

**Regioni.** Parla Vasco Errani (Emilia Romagna): le manovre hanno azzerato le risorse

# «Al federalismo serve un tagliando»

## TICKET SANITARI

«Ha detto bene il ministro **Balduzzi**: bisogna puntare su reddito, fedeltà fiscale, numerosità del nucleo familiare e appropriatezza»

**Roberto Turno**

ROMA

■ «Sul federalismo fiscale va fatta una verifica sostanziale. Dopo le manovre e i tagli di questi anni, i decreti attuativi della riforma di fatto non sono applicabili. Adesso bisogna decidere che scelta fare: non per rinunciare al federalismo, ma per costruire un percorso realizzabile senza passarsi il cerino da unamano all'altra». Vasco Errani (Pd), presidente dell'Emilia Romagna e rappresentante dei governatori, sa bene, e apprezza, che nel passaggio da Berlusconi (e Tremonti) a Monti c'è stato un cambio di passo nei rapporti col Governo. Le parole chiave del neo premier - equità, coesione, scelte condivise - piacciono alle Regioni, almeno a quelle che non sono a trazione leghista. Ma i governatori non rinunciano a rilanciare le «sette grandi questioni» che hanno da tempo in agenda. E anche se in maniera soft chiedono a Monti, che ha appena delegato al ministro Piero Gnudi la delega dei rapporti con le autonomie locali, di far seguire i fatti alle parole. Per questo sperano che già in settimana possa esserci un incontro a palazzo Chigi: prima della manovra, comunque, non a cose fatte come sempre accaduto con Berlusconi-Tremonti.

Dimostrare che la strada del

le scelte «condivise» è realizzabile, è insomma il messaggio che Errani lancia al Governo in un colloquio col Sole 24-Ore. A partire dal riconoscimento della bontà del sentiero indicato da Monti: «Il presidente del Consiglio ha fatto un ragionamento condivisibile e importante anche alla luce dell'esperienza che ci siamo appena lasciati alle spalle: la necessità di fare scelte per la crescita e per il governo della spesa pubblica e del debito, con una politica di sistema istituzionale». Dopo di che, aggiunge Errani, «bisogna costruire con i fatti».

E quel «vediamo i fatti» si traduce in casi concreti. Il ragionamento del tagliando da fare al federalismo è in un certo senso la cornice generale. Però c'è subito davanti l'«emergenza delle emergenze»: il trasporto pubblico locale, che dopo le ultime manovre dal 1° gennaio subirà tagli del 75%, con quel che ne discenderà per i servizi e per i cittadini. Ma credono davvero le Regioni che il nuovo Governo, con le condizioni date della finanza pubblica, possa andare loro incontro con una riapertura di credito? «Il problema non è quello delle aperture di credito - spiega Errani - ma di quali decisioni prendere insieme per la crescita e per la sostenibilità di un sistema di sicurezze e di welfare in cui ciascuno si assume le proprie responsabilità». E allora: che fare per il trasporto pubblico locale? «È necessario comprendere la gravità della situazione con uno sforzo di rifinanziamento, finalizzato a una riorganizzazione e ristrutturazione complessiva del si-

stema», propone Errani. Risorse per non azzerare i servizi, insomma, ma anche un'ampia riforma.

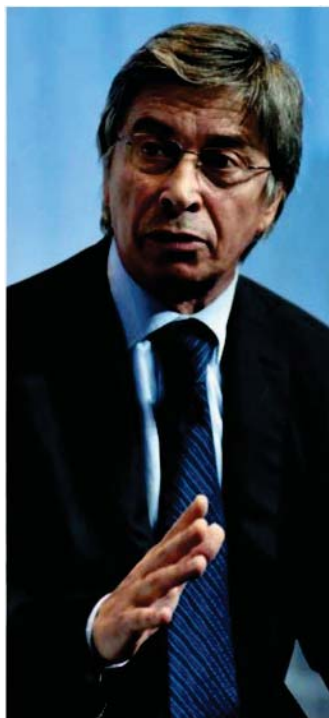
Poi c'è il nodo della spesa sanitaria, il 70% dei bilanci locali. Errani promuove in pieno la proposta sui ticket del ministro della Salute, Renato Balduzzi: «Ha detto bene il ministro. Il sistema dei ticket va rivisto con un approccio fondato sul reddito, sulla fedeltà fiscale, sulla numerosità della famiglia e sull'appropriatezza delle cure», è anche la linea regionale. Ma col «Patto» da scrivere a breve, altre due urgenze sono il rapporto tra i Lea (livelli essenziali di assistenza) e il finanziamento, che non basta più, e l'assenza di risorse per gli investimenti. «Con tagli senza un progetto non si va avanti: serve un disegno di equità».

Trasporto pubblico locale, sanità: tutti i nodi per le Regioni tornano alla questione del (sotto)finanziamento. Proprio come per il tagliando che si chiede di fare al federalismo: «Il decreto sul federalismo fiscale regionale dice esplicitamente che o si ritorna alla situazione pre tagli o bisogna riconsiderare la situazione», sottolinea Errani.

E se il Governo incontrerà le Regioni solo a cose (manovra) fatte, proprio come prima di Monti? «Credo e spero che non sarà così», auspica Errani. Non a caso le diplomazie, fuori e dentro palazzo Chigi, si stanno muovendo per evitare gli strappi del passato che oggi i mercati ci farebbero pagare a caro prezzo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Vasco Errani

**I NODI****Federalismo fiscale**

■ Le Regioni chiedono una verifica sostanziale. «Dopo le manovre e i tagli di questi anni – dice Errani – i decreti attuativi della riforma di fatto non sono applicabili».

**Trasporto pubblico locale**

■ Capitolo delicato. Il trasporto pubblico locale, dopo le ultime manovre, dal 1° gennaio subirà tagli del 75%, con quel che ne discenderà per i servizi e per i cittadini.

**Sanità**

■ Errani promuove in pieno la proposta sui ticket del ministro della Salute, Renato Balduzzi: «Il sistema dei ticket va rivisto con un approccio fondato sul reddito, sulla fedeltà fiscale, sulla numerosità della famiglia e sull'appropriatezza delle cure».

**Stefano Rodotà** Giurista e studioso di bioetica  
Autore di "La vita e le regole"

# «La riproduzione assistita ci rende liberi di scegliere Invocare la natura non ha senso»

**Tutto quello che è possibile tecnologicamente diventa eticamente e giuridicamente ammissibile? No, ma nel giudicare non ci si può appellare a un ordine naturale che sarebbe stato violato**  
**Vittorio Bonanni**

Essere "contronatura". Compiere un atto "contronatura". Quante volte abbiamo sentito questa parola, utilizzata per lo più dalla Chiesa cattolica e dalle sue gerarchie, per stigmatizzare comportamenti sessuali o atti sessuali non conformi a determinate regole, in primo luogo l'omosessualità. Oppure, più recentemente, per puntare l'indice contro quegli avanzamenti della scienza che hanno permesso alle donne e alle coppie di veder aumentate le possibilità di diventare madri, padri, insomma genitori. Senza dimenticare l'assoluta contrarietà della Chiesa all'uso degli anticoncezionali, anche quelli contrari alle leggi naturali. Ma come è possibile utilizzare ancora il richiamo alla natura per regolare i comportamenti umani quando l'uomo appunto da millenni è molto di più che un semplice essere in carne ed ossa? Affrontato il tema con Stefano Rodotà, giurista, da sempre in prima linea nella difesa di un approccio laico sui temi della bioetica.

**Professore, che senso ha ancora oggi richiamarsi alla natura per frenare determinati comportamenti o cambiamenti dell'essere umano, per esempio nei confronti del sesso e della procreazione?**

Partiamo da una valutazione generale. E' ovvio che la natura è un dato dal quale non si può prescindere. Il problema è quello legato all'uso che si fa del termine natura. Il primo problema sorge quando si usa l'espressione "diritto naturale". Formula largamente ambigua, nel sen-

so che, se non ricordo male, già Bobbio aveva contato qualcosa come sedici o diciotto significati che possono essere attribuiti all'espressione "diritto naturale". E questa espressione ci aiuta a capire che il riferimento alla natura è un riferimento strumentale, anche in senso positivo in alcuni casi. Per esempio, soprattutto in passato, il riferimento al diritto naturale è stato utilizzato per opporsi ad una certa utilizzazione del diritto da parte di regimi autoritari. Dicendo che ci sono situazioni che essendo legate alla natura dell'uomo, non possono essere negate da un governo. Questa è un'accezione positiva che ci mette di fronte ad un dato di realtà, rappresentato dal fatto che il riferimento alla natura è un riferimento che noi costruiamo in alcune situazioni per opporci a qualcos'altro e dunque non è semplicemente un estrarre dal dato biologico una legge o un indicazione dalla quale poi non si possa prescindere. L'uso del termine "contronatura" è stato oggetto recentemente di un bel libro di Francesco Remotti, intitolato *Contronatura, una lettera al Papa*, che esamina con grande cura le varie utilizzazioni del riferimento alla naturalità. E svela per un verso un dato di realtà che certamente non può non essere preso in considerazione. E dall'altro, invece rivela l'esistenza indiscussa di una curvatura di tipo autoritario.

**Che diventa reale soprattutto se qualcuno pretende di parlare a nome della natura...**

Se c'è qualcuno che si attribuisce quel diritto esclusivo di definire che cosa sia la natura e anche, di conseguenza, il diritto di parlare in nome della natura siamo certamente di fronte ad un dato di tipo autoritario e pericoloso. Il monopolio della parola relativa alla natura è qualcosa che porta con sé un rischio. In realtà l'espressione "contronatura", lo ricordava lei prima, è stata utilizzata per stigmatizzare i comportamenti. E quindi qui c'è immediatamente un significato di forzatura, di au-

toritarismo, rispetto a scelte individuali o collettive. E il riferimento alla natura diventa uno strumento per delegittimare questo tipo di scelte, in particolare quella dell'omosessualità. Oggi, se noi guardiamo al panorama che abbiamo di fronte, sia esso culturale, che medico - l'omosessualità è stata eliminata dalla lista delle malattie dall'Organizzazione mondiale della sanità - questo riferimento rimane confinato nella sua funzione politica, nel senso più largo del termine. Oggi quella espressione non corrisponde più al sentire comune diffuso, anche all'interno dello stesso mondo cattolico. Voglio citare semplicemente un numero di qualche anno fa di "Aggiornamenti sociali", rivista dei gesuiti e non un organo di feroci anticlericali, dove era stato pubblicato un dossier che si riferiva al matrimonio tra persone dello stesso sesso. E concludeva dicendo che il riconoscimento di un valore giuridico anche a questo tipo di unioni è un valore morale prima ancora che un obbligo giuridico.

**Tirare in ballo ripetutamente il concetto di natura, non comporta un approccio riduzionistico nei confronti del valore stesso della persona?**

Non c'è dubbio, noi siamo biologia ma soprattutto biografia. Siamo una costruzione consapevole attraverso il nostro rapporto con l'ambiente. Nessun genetista che abbia un minimo di serietà, usa discorsi di tipo deterministico o sostiene che c'è un corredo genetico dato una volta per tutte che mi accompagna immutato per l'intera mia vita. Dimenticando quanto sia fondamentale l'interazione con l'ambiente.



***Di recente il riferimento alla natura viene di nuovo tirato in ballo per mettere in discussione quegli avanzamenti della scienza biogenetica in grado di aprire strade nuove per chi non riesce a diventare genitori. Che cosa ne pensa?***

Questo avviene perché le innovazioni profonde determinate da questa rivoluzione scientifica, che continua e che non è arrivata ancora ad un punto finale che ci consenta di tirare le somme, ha determinato la possibilità di scelta da parte delle persone là dove prima era caso, destino o necessità. Una volta si nasceva in un solo modo. Oggi, dopo le ricerche di Edwards e il diffondersi in tutto il mondo delle tecniche di riproduzione assistita, è possibile sapere se, come e quando procreare. Questo pone certamente un problema di limiti. Però l'invocazione della natura diventa qualcosa che non regge, non solo di fronte al progresso scientifico, ma anche di fronte alla considerazione della vita quale ciascuno di noi evidentemente concepisce. La stessa medicina è stata sempre una sfida continua con la natura. L'uomo, fin dalle origini, ha cercato di sconfiggere il ciclo naturale per sopravvivere.

***Come può interagire il diritto con questo insieme di questioni?***

È qui nasce il problema. Perché in nome della natura si chiede al diritto di ricostituire l'ordine naturale "violato" dalla scienza. Come ha tentato di fare la legge 40 sulla procreazione assistita. Usando il diritto in termini puramente proibizionisti.

***Con un evidente fallimento dello stesso obiettivo che si era preposto di raggiungere...***

Certo, se consideriamo che in un anno ci sono più di diecimila donne che vanno fuori d'Italia per ottenere dalla tecnologia quello che qui è vietato. Insomma, la pretesa generale di ricondurre alla natura quei processi che naturali non sono più, attraverso l'ordine artificiale del diritto, di fatto, non regge. Questo vuole dire che tutto quello che è possibile tecnologicamente diventa eticamente ammissibile e giuridicamente possibile? Le cose non stanno così. Ma le valutazioni che devono essere fatte non devono essere legate a un modo di intendere la natura, ma sono riferite ad una serie di condizioni fisiche, corporee, culturali, sociali ed anche economiche.

**L'iniziativa** Nasce un consorzio pubblico-privato che punta anche a trovare nuovi farmaci per il Sud del mondo

# Malattie non più neglette

Una task force italiana per le «patologie della povertà»

*Come produzione scientifica di base l'Italia è ben piazzata, ma bisogna riempire il gap che c'è tra la ricerca e la realizzazione di nuovi farmaci e brevetti*

*Condizioni che nascono da una fragilità della società, non del singolo*

## Nuove strategie

Alleanza fra impresa, Cnr e Istituto superiore di sanità

**L**a dismissione di un centro scientifico italiano d'eccellenza, specializzato in biologia molecolare; il suo salvataggio, tre anni fa, con l'acquisizione da parte di un imprenditore privato, con l'obiettivo di rivitalizzare un patrimonio scientifico; la recente creazione di un consorzio, con la partecipazione di Cnr e Istituto superiore di sanità, vale a dire le due massime istituzioni medico-scientifiche del Paese; l'idea e la speranza, infine, di dedicarsi anche alla ricerca di farmaci contro le cosiddette "malattie neglette", con obiettivi sia economici sia sociali. Un percorso, per molti aspetti, rappresentativo dei tempi, dei problemi, ma anche delle risorse della ricerca in Italia.

Il laboratorio in questione, l'IRBM Science Park di Pomezia, a sud di Roma, apparteneva alla multinazionale americana Merck, che lo aveva ereditato dall'italiana Angelini. Le continue acquisizioni e fusioni in grandi gruppi farmaceutici portano alle concentrazioni della ricerca. E l'Italia, come è capitato spesso negli ultimi anni, è tra i Paesi più colpiti: tra i laboratori "sacrificati" c'è quello di Pomezia, che pure è già un'eccellenza a livello mondiale, soprattutto nel campo dei peptidi (i "mattoni delle proteine"). Tra le sue realizzazioni la creazione del *ralte-*

*gravir*, una sostanza che blocca un enzima coinvolto nella replicazione dell'Hiv, sviluppato tra gli altri da Vincenzo Somma e Sergio Altamura.

«La Merck ha lasciato il laboratorio, concedendo alcune commesse e supporto per tre anni — dice Piero Di Lorenzo, l'imprenditore romano che ha rilevato il parco scientifico e rilanciato l'attività —. Siamo intervenuti perché non si disperdesse i "cervelli" (ne sono rimasti circa 70) e per utilizzare attrezzature di alto livello e d'avanguardia, soprattutto nel campo dello screening computerizzato delle molecole. Cnr e Iss si sono interessati alle nostre potenzialità ed è nato il consorzio con l'obiettivo di creare un servizio per le aziende». Un consorzio pubblico-privato quindi, denominato con la sigla un po' astrusa di Cnccs. Alla cui direzione scientifica è rimasto uno scienziato di fama internazionale, Ralph Laufer, con i ricercatori Somma e Altamura.

«Come produzione scientifica di base — dice Giovanni Rezza, direttore del dipartimento malattie infettive e parassitarie dell'Istituto superiore di sanità e presidente del consorzio — l'Italia è ben piazzata, ma bisogna riempire il gap che c'è tra la ricerca e la realizzazione di nuovi farmaci e brevetti. In questo trasferimento siamo deboli, ca e industria: la missione del consorzio è proprio questa». Non per niente, negli ultimi tre anni si è verificato un calo del 20% delle registrazioni italiane all'Ufficio brevetti europeo, in campo biomedico. Ma quali saranno gli obiettivi concreti che si potranno, appena l'attività di ricerca sarà pienamente a regime? «Una delle idee — dice

Rezza — è di puntare su settori finora trascurati, come le malattie dette appunto "neglette"». Con questo termine si indica un gruppo di malattie che riguarda circa un miliardo di persone nel mondo, lo strato di popolazione più povero, tanto da essere definite anche "malattie della povertà". E che non vanno confuse con le "malattie rare".

«Le malattie rare derivano da una fragilità dell'individuo — dice Rezza —. Quelle neglette, che non sono affatto rare, derivano dalla fragilità delle società». Si tratta principalmente di 13 infezioni parassitarie e batteriche, che insieme alla febbre Dengue causano un carico di patologie e disabilità superiore a quello delle due principali malattie delle aree povere, cioè la malaria e la tubercolosi, e provocano più di mezzo milione di morti all'anno. Sono "neglette" perché riguardano aree geografiche a volte ristrette, comunque povere. Per dirla brutalmente, toccano marginalmente il mondo occidentale e per questo le farmaceutiche vi hanno prestato scarsa attenzione.

«Ma questo non significa che oggi non siano anche economicamente interessanti, proprio perché riguardano vasti strati di popolazione — conclude Rezza —. Le capacità scientifiche dell'Irbm sono un'occasione da non perdere per affrontare un terreno fin qui trascurato».

**Riccardo Renzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

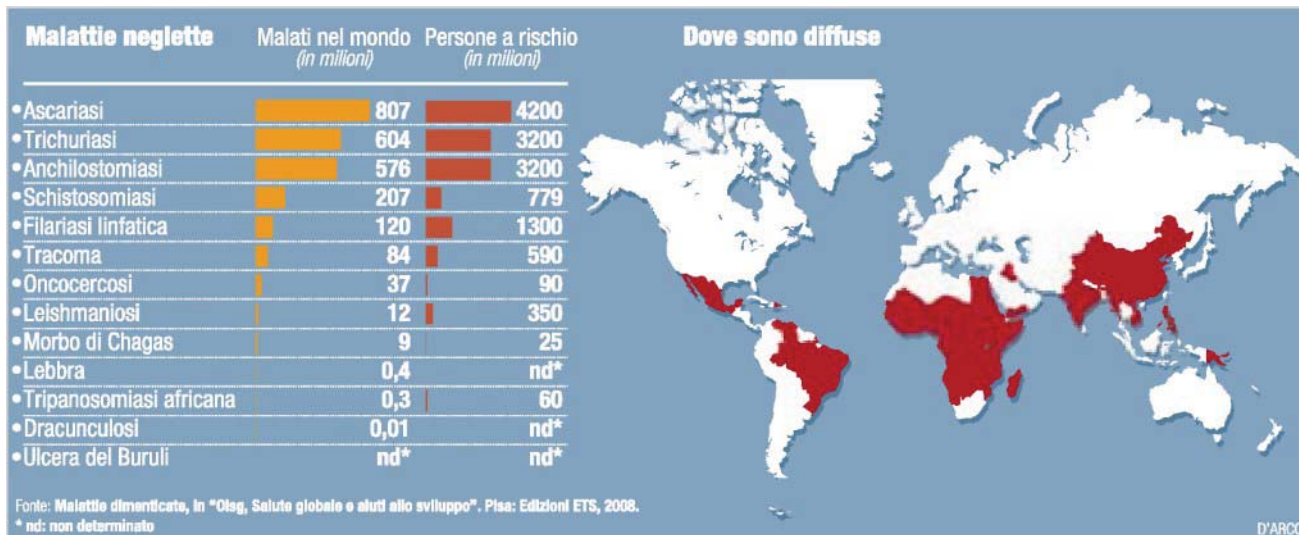


**Convegno**

**Un premio da una giuria di prestigio**

Avverrà domani a Roma la prima uscita pubblica del nuovo consorzio costituito dalla Irbm di Pomezia, dal Cnr e dall'Istituto superiore di sanità. Avverrà con il convegno internazionale «Bioeconomy Rome». Si discuteranno temi di economia sanitaria, centrati su uno studio, commissionato dal consorzio all'Università di Firenze con l'IMT Alti studi di Lucca, dedicato all'impatto economico della ricerca scientifica, sul campo biomedico e sul territorio.

Ma si terrano anche veri stati generali della ricerca biologico-molecolare, con scienziati di tutto il mondo. In questo ambito, prenderà vita anche un premio "per l'intuizione più innovativa del 2010", assegnato a due ricercatori da una giuria di assoluto prestigio, comprendente la Thomas Jefferson University, il Dana Faber Cancer Institute, il rettore dell'Università di Cambridge, il presidente dell'Aifa e il premio Nobel Rita Levi Montalcini.



## Il procedimento Analizzati i «lasciti» di altri laboratori

# Una miriade di molecole tutte da scoprire

### Recupero

### Principi attivi e computer «dismessi» per uscire dalla crisi della ricerca

**È** come una biblioteca, se non proprio di Babele, certo tra le più capaci al mondo. Però l'IRBM di Pomezia non contiene libri, ma molecole. Vengono, proprio come nelle biblioteche i libri, da fonti diverse, soprattutto da "lasciti" di altri laboratori.

«Spesso le indagini in biologia molecolare sviluppano diverse molecole da provare e molte vengono abbandonate, perché si rivelano inutili nella ricerca specifica e non arrivano alla brevettazione. E restano in fondo ai cassetti. Ecco, noi andiamo a ripulire i cassetti dei laboratori — dice Piero De Lorenzo —. Il nostro laboratorio dell'Irbm Science Park ha una "library" di 100 mila molecole, alle quali contiamo di aggiungere quelle che ci forniranno il Cnr e l'Istituto superiore di sanità. È un vero pozzo di scienza dal quale molti potranno attingere. In questo abbiamo avuto un grosso supporto dalle istituzioni pubbliche. Come si può constatare, quando i progetti sono seri e importanti, c'è attenzione per la ricerca. E grazie ai finanziamenti del ministero della Ri-

cerca aspiriamo a svolgere il ruolo di banca europea delle molecole». Ma non basta avere la biblioteca, occorre anche saper trovare i "libri" giusti, riconoscere quelli che servono. E in questo eccelle la capacità di screening computerizzato del centro. «Possiamo ricreare in microprovette il meccanismo molecolare alla base della malattia e analizzare contemporaneamente l'effetto di migliaia di molecole per combatterla in modo mirato», spiega Sergio Altamura, direttore del dipartimento di biologia. Un'idea semplice, in fondo, nuova nel panorama italiano, sia nei contenuti sia nel modello misto pubblico-privato con cui viene ora portata avanti. «Per sviluppare farmaci innovativi — dice Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Irccs Istituto dei tumori di Milano, rappresentante a pieno titolo della ricerca pubblica — servono nuovi modelli di interazione tra la parte accademica e la parte industriale, diversi da quelli fin qui dominanti. Il consorzio Cnccs, tra pubblico e privato, è in tal senso un'iniziativa interessante. Un esempio simile in Italia è la società nata in Lombardia attorno a un altro laboratorio "abbandonato", il centro di ricerca di Nerviano, specializzato in farmaci oncologici».

A quanto pare è forse partendo dalle provette e dai computer "dismessi" che si può pensare, in Italia, di uscire dalla crisi della ricerca.

**R. R.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## » Malati &amp; Malattie

di Gloria Saccani Jotti



## Salute e istruzione sono direttamente collegati in tutti i Paesi europei

**L**e differenze socio-economiche tra individui - dettate da un mix di istruzione, occupazione e reddito - sono spesso associate ad alcune malattie ed a diversi fattori di rischio per la salute. In particolare i livelli di istruzione giocano in tal senso un ruolo chiave. Molti, infatti, tra i soggetti affetti da diabete, asma e bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (COPD), mostrano un basso livello di istruzione, come pure gli obesi coloro che si mostrano più soggetti ad essere vittime di incidenti in casa, a scuola e durante le attività ricreative. Anche tra gli anziani, quelli che hanno un basso livello di istruzione tendono a non sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale, viceversa tra le donne, quelle che hanno effettuato lo screening per il tumore al seno ed al collo dell'utero, possiedono in maggioranza un alto livello di istruzione. Sono questi alcuni dei risultati preliminari del progetto pilota *European Community Health Indicators Monitoring*, illustrati recentemente durante un meeting svoltosi presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). «L'importanza di questo studio, portato avanti nel corso del 2011 - afferma Emauele Scafato, direttore del reparto del Cnesps Salute di popolazione e suoi determinanti che ha condotto lo studio nel nostro Paese - è consistita nella definizione, attraverso un percorso partito nel 1998, di un sistema condiviso di monitoraggio della salute in Europa». Ne è risultata una lista di 88 indicatori chiave (la Short List ECHI), tra cui diabete, depressione, indice di massa corporea, asma, pressione sanguigna, abitudine al fumo, consumo di frutta e verdura. «Nonostante i limiti connessi alla complessità e frammentazione dei sistemi di indicatori esaminati che non favoriscono la completa confrontabilità dei dati - continua - e malgrado le diverse fonti e metodologie d'indagine è stato possibile delineare alcune evidenze che indicano la rilevante influenza del livello socio-economico e di istruzione in particolare, sulla maggiore frequenza di malattia, non solo in Italia, ma in tutti i Paesi coinvolti nell'indagine. In estrema sintesi una conferma emergente che salute e welfare sono strettamente collegati. Programmare dunque a livello comunitario politiche sanitarie utili a ridurre la variabilità di quei determinanti socio-economici comuni per le malattie croniche gioverebbe alla salute dei cittadini».

---

[gloriasj@unipr.it](mailto:gloriasj@unipr.it)




# Servizio sanitario nazionale sempre più part-time

**54 mila**

È il numero dei lavoratori part-time, impiegati nel Servizio sanitario nazionale. Dieci anni fa erano 36 mila. Sono quasi tutte donne, sia tra i medici sia tra gli infermieri

*Cambia la fisionomia del personale che lavora per il Servizio sanitario nazionale (Ssn). Negli ultimi 10 anni, pur rimanendo pressoché invariato il numero totale dei dipendenti, si è infatti registrato un costante aumento dei lavoratori part-time: se nel 2001 erano 36 mila, nel 2010 sono diventati 54 mila. Nello stesso*

*periodo sono usciti dal Ssn circa 22 mila dipendenti con contratti a tempo pieno: si è passati infatti dai 652 mila del 2001 ai 630 mila del 2010. E quanto emerge dall'analisi dell'agenzia Adnkro-*

*nos Salute sulle tabelle del Conto annuale 2010 della Ragioneria dello Stato relative ai lavoratori del Ssn. Secondo tale rapporto, il numero dei lavoratori del Servizio sanitario nazionale si è attestato, per la precisione, a 688.557 unità (441 mila donne) a fronte delle 688.378 (406 mila donne) del 2001.*

*Però, se è vero che il numero totale di persone impiegate non è cambiato molto in 10 anni, altrettanto non si può dire per il numero di ore lavoro, visto che la quota persa in contratti a tempi pieno è stata rimpiazzata, e nemmeno completamente, da contratti part-time.*



**Per saperne di più** Sul Conto 2010 del pubblico impiego  
[www.rgs.mef.gov.it](http://www.rgs.mef.gov.it)





## Pillole di salute

# La chirurgia robotica Nuova frontiera al servizio dell'uomo

■■■ LUCA BERNARDO\*

■■■ Lo sviluppo tecnologico ha consentito l'avvio della chirurgia robotica, frontiera avanzata della chirurgia mini-invasiva, iniziata con l'esperienza laparoscopica. Tale tecnologia permette di superare alcune delle limitazioni della chirurgia laparoscopica ed estendere la chirurgia mini-invasiva a un maggior numero di patologie e pazienti, che possono così beneficiare di una chirurgia che - a parità di risultati con la chirurgia tradizionale - riduce il dolore postoperatorio, la degenza ospedaliera e offre migliori risultati estetici, permettendo di ripristinare con maggiore rapidità l'efficienza fisica e una normale qualità di vita.

Il chirurgo, seduto alla console, come riferisce il dottor Alessandro Bulfoni, ginecologo ostetrico della Clinica Mangiagalli di Milano, è in grado di eseguire, grazie all'ausilio di una visione magnificata e tridimensionale e di strumenti completamente articolati, movimenti armonici, accurati, in assenza di tremori fisiologici, che consentono una fine dissezione, suture intracorporee e rispetto assoluto di alcune strutture anatomiche (ad esempio i nervi).

Gli strumenti utilizzati in chirurgia robotica sono progettati per riprodurre fedelmente i movimenti della mano umana garantendo completa "libertà", sempre sotto il controllo dell'uomo.

Inoltre la punta degli strumenti da microchirurgia permette di ottenere il massimo della precisione.

«Le applicazioni» come spiega Bulfoni, «riguardano la chirurgia generale, quella toracica, la cardiocirurgia, l'urologia, la chirurgia ginecologica, la chirurgia vascolare e l'otorinolaringoiatria». Dopo aver effettuato un training sperimentale lo specialista raggiunge con soddisfazione gli obiettivi constatando una rapida curva di apprendimento indipendentemente dall'esperienza in endoscopia.

L'impiego di tale approccio chirurgico riguarda l'ambito ginecologico per interventi di particolare complessità sia per patologia benigna che maligna. In particolare il trattamento dell'endometriosi in stadio avanzato, alcune malformazioni genitali complesse - trattate

routinariamente alla Clinica Mangiagalli di Milano - la chirurgia oncologica radicale (istectomia radicale, linfadenectomie estese) per il trattamento di neoplasie genitali potrebbero trarre giovamento da questa nuova tecnica chirurgica.

La futura telechirurgia inoltre rende necessaria l'attuale preparazione degli specialisti di diverse divisioni creando in tal modo dei centri di riferimento per poli più piccoli e più periferici. Da ciò nasce l'indispensabile necessità di impiegare la chirurgia robotica con un approccio multidisciplinare.

Ad oggi, i costi che le Aziende Ospedaliere devono affrontare per utilizzare tale tipo di chirurgia sono ancora elevati, tanto da rendere il suo sviluppo più lento sul territorio nazionale.

Chiudiamo con il pensiero dell'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia Luciano Bresciani, che per tanti anni ha lavorato come cardiocirurgo in Italia e all'estero, che vede in particolare la Regione, sempre tesa al miglioramento in termini di qualità, efficienza e cura, l'acquisizione della tecnologia, come valore aggiunto di oggi, ma soprattutto del domani come riferimento non solo nazionale, ma anche con velleità comunitarie. «Tutto questo» afferma l'assessore Bresciani, «permetterà in particolare la cura di patologie che prevedono l'utilizzo di tecnologia avanzata, come la robotica, con esiti sempre più certi e innovativi».

L'importante è non avere timore di intraprendere nuovi percorsi, sempre gestiti e controllati dalla diade scienza-uomo, al fine di un miglioramento globale della salute, come più alta espressione della cura e del benessere dell'umanità.

**\*Direttore Dipartimento Materno-Infantile AO Fatebenefratelli e Oftalmico Milano**



Parla il **ministro della Salute Balduzzi**

## Sanità, i ticket vanno rimodulati

Il **ministro della Salute Renato Balduzzi** ne è convinto: serve rimodulare il sistema dei ticket sanitari, d'intesa con le Regioni "per seguire criteri di maggiore equità e trasparenza con il riconoscimento del reddito familiare e della numerosità dei figli". "E' una delle prime questioni del nostro lavoro", ha aggiunto Balduzzi, che ha fatto intendere che della questione si occuperà presto, "dentro al quadro complessivo del Patto per la Salute" che il prossimo anno scade e quindi deve essere rinnovato quanto prima. L'idea di rivedere i ticket piace alle Regioni, che hanno sempre mal sopportato l'idea di aver dovuto, nel maggio scorso, reintrodurre il balzello e viene accolta con favore anche dai sindacati e dalle forze politiche. Per Stefano Ceconi, responsabile Welfare Cgil, il punto d'arrivo, però deve essere l'eliminazione dei ticket.

"Se poi per arrivarci in maniera graduale si deve passare per la rimodulazione - dice senza mezzi termini - allora ben venga il confronto, ma per quanto ci riguarda l'obiettivo, alla fine dei conti, può essere uno solo". Anche la Società italiana di medici-

na generale, pone la questione dei ticket sanitari, "per le persone a basso reddito il ticket può significare la non accessibilità alle cure", fa notare il presidente Simg, Claudio Cricelli. Ignazio Marino, senatore del Pd e presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, suggerisce al neo ministro di applicare una tassa sul fumo: "con 50 centesimi a pacchetto, in un anno - ragiona - riusciremmo a ottenere quasi un miliardo e mezzo di euro per finanziare il nostro Servizio sanitario nazionale". "E' condivisibile che il **ministro della Salute Balduzzi**, ponga l'attenzione alla rimodulazione dei ticket sanitari ma auspichiamo che possa tenere conto, specie per alcune Regioni, delle esenzioni, cioè che non si gravi sulle casse già esangui delle Regioni", sottolinea invece l'assessore alla Sanità della Regione Siciliana, Massimo Russo. E c'è chi, come l'assessore pugliese alla Sanità, Tommaso Fiore, pur condividendo che venga posto il problema che riguarda i ticket sanitari chiede che, come primo atto, venga ritirata la proposta di riparto del Fondo sanitario per il 2012.



**CONGRESSO SOI A Milano 2500 specialisti**

# Occhiali in tre D per l'oculistica

*In diretta interventi chirurgici con il primo innovativo laser a femtosecondi*

**Luigi Cucchi**

■ Si è chiuso ieri il 91° Congresso nazionale della Società Oftalmologica Italiana (SOI) che ha riunito 2.500 oculisti da tutta Italia. Tre giornate di incontri, più di 80 sessioni di lavoro e un lungo collegamento in diretta con le sale operatorie della clinica San Pio X di Milano. Il congresso SOI è stato sede del più avanzato programma al mondo di chirurgia in diretta: la rivoluzione di quest'anno è la trasmissione della chirurgia in 3D tipo Avatar.

«Con la visualizzazione tridimensionale», dichiara Matteo Piovella, presidente della Società Oftalmologica Italiana, «si ha la possibilità di imparare le nuove tecniche chirurgiche e conoscere tutte le novità inerenti i materiali innovativi». I partecipanti hanno seguito in diretta con gli occhiali polarizzati interventi di cataratta, glaucoma e chirurgia refrattiva. Il laser a Femtosecondi è una delle novità più interessanti presentate al Congresso per la chirurgia della cataratta. Il sistema consente di ridurre al minimo i difetti post-operatori. «Il laser a Femtosecondi aumenta la sicurezza e migliora la precisione, la riproducibilità e la standardizzazione della procedura», sottolinea Piovella ricordando che le innovazioni tecnologiche e scientifiche procedono ed offrono nuove opportunità terapeutiche, ma spesso sono negate ai pazienti a causa dei limiti di budget del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. Così accade che chi potrebbe affrontare un intervento di cataratta riuscendo ad eliminare gli occhiali grazie ad un cristallino artificiale personalizzato, debba farne a meno o pagarselo privatamente. Così come chi soffre di degenerazione maculare senile può avere il rimborso dal SSN solo se il paziente ha un visus superiore a due decimi. Due casi di discriminazione contro cui la Società Italiana di Oftalmologia e l'associazione «Per vedere Fatti Vedere Onlus» ([www.pervederefattivedere.it](http://www.pervederefattivedere.it)) si battono da tempo. Ogni anno in Italia vengono eseguiti 500 mila interventi di cata-

ratta, una procedura chirurgica che rappresenta l'83% del lavoro di un reparto di Oculistica, per una patologia che colpisce due persone su tre dopo i 70 anni. «Negli ultimi anni si sono evolute le metodiche di intervento», spiega il presidente della SOI - e ormai si applicano cristallini artificiali personalizzati che correggono anche astigmatismo e presbiopia eliminando nel 20-25% dei casi la necessità di portare occhiali dopo l'operazione». Negli ospedali e nelle cliniche convenzionate si utilizzano cristallini monofocali tradizionali che costano 120 euro. «Il primo problema», spiega Piovella, «è che il 90% delle persone che si sottopongono ad un intervento di cataratta non sono a conoscenza di queste nuove possibilità. Il medico ha l'obbligo di dare la giusta informazione con il consenso informato, ma finora si è tergiversato perché questa situazione mette in crisi l'ospedale pubblico che non riesce a garantire questa innovazione».

Da questo stato di fatto nasce la campagna «Cataratta e via gli occhiali... io cisto», con la quale si propone di introdurre una compartecipazione alla spesa dando la possibilità a chi lo vuole di coprire il costo del cristallino di nuova generazione pur di risparmiare in futuro l'acquisto di occhiali e di avere una qualità di vita migliore. Dal sondaggio effettuato attraverso il sito dell'associazione «Per vedere Fatti Vedere Onlus», è emerso che il 93% dei pazienti, se rientrasse nei casi in cui è utilizzabile il nuovo cristallino, sarebbe disponibile a partecipare alla spesa. Oggi il paziente che vuole usufruire di questa innovazione è costretto a pagarsela per intero presso una struttura privata spendendo circa 4 mila euro. Introducendo la compartecipazione, invece, il SSN pagherebbe i costi dell'intervento senza aumentare la sua esposizione finanziaria e il paziente pagherebbe circa 6-700 Euro per il cristallino di nuova generazione». Si tratta di una soluzione già adottata negli Stati Uniti, in alcune regioni della Germania ed anche in Spagna.



di **Marco Lillo**

## A DON VERZÈ I SOLDI, AI MALATI NO

**F**inalmente una Procura si interessa della storia delle ville del San Raffaele di Mostacciano, uno scandalo denunciato due anni fa dal *Fatto*. Due delle tre ville sono state comprate nel 2009 dall'Ifo di Roma al prezzo stratosferico di 10 milioni. pag. 17 ▼

# FAVORI A DON VERZÈ E SALTA LA CURA AI MALATI DI CANCRO

## Due ville comprate a prezzi esorbitanti dal ministero e una svenduta a Pollari

**Dieci milioni  
di euro buttati  
per strutture  
inutilizzate  
Promosso da  
Fazio il dirigente  
che ha firmato**  
di **Marco Lillo**

**F**inalmente una Procura si interessa della storia delle ville del San Raffaele di Mostacciano, uno scandalo denunciato due anni fa dal *Fatto*. Due delle tre ville sono state comprate nel 2009 dall'Ifo di Roma (ente regionale che gestisce l'ospedale Regina Elena) al prezzo stratosferico di 10 milioni. Quei soldi, stanziati dal ministero diretto da un dirigente del San Raffaele, Ferruccio Fazio, potevano essere usati per curare i malati di tumore con macchine e sale operatorie più moderne e invece sono finiti nel buco nero

del crac del San Raffaele. Il direttore dell'Ifo che firmò quell'acquisto inutile, Francesco Bevere, è stato promosso dall'ex ministro Ferruccio Fazio nel dicembre 2010 direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della salute, un ruolo di prestigio. Non meno scandalosa la storia della terza villa, svenduta quattro anni prima a mezzo milione di euro a un altro amico di don Verzè: Niccolò Pollari, allora capo dei servizi segreti militari. Il *Fatto* si era già occupato della doppia vendita due anni fa. Ora qualcosa si muove, ma a Milano. La società di consulenza Deloitte, incaricata dalla nuova amministrazione di far luce sui conti del San Raffaele, dedica un paragrafo della sua relazione, finita agli atti dell'inchiesta dei pm milanesi sul crac, a questa vicenda immobiliare. Al di là della sua rilevanza penale, la storia delle tre ville merita di essere raccontata perché rappresenta un oltraggio ai malati di tumore in cura al San Raffaele di Milano e al Regina Elena di Roma.

**PER CAPIRE** perché bisogna prima andare al catasto e poi a Mostacciano per vedere il diverso prezzo e destino delle ville comprate dall'Ifo e da Pollari. Delle due ville comprate con soldi pubblici, la costruzione più grande è completamente abbandonata. Nella piscina (cosa se ne dovevano fare i malati di tumore è un mistero) cresce l'erba e gli operai usano il giardino come base dei lavori nel complesso del Regina Elena che si trova alle spalle. L'altra villa più piccola è usata solo per una minima parte per gli uffici tecnici dell'Ifo, l'ente regionale che ha sperperato i 10 milioni.

Il 21 luglio 2009 Francesco Bevere, il direttore generale dell'Ifo, l'istituto pubblico controllato dalla Regione Lazio che gestisce gli ospedali Regina Elena e San Gallicano, delibera l'acquisto. A mettere i soldi è il ministero della Salute diretto da Ferruccio Fazio che il 26 marzo 2009 assegna con un solo decreto ben 19 milioni all'Ifo: 10 milioni e 260 mila euro per l'acquisto di due ville e dei suoli annessi, più altri 4,5 milioni per comprare un macchinario



modernissimo per la tomoterapia e altri 3,8 milioni per l'adeguamento alle norme antincendio delle sale operatorie. A prescindere dai conflitti di interesse di Fazio (come *Il Fatto* ha scritto, la tomoterapia rappresenta la specialità dell'azienda di famiglia del ministro) sarebbe stato meglio spendere i dieci milioni di euro per quella macchina e per le sale operatorie, invece che per una villa con piscina nella quale oggi si tuffano le rane di Roma.

**L'EX DIRETTORE** dell'Ifo, Francesco Bevere, nonostante lo stato delle ville dopo due anni dalla sua scelta, continua a difendere l'operazione. "Quando ero all'Ifo ho presentato un progetto e ho ottenuto da tempo", spiega Bevere, "un finanziamento di 5 milioni dalla Regione per la realizzazione, nella nuova proprietà immobiliare, di un Hospice, di un moderno Reparto di terapia del dolore e di interventi di riabilitazione a favore dei malati oncologici. Un'altra porzione della proprietà acquistata era finalizzata all'installazione di una modernissima apparecchiatura di protonterapia". Al *Fatto* risulta però che in Regione la pratica è ferma. Se le ville comprate con tanti soldi pubblici sono inutilizzate quella comprata da Pollari con pochi soldi privati è stata ristrutturata alla grande dalla famiglia dell'ex generale, ora consi-

gliere di Stato, che può tuffarsi in piscina alla faccia dei pazienti e dei creditori del San Raffaele. Il villino Anselmo, ora villa Pollari, era stato comprato per 1,2 milioni di euro dal San Raffaele nel 18 luglio 1994 e svenduto a Pollari 11 anni dopo a 500 mila euro.

L'ex capo del Sismi giustificò il prezzo ridicolo per 27 vani catastali con una perizia che attestava lo stato fatiscente. Ma i consulenti di Deloitte scrivono: "Risultano disponibili tre perizie di valutazione". L'ultima è quella dell'architetto Munari "che stimava il villino in data 22 luglio 2005 in prossimità della cessione in euro 498 mila", ma prima ce n'erano altre due. Nel dicembre 2003 l'architetto Moauro stimava il valore dell'immobile in 2,1 milioni. Pollari giustificò il prezzo basso con la necessità dei lavori. Ma i consulenti annotano che nella terza valutazione, fatta dall'Ufficio del territorio su richiesta dell'Ifo, il prezzo era ridotto proprio "in ragione dei costi stimati di ristrutturazione a 1,4 milioni di euro". Non solo: "È stata rinvenuta una comunicazione datata 11 febbraio 2004 indirizzata dall'amministratore della Fondazione San Raffaele Mario Cal all'agenzia del territorio, nella quale Cal sosteneva che la perizia da 1,4 milioni meritava di essere rivista in ragione del trend di forte incremento dei valori immobiliari". Altro che mezzo milione.