

Una nuova generazione senza Aids? "Yes, we can"

A Washington il summit per la lotta all'Hiv. Ora si può convivere con il virus

<p>34 milioni</p> <p>È il numero degli infettati dal virus dell'Hiv in tutto il mondo: la metà sono donne</p>	<p>2,8 per cento</p> <p>Il tasso di nuove infezioni tra i ragazzi americani di colore è quasi doppio rispetto ai coetanei bianchi</p>
--	--

il caso

VALENTINA ARCOVIO

Tante speranze per arginare l'epidemia di Aids, ma ancora tanta preoccupazione per i nuovi contagi e per lo sviluppo di resistenze ai farmaci contro l'Hiv. E' tra luci e ombre che si è aperto ieri a Washington il XIX Convegno Mondiale per la lotta Aids, dove oltre 20mila tra esperti e sieropositivi si sono riuniti per fare il punto sui progressi raggiunti e sullo stato della terapia per arginare la diffusione del virus.

La comunità scientifica è convinta di essere di fronte a una svolta: «La medicina ha fornito gli strumenti necessari a ridurre drasticamente le nuove infezioni da Hiv, anche se non ha trovato il vaccino, e ora tocca ai Paesi utilizzarli», ha dichiarato Anthony Fauci, tra i principali esperti mondiali della malattia. Ma a rovinare la festa - segnata dal ritorno, dopo 21 anni, del simposio organizzato dall'International Aids Society, grazie alla rimozione da parte dell'amministrazione Obama del controverso bando che vietava l'ingresso negli Usa ai sieropositivi - i dati diffusi da uno studio pubblicato su «Lancet». Stando ai risultati, le resistenze ai farmaci contro il virus dell'Hiv, soprattutto nei Paesi dell'Africa sub-sahariana, sarebbe-

ro in aumento. In Africa orientale, ad esempio, si è registrato un tasso di aumento pari al 29% all'anno, mentre in Africa meridionale il tasso è a quota 14 per cento.

Neanche Gran Bretagna e Usa ne escono indenni: secondo i ricercatori, l'aumento delle resistenze ai farmaci è salito attorno al 10%. Negli Usa, in particolare, si aggiunge anche il preoccupante dato secondo cui sono in aumento le infezioni fra i giovani di colore omosessuali e bisessuali con percentuali paragonabili a quelle dell'Africa sub-sahariana. Rincarare la dose anche Ignazio Marino, presidente dell'organizzazione non profit che si occupa di assistenza sanitaria di base nella Repubblica Democratica del Congo. «Qui in Congo meno del 15 per cento dei pazienti che necessita di terapia antiretrovirale la riceve - dice -. Solo l'11% delle strutture sanitarie offre il trattamento e meno del 6% di madri sieropositive ha accesso ai farmaci antiretrovirali per prevenire la trasmissione dei virus ai loro bambini».

Ma qualche segnale di ottimismo c'è, eccome. «I progressi fatti contro la pandemia sono enormi - commenta il senatore - e i nuovi dati forniti dalle Nazioni Unite sono straordinari. Una decade di trattamenti antiretrovirali ha trasformato l'Hiv da condanna a morte in malattia cronica gestibile con successo. C'è la concreta opportunità di eliminare del tutto la tra-

missione del virus dalle madri ai neonati nei prossimi tre anni e di raggiungere l'obiettivo di assicurare i farmaci antiretrovirali a 15 milioni di persone entro il 2015».

Attualmente sono 34,2 milioni le persone che vivono con il virus Hiv nel mondo e, nonostante il numero di nuovi contagi stia lentamente calando, ogni anno sono 2,5 milioni i nuovi casi registrati.

L'anno scorso nel mondo sono stati investiti 16,8 miliardi di dollari contro l'Aids nelle nazioni povere, le più colpite. Tuttavia ci vorrebbero ancora 7 miliardi per raddoppiare entro il 2015 il numero persone che ricevono i farmaci per sopravvivere, attualmente otto milioni.

Buone notizie, infine, arrivano da uno studio made in Italy pubblicato su Pnas, e che verrà presentato nei prossimi giorni a Washington. Si tratta della scoperta, firmata da ricercatori dell'Ospedale e dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, di un meccanismo in grado di smascherare il virus dell'Hiv, che rimane nascosto nelle cellule e che in pratica diminuisce l'efficacia dei trattamenti.



“Ora il malato-tipo è un eterosessuale di mezza età”

Il ricercatore: ci vogliono più fondi per la prevenzione

IL MONDO SOMMERSO

«Un sieropositivo su quattro non sa di esserlo»

DANIELE BANFI
MILANO

Il summit di Washington di quest'anno cade in un momento di profonda crisi economica. Le proiezioni dicono che per i prossimi due anni mancheranno all'appello 7 miliardi di dollari per raggiungere l'obiettivo minimo che prevede la garanzia di accesso ai farmaci per tutti i malati di Aids». A lanciare l'allarme è Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco all'Istituto superiore di Sanità e scienziato di fama mondiale.

Professore Vella, come si può rimediare a questo trend così pericoloso?
«La crisi sta aggravando la situazione e gli investimenti da parte dei governi stanno diminuendo. Ma per sconfiggere l'Aids occorre un approccio a 360 gradi. Questa malattia, infatti, non conosce confini geografici e, quindi, è poco lungimirante pensare di curarla soltanto a casa propria. Occorre una politica condivisa. Più persone vengono curate e più la possibilità di fermare il contagio potrà aumentare. In questi anni è stato fatto molto, ma il tema dell'accesso alle cure per tutti non deve finire nel dimenticatoio. Quello che sarebbe un risparmio nel breve termine si tramuterebbe in un problema di portata molto maggiore di quello attuale».

E allora quali sono, secondo lei, le possibili soluzioni?
«La più ovvia è quella dell'aumento dei fondi da stanziare. In alcuni Stati dell'Africa, che stanno investendo nella prevenzione, stiamo registran-

do netti miglioramenti nel controllo della malattia. Ma sarebbe già un successo ottimizzare al meglio le somme che abbiamo già a disposizione. Bisognerebbe semplificare il sistema e renderlo più efficiente, evitando tutti i possibili sprechi».

Oltre alle questioni politiche, si parlerà anche di ricerca. Quali passi avanti sono stati fatti dagli Anni 80?

«Negli ultimi 30 anni abbiamo assistito a un sensibile miglioramento delle cure. Se all'inizio di Hiv si moriva, oggi l'aspettativa di vita media dei malati è paragonabile quasi a quella degli individui sani. La ricerca ha fatto passi da gigante non solo nel garantire la sopravvivenza, ma anche la qualità della vita. Se in passato per curarsi era necessario assumere 28 compresse al giorno e con notevoli effetti collaterali, oggi una sola pastiglia è in grado di sostituirle tutte».

Vaccino, l'eterno incompiuto: a che punto siamo?

«Sino ad oggi si è sempre lavorato al fine di cronicizzare la malattia. Ora gli sforzi si stanno concentrando sul problema di trovare una cura. Questa soluzione potrebbe passare dalla creazione di un vaccino terapeutico. Al momento non c'è nulla di concreto, ma la lentezza non è dovuta al "complotto". Questo virus è unico nel suo genere: a differenza di altri è velocissimo ad infettare le cellule ed è per questo che le difficoltà nel creare una cura sono così evidenti».

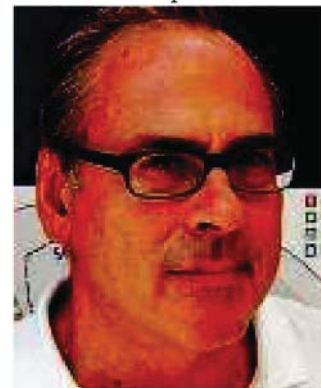
Quale situazione sta attraversando l'Italia?

«Secondo le ultime statistiche, si calcola che nel nostro Paese siano circa 180 mila le persone affette da Hiv e 40 mila quelle con Aids. Ma il problema è il mondo sommerso: sembra che un sieropositivo su quattro non sa di esserlo.

Se prima ad essere malati erano gli individui con comportamenti a rischio, ora si tratta di persone eterosessuali di mezza età o età avanzata, contagiate a causa dei comportamenti a rischio avvenuti 10-15 anni fa».

E i tempi? Come vede il futuro della lotta all'Aids?

«Sono convinto che riusciremo a trovare una cura definitiva, è solo questione di tempo. Gli errori che non dobbiamo compiere sono perdere la fiducia e lasciare scappare l'occasione dell'accesso universale alle cure in nome della crisi. La lotta all'Hiv non può permettersi una pausa né tantomeno una visione locale del problema».



Stefano Vella
È direttore del Dipartimento del farmaco all'Istituto superiore di Sanità



Siamo alla vigilia della definitiva eradicazione del virus che ne è il responsabile: l'Hiv

Dopo 30 anni l'Aids è sconfitto

Sono 35 milioni oggi nel mondo le persone affette dalla malattia

DI ANDREA BRENTA

Il virus Hiv, responsabile dell'Aids, la sindrome da immunodeficienza acquisita, avrebbe ormai i giorni contati.

Quello di una sua definitiva eradicazione è infatti l'obiettivo lanciato nel corso della XIX Conferenza internazionale sull'Aids, che si è aperta domenica a Washington (Usa) e che vede la partecipazione, fino al 27 luglio, di 25 mila persone (ricercatori, personalità politiche e del mondo dello spettacolo, militanti anti-Aids) provenienti da più di 190 paesi.

L'epidemia di Aids era stata identificata più di trent'anni fa, nel 1981. In assenza di cure, i primi dieci anni avevano messo l'accento sulla prevenzione. Il secondo decennio ha permesso di sviluppare dei farmaci antivirali in grado di stabilizzare questa malattia mortale. Nel corso degli ultimi dieci anni, l'obiettivo, sulla via del successo, è stato quello di rendere accessibili questi farmaci a tutti i malati, compresi quelli che vivono nei paesi in via di sviluppo.

Il decennio che si è aperto punta invece a mettere la parola fine

alla terribile pandemia che in trent'anni ha provocato oltre 30 milioni di morti. Ossia a eradicare il virus Hiv, responsabile dell'infezione che attualmente affligge 35 milioni di persone nel mondo.

«Possiamo affermare oggi con sicurezza», ha dichiarato **Anthony Fauci**, direttore dell'Istituto americano delle allergie e delle malattie infettive, «che abbiamo le basi scientifiche per mettere fine a questa epidemia. Non sappiamo quando ci arriveremo. Tutto quello che possiamo dire è che la scienza è dalla nostra parte e che possiamo vedere la fine del tunnel».

Allo studio ci sono nuove strategie terapeutiche, tuttavia Fauci spera che gli antiretrovirali utilizzati preventivamente in soggetti sieronegativi che ab-

biano relazioni sessuali a rischio contribuiscano a ridurre i contagi. Un farmaco di questo tipo, il Truvada, è stato da poco autorizzato negli Stati Uniti e potrebbe ridurre del 75% il rischio di essere infettati in soggetti sani all'interno di coppie sierodiscordanti. Ma l'eradicazione del virus passa anche attraverso la cura di tutti

i malati: il fatto di ricevere degli antiretrovirali riduce fortemente la carica virale dei sieropositivi, i quali trasmettono molto meno il virus ai propri partner sessuali.

Secondo gli ultimi dati dell'Unaid, il programma delle Nazioni Unite per l'Aids, più di 8 milioni di persone contaminate dall'Hiv assumevano antiretrovirali a fine 2011 nei paesi a basso reddito: un numero record, in aumento del 20%. Ciò significa che ne beneficia il 54% dei 15 milioni di infetti che ne hanno bisogno. Questo nel 2011, secondo l'Onu, ha avuto come effetto un calo del 24% della mortalità, soprattutto nell'Africa subsahariana, la regione più devastata dalla pandemia.

Una doccia fredda arriva tuttavia sul fronte della prevenzione. Come infatti sottolinea la rivista *Lancet*, le campagne di prevenzione dell'Aids tra la popolazione omosessuale sono assolutamente da rivedere e in numerosi paesi, in seno alla comunità gay, l'Aids può essere considerata come «un'epidemia riemergente». E questo malgrado trent'anni di campagne di prevenzione e sensibilizzazione.

—© Riproduzione riservata—



Roma L'errore all'ospedale San Giovanni. Il ministro Balduzzi invia gli ispettori

Neonato ucciso dalla flebo

La madre: voglio giustizia

Latte al posto della soluzione fisiologica. Sette indagati

29 maggio

Nasce prematuro

Jacqueline De Vega concepisce Marcus, nato prematuro all'ospedale Grassi di Ostia

ROMA — Hanno scambiato il tubicino che portava il cibo nello stomaco con quello che finiva in vena e la soluzione con il latte è finita nel sangue. Così è morto il 29 giugno nell'ospedale San Giovanni un neonato prematuro di origine filippina, Marcus De Vega, dopo appena un mese di vita. «Voglio la verità, voglio giustizia: perché è morto il mio Marcus? Andrò fino in fondo», annuncia la madre Jacqueline.

Sul caso sono state aperte tre inchieste: una della Procura di Roma, una interna all'ospedale e una del ministero della Salute. Dopo la segnalazione dei carabinieri del Nas, il pubblico ministero Michele Nardi ha bloccato la procedura della cremazione, già prevista, disponendo accertamenti. Al momento sarebbero iscritte nel registro degli indagati sette persone tra medici e dirigenti dell'ospedale, ma è probabile che l'indagine possa allargarsi coinvolgendo anche tutti gli infermieri della Neonatologia: il reato ipotizzato è omicidio colposo. Gli inquirenti, coordinati dal procuratore aggiunto Leonardo Frisani, hanno acquisito la cartella clinica del neonato e attendono ora i risultati dell'autopsia. Ieri il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha inviato i suoi ispettori anche per chiarire il motivo del ritardo nella denuncia da parte del San Giovanni, sebbene tutti in ospeda-

30 maggio

Trasferimento a Roma

Il piccolo pesa appena 700 grammi e viene trasferito alla Neonatologia del San Giovanni di Roma

le da settimane non parlassero di altro.

La presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, spiega così i fatti: «È una cosa gravissima e tristissima. Un errore materiale a quanto appare dalle indagini già eseguite». Dopo i funerali il 3 luglio nella camera mortuaria del San Giovanni, nei pressi dell'omonima basilica, il corpo di Marcus De Vega è inviato al cimitero di Prima Porta per essere cremato, secondo una volontà espressa dalla madre. Nei giorni successivi, però, la salma viene riportata nell'ospedale su richiesta della direzione del San Giovanni: «Volevamo capire che cosa fosse realmente accaduto — spiega Gianluigi Bracciale, il direttore generale — e c'erano alcune anomalie: il 2 luglio ho saputo le prime notizie sull'incidente e il giorno dopo abbiamo presentato un esposto». Il 10 luglio la salma è stata trasferita nel Policlinico Tor Vergata per l'autopsia su disposizione del sostituto procuratore Michele Nardi.

A fine maggio, secondo la ricostruzione dei carabinieri del Nas, Jacqueline De Vega, dopo essere stata abbandonata dal compagno, alla ventiseiesima settimana di gestazione, comincia ad avere le contrazioni e va al Grassi di Ostia di salute del piccolo, prema-

27 giugno

Lo scambio della flebo

Al neonato viene somministrato del latte nella flebo di soluzione fisiologica

turo di 26 settimane che pesa appena 700 grammi, i medici trasferiscono madre e figlio al San Giovanni, attrezzato con la terapia intensiva nella Neonatologia, diretta da Carolina De Carolis. Ma qualcosa non va per il verso giusto: il 27 giugno, dopo averlo pesato, si verifica l'errore fatale. Il bambino comincia a stare male e dopo 48 ore muore. Sulla vicenda, per giorni, cala un silenzio totale. Fino a quando qualcuno dalla direzione dell'ospedale si accorge che nella cartella clinica di Marcus qualcosa non quadra.

Il Tribunale per i diritti del malato rivela che tra il 2009 e il 2010 «le segnalazioni sulle disattenzioni del personale ospedaliero sono più che raddoppiate, passando dal 5,8 al 12,9%». Il senatore Ignazio Marino (Pd) rincara la dose: «Il neonato si trovava in una incubatrice senza bilancia, obsoleta e poco sicura. Purtroppo, in questi momenti, è ancora più evidente quanto la mancanza di investimenti negli ospedali pubblici possa produrre conseguenze tragiche».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il direttore generale: «Siamo stati noi a informare la procura, eppure c'è stato qualcosa che non mi è piaciuto»

Tre giorni tra la morte e la denuncia “Ma non abbiamo coperto nessuno”

LAURA SERLONI

ROMA — Tre giorni. È il tempo trascorso tra la morte del piccolo Marcus nel reparto di Neonatologia dell'ospedale San Giovanni e la denuncia in procura presentata dai dirigenti dell'azienda sanitaria. Un ritardo inspiegabile, quello tra il 29 giugno e il 2 luglio sul quale ora sta indagando la magistratura. In mezzo c'è un lungo weekend con la festa, venerdì 29, dei patroni Pietro e Paolo. Il lunedì successivo è la data in cui i sanitari avviano i vertici dell'azienda. Un'attesa che non convince neanche il direttore generale Gian Luigi Bracciale: «C'è stato qualcosa che non mi è piaciuto. Non ho capito bene dov'è stato l'intoppo, ma ci penserà il magistrato». Insomma accuse e sospetti: qualcuno forse voleva tenere tutto nascosto. Al momento non c'è stato alcun provvedimento di sospensione che potrebbe arrivare già oggi.

Al centro dell'inchiesta, oltre all'errore umano e all'utilizzo di macchinari obsoleti, anche i tempi della denuncia. Si cerca di far luce sulle cause del decesso del bimbo e su come mai il personale sanitario non abbia subito avvisato la direzione. Il piccolo nasce il 29 maggio al Grassi di Ostia. È di ap-

pena sei mesi e viene trasferito al San Giovanni nel reparto di Neonatologia, la terapia intensiva per i bimbi nati prematuramente. Dall'inchiesta interna, avviata dal direttore Bracciale, emerge che il 27 giugno sarebbe stato somministrato il latte per via endovenosa o che sarebbero stati scambiati i sondini. Un errore fatale che ha portato alla morte di Marcus un giorno e mezzo dopo, il 29 giugno. «Io, sebbene fosse festa, quel giorno ero in ospedale: l'ho messo nero su bianco — si difende Gerardo Corea, direttore sanitario del San Giovanni — Sapevo quello che era successo, ma c'era la necessità di capire cosa fosse accaduto, di vedere le cartelle cliniche. C'è da dire che facciamo 160 mila prestazioni l'anno, come medico e padre non posso che essere molto scrupoloso.

Così quando i sanitari si sono presentati da me ho fatto i dovuti passaggi, scrivendo al direttore cosa stava accadendo e abbiamo deciso di autodenunciarci alla magistratura».

Il direttore Bracciale ci tiene a sottolineare che «non ha mai avuto l'impressione che qualcuno volesse minimizzare o nascondere i fatti. Certo è

che ci sarebbe stata una terapia mal eseguita ma ora sarà il magistrato a decidere cosa fare». In ospedale si avvia un'indagine interna, che viene chiusa il 19 luglio. Le quaranta pagine vengono inviate alla procura. La governatrice del Lazio, Renata Polverini, è avvisata in tempo: «Una vicenda gravissima e tristissima. Sia fatto tutto ciò che è necessario per rimuovere i coinvolti». Nessuno, però, informa il ministro. Solo ieri al titolare della Salute, Renato Balduzzi, viene comunicato il caso del piccolo Marcus tanto che immediatamente manda i suoi ispettori. Lancia l'allarme la Società italiana neonatologia: «La possibilità di scambiare i liquidi è pericolosa, ma ben conosciuta. Sono solo una decina in tutta Italia i reparti di neonatologia attrezzati con i nuovi sistemi di prevenzione, ci si chiede perché così pochi».

Nel reparto che tutti definiscono un'eccellenza, ora c'è ansia e preoccupazione. È questione di ore ormai, i provvedimenti di sospensione del personale coinvolto sono imminenti. «Voglio siano ponderati — ragiona Bracciale — non presi sull'onda dell'emozione».



Polverini: rimuovere subito il personale coinvolto. Nei reparti italiani solo dieci dispositivi anti-errore

LA GOVERNATRICE

Renata Polverini, presidente della Regione Lazio



Roma, sette indagati

Neonato ucciso dal latte nella flebo

Il drammatico errore si è verificato alla fine di giugno al San Giovanni ma è stato nascosto per giorni

Grazia Longo A PAGINA 19

AL VIA TRE INCHIESTE: INDAGATI PER OMICIDIO COLPOSO DUE DIRIGENTI E CINQUE MEDICI

Latte per sbaglio nella flebo Neonato muore in ospedale

Roma, la madre di Marcus: "Ora voglio la verità"

GRAZIA LONGO
ROMA

Si fa presto, ora, a dire che la soluzione endovenosa e il latte hanno lo stesso colore, bianco opalescente. L'errore commesso all'ospedale San Giovanni Addolorata è stato grave e letale. Il piccolo Marcus, nato prematuro (all'ospedale di Ostia) alla trentesima settimana (circa 7 mesi) è morto perché gli hanno iniettato latte al posto della flebo fisiologica.

La sua mamma, Jacqueline De Vega - 28 anni, filippina, colf di un avvocato nell'elegante quartiere dei Parioli - piange e si disperava: «Andrò fino in fondo. Voglio la verità». La procura di Roma ha indagato per omicidio colposo 2 dirigenti e 5 medici della struttura sanitaria. Dove tante cose non hanno funzionato nel modo giusto, in un'altalea di ritardi e di comunicazioni omesse o imprecise. Al punto che è quasi un miracolo se si è potuta eseguire l'autopsia del corpicino di Marcus, che stava per essere cremato per volontà della madre.

Il numero degli indagati è

destinato a salire già nei prossimi giorni e dovrebbe coinvolgere anche il personale infermieristico. Il fascicolo

aperto dal sostituto procuratore Michele Nardi e l'aggiunto Leonardo Frisani focalizza una successione temporale che ha dell'incredibile: la sostituzione fatale delle flebo avviene il 27 giugno scorso, il neonato muore il 29, ma il direttore generale Luigi Bracciale viene informato solo il 3 luglio. Soltanto a questo punto vengono allertati i carabinieri del Nas (Nucleo antisofisticazione) e la magistratura. E non è escluso che dalle indagini non emergano altre ipotesi di reato, come la negligenza. Sempre che si sia trattato di un errore. Nel registro degli indagati sono per ora iscritti il direttore sanitario Gerardo Corea, il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera Salvatore Passafaro, il primario della Neonatologia Carolina De Carolis, la sua vicaria Rita Chiusuri, più i 3 medici tra quello di turno al momento della drammatica confusione delle flebo e quelli

che si sono occupati del caso.

Per far luce su quanto veramente accaduto sono state, inoltre, avviate altre due inchieste: una interna all'ospedale e l'altra da parte del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, che ieri ha disposto l'invio im-

mediato degli ispettori al San Giovanni Addolorata «per acquisire tutte le informazioni merito al caso». Ma soprattutto per chiarire «il motivo del ritardo nella denuncia da parte del personale sanitario». Il senatore Pd e presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, Ignazio Marino, punta l'attenzione, oltre che «sull'errore drammatico le cui responsabilità vanno indagate a fondo», anche «sull'appropriatezza delle cure. Prima di tutto lo stress a cui medici, infermieri e tecnici sono sottoposti a causa della carenza di personale e del blocco del turnover». E la Società italiana di neonatologia «apre il problema della sicurezza di presidi a prova di errore, poco usati per una questione di costi».

Il caso al ministero

Indagini per chiarire perché il personale sanitario ha fatto partire in ritardo la denuncia

Renato Balduzzi

L'errore

Drammatico
Si indaghi a fondo sulle responsabilità e sull'appropriatezza delle cure mediche

Ignazio Marino (Pd)

La struttura

L'ingresso del San Giovanni di Roma, dove il bimbo è morto il 29 giugno scorso. La flebo era stata fatta il 27

Un'altalena di ritardi e di comunicazioni imprecise. Era figlio di una colf filippina



GOVERNO DELLA SALUTE. 1

L'agenda del governo: dai Lea all'intramoenia

ARRIVA all'esame dell'Aula del Senato, giovedì 26 luglio, la Spending review con il capitolo dedicato ai tagli di beni e servizi non sanitari per Asl e ospedali. Sempre a Palazzo Madama la Commissione Igiene e Sanità inizia a lavorare sul decreto di proroga dell'intramoenia già licenziato dalla Camera. La scadenza resta il 31 ottobre data entro la quale le Regioni dovranno attrezzarsi per garantire l'attività libero professionale dei medici in spazi propri e con regolamenti puntuali sulla scorta delle linee guida ministeriali.

Domani mercoledì 25 luglio in Commissione Affari Sociali è invece prevista l'audizione del Ministro del lavoro e del-

le politiche sociali, Elsa Fornero, in merito alle iniziative del governo in materia di contrasto alla violenza sulle donne. Sempre mercoledì la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali ha convocato il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, per un'audizione. Arriverà entro l'estate, inoltre, una proposta di rimodulazione dei cosiddetti nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza) da parte del ministero della Salute. Ad assicurarlo proprio il **ministro Balduzzi**, intervenendo davanti alla com-

missione Bicamerale sul Federalismo fiscale. Anche perché i nuovi Lea, che non sono mai diventati efficaci, non sono più tanto nuovi. ●●●



Le altre modifiche. Possibili interventi anche su spesa **farmaceutica** e società in house

Tagli flessibili sugli enti di ricerca

I NODI

Due le questioni aperte: l'estensione della platea degli esodati e la destinazione di nuovi fondi ai terremotati. Il Pd chiede un «sì» rapido

ROMA

■ In cima ai pensieri della maggioranza c'è anche la stretta sugli enti di ricerca. Che, se non allentata, potrebbe essere resa almeno più flessibile. Novità in vista poi per società in house e **farmaceutica**. E forse anche per i terremotati dell'Emilia Romagna. Mentre la strada che porta a un ulteriore ampliamento della platea di esodati appare in salita. I saldi della spending review infatti sono sempre più blindati vista la cattiva aria che spira sui mercati finanziari.

Nel ristretto pacchetto di proposte di modifica che i relatori del Dl sulla spending review, Gilberto Pichetto Fratin (Pdl) e Paolo Giaretta (Pd), che dovrebbe essere presentato questa mattina in commissione Bilancio al Senato, un posto di primo piano dovrebbe spettare alla rimodulazione dei finanziamenti agli enti di ricerca. Il tema sta molto a cuore anche al capo dello Stato che ha avuto modo di parlarne la settimana scorsa durante l'incontro «urgente» con il premier Mario Monti sulla fitta agenda parlamentare che attende l'Esecutivo. Qui potrebbe essere accolta la linea messa a punto dal ministro, Francesco Profumo: lasciare invariato il taglio da 33 milioni nel 2012 e 88 milioni nel 2013, cancellando però la tabella con la ripartizione e affidando a un percorso concertativo tra ministeri competenti ed enti il compito di ripartire i "sacrifici" tra i vari soggetti. Così da evitare che

realità come l'Istituto nazionale di fisica nucleare sia costretto a lasciare sul campo - come prevede la versione attuale del decreto 95 - il 10% del suo finanziamento pubblico.

Sulle società in house invece si sta valutando se ricorrere a una misura di correzione per selezionare meglio il taglio o se far rientrare nel dispositivo anche una modifica per tenere conto della bocciatura della Consulta delle norme sulla liberalizzazione inserite nella manovra Berlusconi anche in seguito alla scelta referendaria sull'acqua pubblica. Sul versante degli enti locali possibile anche una redistribuzione dei tagli con una ricaduta più contenuta sui Comuni virtuosi. Sulla **farmaceutica** si punta a un alleggerimento della stretta aumentando il peso dei tagli già previsti sui ministeri. Tra le questioni che potrebbero essere al centro dei ritocchi dei relatori c'è quella dei fondi per le zone dell'Emilia Romagna colpite dal terremoto. Il presidente dell'Emilia Romagna, Vasco Errani, ha chiesto al Governo nuove risorse facendo leva sulla Cassa depositi e prestiti (si veda altro servizio a pagina 41). Un altro nodo da sciogliere resta l'ulteriore estensione della platea degli esodati su cui spinge il Pd, ma i margini sono quasi nulli.

Già oggi la commissione potrebbe votare gli emendamenti. Il Pd continua a chiedere che i lavori si chiudano questa sera anziché domani per consentire l'approdo in Aula del testo con un giorno di anticipo rispetto al termine di giovedì fissato dall'attuale tabella di marcia. Certa la fiducia.

**Eu. B.
M. Rog.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

NOI & VOI

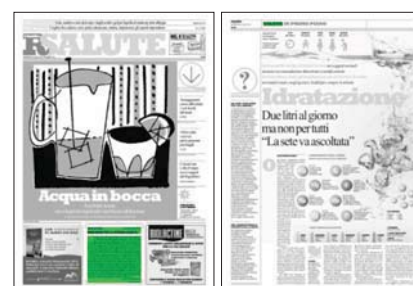
GUGLIELMO PEPE

NON SARÀ PIÙ LA STESSA SANITÀ

La lunga estate della spending review è più calda del previsto. Perché non è solo la Cgil a mobilitarsi, ma anche le Regioni, le associazioni dei pazienti, i farmacisti, le organizzazioni dei medici, gli industriali del farmaco, partiti di opposizione e di maggioranza. Sembra la partita governo-resto d'Italia. Forse perché il nodo sanità riguarda l'intera collettività nazionale. Ed è il più difficile da sciogliere perché qualsiasi tentativo di mettere mano al settore si scontra con interessi consolidati e, soprattutto, con diritti acquisiti. Poi, in tempo di crisi, il ragionamento che fa il cittadino è semplice: «Toglietemi tutto, non la mia salute». D'altronde è la prima volta che si vuole mettere dei solidi paletti alle uscite. In tanti, in troppi si sono «ingrassati» con il Fondo sanitario nazionale, che per anni è stato davvero senza fondo. Ma i tagli lineari previsti nel decreto legge eliminano pochi sprechi e colpiscono indiscriminatamente, trattando i virtuosi come chi ha sperperato denaro pubblico. Al momento una cosa è chiara: a settembre il Ssn non sarà lo stesso rispetto a quello attuale, e vedremo chi si salverà e chi ne pagherà di più le conseguenze. Intanto buone ferie (e vacanze a chi ci va).

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PUNTO DI VISTA

**I rischi
della nuova
sanità**

Guerino Fares

Il decreto legge n. 95/12 punta a recuperare margini di inappropriata spesa sanitaria anche attraverso la leva delle tariffe che remunerano le prestazioni di specialistiche ambulatoriali. Ma se si vuole escludere che le nuove

regole vadano a scapito del diritto alla salute mediante tagli immotivati, occorrerà verificare che tra i tariffari regionali siano scelti come parametro quelli maggiormente attendibili e rappresentativi.

A PAG. 15

Il diritto alla salute e i rischi della nuova sanità

Guerino Fares*

Occorrerà verificare che tra i tariffari regionali siano scelti come parametro quelli più attendibili e rappresentativi

Il pericolo è che le regole appena varate possano andare a scapito della tutela dei cittadini con tagli immotivati

Il decreto legge n. 95/12 punta a recuperare margini di inappropriata spesa sanitaria "ancora esistenti a livello locale e nazionale" anche attraverso la leva delle tariffe che remunerano le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

La nuova normativa (art. 15) deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies del D.L. n. 502/92, ancorando i futuri valori tariffari ai dati di costo disponibili e ai tariffari regionali, se ritenuti congrui e adeguati. Tra i problemi che il nuovo quadro legislativo pone vi è, innanzitutto, la brevità del termine stabilito (30 gg.), che appare esiguo e inesigibile, tanto che tra gli emendamenti in discussione al Senato ve ne sono alcuni che opportunamente mirano ad estenderlo ad almeno 90 giorni. Vi è, poi, la questione più spinosa: realizzare istruttorie che facciano emergere i reali fattori di costo sostenuti dalle strutture erogatrici del servizio. È significativo che le lacune sul piano della motivazione del d.m. siano già state più volte sanzionate dal giudice amministrativo.

In base all'art. 8-sexies, si doveva tene-

re conto dei costi standard risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario, o disponibili presso le regioni e province autonome. E i criteri generali, su cui articolare i tariffari regionali, erano legati alla classificazione delle strutture secondo le rispettive caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle stesse.

Questo congegno viene, almeno per ora, accantonato e, se si considera la scarsa disponibilità di dati di contabilità economica analitica, è evidente che un ruolo centrale lo giocheranno, a valle, gli attuali tariffari regionali e il rispettivo grado di affidabilità.

Va tenuto presente, ad ogni modo, che la motivazione del provvedimento ministeriale, per risultare razionale e convincente non potrà non tener conto dei seguenti fattori: a) la difformità dei modelli organizzativi, normativamente imposti nelle diverse regioni, che determina costi di produzione variabili: requisiti strutturali, tecnologici e di personale più onerosi inducono inevitabilmente un incremento dei costi di produzione; b) la soglia minima di efficienza, recepita nella L. n. 133/2008 e dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011, che misura l'equilibrio economico-finanziario secondo un rapporto ideale con la quantità di prestazioni erogate; c) il reale dimensionamento dell'appropriatezza, che si recupera intervenendo, più che sui valori di prezzo, sul fabbisogno assistenziale (nel

caso dei laboratori d'analisi, la via maestra dovrebbe essere la revisione del nomenclatore); d) il principio di consolidata elaborazione giurisprudenziale, per cui il ricavo costituito dalla tariffa deve non solo coprire i costi di produzione ma deve garantire un margine adeguato di remuneratività destinati anche agli investimenti e a migliorare il livello delle prestazioni fornite.

Il Consiglio di Stato ha chiaramente individuato le linee guida: l'obbligo di assicurare un equo profitto a tutela non solo del prestatore ma altresì del pubblico nel cui interesse il servizio è gestito, al fine di evitare che lo sfasamento congiunturale tra costi e ricavi possa ripercuotersi negativamente sulla quantità e qualità del servizio offerto; il divieto di imporre criteri di gestione propri dello Stato, come i prezzi pubblici, in quanto lo spirito e la finalità dell'istituto concessorio (l'accreditamento, nel nostro caso), connotato dal ricorso alla flessibilità e all'efficienza dello strumento imprenditoriale privato, sarebbe frustrato dalla generazione di inevitabili perdite e, comunque, dalla mancata remunerazione del capitale investito.

In un sistema in cui il prezzo del servizio non nasce nel mercato, per effetto dell'incontro fra domanda e offerta, ma viene formato d'imperio dall'unico acquirente monopsonista delle prestazioni, le tariffe devono fondarsi su una stima dei costi che le strutture operanti secondo standard di efficienza ed efficacia sostengono nel vincolo delle caratteristiche organizzative e di attività. È perciò discutibile la scomparsa di ogni riferimento alla efficienza ed economicità e alle caratteristiche organizzative e di attività.

Nella materia affine delle tariffe professionali, non va dimenticato che la Corte di giustizia ha "salvato" il sistema di approvazione degli onorari minimi e massimi solo in quanto tale disciplina deli-

neava un procedimento in cui erano coinvolti in misura paritetica sia le imprese (gli avvocati) e i loro organi rappresentativi (consigli dell'ordine), sia il Consiglio nazionale forense, il Consiglio di Stato e il ministro della Giustizia.

In definitiva, se si vuole escludere che le nuove regole possano fare manovra a scapito delle esigenze di tutela del diritto alla salute mediante tagli incongrui ed immotivati, occorrerà verificare attentamente che tra i tariffari regionali in vigore siano scelti come parametro quelli maggiormente attendibili e rappresentativi.

**Docente di diritto sanitario e farmaceutico nell'Università Roma Tre*