

Tabacco. Verso il recepimento della direttiva europea 2014/40

Lotta al fumo in auto e vicino agli ospedali

LE INIZIATIVE

Sui pacchetti immagini di malati per dissuadere dalla sigaretta
Aumentano le sanzioni per tabaccai e produttori

Marco Mobili
Roberto Turno

ROMA

■ Sigarette spente in auto se c'è una donna in gravidanza o un minore di 18 anni. Ma off limit anche vicino agli ospedali. Addio ai pacchetti da 10. E stop all'acquisto di e-cig con nicotina per gli under 18. Non solo: sigarette senza "sapori" e aromi che fanno venire il desiderio di tabacco e affini. Ed esplosione di immagini shock nei pacchetti di bionde, naturali ed elettroniche. Manco a parlarne, sanzioni a go-go: per produttori (fino a 150mila euro) e anche per i tabaccai (fino a 5mila euro). In omaggio alla direttiva Ue 2014/40, l'Italia si appresta a sferrare un nuovo attacco al vizio del fumo. Lo schema di Dlgs (Salute, Mef, Agricoltura e Mise), in tutto 31 articoli, è pronto e andrà al Consiglio dei ministri di lunedì 12. Oggi in pre Consiglio dei ministri saranno limitati dai tecnici dei ministeri i dettagli finali. Che poi in alcuni casi, tanto dettagli non sono. È il caso della diatriba sui prodotti di nuova generazione, che vede contrapposti i produttori di e-cig e dei bruciatori di nuova generazione.

Sarà una guerra totale a chi ha il vizio del fumo. Ma anche un colpo potenziale ai produttori. In difesa della salute. Perché i numeri in gioco sono sconcertanti. Nella Ue si contano 700mila morti l'anno per malattie legate al fumo che costano oltre 25 miliardi e altri 8,3 come perdita di produttività. Costi che esplodono, salute che crolla. La Ue spera con

la direttiva (da recepire entro marzo 2016) di veder calare i consumi del 2% in cinque anni: 2,4 mln di fumatori in meno, che equivarrebbero a un risparmio di circa 506 mln di euro per l'assistenza sanitaria.

Oltre a fissare regole su autorizzazioni, ingredienti, carico di nicotina e catrame (che restano intatti), fissa paletti rigidi per l'etichettatura e la presentazione dei prodotti. Contanto di tracciabilità. Le immagini shock («pittogrammi») ritrarranno malati oncologici, figureranno in entrambi i lati dei pacchetti. Con tanto di avvertenza per l'uso, dunque per la salute. E potranno riportare un numero verde dell'Osservatorio presso l'Iss: 800554088.

Spariranno dalla circolazione i pacchetti da 10 sigarette, stimolo al consumo per i giovani. Le confezioni saranno di «almeno 20 sigarette. Mentre quelle delle bionde fai-da-te potranno contenere «non meno» di 30 grammi di tabacco trinciato.

Con la tracciabilità si conta di rafforzare la lotta al contrabbando. E naturalmente il fisco spera di veder crescere i suoi ricavi.

Ogni pacchetto dovrà essere contrassegnato da un «identificativo univoco» per monitorare l'intera catena di distribuzione e di vendita dei prodotti da fumo. Anche e-cig e nuove specialità per i fumatori saranno sottoposti alle nuove regole e avranno specifici obblighi di notifica ai ministeri della Salute e dell'Economia, almeno sei mesi prima sulla tipologia dei prodotti in attesa di entrare in commercio.

Le aree off limit sono le pertinenze esterne di ospedali, Policlinici universitari, Ircs pediatrici e quelle dei reparti di ginecologia, ostetricia, neonatologia e pediatria delle strutture universitarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Dlgs in pillole

01 | OBIETTIVO DELLA UE

La direttiva 2014/40/UE secondo la Commissione europea potrebbe determinare un calo del 2% dei consumi, in un periodo di 5 anni. Ciò equivale a circa 2,4 milioni di fumatori in meno nella Ue, con un risparmio annuale sul piano dell'assistenza sanitaria di almeno 506 milioni di euro. Il tabacco, secondo i dati di Bruxelles, è responsabile di quasi 700mila morti ogni anno

02 | IMMAGINI SHOCK

Le avvertenze sui danni del fumo per la salute saranno più grandi, su entrambi i lati del pacchetto e dovranno essere accompagnate da immagini esplicative (pittogrammi). Così si vuole aumentare la consapevolezza dei consumatori circa le conseguenze negative del tabacco sulla salute

03 | DOVE NON SI FUMA

Non si fuma in auto se sono presenti in gravidanza o minori di 18 anni. Off limit le pertinenze esterne di ospedali, policlinici universitari, Ircs pediatrici e reparti di ginecologia, ostetricia, neonatologia e pediatria delle strutture universitarie

04 | STOP A MINI PACCHETTI

I pacchetti dovranno contenere non meno di 20 sigarette: dunque non potranno più essere messi in commercio i pacchetti da 10 "bionde", stimolo al consumo dei giovani



IL RISPARMIO NON SOLO NELLA SANITÀ

GUARDIAMO BENE

Risparmiare? Certamente, ma non solo nella sanità

Quando il taccuino è semivuoto bisogna ridurre la spesa "anche" in sanità, e il fatto di chiamarlo "spending review" non serve a sdrammatizzare questa necessità.

La riduzione degli sprechi costituiti da esami e trattamenti "inappropriati" (cioè non necessari, frutto talora della cosiddetta "Medicina Difensiva"), se questi ci sono, è doverosa, purché non riguardi solo questa specifica "inappropriatezza", non ricada solo sui pazienti e purché non si dimentichino alcune verità oggettive che non riguardano solo i medici.

E veniamo alla querelle relativa al "Decreto Appropriatelyzza" della Ministra [Beatrice Lorenzin](#), accusata in particolare di progettare sanzioni ingiuste ai medici ritenuti troppo "spendaccioni" e di scaricare indiscriminatamente il problema della spesa sanitaria sulle Regioni. Lungi da me tentare una difesa corporativa della cosiddetta classe medica, ma vorrei fare pregiudizialmente presente che comportamenti inappropriati sono registrabili in tutte le categorie professionali e non solo tra i dottori, alcuni dei quali possibilmente esercitano aumentando scriteriatamente i costi socio-sanitari. Tuttavia, ciò vale anche per i vigili del fuoco, alcuni dei quali talora perdono la vita per salvare qualcuno mentre altri si defilano e mandano avanti i colleghi più... generosi. O ancora per i giornalisti, alcuni disposti a morire per darci testimonianza delle atrocità nel mondo e alcuni che scopiazzano cose dette da altri. O, ancora, per i molti politici che raramente ci convincono di agire saggiamente nell'interesse comune, benché non manchino quelli onesti e preparati. O, proseguiamo negli esempi, per i poliziotti che spesso si prodigano a favore della cittadinanza, ciò

che però non ci fa dimenticare i fattacci della "Uno bianca". Insomma la sanzione di singoli medici colpevoli di reiterato ricorso a esami e terapie ingiustificati ci potrebbe stare, purché i criteri di valutazione dell'inappropriatezza e la scelta dei valutatori sia molto attenta e avvenga con il concorso, e non con l'esclusione, dei rappresentanti dei medici stessi. Tra gli esami più costosi da eliminare, quando non necessari, ci sono in particolare la Tac e la Rm e la densitometria ossea e ciò per ammissione esplicita degli stessi radiologi i quali auspicano però una "standardizzazione delle limitazioni" che devono valere in tutte e non solo in alcune Regioni. Aggiungono ancora i radiologi, ma non solo loro, che più che pesanti sanzioni per i medici "colpevoli" occorrono da parte dei gestori della sanità delle direttive precise riguardanti esami radiologici, endoscopici e di laboratorio, direttive basate su Linee Guida suggerite da Società scientifiche attendibili (e non tutte lo sono). Regole precise con il concorso dei medici e adeguate informazioni preventive (caldegiate da tempo da un riconosciuto esperto di problemi sanitari e grande amico, il Dr. Vittorio Carreri) più efficaci delle sanzioni, le quali devono comunque concernere i singoli e non ricadere indiscriminatamente su tutti. Una questione peculiare nasce poi dalla stessa definizione di "Salute" sancita dalla Organizzazione mondiale della sanità (Oms): "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità". Poniamo allora che il medico valuti che il paziente non ha malattia alcuna ma che, nonostante le spiegazioni esaurienti fornitigli, il benessere mentale del soggetto non può essere ottenuto se non mediante esami diagnostici non

strettamente necessari: sarà sanzionabile questo dottore che in realtà rispetta alla lettera la definizione dell'Oms? Ultima romantica riflessione a latere e apparentemente fuori tema: è possibile che un Paese si ponga di risparmiare in sanità, creando inquietudine e disagio concreto specie nei pazienti non in grado di rivolgersi alla sanità privata, senza metter contemporaneamente mano per ridurre stipendi e liquidazioni da brivido, a beneficio del fondo sanitario? Mi si lasci ricordare qualche esempio: da circa 500 mila a più di 600 mila euro all'anno è lo stipendio dei vertici di Polizia, Ragioneria dello stato, Amministrazione penitenziaria, Monopoli, Anti-trust, Agcom.

Non parliamo poi del settore privato: la copertina di una rivista tedesca (riportata dal Sole 24 ore il 7 aprile 2011) e dedicata al "Ragioniere" Geronzi titolava così (in italiano!): "365 giorni. Liquidazione 16 milioni e 650.000 Euro", che in vecchie lire fa una tantum 32 miliardi, pari a 96 milioni di vecchie lire al giorno. I tedeschi impietosi e severi non sapevano allora che Martin Winterkorn, responsabile massimo (ma non unico!) della truffa Volkswagen sarebbe stato non punito ma "premiato" con una pensione totale di 30 milioni di euro, rinforzati da una buonuscita di altri 32 milioni di euro, con in più il benefit a vita di un'auto VW (diesel senza il diabolico software?).

Giorgio Dobrilla

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Responsabilità professionale, mano tesa ai medici

di *Barbara Gobbi*

Linee guida e buone pratiche prodotte e costantemente aggiornate da società scientifiche **accreditate e quindi “bollinate” dal ministero della Salute: dove non è riuscito il decreto Balduzzi** né è arrivato il dicastero, forse arriverà la nuova legge sulla responsabilità professionale che dopo 10 anni di stand-by **“veleggia” in commissione Affari sociali**.

A prevedere la novità, è l'emendamento 6.50 presentato oggi in commissione dal relatore Federico Gelli (responsabile Sanità del Pd), che mira a sostituire la versione originale dell'art. 6 e contempla la punizione in caso di dolo o colpa grave per l'esercente la professione sanitaria che abbia cagionato morte o lesione del paziente «nell'inosservanza delle buone pratiche e delle linee guida adottate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco, istituito dal ministero della Salute».

«Una soluzione valida sia per il profilo penale che per il civile - precisa Gelli - che viene incontro alle esigenze di certezza sia dei giudici che dei professionisti. Ai tempi per la predisposizione delle linee guida non si fa riferimento, ma anche su questo aspetto si potrebbe ulteriormente lavorare, entro lunedì prossimo quando scadrà il termine per la presentazione dei sub emendamenti».

Ma le modifiche al cuore del testo unificato adottato come testo base non si fermano certo qui. **Intanto, sempre su proposta del relatore, è “passato” lo stralcio della definizione di “atto sanitario”: patata bollente (leggi la querelle sul comma 566 della legge di Stabilità 2015 in merito alle competenze dei professionisti) che avrebbe rischiato di «distogliere l'attenzione», spiega ancora Gelli che però non esclude reintroduzioni successive della norma, dall'obiettivo primario del provvedimento, che è la riscrittura delle regole sulla responsabilità professionale, anche in un'ottica di fondamentale contrasto alla medicina difensiva. L'articolo 1 arriverà quindi al voto finale sostanzialmente riscritto e centrato sulla sicurezza delle cure.**

E mentre è in corso l'esame dell'articolo 2 sulla gestione del rischio, arriva dal relatore un'altra **proposta di modifica corposa: quella dell'articolo 7 sulla responsabilità civile, si cui Gelli propone lo “spacchettamento” con l'inserimento di un “7-bis”. Confermata la doppia natura della responsabilità - contrattuale per l'azienda ed extracontrattuale per il professionista, si**

prevede che la fattispecie ex art. 1218 valga sia per le condotte dolose che per quelle colpose e che sia ampliata a tutto il personale: «sarà inclusiva - precisa ancora Gelli - non solo dei dipendenti ma anche dei giovani precari che popolano le corsie».

Ancora: l'azione di rivalsa sul professionista l'azienda potrà intentarla solo a condizione che il primo sia stato riconosciuto responsabile nel giudizio promosso dal paziente. E solo in caso di doo o colpa grave del sanitario. Non solo: l'azienda d'ora in poi, sempre secondo le modifiche all'art. 7 proposte dal relatore, sarà obbligata a dare comunicazione all'interessato dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione: ma la rivalsa sarà sempre preclusa o resa improseguibile dall'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti.

La conciliazione, infine: nell'articolo 7-bis targato Gelli il tentativo di esperirla diventa obbligatorio, mentre si prevede un'azione tecnico preventiva (Atp) per stabilire fin dall'inizio l'entità del danno. Il procedimento di conciliazione davanti al consulente è obbligatorio per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici della struttura sanitaria e del medico.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 08 OTTOBRE 2015

Responsabilità professionale. Le ultime novità: linee guida valide solo se da Società scientifiche accreditate dal ministero e la responsabilità civile sarà extracontrattuale anche per i medici non dipendenti. Ecco gli emendamenti di Gelli

Ma non basta, tra gli emendamenti presentati dal relatore anche l'introduzione dell'obbligo di procedimento di conciliazione per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici della struttura sanitaria e del medico, e quello in capo alla struttura di comunicare al medico l'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione. Confermati alcuni paletti già previsti nel testo base: la struttura sanitaria potrà esercitare azione di rivalsa nella misura massima di un quinto della retribuzione. [GLI EMENDAMENTI](#)

“Sono due le principali novità nei miei emendamenti al testo sulla responsabilità professionale. La prima è prevedere che le linee guida e le buone pratiche cui il medico deve attenersi dovranno essere emanate da Società scientifiche iscritte in un apposito elenco presso il ministero della Salute, mentre oggi con il decreto Balduzzi ci si limita a parlare di linee guida e buone pratiche ‘accreditate dalla comunità scientifica’. La seconda rilevante novità è invece in ambito civilistico dove, tenendo ferma la responsabilità extracontrattuale degli operatori sanitari, ho meglio specificato che la struttura sanitaria risponderà contrattualmente pure per gli operatori di cui si dovesse avvalere anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla struttura stessa. E tutto questo si applicherà anche alle prestazioni svolte in regime intramurario”.

Così **Federico Gelli**, responsabile sanità Pd e relatore del ddl sulla responsabilità professionale in commissione Affari Sociali alla Camera ha spiegato in anteprima a *Quotidiano Sanità* i suoi primi emendamenti.

Molte le novità apportate quindi ma anche i punti fermi. Resta la doppia natura giuridica della responsabilità in ambito civilistico: extracontrattuale per gli esercenti la professione sanitaria, con inversione dell'onere della prova sul paziente e prescrizione ridotta a 5 anni; e contrattuale per le strutture sanitarie che potranno rifarsi sugli operatori sanitari sono in caso di dolo con sentenza passata in giudicato.

Ma andiamo per ordine. Come dicevamo, all'**articolo 6**, in tema di **responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria**, viene inserito il principio delle linee guida che dovranno essere adottate dalle Società scientifiche accreditate dal Ministero della Salute. Il medico, a questo punto, dovrà rispondere penalmente per aver causato lesioni personali o la morte del paziente nell'inosservanza delle linee guida sopraccitate, solo in caso di dolo o colpa grave.

Quanto invece alla **responsabilità civile**, questa viene disciplinata dall'**articolo 7**. La struttura sanitaria, pubblica o privata, che si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente o non dipendenti della struttura stessa, in caso di condotte dolose o colpose risponderà ai sensi degli articoli 1218 e seguenti del codice civile (responsabilità contrattuale). Viene inoltre specificato che **la disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario**. L'intento è quello di tutelare sia i giovani precari che tutti quegli operatori sanitari che operano nelle strutture sanitarie pur non avendo un contratto stabile.

Rispetto al testo base adottato dalla XII commissione, Gelli propone poi uno 'spacchettamento' dell'articolo 7 con l'aggiunta di un 7-bis e 7-ter: **il primo disciplina l'azione di responsabilità introducendo l'obbligo di conciliazione, mentre il secondo pone l'accento sull'azione di rivalsa**. L'azione di responsabilità, si spiega nel documento, può essere proposta dal paziente congiuntamente nei confronti del professionista e della struttura sanitaria o separatamente nei confronti di ciascuno di essi. Nel caso, però, di azione cumulabile sia nei confronti del professionista che del paziente, si dovrà tener ferma la doppia natura giuridica delle responsabilità a cui i due soggetti sono chiamati a rispondere: extracontrattuale per l'operatore sanitario e contrattuale per la struttura.

Viene prevista, inoltre, l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione con azione tecnica preventiva, un meccanismo già presente nell'ordinamento ma che, a parere di Gelli, "non funziona bene". Quindi, per incentivare quest'azione di conciliazione, **si obbliga tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici della struttura sanitaria e del medico, a questa azione tecnica preventiva che prevede la nomina di un consulente tecnico**. La mancata partecipazione di tutte le parti dinanzi al consulente tecnico d'ufficio per il tentativo di conciliazione rende inammissibile la domanda giudiziale.

Infine, come spiegato dal relatore, viene "disciplinata meglio" l'azione di rivalsa. Quest'ultima potrà essere proposta dalla struttura sanitaria soltanto in caso di dolo o colpa grave del professionista. **La struttura sarà inoltre obbligata a comunicare al medico l'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione**. In caso di omissione o incompletezza della comunicazione verrà preclusa l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. In questo caso, la struttura sarà direttamente responsabile nel giudizio di responsabilità amministrativa instaurato dalla Corte dei conti.

Se poi il professionista è stato riconosciuto responsabile del fatto illecito con sentenza passata in giudicato, ma senza che sia stato definito il grado della colpa, quest'ultima dovrà essere accertata nell'azione di rivalsa. Confermati alcuni paletti già previsti nel testo base: **la struttura sanitaria potrà esercitare azione di rivalsa nella misura massima di un quinto della retribuzione e fino al recupero dell'intera somma**. Per finire, l'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti preclude o, se iniziato, rende improseguibile il giudizio di rivalsa in sede civile introdotto dalla struttura sanitaria.

Giovanni Rodriguez

Ospedali, risparmi fino a 1 miliardo

Si stringe sulla «manovra sanitaria» - Le Regioni: tagli insostenibili, a rischio i servizi

Acquisti di beni e servizi

Dalle lavanderie ai pasti alle manutenzioni la stretta sulle spese delle aziende sanitarie

Governatori in pressing

I 111 miliardi promessi da Renzi, insufficienti anche per la **Lorenzin**, potrebbero salire

Roberto Turno
ROMA

■ Tra 800 milioni e 1 miliardo di risparmi con acquisti di beni e servizi - dalle lavanderie ai pasti in ospedale fino alle manutenzioni, ma non solo - tassativamente accentrati a livello regionale. Piani di rientro di 3 anni sotto la regia delle regioni per asl e ospedali in rosso, pena la rimozione dei manager con lo stop all'ingresso di personale e un freno agli acquisti. Spesa farmaceutica con 2 tetti, ma col rebus tuttora irrisolto dei medicinali innovativi e l'avvio di nuove procedure (con sconto sul passato?) per i ripiani da 1,2 mld per le industrie sui disavanzi 2014-2014. Alleggerimento della vecchia manovra di Monti a carico dei privati accreditati, lasciando la possibilità alle regioni di spalmarne diversamente i risparmi attesi. Costi standard avanti pianissimo, ma con un "fondino" a parte per i governatori con spesa e prestazioni sanitarie "virtuose". Inversione dell'onere della prova a carico dei cittadini e giro di volta pro medici nella responsabilità professionale. Il Governo accelera la messa a punto della "manovra sanitaria" in vista della legge di Stabilità 2016. Anche se la partita delle partite, quella della dotazione finanziaria, resta ancora in sospeso. I 111 mld per il 2016 (rispetto ai 113,3 previsti anche dal Def) al Ssn annunciati da Matteo Renzi, insufficienti anche per la ministra **Beatrice Lorenzin**, sono sempre lì sul piatto. Ma cresce il pressing su palazzo Chigi di governatori e sindacati, e non è detto che la quota non possa ancora salire. Di 1 mld? Le scommesse sono aperte.

A tenere alta la tensione sul Governo ci hanno pensato del resto ancora ieri i governatori. Che al termine del loro parlamentino hanno stilato un documento stizzito. «Non sono possibili ulteriori tagli al comparto regionale senza una riduzione dei servizi», è il commento conclusivo generale. Che al capitolo sanità, nel ricordare la marcia indietro del Governo

sulle risorse, fa presente le spese in più in arrivo per contratti e convenzioni, la crescita da prevedere per la farmaceutica con l'arrivo di nuovi prodotti, il rischio-contenzioso per le prestazioni dei privati convenzionati. Insomma: i conti, con un nuovo taglio, non tornerebbero e la compressione dei servizi sarebbe inevitabile. Piuttosto, per migliorare efficienza e qualità si potrebbero introdurre «parametri semplici che valorizzano il costo effettivo dei servizi, garantendo adeguato livello di qualità dei Lea». In soldoni, scrivono a chiare lettere: va creato un «piccolo Fondo da ripartire tra le regioni per il miglioramento dell'efficienza organizzativa». Il fondino dei «virtuosi» appunto.

In attesa dell'incontro decisivo di martedì col Governo, le regioni ieri non sono rimaste silenziose. Soprattutto quelle a trazione leghista-forzista. Per il centrosinistra (e naturalmente per tutte le regioni), ha parlato il rappresentante dei governatori, Sergio Chiamparino: «Tagli insostenibili, non coprono alcun aumento di spesa. Mi auguro buon senso dal Governo». Quel buon senso a cui non credono Giovanni Toti (Liguria), Luca Zaia (Veneto) e Roberto Maroni (Lombardia): «Manovra lacrime e sangue, faremo le barricate». Con Zaia che preme sui costi standard.

Costi standard che arriveranno piano piano, «altrimenti il Sud morirebbe» dicono fonti governative e non solo. Mentre tra le regioni del Sud circola la voglia di chiedere anche loro un "fondino di riequilibrio". Insomma, un pentolone che ribolle. Mentre alla Camera si va avanti sulla responsabilità professionale: ieri due emendamenti del relatore del Ddl e responsabile sanità del Pd, il renziano Federico Gelli, hanno aperto la strada a quello che arriverà con la manovra. Ma siamo ancora agli inizi, sebbene a meno di una settimana dal Consiglio dei ministri del prendere o lasciare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I NUMERI

113,3 miliardi

Il Fondo sanitario nel Def

Lo stanziamento al Sistema sanitario nazionale previsto dal Documento di economia e finanza è di 113,3 miliardi di euro

111 miliardi

La dote per il 2016

Il premier Matteo Renzi lo scorso 30 settembre ha annunciato che la dotazione finanziaria per la sanità nel 2016 sarà di 111 miliardi (erano 110 nel 2015). Cifra considerata insufficiente dal ministro [Beatrice Lorenzin](#)

1 miliardo

Il possibile incremento

Il pressing di governatori e sindacati potrebbe portare il Governo a ritoccare la dotazione

La Lorenzin accusa le Regioni: troppe spese

Il ministro al congresso dei medici di base: tregua con il governo. Dichiarato lo stato di agitazione

► DOMUS DE MARIA

Beatrice Lorenzin è una donna e una ministra coraggiosa. Una che ci mette la faccia, anche sul terreno insidioso del famigerato decreto "taglia esami". Entra nella tana del lupo, di fronte a centinaia di medici di famiglia riuniti nel loro 71° congresso nazionale, all'hotel Chia Laguna, in qualità di nemico numero uno e lascia l'assemblea da alleata, contro il vero avversario della categoria: le Regioni. Nel corso del suo lungo intervento, colleziona sette applausi contro tre brusii di dissenso e convince l'assemblea che un percorso comune si può fare. Lorenzin parla dopo che il segretario del Fimmg, Giacomo Milillo, ha appena definito una bufala il presunto risparmio generato dal decreto sull'appropriatezza. «Tra gli indicatori che sorvegliano il ministero della Salute sulle Regioni – spiega Milillo – l'appropriatezza delle prescrizioni non è mai stata rilevata, il presunto risparmio di 13 miliardi non è mai stato contabilizzato ma rappresenta una stima che noi contestiamo. Del resto – aggiunge – l'impatto della misura secondo i calcoli del ministero sarebbe di appena 106 milioni». Il decreto per Milillo è la classica goccia che ha fatto traboccare il vaso. «Si tratta – dice – di un provvedimento che non ha senso perché non ha alcuna base scientifica. L'appropriatezza degli esami di laboratorio deve essere valutata dalla professione medica prendendo in esame le singole persone e non sulla base di una tabella ministeriale. Si potrebbero combattere gli eccessi di spesa come si è fatto per quella farmacologica ma non accettiamo il clima di terrore che si verrebbe a creare se questo provvedimento ministeriale dovesse essere approvato». La ministra Lorenzin rassicura subito la platea dei medici con un perentorio: «Non si taglia proprio niente. Stiamo parlando di 208 prestazioni minori che non

verranno abolite perché ciascun medico potrà effettuarle quando lo ritiene opportuno. L'appropriatezza – precisa Lorenzin – viene decisa solo dal medico. Per ciascuna di queste prestazioni viene indicato cosa fare in base a determinati parametri, ma il medico può derogare e fare quello che ritiene giusto». Se con il governo i medici sono disposti a dialogare, la strada diventa difficile nel rapporto con le Regioni, diventate l'imputato principale dello sfascio sanitario. Prova ne sia l'assenza dell'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, non invitato al congresso. «Il governo non deve essere succube delle Regioni – dice Milillo alla rappresentante della Sanità – perché noi siamo disposti al dialogo con il governo ma non possiamo ragionare con 21 soggetti diversi che spesso non sanno quello che fanno. Le Regioni hanno distrutto la credibilità dei medici nei confronti degli assistiti». Il sindacato dei medici sigla con la Lorenzin una tregua, ma non abbassa la guardia. «Da oggi – annuncia Milillo – i medici sono in stato di agitazione, fino allo sciopero, se necessario». A margine del congresso, alla domanda se fosse preoccupata per i conti sanitari della regione Sardegna, Lorenzin risponde con una battuta: «Quando si parla di conti e costi della Sanità, tutte le Regioni mi preoccupano». Più fiducioso sulle sorti della Sanità sarda, Giorgio Sorrentino, commissario straordinario dell'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari. «Le risorse sono poche ed è necessario tagliare ogni spreco – afferma –. In Sardegna possiamo investire le esigue risorse a disposizione per dare maggiore qualità all'assistenza, con il coraggio, anche, di scelte che possono apparire impopolari. Luigi Arru è un assessore tecnico che può realizzare questo cambiamento. Ci vogliono tempo e risorse, perché anche il cambiamento costa». (f.t.)



Beatrice Lorenzin



Scontro fra medici: troppi farmaci

Frattura fra sindacati, congelato l'accordo sul taglio delle ricette

MURA A PAGINA 9

SANITÀ » ABBATTIMENTO DELLA SPESA

Frattura sindacale Congelato l'accordo taglia-farmaci

Il documento è fermo all'Asl allo stadio di bozza

La Fimmg non cede. L'Ordine: il faro resti la deontologia

Cosa cambierà con il piano di riduzione della spesa farmaceutica a Ferrara? Nulla, almeno per il momento.

L'accordo che prevede un ulteriore taglio del 3,56% per gli ultimi tre mesi dell'anno - reso necessario per centrare l'obiettivo del 6,16% imposto dalla Regione - al momento è fermo sul tavolo dell'Asl allo stadio di bozza e il percorso che dovrebbe portare alla ratifica dell'accordo è stato sbarrato dalla ribellione della Fimmg. La Federazione dei medici di famiglia ha rifiutato di sottoscrivere la bozza, puntando il dito contro la «sanità bancomat» e gli strumenti «sconcer-tanti» scelti per abbattere i costi correlati alle prescrizioni dei medicinali (vedi articolo a fianco).

Non esclude, il sindacato del segretario Claudio Casaroli, di ricorrere alle vie legali in nome della difesa dell'autonomia e l'indipendenza della professione medica, e la frattura sindacale con l'altra sigla che riunisce i medici di base (lo Snam), ha di fatto congelato l'ipotesi di un patto unitario, e dunque, anche l'applicazione

delle ulteriori limitazioni prescrittive.

«Siamo ancora in attesa di essere convocati dall'azienda Usl per la firma dell'accordo - conferma il segretario provinciale Snam Roberto Tieghi - La nostra posizione è e rimane quella di fine settembre, quando abbiamo firmato la bozza elaborata dall'Asl per la prima parte e da noi per la seconda. La proposta - assicura - non avrà ripercussioni negative sull'assistenza ai pazienti, nè sull'indipendenza dei medici, ai quali non si impongono obblighi nè tantomeno sanzioni o provvedimenti disciplinari. E, se per questo, neanche incentivi legati agli obiettivi di risparmio nelle prescrizioni farmaceutiche. Ci sono, al contrario, ancora ampi margini di recupero scegliendo i farmaci generici (la bozza prevede di passare dall'attuale 80,6% all'87,2% sul totale delle prescrizioni, ndr)».

Ma se la bozza non sarà modificata, le possibilità di ricucire con la Fimmg sono a zero, altrettanto ferma nel respingere un'impostazione «con tagli lineari, senza una parola su

metodologia e valutazione clinica o riflessioni sulle individuazioni di aree di eventuale rischio clinico».

Per il presidente dell'Ordine dei Medici di Ferrara, Bruno di Lascio, il punto va ben oltre l'appartenenza all'uno e all'altro sindacato: «Ricordiamoci che al di là di tutte le sigle ci sono gli individui, un medico resta sempre un medico, e come tale deve seguire prima di tutto la sua professionalità e deontologia, e agire secondo scienza e coscienza. I principi di libertà, autonomia e indipendenza sono fondamentali, ma lo è altrettanto quello della responsabilità. Questi i punti fermi da non perdere mai di vista, il resto sono solo polemiche che rischiano di creare panico tra le persone».

Un tema, quello dell'abbattimento dei costi nel settore sanitario, reso ancora più sensibile dal decreto del ministro **Lorenzin** sulla riduzione degli esami superflui, e che soprattutto nelle categorie più fragili ed esposte, come anziani e malati cronici, si traduce nel timore di passare da un'abbuffata a una fame di sanità.

Alessandra Mura



Un miliardo e 200 milioni la spesa per il personale, nel 2015 un risparmio di circa l'1%

Sanità, un buco da 400 milioni

I conti dopo l'allarme lanciato a Chia dal ministro **Lorenzin**

Tre miliardi 300 milioni. È quanto spende attualmente la Regione Sardegna alla voce Sanità in dodici mesi, 1 miliardo 200 milioni soltanto per il personale. Il dato è del 2014, per quest'anno si prevede un "risparmio" dell'1%. Il "buco" rispetto alle indicazioni del Cipe è salito a 400 milioni. Un mondo di sprechi, inefficienze, doppioni. Un ricovero non si nega a nessuno, la riabilitazione, di solito si fa in ospedale. Un ecografo è stato venduto a 40mila euro ad una Asl e a 6000 euro ad una clinica privata. Is Mirrionis ha 14 reparti e 14 sale operatorie. L'occupazione dei posti letto nell'Isola è del 65%. A Cagliari ci sono 9 chirurgie generali, 3 reparti di oculistica, 2 centri di trapianto di midollo. Per il farmaco anti-epatite C si spendono 60 milioni di euro. I direttori dei reparti ospedalieri hanno dichiarato che compiti e responsabilità connesse all'acquisizione e somministrazione dei beni farmaceutici erano attribuite a tutti gli operatori. Una giungla, in cui ognuno fa come gli pare.



C. COSSU A PAGINA 2

Un medico in ospedale

Sprechi, doppioni e lobby. Il farmaco anti-epatite C pesa sulle casse regionali per 60 milioni

Spesa sanitaria fuori controllo

Tre miliardi e 300 milioni l'anno, il "buco" a quota 400 milioni

► Tre miliardi 300 milioni. Euro più, euro meno, è quanto spende attualmente la Regione Sardegna alla voce Sanità in dodici mesi, 1 miliardo 200 milioni soltanto per il personale dipendente. Il dato è del 2014, per quest'anno, quando si chiuderanno i conti, si prevede con un pizzico di ottimismo - un "risparmio" dell'1%. È (sarebbe) l'inversione di tendenza annunciata.

La razionalizzazione, o spending review, messa in campo dalla Giunta Pigliaru, se darà frutti si vedrà sul lungo periodo. Intanto, sprechi, inefficienze, doppioni, resistenza al cambiamento, sono cronaca quotidiana.

C'è una lunghissima casistica. Un ricovero? Non si nega a nessuno. Vale per tutti gli ospedali sardi. E se poi, dopo un intervento, bisogna

fare riabilitazione, «meglio» trattarsi fino a completa guarigione. Punti-nascita: capita che ce ne siano anche a distanza di 30 chilometri l'uno dall'altro, come ad esempio a Carbonia e Iglesias, e pazienza se gli standard internazionali di sicurezza richiedono almeno 1000 parti l'anno. Un ecografo - è successo di recente - è stato venduto dalla stessa azienda a 40mila euro ad una Asl e a 6000 euro ad una clinica privata. Ancora: Is Mirrionis ha 14 reparti e 14 sale operatorie. In una piccola struttura del Sulcis fino a poco tempo fa c'erano 35 anestesisti, e non risulta proprio che avessero tutti sempre da lavorare. L'attuale occupazione dei posti letto nell'Isola è di appena il 65 per cento, l'obiettivo è arrivare all'85. A Cagliari ci sono 9

chirurgie generali, 3 reparti di oculistica, 2 centri di trapianto di midollo. Per il solo farmaco contro l'epatite C nell'Isola si spendono 60 milioni di euro (zero rimborsi dal ministero). L'anno scorso - sottolinea la Corte dei conti - la spesa farmaceutica complessiva è cresciuta del 3,11% rispetto all'esercizio precedente, «in particolare per il significativo incremento dei costi per acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,38%)». I di-




rettori dei reparti ospedalieri hanno dichiarato che compiti e responsabilità connesse all'acquisizione, conservazione, custodia e somministrazione dei beni farmaceutici erano attribuite a tutti gli operatori. Come dire: una giungla, in cui ognuno fa un po' come gli pare. I primariati (strutture complesse) proliferano (si vorrebbe tagliarne il 17%) e i dirigenti (stipendi dai 60 ai 120 mila euro lordi) sono un'infinità.

Ecco (anche) così si arriva a una spesa sanitaria gigantesca, che aumenta anno dopo anno. Così come salgono le "perdite d'esercizio" rispetto alle indicazioni del Cipe. Il "buco", insomma. Siamo a quota meno 400 milioni, più 100 milioni "avanzati" dal precedente esercizio.

«Il nostro, è un modello che funziona male e costa troppo», sottolinea Gigi Ruggieri, pediatra, consigliere regionale Pd e segretario della Commissione sanità. «Siamo la Regione meno efficiente d'Italia rispetto all'appropriatezza delle cure, registriamo indici di performance tra i più bassi del Paese, l'ospedale è usato in maniera del tutto impropria, mancano rete territoriale e protocolli diagnostico-terapeutici». Ruggieri va controcorrente: «L'altro giorno in Consiglio regionale c'è stata una mozione ipocrita per "salvare" la Fondazione San Giovanni Battista, una struttura assistenziale in parte convenzionata che negli anni è diventata un pozzo senza fondo. Allora, bisogna avere il coraggio di invertire sul serio la rotta, chiudere reparti e eliminare sovrapposizioni assurde, anche se la lobby degli universitari ce lo sta impedendo». Conclude: «Su questa sanità che funziona malissimo buttiamo soldi che dovrebbero essere usati per costruire il futuro dei giovani. Soldi per sostenere la cultura, la formazione, l'imprenditoria, il reddito di inserimento».

Cristina Cossu

I costi



ANNO	TOTALE SANITÀ	TOTALE REGIONE SARDEGNA	%	SFORAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO RISPETTO AI COSTI IMPOSTI DAL GOVERNO
2010	3,723 miliardi	9,799 miliardi	38	-283.560.000
2011	3,633 miliardi	10,034 miliardi	36	-343.401.000
2012	3,790 miliardi	9,190 miliardi	41	-371.487.000
2013	3,622 miliardi	8,242 miliardi	44	-379.638.000
2014	3,773 miliardi	8,522 miliardi	44	-408.000.000

FONTE: CORTE DEI CONTI E MINIST. ECONOMIA E FINANZE



NEGLI STATI UNITI HA SUSCITATO GRANDE CLAMORE **Martin Shkreli**, L'IMPRENDITORE CHE IN UNA NOTTE HA ALZATO IL COSTO DI UN FARMACO DEL 5.456 PER CENTO. E POI È STATO COSTRETTO A RIABBASSARLO (CON CONSEGUENTE PANICO IN BORSA). DA NOI UNA VICENDA SIMILE NON POTREBBE ACCADERE. PERCHÉ C'È UN'AGENZIA CHE VIGILA. MA NON MANCANO LE MEDICINE CHE COSTANO PIÙ DI QUANTO VALGANO. ECCO PERCHÉ

Chi gonfia i prezzi dei farmaci

di **Silvia Bencivelli**



In basso, Martin Shkreli e il Daraprim, un farmaco per la toxoplasmosi. Shkreli lo ha comprato e in una notte ha portato il prezzo da 13,5 a 750 dollari



«È mio, e decido io». Per diventare «l'uomo più odiato d'America», Martin Shkreli ha risposto così a chi gli chiedeva perché avesse deciso che il Daraprim, farmaco della sua Turing Pharmaceuticals, dovesse passare da 13,5 dollari a 750. È un aumento del 5.456 per cento del prezzo, o se preferite di 55,5 volte, ed è avvenuto da un giorno all'altro. Ma «è il capitalismo» ha detto Shkreli. E pazienza se parliamo di salute.

Quella di Shkreli, trentaduenne imprenditore nato a Brooklyn in una famiglia metà croata e metà albanese, sedicente genio della finanza e spregiudicato speculatore dai suoi vent'anni, è stata una boutade di un paio di giorni. Poi il prezzo del Daraprim è rientrato, con un gesto di plateale rassegnazione di Shkreli alle proteste che si stavano levando da mezza America. Intanto però il mercato ha mostrato la sua fragilità, i politici hanno preso posizione sul «capitalismo» di cui sopra, e le azioni dell'intero comparto farmaceutico sono crollate per il timore dell'arrivo di un calmiera ai prezzi. L'uomo più odiato d'America, senza volerlo, ha mostrato che il mercato del farmaco deve cambiare.

Il Daraprim (cioè la pirimetamina) è una molecola antiparassitaria sviluppata 62 anni fa dal premio Nobel Gertrude Belle Elion. Inizialmente studiata per la malaria, oggi si usa soprattutto per la cura della toxoplasmosi negli immunocompromessi. Cioè: è un farmaco vecchio e per pochi (8.821 persone in Usa, secondo i dati Ims Health del 2014), ma per quei pochi è importante. Martin Shkreli ne ha comprato i diritti di vendita in agosto, dopo che il farmaco era passato dalla GlaxoSmithKline alla CorePharma e poi agli Impax Laboratories, e aveva già visto aumentare il prezzo a ogni passaggio. Così Shkreli non ha speso niente in ricerca, ma si aspet-



BLOOMBERG VIA GETTY IMAGES



tava guadagni di milioni di dollari.

Gli è andata male, perché un aumento del 5.456 per cento è davvero troppo. E perché non poteva passare inosservata nemmeno l'incredibile arroganza con cui ha risposto a (pochi) giornalisti e (moltissimi) indignati su Twitter. Ma non è la prima volta che fa una cosa simile, e soprattutto non è l'unico a farla. Il gioco è semplice: si compra un farmaco vecchio. Se ne diventa monopolista. E si comincia a venderlo come farmaco di élite. L'anno scorso Shkreli ha fatto questo gioco con il Thiola (la tiopronina), un farmaco per una malattia genetica che colpisce l'apparato urinario, aumentandone il prezzo del duemila per cento in una notte. Intanto, altre aziende un po' più silenziose facevano più o meno lo stesso con vecchi antibiotici come la doxiciclina, la cicloserina e la tetraciclina, la cui produzione costa pochi centesimi di dollaro. E il prezzo della clomipramina, un antidepressivo anni Sessanta, saliva del 3.600 per cento. Cioè in America l'incredibile ascesa dei prezzi di certi farmaci è ormai una tendenza generalizzata. E Shkreli non è un filibustiere solitario: è solo il più folle e narciso. Che ha fatto emergere il problema.

Così, finalmente, mentre lui spiegava a *Bloomberg Business* che «il Daraprim a 750 dollari, in realtà, è ancora sottoprezzo» e dava dell'imbecille a chi chiedeva di intervistarlo, il candidato alle primarie democratiche per le presidenziali 2016 Bernie Sanders e la sua rivale Hillary Clinton mettevano il tema in cima alle agende. E il Nasdaq Biotech Index andava giù del 4 per cento, per paura della fine del gioco.

Può succedere anche in Italia? «La storia del Daraprim non ci tocca. E comunque in Italia una cosa simile non potrebbe succedere, perché da noi il prezzo dei farmaci importanti, rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, viene negoziato a livello centrale» spiega Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. A occuparsi della cosa è l'Agenzia italiana del farmaco. Luca Pani ne è il direttore generale e garantisce che la negoziazione è gestita «in maniera feroce: da



Ci sono farmaci che rinascono: il talidomide, per esempio, orasi usa per il cancro

noi paga lo Stato e dobbiamo essere oculati nella spesa». Tanto che alla fine «in Italia i farmaci costano anche meno della media europea».

Bisogna fare, però, qualche distinzione. I farmaci nuovi, come quelli per l'epatite C e quelli, in arrivo, per l'ipercolesterolemia, l'Alzheimer e alcuni tumori,

possono essere molto cari anche per noi. E siccome servono a tantissime persone, c'è da rischiare la bancarotta del Servizio sanitario. Ma è giustificato che costino tanto?

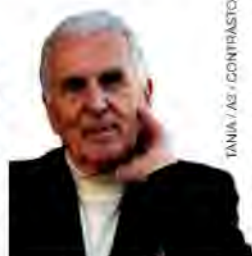
Dipende da cosa si intende per «giustificazione». «Più che la ricerca e la produzione, a incidere sul prezzo di un farmaco è la raccolta dei dati per registrarlo» precisa Pani. Questo spiega perché costino tanto, ma non garantisce che, per noi, si tratti sempre di soldi ben spesi. «In realtà per i nuovi farmaci non c'è una correlazione diretta tra prezzo ed efficacia» spiega Giuseppe Traversa dell'Istituto superiore di sanità. La legislazione europea, cioè, chiede di dimostrare qualità, efficacia, sicurezza, ma non il valore aggiunto di un nuovo farmaco rispetto a quelli già esistenti. «Perciò rischiamo di avere farmaci nuo-

vi che costano cari, e per di più funzionano peggio dei vecchi» chiosa Garattini.

E per quelli vecchi? Cioè: per quelli con più di vent'anni, e il brevetto scaduto? Anche qui, se alcuni costano tanto una spiegazione c'è. «Perché trovano una nuova indicazione terapeutica e rinascono» prosegue Pani. «È successo al talidomide: ritirato dal mercato nel 1961 perché causa di malformazioni neonatali, oggi è importantissimo in oncologia. Produrlo non costa molto, ma riproporlo ha richiesto nuove ricerche». Per la maggior parte dei vecchi farmaci però il mercato resta il solito, e il prezzo si abbassa. «Statine, antiulcera: hanno cali anche dell'80 per cento. Ovviamente le aziende hanno ancora guadagni puntualizza Traversa. «Anche perché senò smetterebbero di produrre».

Per limitare i prezzi dei vecchi farmaci la proposta del *New England Journal of Medicine* è incentivare la concorrenza. Semplicemente perché «l'entrata nel mercato di più produttori di farmaci generici aumenta la competizione e riduce i prezzi». Questo vale anche per noi. Ma non dobbiamo pensare che sia facile, perché, ricorda Garattini, il farmaco è un prodotto singolare: «Il paziente lo usa, ma non lo sceglie né lo paga. Il medico lo sceglie. Lo Stato lo paga». Anche per questo, prosegue Traversa, il mercato ha bisogno di regole e controlli. Ma anche di «un'onesta discussione pubblica su che cosa siamo disposti a pagare». Perché quando si parla di farmaci si parla di salute, di qualità della vita. E di soldi. L'uomo più odiato d'America ce lo ha ricordato in tutta la sua semplice brutalità.

Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: «Da noi il prezzo dei farmaci è negoziato a livello centrale»



TANIA / AG / CONTRASTO

 **L'Intervento**

Fare il vaccino è un atto di civiltà, ben vengano le sanzioni

di **Antonio Frena***

Il giusto no della giunta provinciale alla mozione che chiedeva l'eliminazione delle sanzioni per chi rifiuta l'obbligo vaccinale riporta l'attenzione sull'incultura che contraddistingue la nostra provincia nel campo delle vaccinazioni.

Come premessa è necessario soffermarsi su alcuni dati del Centro nazionale di epidemiologia per l'anno 2014: l'Alto Adige è incontrastato ultimo in Italia nella copertura vaccinale in età pediatrica per quanto riguarda la poliomielite (88,5%), la difterite (88,5%), il tetano (88,5%), la pertosse (88,4%), l'epatite B (88,0%), l'Hemophilus influenzale tipo B (87,7%), il morbillo (68,8%), la parotite (68,7%) e la rosolia (68,7%). Le altre regioni italiane oscillano invece su percentuali di vaccinazione della popolazione vicine al 95%, pari alla soglia che il ministero della sanità ritiene soddisfacente al fine di eliminare le sanzioni.

Le ragioni che stanno dietro a questa diseducazione locale sono molteplici e vanno ricercate nell'errata convinzione che le malattie interessate siano state debellate (l'epidemia di morbillo del 2007 in Svizzera colpì oltre 500 bambini e adolescenti), nell'enfatizzazione dei danni da vaccinazione (che pure esistono, qualunque atto medico può provocare un danno) e in una malintesa filosofia del «biologico» che vede il vaccino come un rimedio artificiale e non naturale. Tali convinzioni leggendarie cozzano però a loro volta contro l'evidenza dei dati

dell'Organizzazione mondiale della sanità che parla di 2-3 milioni di morti infantili risparmiati grazie alla copertura vaccinale e si propone quindi di raggiungere e superare il 90% di copertura nell'intero pianeta con il piano 2015-2020.

Per dare un'idea dell'entità del problema altoatesino basta citare due fatti: il primo è che stati come Indonesia, Filippine e Uganda (che sono tra i dieci dove vive oltre il 60% dei bambini non vaccinati al mondo) hanno percentuali vaccinali simili alle nostre; il secondo è l'esempio dello stato della California (considerato il più liberal negli Usa) che nel luglio 2015 ha sancito come i convincimenti personali non siano motivo accettabile di esenzione dalle vaccinazioni, ha rinforzato il filtro scolastico (proibizione alle scuole di ammettere bambini che non siano in regola con un elenco predefinito di vaccinazioni) e ha reso non legalmente ammissibile il rifiuto delle vaccinazioni per motivi religiosi o filosofici (fonte New England Journal of Medicine).

Alla luce di quanto esposto, appare quanto meno inadeguata (medioevale?) la posizione di chi, nel 2015, chiede la rimozione delle sanzioni rincorrendo un facile consenso e non essendo in possesso di una minima cultura in materia. Non vaccinare assume, alla luce delle evidenze scientifiche, la forma di un attentato alla salute pubblica: ben vengano quindi le sanzioni verso chi può creare un importante danno sociale non adempiendo a quello che non è solo un dovere civico in senso stretto, ma è anche un atto di civiltà verso tutto l'umanità.

*** Responsabile sanità del Pd Alto Adige**



Puntura Una vaccinazione



CARI SCIENZIATI, SUI VACCINI FATEVI CAPIRE

LA PROFILASSI

Com'è possibile che molti italiani credano sia meglio non farla? È un problema di comunicazione. Ed è anche un po' colpa nostra

» GIANVITO MARTINO*

Anche se qualcosa in positivo sembra stia cambiando negli ultimi anni, relativamente al livello di alfabetismo scientifico in Italia, certamente sorprende come la maggioranza dei nostri concittadini sia ancora contraria ai vaccini obbligatori - a fronte delle loro assoluta e comprovata necessità, come ribadito in questi giorni a "BergamoScienza" da eminenti scienziati del calibro del premio Nobel Peter Doherty - o concordi sul fatto che ognuno debba essere libero di usare le terapie che più ritiene opportune, siano queste validate o meno scientificamente. Ma come è spiegabile che in un mondo sempre più tecnologico, collegato e globale la scienza rimanga, per i più, un'opzione e non un'opportunità? Un'opzione incomprensibile, pericolosa e controproducente, soprattutto per la nostra salute che è un fatto privato ma che non può essere lasciata alla mercé dei santoni di turno il cui fino unico e ultimo è quello di speculare sulla sofferenza.

L'UNICA spiegazione è che ci portiamo sulle spalle come una zavorra culturale la convinzione che la scienza, di per sé, non è parte della nostra cultura. Non è difficile intravederle le ragioni. Uno Stato che ha deciso che la ricerca scientifica non è più una priorità, diminuendo sensibilmente gli investi-

menti in ricerca e sviluppo così come quelli destinati a percorsi didattico-formativi, non è scevro da responsabilità. Ma anche gli scienziati stessi non sono incolpevoli, soprattutto quando pretendono di formare, e non semplicemente informare, le coscienze: dallo scienziato onnivoro che parla di tutto e non solo di quanto gli compete, allo scienziato irresponsabile che parla anche quando sarebbe meglio tacere. E i media in tutto questo? La progressiva scomparsa come mezzi di comunicazione di massa della carta stampata è certo tra le cause prime della cosiddetta disinformazione scientifica. Strumenti come la televisione e Internet risultano inappropriati per divulgare la scienza perché soggetti alla 'cultura della velocità' (tratto profondo della modernità) che se da un lato ci consente di raggiungere numeri impensabili prima, dall'altro ci consegna alla 'conoscenza liquida' di baumiana memoria, cioè superficiale e raramente approfondita. La scienza ha bisogno di tempo: basta pensare, tornando al tema della salute, che da 5000 possibili cure se ne riesce a sviluppare una dopo 15 anni di lavoro e dopo un investimento che si aggira attorno al miliardo di euro.

BISOGNA quindi cambiare il modo di rapportarci alla scienza, il modo con cui la conosciamo e con cui vorremmo farla conoscere. Alcune considerazioni possono essere fatte. Certamente il primo passo è quello di sviluppare un sistema educativo-formativo, che fin dalla scuola dell'infanzia, contempli come fondanti i temi scientifici e modernizzi gli strumenti di insegnamento e di formazione: sta emergendo l'approccio del cosiddetto *blended learning* o apprendimento misto che si è dimostrato molto più efficace nello stimolare l'interesse e la partecipazione dello studente. Dovremmo poi sfruttare di più il cosiddetto 'effetto festival', da Bergamo a Napoli passando per Genova: proponendo un processo conoscitivo guidato e facilitato, i festival scientifici rappresentano oggi il format ideale per formare una cultura scientifica collettiva. Mettendo a frutto tutto questo, il percorso verso una vera società della conoscenza, certamente più equa e solidale, non sarà così accidentato come si presenta oggi. Lo spettacolo della scienza deve prevalere sulla scienza che fa spettacolo.

*Neuroscienziato Ospedale San Raffaele, comitato scientifico BergamoScienza



L'allarme

Vaccinazioni
in calo
Riecco le paure
del passato

di M. DI NAPOLI

A PAGINA 9

Le vaccinazioni fanno paura Trattamenti in calo del 95%

Il timore è di scatenare pericolose malattie Così però si torna a morire pure per un morbillo

Disinformazione

L'incubo più diffuso
è che i vaccini
possano provocare
casi di autismo
A poco servono
le smentite scietifiche

di MARCELLO DI NAPOLI

Tornano a far paura le malattie che non si sentivano da tempo. Uno spettro che generato dal drastico calo delle vaccinazioni. Giunto, ormai, ad un livello preoccupante. Si parla addirittura, dati del 2014 alla mano, di una diminuzione del 95 per cento per le vaccinazioni contro la poliomelite, tetano, difterite ed epatite B e con una diminuzione dell'86 per cento delle vaccinazioni contro il morbillo, la parotite e la rosolia. Il risultato: si rivedono casi di morte evitabili. Insomma, un vero e proprio disastro sanitario nonostante i ripetuti inviti delle autorità a sottoporre i propri figli alle vaccinazioni.

APPELLI NEL VUOTO

Da circa quarant'anni, il tasso dei vaccinati è sempre più calato. Anche a causa, col passare del tempo, delle campagne fatte puntando il dito contro gli effetti collaterali delle vaccinazioni. E poco e niente hanno potuto fare i medici. I loro appelli, infatti, sono caduti nel vuoto. Tra i genitori serpeggia ancora la paura che a causa delle vaccinazioni si possa andare incontro ad alcuni disturbi come l'autismo. Anche se la scienza ha smentito ogni correlazione. Secondo il presidente dell'Istituto Superiore della Sanità, Walter Ricciardi, le mancate vaccinazioni creano un rischio enormemente più alto rispetto a quello degli eventuali effetti collaterali.

IL DIBATTITO

Ma la questione vaccino "Sì" o "No" resta dunque oggetto di dibattito, malgrado la grandissima parte della comunità scientifica non abbia dubbi sul fatto che i benefici sono nettamente superiori ai rischi. "I dubbi - ha sottolineato sempre Ricciardi - sono dovuti al fatto che si è persa la memoria storica delle epidemie che prima che fossero scoperti vaccini e antibiotici falciavano intere generazioni. Per gran parte degli esperti l'attuale riduzione delle percentuali di immunizzazioni è anche il risultato della disinformazione alla quale da troppo tempo assistiamo verso questi importanti presidi medici". Se per la comunità scientifica le coper-

ture basse sono legate alla diffidenza e alla disinformazione, per il presidente del Codacons, Carlo Rienzi, il calo è, al contrario, il risultato "di una maggiore consapevolezza da parte degli utenti, che si informano di più rispetto al passato e scelgono autonomamente se sottoporsi o meno ad un vaccino". "Il caso dell'esavalente è eclatante - ha detto Rienzi - . Perché la Sanità pubblica sceglie di somministrare ai bambini 6 vaccinazioni anziché le 4 previste dalla legge? Producono un solo un vaccino esavalente che contiene sia i vaccini obbligatori che quelli raccomandati, quindi o li fai tutti insieme o, se vuoi solo quelli obbligatori, sei costretto a sottoporre il bambino allo stress di 4 'punture' diverse. L'Aifa si rifiuta di imporre la produzione di un vaccino tetravalente che contenga solo le vaccinazione obbligatoria. Questa procedura comporta un evidente spreco di soldi pubblici a carico del Ssn pari a 114 milioni di euro all'anno. E' una violenza".



Giovedì 08 OTTOBRE 2015

Senato. Allarme vaccini. De Filippo: "Nel prossimo Piano nazionale finanziamenti ad hoc e acquisti centralizzati per i vaccini"

Lo ha detto oggi il sottosegretario alla Salute davanti alla Commissione Sanità del Senato durante un'audizione. Toccati anche altre questioni: dalla situazione dell'ospedale di Leonforte all'obbligo di certificazione con elettrocardiogramma solo per i tesserati che svolgono attività sportive regolamentate.

Il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, è intervenuto oggi in commissione Igiene e Sanità al Senato per rispondere a tre interrogazioni. La prima, presentata da **Paola Taverna (M5S)**, riguardava **la riorganizzazione del presidio ospedaliero "Ferro Branciforti Capra" di Leonforte (Enna)**. De Filippo ha spiegato che l'Azienda ospedaliera Umberto I e l'Asp n. 4 di Enna sono state unificate in un'unica Asp territoriale. Presso l'ospedale di Leonforte, ha chiarito il sottosegretario, sono attive le unità operative di Medicina, Chirurgia, Riabilitazione e Lungodegenza, nonché i servizi di Pronto Soccorso, Radiologia, Laboratorio analisi, Farmacia e Direzione di Presidio, e viene, altresì, assicurata l'assistenza ai malati oncologici nel reparto di Oncologia, per complessivi 26 posti letto per acuti, 36 di Riabilitazione, 16 di Lungodegenza e 10 presso la speciale unità di Accoglienza permanente, non ancora attivati. "Alla fine dell'aprile scorso, la direzione aziendale dell'Asp ha previsto un avvio immediato delle procedure di legge per l'assunzione del personale mancante".

Questa la risposta integrale di De Filippo: "Premesso che, il 14 gennaio 2015, la Regione Siciliana ha approvato il decreto assessoriale n. 46/2015, di "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia". Nella proposta di riorganizzazione, la Regione prevede la riconversione di 25 strutture ospedaliere in 8 ospedali di comunità, altrettanti ospedali di zona disagiata e 9 ospedali di zona industriale. Per quanto concerne la specifica situazione del presidio ospedaliero "Ferro Branciforti Capra" di Leonforte (Enna), nel citato decreto assessoriale è previsto l'accorpamento gestionale ed amministrativo del presidio ospedaliero di Leonforte con il presidio ospedaliero di Nicosia, per formare gli "Ospedali Riuniti di Nicosia-Leonforte". Per l'ospedale di Nicosia è prevista una riconversione in presidio ospedaliero di zona disagiata. A seguito di tale accorpamento, per il presidio di Leonforte vi è una diminuzione di posti letto per acuti, che passano da 46 nel 2014 a 26, e un incremento dei posti letto post-acuti che passano da 12 nel 2014 a 55. Sebbene risultino diminuiti, come numero, i posti letto per acuti, rimangono comunque attivi nel presidio: 10 posti letto di Chirurgia generale; 14 posti letto di Medicina generale; 2 posti letto indistinti di area medica e chirurgica.

Non risulta, dal decreto, la riconversione del presidio in "Ospedale di Comunità", ovvero la trasformazione da ospedale a struttura residenziale.

Fa quindi presente che, riguardo alla rete dell'emergenza-urgenza, dai modelli HSP 24 si rilevache, per il 2013, il pronto soccorso del presidio ospedaliero di Leonforte accoglie solo il 14 per cento dei pazienti che accedono al pronto soccorso dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Enna. Inoltre, il pronto soccorso di Leonforte è la struttura che trasferisce il numero più elevato dei pazienti in altre strutture (il 41 per cento). In merito alla problematica in esame, la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Enna ha contattato l'Azienda sanitaria provinciale di Enna, ed ha osservato quanto segue. L'Azienda ospedaliera Umberto I e l'ASP n. 4 di Enna sono state unificate in un'unica ASP territoriale. Il provvedimento organizzativo ha comportato l'istituzione dei seguenti distretti ospedalieri: il distretto

ospedaliero En 1; il presidio di Enna e quello di piazza Armerina; il distretto ospedaliero En 2; il presidio di Nicosia ed il presidio ospedaliero "Ferro Branciforti Capra" del Comune di Leonforte. A tale l'Azienda ha precisato che il decreto attuativo ha indicato le unità operative di ciascun ospedale, il numero dei posti letto ed ha, altresì, disposto la chiusura di alcune unità operative, con il conseguente accorpamento con altre unità operative.

Nel distretto En 1, in particolare, è stata prevista la chiusura delle unità operative di Chirurgia toracica dell'ospedale di Enna, di Urologia e dell'Unità di Cardiologia dell'ospedale di piazza Armerina, oltre all'accorpamento delle unità operative di Anestesia, di Farmacia, di Radiologia, del Laboratorio analisi, della Direzione di Presidio e di Ostetricia e Ginecologia. Analogamente, nel distretto En 2 è stato previsto l'accorpamento di altre unità operative: Anestesia, Farmacia, Radiologia, Laboratorio analisi, Direzione di Presidio ed Ostetricia e Ginecologia. Inoltre, l'ASP ha evidenziato come l'attuale quadro assistenziale sia stato determinato dalla successiva chiusura dei "Punti Nascita" di piazza Armerina e Leonforte, con la conseguente interruzione dei ricoveri ordinari di Ostetricia e Ginecologia e il mantenimento delle attività ambulatoriali. Lo stesso direttore generale dell'ASP ha evidenziato, altresì, che la rete ospedaliera provinciale ha subito ulteriori modifiche a seguito dell'emanazione del decreto assessoriale del 14 gennaio 2015, che ha determinato una nuova distribuzione delle unità operative nei vari ospedali e la riduzione dei posti letto. Secondo la normativa regionale di riferimento, infatti, presso l'ospedale di Leonforte sono attive le unità operative di Medicina, Chirurgia, Riabilitazione e Lungodegenza, nonché i servizi di Pronto Soccorso, Radiologia, Laboratorio analisi, Farmacia e Direzione di Presidio, e viene, altresì, assicurata l'assistenza ai malati oncologici nel reparto di Oncologia, per complessivi 26 posti letto per acuti, 36 di Riabilitazione, 16 di Lungodegenza e 10 presso la speciale unità di Accoglienza permanente, non ancora attivati. Secondo quanto riportato dal direttore generale dell'ASP, l'attuale offerta sanitaria dell'ospedale oggetto dell'interrogazione è stata determinata a monte dal predetto decreto assessoriale, a cui la direzione aziendale dell'ASP si è uniformata, rispettandone le disposizioni in materia. In particolare, alla fine dell'aprile scorso, la direzione aziendale dell'ASP, su specifica richiesta dell'Assessorato regionale della Salute, ha predisposto una simulazione della pianta organica ed è stato previsto un avvio immediato delle procedure di legge per l'assunzione del personale mancante.

In relazione alla frigo emoteca, il decreto assessoriale della rete trasfusionale non ha compreso l'ospedale "Ferro Branciforti Capra", per le cui necessità è stata ritenuta sufficiente la frigo emoteca presente, come del resto è avvenuto negli ultimi 20 anni. Per quanto concerne l'ambulanza, si è provveduto ad indire gara per la relativa acquisizione. Per quanto riguarda, infine, l'analisi dei dati di attività, questo quanto comunicato dall'Azienda sanitaria provinciale in merito all'indice operatorio dei presidi ospedalieri: la Chirurgia del presidio ospedaliero di Leonforte ha, nel corso del 2014, effettuato n. 521 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 37,24 per cento; 20 ricoveri in "Day Hospital", con un indice operatorio del 65 per cento; n. 313 "Day Service", con indice operatorio del 77,64 per cento, per un totale di 854 pazienti, pari ad un complessivo indice operatorio del 52,69 per cento; la Chirurgia di Nicosia ha effettuato n. 291 ricoveri ordinari con un indice Operatorio del 62,20 per cento; "Day Hospital" n. 105, con indice operatorio 84,76 per cento; "Day Service" n. 155, con un indice operatorio 97,42, per un totale n. 551 pazienti, pari al 76,41 per cento; la Chirurgia di piazza Armerina ha effettuato n. 343 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 67,06 per cento; "Day Hospital" n. 171, con un indice operatorio del 71,35 per cento; "Day Service" n. 154, con un indice operatorio del 97,40 per cento, per un totale di n. 668 pazienti, con indice operatorio del 75,15 per cento; la Chirurgia di Enna ha effettuato n. 497 ricoveri ordinari, con un indice operatorio del 78,27 per cento; "Day Hospital" n. 374, con un indice operatorio del 83,16 per cento; "Day Service" n. 138, con un indice operatorio del 9,86 per cento, per un totale di 1009 pazienti, con un indice operatorio del 81,67 per cento".

La senatrice Taverna si è dichiarata non soddisfatta in sede di replica, poiché "dalla risposta si evince che la Regione Siciliana, nel processo di riorganizzazione in atto, sta soddisfacendo bisogni diversi da quello assistenziale dei cittadini".

E' stato poi il turno di **Mara Valdinosi (Pd)**, che ha illustrato l'interrogazione riguardante **la politica vaccinale nazionale**. Il sottosegretario ha spiegato come, nella bozza di PNPV 2016-2018, elaborata da un Comitato per le strategie vaccinali istituito dal ministro Lorenzin presso il Consiglio superiore di sanità, e che attualmente è all'attenzione del Coordinamento interregionale della Prevenzione, siano

state affrontate le attuali criticità dell'offerta vaccinale, con possibili soluzioni, anche di natura comunicativa, per gli operatori. "Tale nuovo PNPV vuole dare nuova luce e vigore alle politiche vaccinali nazionali, accompagnandosi, parallelamente al suo iter approvativo in Conferenza Stato Regioni, a proposte del Ministero della salute, nelle sedi istituzionali, per un concreto sostegno alle Regioni e Province Autonome, anche attraverso un finanziamento ad hoc per le attività vaccinali e un possibile acquisto 'centralizzato' delle vaccinazioni".

Questa la risposta integrale di De Filippo: "Sottolineo, in primo luogo, l'importanza fondamentale dei vaccini, in termini di riduzione della suscettibilità alle infezioni e dei costi sanitari e sociali legati alle malattie infettive ed agli eventuali esiti invalidanti, con possibilità di impiegare diversamente le risorse economiche, strutturali e di personale rese disponibili. Rileva che, anche se la vaccinazione non rappresenta l'unico strumento disponibile per la prevenzione delle malattie infettive, è pur vero che resta il più efficace ed innocuo: infatti, se confrontata con l'immunoprofilassi passiva (somministrazioni post-esposizione di immunoglobuline), essa comporta meno rischi, dalle reazioni allergiche allo shock anafilattico. Rispetto alla profilassi ambientale e comportamentale risulta essere più specifica, più efficace e con un minor margine di errore.

Osserva, quindi, che il successo dei programmi nazionali vaccinali si fonda sul raggiungimento ed il mantenimento delle coperture di cicli vaccinali completi, a livelli tali da prevenire e controllare efficacemente la diffusione delle malattie infettive prevenibili con vaccino. Pertanto, il mancato raggiungimento, e mantenimento, di efficaci coperture di cicli vaccinali completi, o l'interruzione di questi, vanifica tutti gli sforzi fatti in tal senso.

Fa presente che l'offerta delle vaccinazioni, in Italia, si è evoluta nel corso degli anni, di pari passo con il progredire delle conoscenze tecnico-scientifiche in merito, delle condizioni socio-economiche del nostro Paese e del cambiamento culturale nel rapporto medico-paziente. Gli ultimi due Piani nazionali (Piano Nazionale Vaccini-PNV 2005-2007 e Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale-PNPV 2012-2014), frutto di intese in Conferenza Stato-Regioni, hanno fornito indirizzi per le strategie vaccinali da applicare su tutto il territorio, improntati su criteri di equità e standardizzazione dell'offerta vaccinale per tutti i nuovi nati e degli aventi diritto per età, condizioni di rischio per patologie di base, o per attività lavorativa in ambito sanitario.

Ricordo che la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (modifica del Titolo V della Costituzione) ha assegnato alle Regioni e Province autonome maggiori competenze, tra le quali la più importante è la gestione della sanità, nonché una autonomia nel modo di regolarsi al proprio interno, oltre che in campo finanziario e amministrativo. Saggiunge che si sono generate differenziazioni nella concreta applicazione di tale normativa, in particolare negli ambiti degli interventi di prevenzione; nel tempo si è avvertita anche una diversa impostazione socio-culturale nella popolazione generale. Ne è conseguito il disorientamento della stessa popolazione, che, in esito agli accessi ai media, e in particolare ai social media, senza un chiaro punto di riferimento, è stata preda di una aggressiva disinformazione, anche da parte di medici, non basata sulle evidenze scientifiche.

Segnalo che nella bozza di PNPV 2016-2018, elaborata da un Comitato per le strategie vaccinali istituito dal ministro Lorenzin presso il Consiglio superiore di sanità, e che attualmente è all'attenzione del Coordinamento interregionale della Prevenzione, sono state affrontate le attuali criticità dell'offerta vaccinale, con possibili soluzioni, anche di natura comunicativa, per gli operatori. Una di queste è il considerare non le malattie evitate dalle vaccinazioni, ed il relativo costo-efficacia, come fatto fino ad oggi, bensì quanto costano in termini di salute e di risorse i casi di malattia che si verificano e si potrebbero efficacemente prevenire con le vaccinazioni. Altro aspetto considerato, tra gli altri, è il valore etico delle vaccinazioni e il principio di solidarietà, che si applica con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali che permettono di proteggere chi realmente non può essere vaccinato. La bozza di PNPV 2016-2018 affronta la tematica di una comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni, ma anche la necessità di condividere contenuti informativo-educativi, sul tema, nei programmi delle scuole e dei corsi universitari. Tale nuovo PNPV vuole dare nuova luce e vigore alle politiche vaccinali nazionali, accompagnandosi, parallelamente al suo iter approvativo in Conferenza Stato Regioni, a proposte del Ministero della salute, nelle sedi istituzionali, per un concreto sostegno alle Regioni e Province Autonome, anche attraverso un finanziamento "ad hoc" per le attività vaccinali e un possibile acquisto "centralizzato" delle vaccinazioni, per garantirne standardizzazione dei costi e continuità di approvvigionamento. Nella "griglia LEA" di valutazione, sono previsti indicatori che riguardano il

raggiungimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni contemplate nel vigente PNPV 2012-2014, e che ulteriori indicatori sono all'attenzione per la realizzazione delle anagrafi vaccinali".

In sede di replica Valdinosi si è dichiarata soddisfatta apprezzando "la sensibilità del governo e la volontà che sta dimostrando in queste ore per trovare soluzioni efficaci al grave fenomeno del calo delle vaccinazioni a 24 mesi di età come hanno evidenziato i dati forniti dall'ISS nei giorni scorsi". "La preoccupazione è forte per quanto sta già avvenendo sul territorio - spiega Valdinosi - dove già si manifestano microepidemie, come quella della pertosse nel cesenate. Un'aggravarsi della situazione non è purtroppo da escludere anche perché continua a diffondersi una cattiva informazione soprattutto attraverso i Media e in particolare su i Social, che lega ai vaccini l'insorgere di gravi patologie quali l'autismo. Lo sforzo di tutti, Governo, Regioni, Medici deve essere quindi indirizzato a rendere più efficace e trasparente la campagna di informazione rivolta a tutta la popolazione sull'importanza e la necessità delle vaccinazioni. Su questo il governo ha mostrato grande disponibilità proponendo anche contenuti informativo-educativi nei programmi delle scuole e dei corsi universitari, così come ha garantito l'impegno per un'approvazione rapida del nuovo Piano nazionale per le vaccinazioni 2016/18, allo stato fermo all'esame della Conferenza Stato-Regioni, con la previsione di un finanziamento ad hoc per le attività vaccinali e un possibile acquisto centralizzato delle vaccinazioni", conclude la Senatrice Valdinosi.

Infine, **Annalisa Silvestro (Pd)**, ha presentato l'interrogazione concernente **l'obbligo di certificazione medica con elettrocardiogramma per l'esercizio di attività sportiva**. De Filippo ha spiegato come, con la circolare del giugno 2015, il Ministero della salute ha introdotto il principio di distinzione tra le diverse tipologie di tesseramento per l'attività non agonistica ai fini della sussistenza, o meno, dell'obbligo di certificazione sanitaria. A questo scopo è stato affidato al Coni, sentito il Ministero della salute, il compito di impartire idonee indicazioni alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate e agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dallo stesso Coni, affinché distinguano: i tesserati che svolgono attività sportive regolamentate; i tesserati che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico; i tesserati che non svolgono alcuna attività sportiva. "Ciò al fine di limitare solo alla prima categoria di tesserati l'obbligo di certificazione sanitaria". Questa ricognizione - precisa il Sottosegretario - dovrebbe perfezionarsi a breve.

Questa la risposta integrale di De Filippo: "Faccio presente che, negli ultimi tre anni, si sono avvicinate tre specifiche disposizioni normative di rango primario, due decreti ministeriali e, da ultimo, nel mese di giugno 2015, una circolare del Ministero della salute, per meglio chiarire alcuni profili dell'obbligo di certificazione. In particolare, il decreto ministeriale 24 aprile 2013, recante la disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica ed amatoriale, agli articoli 2 e 3 riporta la definizione di attività sportiva amatoriale e non agonistica. Successivamente, nel mese di giugno 2014, il Ministero della salute, di intesa con le Regioni, ha attivato un gruppo di lavoro in materia di medicina dello sport, con il compito di approfondire i molteplici aspetti della materia in esame, per i quali risulta necessaria la definizione di orientamenti condivisi tra Stato e Regioni.

Con decreto ministeriale 8 agosto 2014 sono state adottate le Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica, e sono stati definiti gli esami clinici e gli accertamenti finalizzati al rilascio di tale certificato. Nelle suddette Linee guida è chiarito che l'obbligo di certificazione è riferito solo a chi pratica attività sportiva non agonistica. Quanto all'attività ludico motoria, definita dall'articolo 2 del citato decreto ministeriale 24 aprile 2013, e cioè quella praticata da soggetti non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi, è stato ribadito che per lo svolgimento della suddetta attività, non è più vigente l'obbligo della certificazione sanitaria. Da ultimo, con la circolare del giugno 2015, già citata, il Ministero della salute ha introdotto anche il principio di distinzione tra le diverse tipologie di tesseramento per l'attività non agonistica ai fini della sussistenza, o meno, dell'obbligo di certificazione sanitaria; e allo scopo ha affidato al CONI, sentito il Ministero della salute, il compito di impartire idonee indicazioni alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate e agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dallo stesso CONI, affinché distinguano, nell'ambito delle attività: i tesserati che svolgono

attività sportive regolamentate; i tesserati che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico; i tesserati che non svolgono alcuna attività sportiva. Ciò al fine di limitare solo alla prima categoria di tesserati l'obbligo di certificazione sanitaria.

Tale ricognizione dovrebbe perfezionarsi a breve. Quanto alla Risoluzione n. 7/00636 della XII Commissione permanente della Camera dei Deputati, che impegna il Ministero ad apportare ogni idoneo aggiornamento al decreto ministeriale del 2013 in tema di "attività non agonistica", comunica che, già nella seduta del tavolo di lavoro del 24 settembre u.s., la questione è stata affrontata, e i partecipanti al Tavolo si sono riservati di far pervenire le prime proposte di modifica. Da ultimo, riferisce che, per quanto attiene alla lettera aperta delle associazioni pediatriche italiane, citate nell'interrogazione, nel corso della medesima riunione del 24 settembre – svolta alla presenza dei rappresentanti delle medesime associazioni – si è convenuto che, al fine di promuovere e salvaguardare l'attività motoria nella prima infanzia, nella fascia d'età da zero a sei 6 anni, e fatta eccezione per i casi di bambini con specifici problemi sanitari, tale attività motoria può essere svolta senza alcuno obbligo di certificato sanitario. Tale posizione sarà oggetto di una specifica integrazione alla più volte citata circolare del giugno 2015".

Silvestro, dichiarandosi soddisfatta della risposta, ha segnalato come tuttavia, "le rilevanti innovazioni introdotte negli ultimi anni non hanno sin qui sortito gli effetti attesi, dal momento che ancora risultano, nella prassi, numerose richieste di certificazioni non dovute". Auspica pertanto che il CONI completi quanto prima le attività di propria competenza e che si adottino opportune iniziative per diffondere la conoscenza delle nuove regole e assicurarne l'osservanza, anche sanzionando le eventuali condotte difformi.



Piaceri&Saperi **Detti & Contraddetti** / di Luigi Ripamonti

La febbre? Meglio non abbatterla subito

Lasciare che si "sfoghi", intervenendo in una seconda fase, può aiutare a interpretarne le cause. E le malattie associate

La febbre va stroncata subito. E chi l'ha detto? Ennesimo mito da sfatare. La febbre non viene affatto "per caso" e non è assolutamente vero che non serva a niente. Tutt'altro: da un lato fa parte del sistema di difesa dell'organismo e dall'altro può essere un segnale utilissimo per quella che i medici chiamano diagnosi differenziale, cioè la distinzione di una malattia da un'altra. Se al primo accenno di febbre la si abbassa si potrebbe rendere più difficile l'identificazione delle cause del problema. Per capire meglio di che cosa si parla va chiarito innanzitutto che una variazione di temperatura durante il giorno è del tutto normale: il minimo si ha verso le 6 del mattino e il massimo nel tardo pomeriggio, con un'oscillazione di poco più di mezzo grado centigrado. Di febbre vera e propria si parla quando la temperatura supera i 37-37,5 gradi.

La febbre è di norma scatenata dall'ingresso nell'organismo di qualcosa che viene riconosciuto come estraneo, nella maggior parte dei casi virus, batteri e altri agenti infettivi. Questi intrusi, fra l'altro, inducono il nostro sistema immunitario a rilasciare particolari sostanze chimiche, le citokine, che funzionano come "segnali" nella complessa organizzazione del nostro apparato di reazione verso ciò che è "diverso da noi", quindi potenzialmente minaccioso. Una di queste citokine, l'interleukina-1, sollecita il centro per la termoregolazione (che si trova nel cervello) ad alzare la temperatura. Il rialzo del "termostato" serve a far produrre calore che contribuisce a "bruciare" il nemico (non è proprio così, ma ci si passi la semplificazione).

A seguito del cambio di temperatura interna succedono due cose: vengono i brividi, che servono a produrre calore, e si avverte freddo, a causa del restrin-

gimento dei vasi superficiali della pelle, che è utile a ridurre la dispersione di calore. Quando l'infezione è in via di risoluzione arriva invece il sudore, che fa esattamente il contrario, cioè aiuta a disperdere il calore e quindi a far scendere la temperatura.

La febbre, si diceva, è però anche un utile indizio se interpretato nel suo contesto, cioè insieme ai sintomi che vi si associano e tenendo conto del suo andamento. Per esempio: una febbre importante che non diminuisce può associarsi a una polmonite, una febbre persistente può essere il segnale di una malattia virale come la mononucleosi. Se, ancora per esempio, la febbre viene a giorni alterni potrebbe segnalare la presenza della malaria e varrà allora la pena chiedersi se è cominciata dopo un viaggio in una zona in cui la malattia è endemica. Altro caso importante da conoscere: se la febbre alta si accompagna a mal di testa, dolore oppure rigidità alla nuca e alla comparsa di puntini rossi sulla pelle, potrebbe essere uno dei segnali di una possibile meningite, quindi più che preoccuparsi di abbassarla bisogna chiamare alla svelta il 118 o andare al Pronto Soccorso. I casi possono essere molti e diversi e la loro valutazione va lasciata al medico. Ma, in generale, quando la febbre va abbassata? Di solito si suggerisce di intervenire solo dopo i 38,5 gradi oppure quando il malessere è particolarmente severo. Nei bambini il ricorso ad antipiretici quando la temperatura supera i 38,5 gradi ha non solo lo scopo di ridurre i disturbi (per esempio un mal di testa fastidioso) ma anche di prevenire possibili crisi convulsive.

Una variazione di temperatura durante il giorno è normale: il minimo si ha verso le 6 del mattino, il picco nel tardo pomeriggio

La medicina Salvato dalle allergie a sette anni grazie al lavaggio del sangue

Roma, soffriva di asma e shock anafilattici
poi il trattamento al Bambino Gesù
"Prima volta al mondo su un bimbo"

Senza la cura non avrebbe potuto frequentare la prima elementare
"Si aprono nuove prospettive per guarire anche le forme più gravi"

ELENA DUSI

ROMA. L'asma gli permetteva di correre soltanto con difficoltà. Latte, uova, frutta, carne e pesce erano banditi dalla sua dieta di allergico. Le maestre della prima elementare avevano messo le mani avanti: accetteremo il bambino in classe solo con la presenza costante della madre. La situazione per Michele, 7 anni, una forma di allergia estrema, era diventata pesante. Se finora la prudenza dei genitori era bastata a fare slalom fra gli alimenti proibiti, le maestre dell'asilo avevano creato una sorta di "cordone sanitario" attorno a lui e l'adrenalina sempre in tasca aveva salvato Michele dagli occasionali shock anafilattici, l'esclusione di fatto dalla scuola dell'obbligo rischiava di rendere impossibile la sua vita di bambino.

Ci hanno pensato i medici del Bambin Gesù a rimettere sui binari la vita di Michele. All'ospedale pediatrico romano il sangue del bambino è stato "lavato" e purificato da quegli anticorpi che scatenano le allergie grazie a un meccanismo non dissimile dalla dialisi. Ad agosto ci sono volute 8 sedute da 6 ore ciascuna — nelle quali Michele ha rimediato tanta noia, ma nessun effetto collaterale — per filtrare il plasma del bambino e purificarlo da quegli anticorpi (le immunoglobuline E o IgE) responsabili delle reazioni allergiche, lasciando intatte le altre componenti del sangue. «È la prima volta al mondo che questo intervento viene effettuato su un bambino», spiega Alessandro Fiocchi, responsabile dell'allergologia del Bambin Gesù. Michele, che oltre che agli alimenti è sensibile ad acari, polvere, pelo di animali e polline, potrà ora tenere sotto controllo la sua allergia con i farmaci: degli anticorpi monoclonali che si legano alle immunoglobuline e le rendono inermi "ammanettandole".

Un bambino non allergico ha un livello di IgE inferiore alle 20 chilo unità per litro di sangue. Chi soffre di un'allergia moderata oscilla tra le 800 e le 1.000. Michele era arri-

vato a 4mila. «A livelli così elevati non è possibile usare gli anticorpi monoclonali come terapia» dice Fiocchi. Il trattamento con l'apparecchio che depura il sangue (la procedura si chiama tecnicamente "immunoassorbimento IgE") ha riportato i valori di immunoglobuline a 300 e i risultati sono stati pubblicati da *Pediatrics*, la rivista dell'Accademia americana di pediatria. A meno che il bambino non salti la terapia con i farmaci, non ci sarà bisogno di ripetere la procedura. «Nei prossimi mesi sottoporremo allo stesso trattamento una bambina di 6 anni di Nairobi», aggiunge Fiocchi. «La sua forma di allergia è grave come quella di Michele». In generale, tutte le forme di iperallergia che non hanno altra chance di trattamento potranno essere affrontate con questo apparecchio. «Si aprono nuove strade — spiega Fiocchi — alla cura delle forme più gravi dei disturbi allergici: anafilassi, dermatite atopica e asma grave che non possono avvalersi dei farmaci».

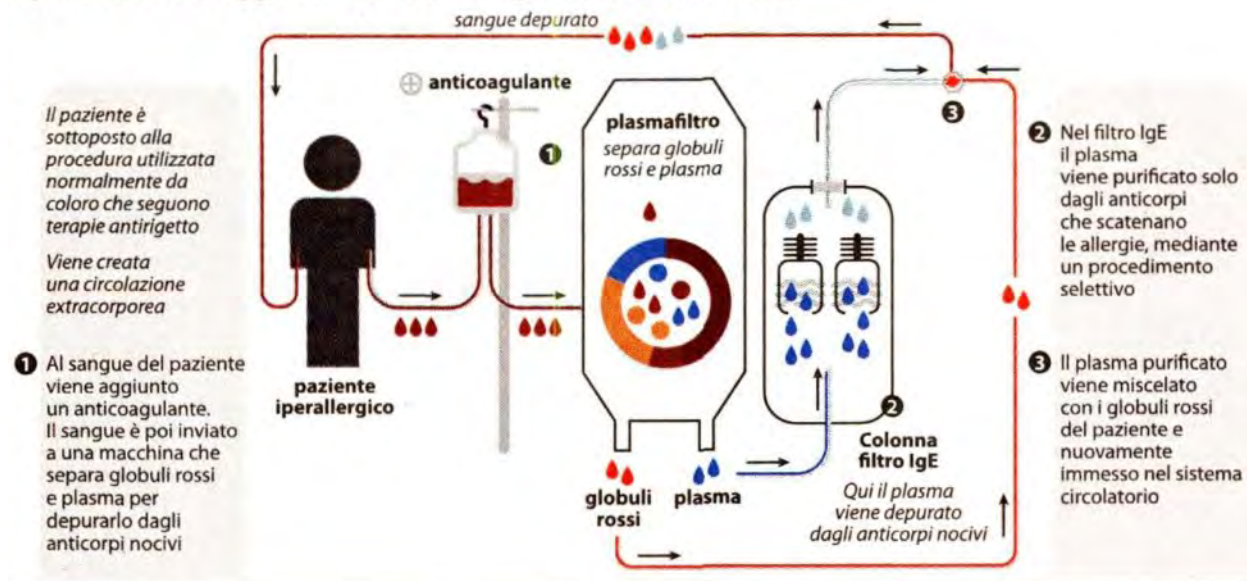
«Il macchinario — spiega Stefano Ceccarelli, responsabile del servizio di aferesi del Bambin Gesù — è utilizzato nel nostro ospedale da tempo». La procedura di separazione del sangue in globuli rossi e plasma (chiamata "plasmaferesi") viene usata comunemente come terapia antirigetto dopo un trapianto, o per risolvere malattie autoimmuni gravi. «Ma dal 2014 abbiamo a disposizione degli "adsorbitori" specifici, capaci di eliminare dal sangue solo un determinato tipo di anticorpi, in questo caso le IgE, mantenendo intatte tutte le altre sostanze che verrebbero tolte dalla circolazione con la plasmaferesi tradizionale». Per Michele, la cui soglia di tolleranza agli alimenti proibiti è salita a livelli quasi normali e il cui asma ora è sotto controllo, la prima elementare è iniziata senza intoppi.

Sul fronte diverso dell'obesità infantile — un problema che riguarda il 10% dei bambini italiani, il Bambin Gesù e altri 150 centri ospedalieri parteciperanno domani alla giornata nazionale "Obesity Day" organizzata dall'Adi. I medici effettueranno consulenze gratuite nelle strutture elencate su www.obesityday.org.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



Il processo di lavaggio selettivo del sangue (o "plasmaferesi")



LE TAPPE

LA MALATTIA
Michele, 7 anni, soffre di una "iper-allergia" a latte, uova, frutta, carne, pesce, nocciole, acari, polvere, polline e peli di animali

GLI ANTICORPI
Il sangue di Michele aveva livelli di immunoglobuline E (IgE, gli anticorpi responsabili delle reazioni allergiche) altissimi: 4.000 chilo unità al litro contro 20 dei non allergici

IL TRATTAMENTO
Un apparecchio simile alla dialisi ha separato i globuli rossi dal plasma sanguigno, filtrando in quest'ultimo le IgE in eccesso. Il livello di IgE è sceso a 300 chilo unità al litro