 euro), i Paesi che hanno sistemi sanitari più simili al nostro. Ma sul fronte della preven-

zione le cose vanno decisamente male: con lo 0,5% della spesa sanitaria totale destinata a politiche per la salute collettiva e a campagne di prevenzione, il nostro Paese si trova infatti all'ultimo posto tra i partner comunitari, ben al di sotto della media Ue, pari al 2,9 per cento. Persino Malta, Lituania ed Estonia spendono più di noi. Una scelta che anche in tempi di spending review rischia di rivelarsi un boomerang: meno prevenzione, si sa, equivale a

una spesa maggiore in termini di assistenza e di cura.

Il clima generale nella Ue è quello di un continente che negli ultimi anni sta stringendo la cinghia. La crescita che si registrava fino a qualche anno fa è oggi in frenata un po' ovunque: il dato medio della spesa totale (pubblica e privata) per la salute rispetto al prodotto interno lordo è pari al 9% del Pil, in aumento rispetto al 7,3% registrato nel 2000, ma in lieve calo rispetto al picco del 9,2% riscontrato nel 2009. Nel 2010 i Paesi Bassi stanziavano la maggior quota del Pil a favore del settore sanitario (12%), seguiti da Francia e Germania (entrambi con l'11,6%). Anche in questo caso l'Italia si trova a metà classifica, con il 9,3% del Pil. Tra le conseguenze: blocco di stipendi e turn over del personale sanitario, aumento dei ticket che le famiglie devono pagare per certi servizi e certi medicinali, imposizione di rigorosi obblighi di bilancio agli ospedali, che comunque nei budget per la salute rappresentano una delle voci più pesanti.

Non desta quindi meraviglia che il dossier Ocse-Ue rilevi una vera e propria emorragia di posti letto tra il 2000 e il 2010. Non c'è un solo Paese, a eccezione della Grecia, che nel decennio abbia aumentato o almeno tenuto stabile il numero di posti letto. Con-

tro una variazione media nell'Ue-27 pari a -1,9% l'Italia ha tagliato il 2,9 per cento. Si tratta di un record assoluto, surclassato soltanto dalla Lettonia (-4,8 per cento) e detenuto ex aequo con l'Estonia. Per il resto, gli Stati europei, pur avendo generalmente diminuito la disponibilità per i ricoveri, hanno comunque subito una minore contrazione (l'Austria solo un -0,4%, la Spagna -1,1 per cento).

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

Un prezzo che i cittadini di tutta Europa hanno di fatto pagato alla crisi economica. La questione numero uno, quando si ragiona sulla sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici finanziati dalla fiscalità generale. L'alternativa del ricorso a forme assicurative private per la copertura della spesa è ancora una terra da esplorare. Questa strada, dice il rapporto Ue-Ocse, è percorsa con un passo più deciso da solo sei Paesi. Gli Stati portabandiera sono la Francia (96% della popolazione), i Paesi Bassi (89%) e il Belgio (78,9 per cento).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN EUROPA

A metà classifica per spesa sanitaria con 2.282 euro pro capite dopo Regno Unito e Spagna, Paesi con sistemi più simili al nostro



Il Censis

Per due milioni di anziani cure e farmaci sono un lusso

La ricerca

Figli precari e over 65 pesano sempre di più sul bilancio familiare

La stretta

La crisi fa male non solo al portafoglio ma anche alla salute agli italiani, soprattutto i più anziani e quelli che già soffrono una condizione socio-economica di difficoltà. Circa due milioni di over 65, infatti, stringono la cinghia rinunciando alle cure e anche limitando l'acquisto dei **farmaci** non rimborsati dal Servizio sanitario nazionale e se proprio sono costretti a curarsi, anziché scegliere la via rapida della visita privata, si «rassegnano» alle attese del pubblico.

La fotografia è stata scattata dal Censis che, dopo aver certificato a metà 2012 che sono 9 milioni in totale gli italiani che risparmiano sulla salute perché non se lo possono più permettere, è andato a vedere più da vicino la composizione di questo gruppo, constatando che quattro italiani su dieci che rinunciano alle prestazioni sanitarie appartengono a nuclei familiari con basso livello socio-economico (il 39,8%).

Si tratta, ha spiegato Ketty Vaccaro, responsabile Welfare del Censis, illustrando il rapporto aggiornato a margine di un incontro sulla sanità a Roma, «di due fasce a rischio. So-

no stati costretti a rinunciare alle cure proprio quelle persone che ne avrebbero più bisogno». Altro dato significativo emerso dall'analisi, aggiunge l'esperta, il fatto che sulla popolazione generale il 35% degli italiani (e di questi il 40% è over 65%) «ha comunque detto grazie che il welfare c'è» perché ha cercato una risposta sanitaria «rassegnandosi alle lunghe liste di attesa in strutture pubbliche o convenzionate, mentre in altri tempi avrebbero fatto ricorso alle strutture private, pagando

interamente di tasca propria la prestazione». Anche perché, sottolinea Vaccaro, «si sta progressivamente erodendo la ricchezza delle famiglie, che hanno sempre meno possibilità di rispondere ai bisogni del loro doppio carico da sostenere, da un lato i figli che non riescono a trovare lavoro, o che rientrano nel nucleo familiare perché precari, e dall'altro gli anziani».

Gli italiani, insomma, anche quando non rinunciano a curarsi, hanno a disposizione sempre meno mezzi per farlo. E lo dimostra il fatto che uno su cinque, e il 20,8% degli anziani, fascia di popolazione che in generale è grande consumatrice di medicinali, ha anche ridotto l'acquisto di **farmaci** pagati direttamente di tasca propria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'agenda. Nuovo esecutivo atteso dal lungo elenco di adempimenti lasciati dal Governo tecnico - Oltre 100 scadenze alcune delle quali rischiano di non essere rispettate

Ospedali, spending, h24: tutte le eredità di Monti

LE INCOGNITE

Le Regioni hanno stoppato il regolamento per il taglio dei posti letto. Altri scogli la disciplina per la libera professione e i nuovi Lea

■ La cura da cavallo per ospedali e posti letto, le cure H24 ancora da realizzare, i nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza) fermi al palo, la libera professione dei medici pubblici in cerca d'autore, la spending review per beni e servizi che arranca, il riparto federalista dei fondi modello costi standard in alto mare. Ecco le cambiali sanitarie ancora da onorare in omaggio alle manovre di questi anni che già fanno tremare i polsi a tutti i partiti che vorrebbero salire sulla plancia di comando di palazzo Chigi. Anche perché il macigno dei tagli alla spesa di asl e ospedali degli ultimi due anni, è imponente: 31 miliardi fino al 2015, ha certificato la Corte dei conti.

Per il Governo che verrà il nuovo welfare sanitario si annuncia insomma un'impresa titanica, una scommessa a tutti gli effetti: preservare il massimo possibile dell'universalità dell'assistenza e del diritto costituzionale alla salute ai tempi della grande crisi. Tra voglie più o meno striscianti di privatizzazione e di ritirata più o meno grande dello Stato, un rapporto pubblico-privato che zoppica, la voglia di cambiare ma tutelando al massimo l'assetto pubblico, anche la difesa a volte indifendibile dell'esistente.

Se Mario Monti insiste sul «rischio sostenibilità» per il Ssn senza mettere in campo interventi di sistema a medio-breve termine, mentre il centrosini-

stra denuncia il tentativo di creare allarmi solo con l'intento mascherato di voler smantellare il sistema, è chiaro che per il Ssn si annunciano in un modo o nell'altro profondi cambiamenti in arrivo. Vinca chi vinca.

Tra le eredità di Berlusconi-Tremonti e quelle che sta per lasciare il Governo dei professori, è lunghissimo l'elenco, accanto alle cose fatte, dei provvedimenti da attuare. Si calcolano oltre 100 scadenze da rispettare dopo la cura Monti, con misure in più casi nel mirino delle categorie e delle Regioni e la conseguente possibilità che restino ancora bloccate chissà quanto a lungo. Se non modificate tout court dal prossimo Governo, se avrà la forza politica e il consenso sociale necessari. E la capacità finanziaria, nel caso (problematico) di azzeramento dei tagli già contabilizzati nel bilancio dello Stato.

Del resto, non si tratta solo di cambiali da onorare verso la Ue. Un caso tra tutti: il rebus dei ticket che dal 2014 dovrebbero fruttare altri 2 miliardi, quasi la metà di quanto già oggi pagano gli italiani (che non evadono le tasse). Ricorrere a un sistema misto ticket-franchigie per fasce di reddito, magari costruite in base al nuovo Isee, come propone il ministro Renato Balduzzi, ovvero cancellare del tutto la misura? Il rischio di inciampare nella macchina fiscale che non scova gli evasori, è altissimo: pagherebbero i soliti noti e lo stesso Monti sa bene che la classe media è tra i suoi potenziali "clienti" elettorali. Intanto, la questione resta in sospeso. E sbrogliare la matassa sarà affare di chi sbancherà le urne del 24-25 febbraio.

Intanto vanno affrontate tutte le partite in sospeso che soprattutto Monti-Balduzzi (e Grillo all'Economia) hanno aperto nei tredici mesi del Governo dei professori. Con due capitoli in primo piano: la spending review e il cosiddetto "decreto Balduzzi". Passando però per altre leggi di peso specifico non esattamente trascurabile: salva-Italia, cresci-Italia (le farmacie, soprattutto), sanità digitale, leggi di stabilità. Manovre che dai farmaci ai dispositivi medici, dai beni e servizi all'e-health, toccano punti nevralgici anche del sistema industriale e dei produttori-fornitori del Ssn. E naturalmente il personale Ssn, la gestione del sistema in senso lato. Dove spiccano altri temi scottanti: le nomine (primari, manager) fuori dal controllo dei partiti, la sicurezza delle cure, la trasparenza dei risultati di cura, il rischio clinico e il rebus assicurativo per i medici, la remunerazione delle farmacie e la distribuzione dei farmaci su cui le parafarmacie rivendicano più spazio, le sperimentazioni cliniche e la farmacovigilanza.

Sul regolamento per il taglio dei posti letto negli ospedali, intanto, le Regioni hanno ottenuto di congelare (stappare) il regolamento. Il mito delle cure H24 notte e dì, manca dei fondi. I nuovi Lea sono fermi all'Economia. Regolare la libera professione dei medici sarà un'altra incognita. Sulla spending review stile tagli lineari di Enrico Bondi, praticamente tutti seminano dubbi. Mentre la patata bollente del riparto dei 110 miliardi per il 2013 sul modello dei costi standard è stata rinviata. Non a caso, toccherà al prossimo Governo.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



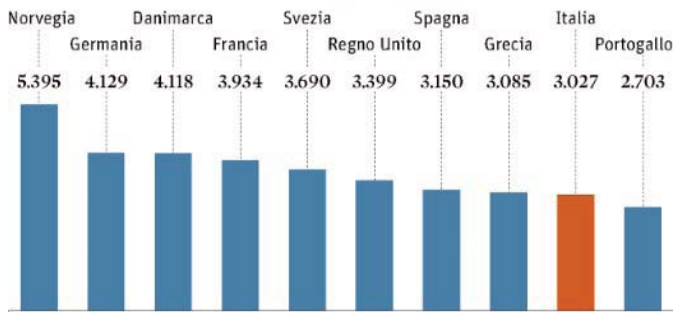


NOI E GLI ALTRI

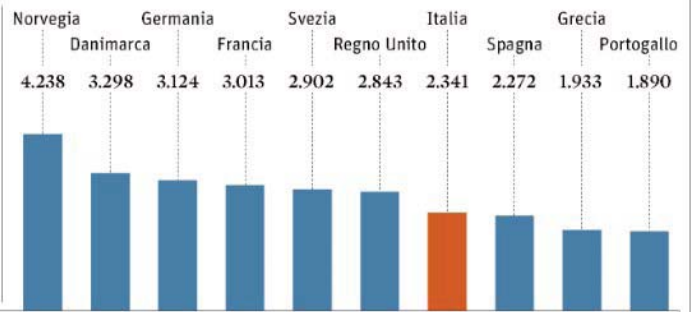
La spesa sanitaria

LE EROGAZIONI COMPLESSIVE PER LA SALUTE

Spesa sanitaria pro capite in alcuni Paesi europei. **Dati in dollari**



L'INTERVENTO DELLO STATO



Fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

Sanità, la promessa di sostenere l'industria

Bersani frena sui nuovi ticket - Il Pdl rilancia sui prezzi di riferimento - Grillo: no all'attività privata dei medici

LISTA CIVICA

Domani la presentazione del programma: salvare l'universalità con forti dosi di efficienza e deciso cambio di rotta sul federalismo

Roberto Turno

■ Tutti (tranne Monti) contro la spending review targata Enrico Bondi. Tutti (sotto elezioni) contro l'invasione dei partiti nelle asl e negli ospedali. Tutti che battono la grancassa della ricerca e della meritocrazia, riconoscono il ruolo dell'industria della salute e promettono una parte centrale all'esercito di oltre 1,5 milioni di italiani (ed elettori) che lavorano nel settore. Molti fautori di un ruolo forte del ministero, Monti che vuole un cambio di rotta sul federalismo sanitario, la Lega che invece lo recita come un mantra. Ma non tutti in sintonia sul futuro welfare: chi strizza l'occhio all'arretramento dello Stato, chi rivendica l'universalità ma cambiando parecchio, chi agita la carta dei fondi integrativi e chi la rinnega, chi dice basta all'aziendalizzazione che sta per compiere 18 anni. Giusto l'eta per votare.

Partiti in ordine sparso ma con tante promesse sulla sanità verso le elezioni. A conferma che il sistema-salute, con oltre 110 miliardi di spesa pubblica l'anno (e 30 di spesa privata) e una filiera che vale l'11,2% del pil, è insieme un ingombro e un fortilino di potere eccezionale.

A dominare il dibattito è l'allarme lanciato da Monti fin da novembre: il rischio di sostenibilità per il Ssn senza interventi non semplicemente di lifting. Allarme che il Pd ha restituito al mittente, rilanciando la palla nella metà campo ormai avversaria: «Come diceva un rapporto canadese degli anni Novanta, la sostenibilità è quella che uno Stato (e un Governo) decide di darsi». Ovvero, quanto ci si vuole scommettere e investire. Che welfare sanitario, insomma, darci per l'oggi e costruire per il domani.

Intanto i partiti già con le candi-

dature hanno dato precisi segnali. Ecco così nel Pd i presidenti dell'Ordine dei medici e del collegio degli infermieri. Nel Pdl invece i vertici dell'Ordine dei farmacisti. Sirene per le categorie, indicazioni di marcia. Non sono un caso le parole di Angelino Alfano: «Se vince il Pd vi asfalta», ha detto ai farmacisti riferendosi alle note voglie bersariane di liberalizzazioni. Così Stefano Fassina, responsabile economico Pd, ha replicato: «Non asfaltiamo nessuno, vogliamo il dialogo». Come ha fatto anche l'ormai montaniano ministro **Renato Balduzzi**.

Intanto parlano i programmi. Con tutte le tare pre-voto. Il Pd s'è gettato per primo nella mischia con lo slogan: basta tagli, largo agli investimenti. E sui nuovi ticket frena: o si eliminano o, se il fisco funziona, pensare di legarli ai redditi. Altolà all'attuale spending, ma azzerando sprechi e inefficienze con un'organizzazione riveduta e corretta: cure sul territorio da rifare (e da finanziare) poi ospedali da mettere in linea. Stop al federalismo spacca Italia, via a un ministero più forte. Dare all'industria, a partire da quella **farmaceutica**, una programmazione almeno triennale. Poi un ruolo forte agli operatori, la prevenzione, la tutela assicurativa dei medici.

Decisamente più scarno il programma del Pdl. Che rilancerà la legge sul biotestamento, la sussidiarietà, la riforma della legge Basaglia, un ruolo pubblico-privato nel segno della par condicio. E dei «prezzi di riferimento». Mentre la Lega, socia di centro-destra, ha un solo vero obiettivo: avanti a colpi di federalismo e di costi standard. Ma sembra isolata nel suo alzar la voce. Le macro Regioni, il super Nord come stelle lucenti.

I partiti della «Lista civica» per Monti presenteranno domani il programma nel segno del «diritto alla salute». Ma qualcosa trapela: salvare l'universalità con forti dosi di efficienza, rafforzando il ruolo del ministero facendo tornare allo Stato la (quasi) piena competenza sulla salute. Anche cam-

biando le regole per spartire le risorse, liberando il Ssn dall'invasione dei partiti, garantendo la trasparenza on line anche per conoscere la qualità delle prestazioni di ogni ospedale. Valorizzando merito ed eccellenze. E l'industria, volano «di ricchezza e di occupazione». Insomma: salvare il soldato Ssn, ma rivestendolo da cima a fondo.

Poi ci sono gli altri outsider. M5S di Beppe Grillo rilancia su equità e universalità, chiede ticket tarati sui redditi e di cambiare la devolution. Ma anche di reintrodurre i Cda nelle asl ed impedire l'attività privata dei medici, incentivando il merito anche con tetti massimi nell'attività privata. «Fermare il declino», per parte sua, rilancia la lotta agli sprechi e alle clientele e propone una competizione ad armi pari col privato. Esattamente il contrario di «Rivoluzione civile» che fa del servizio pubblico la stella polare (dunque facendo regredire il privato) e mette gli obiettivi di salute prima di quelli economici.

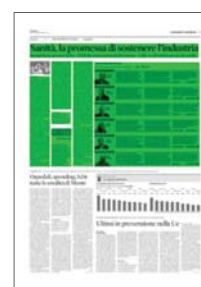
Di tutto, di più. Prima del voto. Dopo il voto, si vedrà. Anche se serviranno altre manovre, e a chi toccherà pagare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spending review

● Il suo significato letterale è "revisione della spesa", intesa come spesa pubblica. Rientrano in quest'ambito le procedure che analizzano le tendenze della spesa e l'efficacia degli interventi che la compongono, al fine di attuarne una razionalizzazione e una riduzione. Il Governo Monti ha nominato Enrico Bondi commissario straordinario per la Spending review, con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica



Le proposte dei partiti sulla salute

Efficacia e realizzabilità: i giudizi del Sole 24 Ore ■ ALTA ■ MEDIA ■ BASSA

<p>PD-SEL-PSI</p>  <p>Pier Luigi Bersani</p>	<p>Stop a tagli e definanziamento del Ssn: nel settore, anzi, si deve investire di più. Ma aggredendo sacche di spreco, inefficienze clientelari e cambiando la governance. Per i nuovi ticket (2 miliardi in più dal 2014) puntare a soluzioni alternative, anche su ticket tarati sui redditi familiari se il Fisco funziona.</p>	<p>Altolà ai tagli lineari (spending) e per i fondi integrativi interventi limitati alla regolazione normativa e fiscale. Il ruolo del ministero va rafforzato senza più subalternità verso l'Economia e derive federaliste. Riconoscere il ruolo trainante dell'industria, a partire dal farmaceutico, con una programmazione di 3-5</p>	<p>anni. E ancora: partiti fuori dalle nomine, puntare sulla prevenzione, riqualificare le cure sul territorio e rivedere il ruolo degli ospedali, tutela assicurativa per i medici, ruolo cruciale degli operatori.</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>
<p>PDL-LEGA</p>  <p>Silvio Berlusconi</p>	<p>Il programma del Pdl è estremamente scarno. Nel Welfare in generale, si dice di voler puntare sulla sussidiarietà, con un accenno chissà se valido anche per la sanità al «buono-dote e credito d'imposta per la libera scelta nei servizi del Welfare». Cambiare la legge Basaglia del 1978 sulla salute mentale,</p>	<p>altro slogan, possibile richiesta di cambiare la spending review e di tutelare i medici dai rischi clinici. Fare la legge sul biotestamento. Rapporto pubblico-privato da riequilibrare, nel segno della par condicio. Sul federalismo le anime Nord-Sud sicuramente non hanno trovato una sintesi: piacciono i prezzi di</p>	<p>riferimento, chissà fino a che punto. Il Carroccio invece va a tutto federalismo e dei costi standard fa la sua bandiera pressoché esclusiva: «È il presupposto fondamentale – afferma – per garantire il diritto alla salute».</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>
<p>SCELTA CIVICA</p>  <p>Mario Monti</p>	<p>Assicurare l'universalità delle cure ma con un forte recupero di efficienza del sistema. Dunque, rinnovare in profondità definendo precisione le prestazioni da garantire nello stesso modo a ogni latitudine. Ticket sostituiti con una franchigia legata al reddito Isee. Rafforzare il ministero e il suo ruolo di indirizzo e di controllo</p>	<p>e affidare allo Stato la competenza sulla salute. Cure h24 modello Balduzzi e taglio dei posti letto negli ospedali. Nuove regole di riparto, stop all'invasione dei partiti. Garanzie ai medici sul rischio clinico. Regole chiare nel rapporto pubblico-privato, definendo le prestazioni dei Fondi integrativi. Ruolo attivo e partecipe dei</p>	<p>cittadini, garantendo visibilità e conoscenza (on line) delle prestazioni e della loro qualità nelle strutture. Valorizzare eccellenze e i meriti, riconoscere il volano dell'industria della salute come creatrice di ricchezza e di occupazione.</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>
<p>MOVIMENTO 5 STELLE</p>  <p>Beppe Grillo</p>	<p>Garantire a tutti l'equità e l'accesso alle prestazioni essenziali, anche con ticket proporzionali ai redditi. Monitorare e correggere la devolution. Promuovere i <u>farmaci</u> fuori brevetto e prescrivere solo per principio attivo, niente incentivi economici agli informatori scientifici. Non consentire ai medici</p>	<p>pubblici di operare nel privato, incentivandone la permanenza nel Ssn, premiando il merito anche con tetti massimi nell'attività privata. Trasparenza e snellimento burocratico: liste d'attesa, centri di prenotazione e convenzioni coi privati on line. Reintrodurre i Cda nelle Asle negli ospedali per limitare il potere dei direttori</p>	<p>generali. Possibilità di donare l'8 per mille alla ricerca medico-scientifica e finanziare la ricerca indipendente attingendo ai fondi per quella militare. Investire sui consulenti familiari e sulla sicurezza.</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>
<p>RIVOLUZIONE CIVILE</p>  <p>Antonio Ingroia</p>	<p>La parola d'ordine è secca: «Rafforzare il sistema sanitario pubblico e universale». Con un'attenzione particolare che dev'essere rivolta alla non autosufficienza. Lo stesso leader di Rivoluzione civile, Antonio Ingroia, ha poi aggiunto che la gratuità dei <u>farmaci</u> va estesa ad alcuni <u>farmaci</u> di fascia C senza prodotti analoghi</p>	<p>in fascia A, soprattutto per i pensionati e per i bassi redditi. No ai tagli lineari indiscriminati contro i cittadini e le eccellenze. Eliminare tutte le misure che hanno favorito la sanità privata. Investire nella prevenzione, restituire un ruolo attivo ai Comuni, rivedere la rete ospedaliera con meno tagli dei posti letto ma creando cure e</p>	<p>servizi territoriali. Stop all'aziendalizzazione e alla prevalenza degli obiettivi economici su quelli di salute, impedire il doppio lavoro nel pubblico e nel privato, nuove nomine per i manager svincolandoli dal potere politico.</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>
<p>FARE PER FERMARE IL DECLINO</p>  <p>Oscar Giannino</p>	<p>Eliminare le sacche di spreco e definire chiaramente i contorni e il ruolo del servizio pubblico. «Sistema pubblico non vuol dire "non privato"», ha detto lo stesso leader di «Fermare il declino», Oscar Giannino. In questa direzione, dunque, saranno necessarie iniezioni di concorrenza a vasto raggio tra il sistema pubblico</p>	<p>e il privato. Sulla falsariga del modello, secondo FiD, seguito negli ultimi anni dalla Germania dove l'aumento della componente privata rispetto a quella pubblica avrebbe consentito di contenere meglio i costi generali. Tra gli sprechi, massima attenzione a quelli legati all'acquisto di forniture da parte di Asl e ospedali, cresciuti a</p>	<p>livello esponenziale. Rilancio e massima attenzione al ruolo delle industrie di settore. A cominciare da quella <u>farmaceutica</u>, colpita in quattro anni da tagli per 11 miliardi che avrebbe potuto reinvestire in ricerca e innovazione.</p> <p>EFFICACIA: ■ REALIZZABILITÀ: ■</p>

GERMANIA**Medici di famiglia
in via d'estinzione**Giardina a pag. **14***In Baviera l'età media è di 52 anni, il 25% ha più di 60 anni. E mancano i rincalzi*

Scompare il medico di famiglia

I rimasti guardano il pc anziché la faccia del paziente

da Berlino

ROBERTO GIARDINA

Sono andato dal mio medico di famiglia a Roma fin quando ha superato i novant'anni. Non prendeva appuntamenti, il primo ad arrivare entrava. Il secondo poteva aspettare anche per un paio d'ore. Perché la visita non si limitava a un'occhiata. Mi conosceva da ragazzo. E aveva intuito. Secondo me hai questo, diceva. Però poi mi faceva fare tutte le analisi necessarie. Difficile trovare un sostituto in Italia, quasi impossibile in Germania. Intanto, il medico di famiglia non viene a domicilio. Se hai la febbre al weekend vai in ospedale. Il mio medico della mutua invece di guardare me, guarda il suo computer, e crede alle statistiche soprattutto quelle americane. Ora è arrivata una Frau Doktor nel suo studio che chiacchiera anche per mezz'ora, con me e di me. Non è puntuale negli appuntamenti, ma preferisco così.

I medici di famiglia in Germania rischiano l'estinzione. In Baviera, l'età media è di 52 anni e sei mesi, uno su quattro ha più di 60 anni, e si calcola che, alla prossima generazione, la maggioranza sarà oltre la sessantina. Non si trovano successori.

La riforma sanitaria ha fatto calare i guadagni, e sono aumentate le spese per lo studio, anche a causa delle crescenti pratiche burocratiche da sbrigare. Fino ad ieri, c'era la lista d'attesa per rilevare una Praxis, lo studio con i suoi clienti. A Berlino si pagavano fino a 200 mila euro di buona entrata, come per le licenze dei taxi a Roma. In Baviera, in media, un medico che andava in pensione poteva contare su 125 mila euro: oggi, si dichiara soddisfatto se ne incassa 20 mila. In molti casi, è costretto a chiudere senza passare la mano. I pazienti dovranno cercare più lontano, sempre più spesso in un altro quartiere.

Così il doktor Stefan Streng è ricorso a mezzi estremi, racconta *Die Welt*. A Garmisch-Partenkirchen ha affisso un manifesto di tre metri per quattro con la scritta bilingue «We need you- wir brauchen dich», abbiamo bisogno di te, e ha pure aggiunto la traduzione in dialetto bavarese. Per la campagna pubblicitaria pagherà 400 euro per quattro settimane, ed è quasi sicuro che non servirà a niente. Il dottor Streng è arrivato quindici anni fa in Baviera dal vicino Baden-Württemberg, e pagò 125 mila euro per lo studio, un prezzo perfettamente nella media.

Impossibile che oggi li recuperi, anche se, grazie al manifesto, riuscirà a trovare un aspirante. «Non sono il solo, nei prossimi anni, dice, anche altri tre colleghi andranno in pensione, e la zona resterà senza medici».

Si cerca di correre ai ripari, e all'università di Monaco si invitano gli studenti di medicina a partecipare a colloqui e a seminari in cui si spiega che non devono per forza specializzarsi per avere una vita professionale ricca di soddisfazioni economiche. Dentisti, urologi, cardiologi, dermatologi, guadagnano bene, ma il medico di famiglia deve essere specializzato in tutto, avere sesto senso come il mio anziano dottore romano, e avrà una vita più ricca anche dal lato umano. I suoi pazienti restano negli anni e diventano amici. Purché li guardi in faccia invece di dialogare con il computer.

—© Riproduzione riservata—

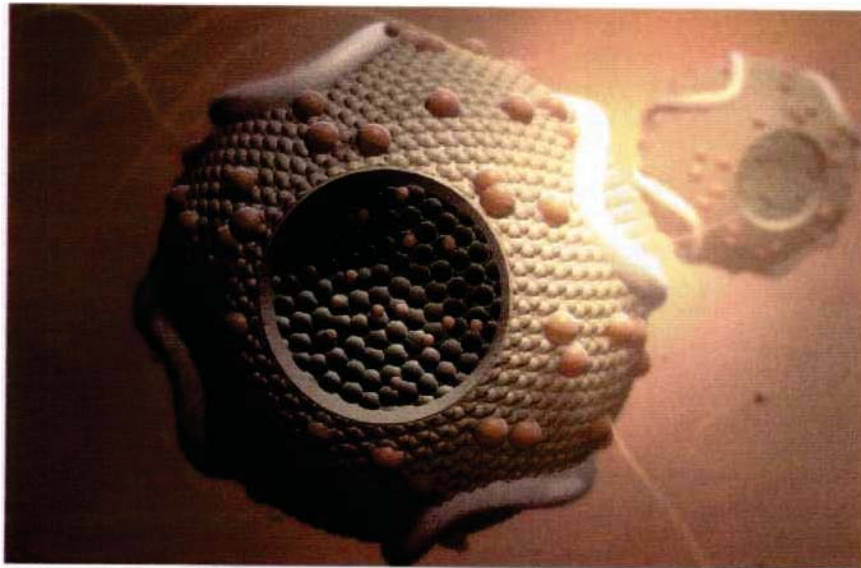


Il minsalute aggiorna le tariffe per la sanità marittima e aerea

Aggiornate le tariffe spettanti al ministero della salute per le prestazioni rese dagli uffici di sanità marittima aerea e di frontiera (Usmaf). Si tratta di servizi e attestazioni rilasciate su richiesta degli interessati in base a cadenze definite da norme di legge. Tra queste, per esempio, la vidimazione del registro stupefacenti di bordo nei casi previsti (che costerà 16,2 euro) o la vigilanza sulla derattizzazione e disinsettizzazione di imbarcazioni, navi fino a 250 tonnellate e aerei da diporto (53,9 euro) oppure navi di stazza superiore e aerei non da diporto (107,9 euro). A prevederlo è il dm 19 dicembre 2012 del ministero della salute, pubblicato sulla G.U. 38 di ieri. L'ultimo aggiornamento degli importi spettanti al dicastero per le prestazioni rese dall'Usmaf risale al 23 aprile 2003. L'adeguamento dei valori tiene conto del costo reale dei servizi erogati e del valore economico delle operazioni di riferimento. Le nuove tariffe entreranno in vigore dal 1° marzo 2013 e contestualmente saranno abrogati i dm Salute 6 giugno 2007 e 4 settembre 2007. Per gli accertamenti preliminari al rilascio di certificati per l'idoneità di cassette medicinali o delle farmacie di bordo si pagheranno rispettivamente 36 e 107,9 euro. Fissato a 36 euro anche il costo dei controlli volti al rilascio del via libera alla potabilità delle casse d'acqua. Tra le prestazioni modificate dal decreto pubblicato ieri c'è anche il rilascio di varie tipologie di nullaosta: dall'import-export di merci diversi dai generi alimentari umani o animali all'introduzione o estrazione di salme, organi e parti di cadavere. Infine, spazio a visite mediche di vario genere e vaccinazioni (quarantenarie e non): in tali ipotesi la nuova tariffa viene determinata sulla base del costo orario medio delle prestazioni professionali rese dal personale dirigente medico-sanitario e dal personale amministrativo coinvolto, calcolato sulla base della retribuzione annua lorda di ciascun dipendente diviso il numero di ore lavorative annue. Prevista nel dm anche l'attività di vigilanza sanitaria sull'importazione ed esportazione di sangue umano, dopo che il dm 12 aprile 2012 ha attribuito agli Usmaf funzioni di controllo.

Valerio Stroppa





Terapie rivoluzionarie C'è un gene in farmacia

Ci sono voluti oltre vent'anni, ma finalmente è fatta. La Commissione europea ha dato via libera per la prima volta a una terapia genica per una malattia ereditaria rara che causa un pericoloso accumulo di grassi nel sangue, chiamata Lpld (lipoprotein lipase deficiency).

A causa di un gene mutato, i malati di Lpld sono privi di un enzima che demolisce alcuni grassi, i quali si accumulano nel sangue fino a renderlo lattiginoso, causando gravi infiammazioni del pancreas. Non esistendo **farmaci**, i pazienti sono costretti a una dieta poverissima di grassi non sempre sufficiente a salvare il pancreas. Con il Glybera, così si chiama il nuovo farmaco, una sessione di iniezioni nelle gambe, che introducono nei muscoli il gene sano, mette in sicurezza il malato almeno per parecchi anni, senza particolari effetti nocivi.

La malattia colpisce soltanto alcune centinaia di europei, ma per la terapia genica è una svolta epocale. L'idea è semplice: se una malattia dipende da un gene difettoso, inseriamo nel malato la versione sana, sfruttando un virus. Il virus è un parassita

che inietta i suoi geni nelle cellule di uno specifico tessuto; sostituendo ai geni del virus quelli umani sani, questi ultimi saranno recapitati nelle cellule desiderate. Ma quando nel 1989 partirono le prime prove umane, si scoprì che la realtà è più complicata. Spesso il gene terapeutico non raggiungeva le cellule giuste o non funzionava. Peggio, a volte era nocivo. Oggi, però, «abbiamo nuovi virus molto meno propensi a dare reazioni avverse. Così abbiamo registrato successi prima per malattie del sistema immunitario e ora dell'occhio, del sangue e neurodegenerative. E l'interesse industriale cresce», spiega Alessandro Aioti, coordinatore della ricerca clinica all'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica a Milano.

Nel mondo si lavora su decine di malattie rare e dell'occhio, come la degenerazione maculare umida e il rigetto della cornea. E ad arrivare sul mercato potrebbe essere un prodotto made in Italy, sviluppato anche da Telethon contro un deficit che obbliga i bambini a vivere in una bolla sterile (l'Ada Scid).

Giovanni Sabato