

**Dalla nostra esperta le raccomandazioni ai teen ager** (anche se sono soprattutto gli over40 a non usare il preservativo con partner occasionali) in vista delle vacanze. **E poi i consigli a genitori, alle coppie** e a chi invece proprio sulle spiagge d'estate cerca l'avventura di una notte

# Rapporti sicuri, oltre al condom usate il cervello

**"Ma evitate di caricare questa stagione di troppe aspettative di conquista. A volte è molto meglio ritagliarsi spazi per un meritato riposo e serenità"**

**ROBERTA GIOMMI \***

**L'**

estate è da sempre un periodo in cui si cercano gratificazioni rispetto ai lunghi mesi di lavoro. Sono molto cambiate le abitudini di coppia, sono quasi scomparsi gli stereotipi anni Sessanta "mogli in vacanza e mariti in città" tutti e due disposti al tradimento, oggi la possibilità di tradire è riferita ad ogni stagione e l'estate, al contrario, porta tormento alle relazioni segrete, agli amanti che devono rinunciare alle loro ore rubate. Le vacanze stesse hanno subito una mutazione: sono costruite con piccoli spezzoni, pochi giorni divisi tra seguire passioni sportive, rottura degli schemi, trasgressioni, routine di coppia o familiari. Anche i ragazzi e le ragazze dividono le loro vacanze in tanti piccoli contenitori: giorni con amici del loro sesso, con il gruppo dei pari, con i genitori, con il ragazzo, la ragazza del cuore. L'obbiettivo è stare in contatto con luoghi dove ci si diverte, si può fare tardi, si può fare esperienze. Il messaggio forte che consegniamo come esperti in educazione sessuale è di vivere le esperienze desiderate con la regola d'oro del sesso sicuro, di non bere fino a stordirsi per non avere poi brutti risvegli. Ai giovani dai tredici ai di-

ciotto, diciamo da sempre che il sesso deve rispondere al principio di piacere e alla saggezza della tutela per la propria vita: non ha senso compromettere il futuro per dire sì a rapporti e comportamenti a rischio. Da sempre sosteniamo che il cervello deve essere acceso, riconoscendo al cervello di essere un ottimo organo sessuale. Ci consola sapere che con l'educazione sessuale non abbiamo lavorato invano visto che il sondaggio del portale "Incontri" ci testimonia che sono le nuove generazioni e i giovani adulti da 18 a 34 anni che fanno "sesso sicuro", che usano il preservativo nel sesso di avventura, mentre sono i quarantenni di ambo i sessi che in 4 su 10, non usano la protezione con partner occasionali.

Cosa dire come genitori? Il consiglio è di fare a

maschi e femmine un discorso utile: augurare che si divertano, ma che siano in grado di usare protezioni non solo sessuali, ma anche emotive, "divertirsi senza farsi male". È un buon compito proteggerli dalle brutte avventure. Alle coppie si consiglia di affrontare l'estate come una ricerca di tempo disponibile, di lasciare spazio al gioco, al corteggiamento, al sesso, di rubare del tempo ai figli, trovando per loro situazioni piacevoli. Per chi è rimasto solo, ma teme la solitudine, l'estate può servire come un allenamento alla seduzione neutra, utile per creare reti affettive, piacevoli convivenze, per visitare luoghi che si desidera scoprire. Le ferie frazionate, brevi, abbiamo scoperto che possono aumentare lo stress e le attese eccessive. Consigliamo a chi è solo/a di costruirsi una narrazione, raccontare una versione dell'estate che non faccia sentire sconfitti, sia che si scelga l'azzardo o si valorizzi la voglia di cose tranquille, di amici e luoghi amati, di risvegli lenti, di semplici routine rilassanti. Le coppie stabili e fedeli sono rassicurate da una ricerca coordinata da Mario Maggi dell'università di Firenze perché nei maschi si mantiene una buona sessualità proprio quando si è all'interno di una coppia affiatata sia fisicamente che psicologicamente. I tradimenti assumono una diversa valenza se si vivono piccole avventure o storie laterali impegnative che possono procurare stress e disagi fisici.

Il sesso in estate diventa più facile per chi non ha famiglia, per coloro che affidano alla maggiore li-

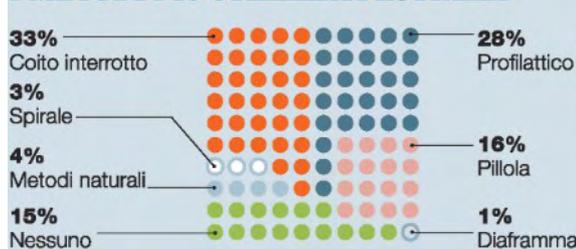


bertà il fatto che guidi a nuove interessanti scoperte. Diamo alla nostra estate un significato personale qualunque sia la nostra età, ritagliamo degli spazi per il riposo e per la libertà, per fare le esperienze che desideriamo per costruire un intervallo sereno o per introdurre cambiamenti. L'estate è una piccola stagione, una stagione breve che ci regala qualche regola e qualche libertà di disobbedire: piccole rotture delle abitudini, pensieri che nascono dall'ozio o dal movimento. La tentazione che accompagna in modo diverso maschi e femmine è di dimostrare che siamo in grado di vivere alla grande, di non rinunciare, di non essere esclusi. Ad ogni età viviamo l'estate solo come un periodo che ci permette di vivere l'aria, l'acqua, il sole, le possibili mete e di fare un uso più divertente del tempo anche se restiamo a casa, non carichiamo le settimane di compiti che non possono sostenere.

\* [www.irf-sessuologia.it](http://www.irf-sessuologia.it)

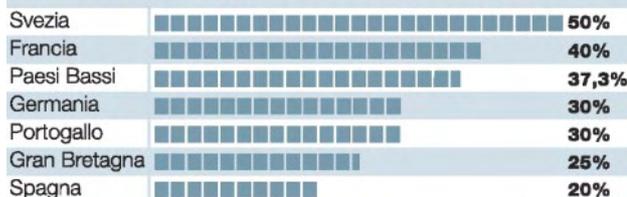
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I METODI PIÙ UTILIZZATI IN ITALIA**

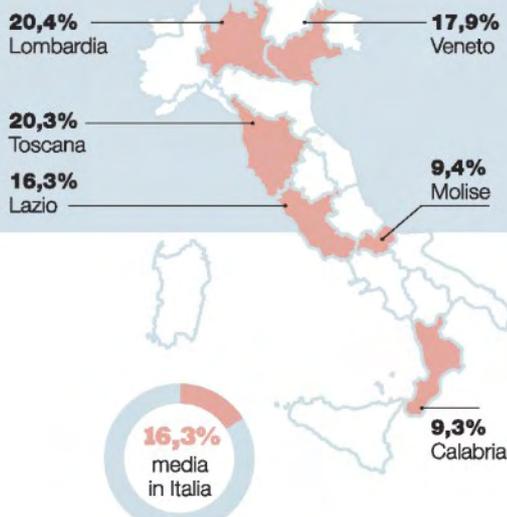


**LA PILLOLA ANTICONCEZIONALE**

**IN EUROPA** % di utilizzo



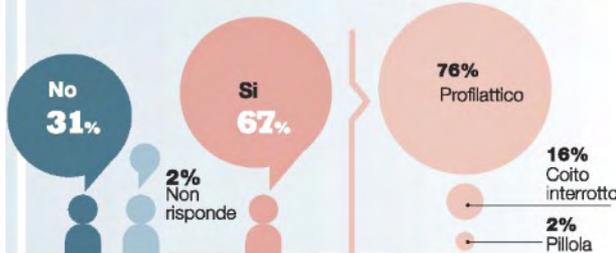
**IN ITALIA** % di utilizzo



**I PROFILATTICI** Pezzi venduti, dati in migliaia di milioni FONTE: NIELSEN



**LA PRIMA VOLTA** Hai preso precauzioni?



## RICERCA ANTI AIDS (E NON SOLO) SE IL NOSTRO CONTRIBUTO È PARI A ZERO

 Sulla ricerca sta puntando il mondo intero, i Paesi ricchi e quelli emergenti come Cina e India. Nonostante la crisi economica globale i finanziamenti pubblici resistono, se non crescono. Ricerca in tutti i campi. E laddove vi sono fondi pubblici arrivano anche quelli privati. Sana attrazione.

Al contrario, l'Italia sembra stia adottando il passo del gambero: un passo avanti e due indietro. Finalmente, si è cominciato a finanziare giovani ricercatori. Importante passo avanti, ma poi ci sono tagli alle università che alla fine rischiano di penalizzare un settore chiave della ricerca. Una cosa è razionalizzare, spendere con intelligenza, favorire il merito. Un'altra è tagliare (senza curarsi di cosa) in un sistema che, prima di tutto, andrebbe «svecchiato».

Il *j'accuse* nei confronti dell'Italia è arrivato dalla Conferenza internazionale sull'Aids di Roma. Dove il nostro governo ha brillato per l'assenza. Forse perché immaginava la protesta riguardo ai mancati finanziamenti al Global Fund, il Fondo globale di lotta ad Aids, tubercolosi e malaria. «L'Ita-

lia e l'Hiv: verso lo zero... ». Nel suo intervento Filippo Von Schloesser, responsabile per la *International Aids Society* della *community* (125 associazioni di 40 Paesi in lotta contro l'Aids) è stato sarcastico: «Benvenuti in Italia! Dove il governo non ha mantenuto la promessa di contribuire al Fondo globale. Neppure con un Euro dal 2009! Senza il contributo dei Paesi ricchi il *Millennium Development Goal* non si raggiungerà mai». Il goal è portare le cure a tutti i sieropositivi poveri del pianeta.

Von Schloesser ha ricordato la promessa in mondo-visione del premier Silvio Berlusconi, durante il G8 a L'Aquila: «Il nostro Paese è in leggero ritardo nel versare i soldi al Global Fund, ma entro il prossimo mese verseremo 130 milioni di dollari a cui ne aggiungeremo altri 30». Mai versati, così come la quota 2010: 260 milioni di dollari in tutto. E, ancor più grave: «È stato cancellato il programma italiano di ricerca sull'Aids». Mancano i soldi? Perché, allora, non usare i ticket per una buona causa...

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Al debutto del nuovo prelievo i cittadini sono stati chiamati a pagare solo in cinque regioni

# Primo giorno di caos per i ticket

Nei tribunali dubbi sull'applicazione del contributo di giustizia

■ Avvio disordinato per il superticket sanitario da dieci euro introdotto dalla manovra: da ieri la tassa per le analisi e le visite specialistiche è obbligatoria solo in cinque regioni, mentre le altre sono alla ricerca di soluzioni alternative. I dubbi regnano anche nei tribunali, dove si cerca di individuare la soglia di reddito che permette l'esenzione dal contributo unificato. La tassa sulle liti va pagata anche per i ricorsi tributari.

Servizi ► pagine 13 e 14

## Ticket e super pasticci: si paga in cinque regioni

La situazione. I cittadini sono stati chiamati a versare i 10 euro in Lombardia, Lazio, Liguria, Puglia e Basilicata

**Le aziende sanitarie si sono mosse in ordine sparso**

■ Al debutto di ieri, solo in cinque Regioni gli italiani sono stati chiamati a pagare il superticket da 10 euro su visite e analisi specialistiche: Lombardia, Lazio, Liguria, Puglia e Basilicata. Il resto d'Italia è in stand by, ma spesso solo per poco. Questione di ore, forse di giorni. Soltanto Toscana, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Veneto, per il momento hanno congelato tutto, per due settimane al massimo, alla ricerca di soluzioni alternative che discuteranno anche in accordo con i ministeri dell'Economia e della Salute. Piemonte, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Sicilia e Abruzzo ieri non hanno applicato il superticket e prenderanno ancora qualche giorno di tempo. Stessa situazione in Campania, Molise e Calabria: sono sotto piano di rientro e il superticket si applicherà senz'altro, anche oggi, ma devono essere decise le modalità e le esenzioni, operazione peraltro che

l'Abruzzo, pure sotto piano di rientro e commissariato, intende rinviare più a lungo.

Per i superticket è superpasticcio all'italiana. Un vero caos. Chi paga e chi no. Chi pagherà di più, chi meno. Con tutti i dubbi del caso. Ma non basta: a pochi giorni da una manovra voluta dal Governo che non ha lasciato alle Regioni la possibilità di valutarne l'impatto e di studiare alternative, non sono mancate situazioni di grande confusione.

Nel Lazio, ad esempio, mentre la governatrice Renata Polverini ribadiva tutto il suo disappunto contro la decisione del Governo e annunciava a breve la sua scelta (già oggi?), il Tribunale dei diritti del malato ha scoperto che in alcune Asl e in alcuni ospedali il superticket già si pagava. Poi durante la giornata sempre più strutture si sono adeguate conformandosi alle procedure intanto predisposte dall'Agenzia sanitaria regionale.

In Puglia la circolare è arrivata nel pomeriggio, con effetti forse solo parziali.

Caso border line quello della Sicilia, dove ieri la Regione ha stoppato tutto: le aziende pubbliche non hanno avuto il via li-

bera alla riscossione del balzello, quelle private accreditate hanno in più casi chiesto agli assistiti di pagarlo.

Una confusione che certamente non sarà risolta neppure oggi. Mai nello stesso modo, comunque, e neppure mai negli stessi tempi. Mercoledì gli assessori alla sanità si vedranno per valutare conti alla mano l'intera operazione e stimare il "dare e l'avere" per le casse regionali. Magari anche per arrivare a soluzioni comuni. Anche se ormai è scontato che l'introduzione dei superticket costerà di più sia ai cittadini che alle Regioni: i primi perché comunque (rivolgendosi al privato o versando al Ssn la supertassa in aggiunta alla franchigia) pagheranno di più, le seconde perché rischiano di perdere introiti (in favore del privato) ma di mantenere comunque in bilancio i costi fissi che comunque dovranno sostenere per il personale, i locali e le attrezzature.

Pochi esempi spiegano tutto: la ricetta per un normale esame di routine (emocromo, colesterolo, trigliceridi, proteine e urine) costerebbe 26,25 euro, invece della tariffa di 16,25 che si pagherebbe dal privato senza Ssn e

senza liste d'attesa. Ovvio che il cittadino andrebbe dal privato. E così per tutte le visite specialistiche, per la maggior parte delle ecografie: su una lista di 70 analisi, visite e indagini campione solo sei converrebbero ancora nel pubblico.

Anche per questo le prossime giornate saranno decisive. In Lombardia, per esempio, dove ieri s'è pagato, si valuterà oggi in una riunione degli assessori con il governatore come spalmare diversamente l'aggravio per i cittadini, puntando anche su esenzioni maggiori per le fasce di reddito più basse, magari anche spostando i ticket su altre prestazioni per evitare di perdere entrate. Un'operazione di equità che si tenterà senz'altro in Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Veneto, Piemonte e Marche, le Regioni che ieri sono state le più restie nell'applicare il balzello. Per una volta tutti i governatori contestano il Governo. Senza scartare un'ipotesi a cui lavorano da giorni: riuscire a far cancellare la misura a tempo di record dal Parlamento, per rimborsare a posteriori i cittadini che hanno pagato. In Parlamento non mancherebbero sponde politiche non solo di opposizione. Se mai bastassero per smuovere Governo e soprattutto Economia, tanto più con i conti pubblici in rapido peggioramento dopo il nuovo lunedì nero di ieri delle borsa.

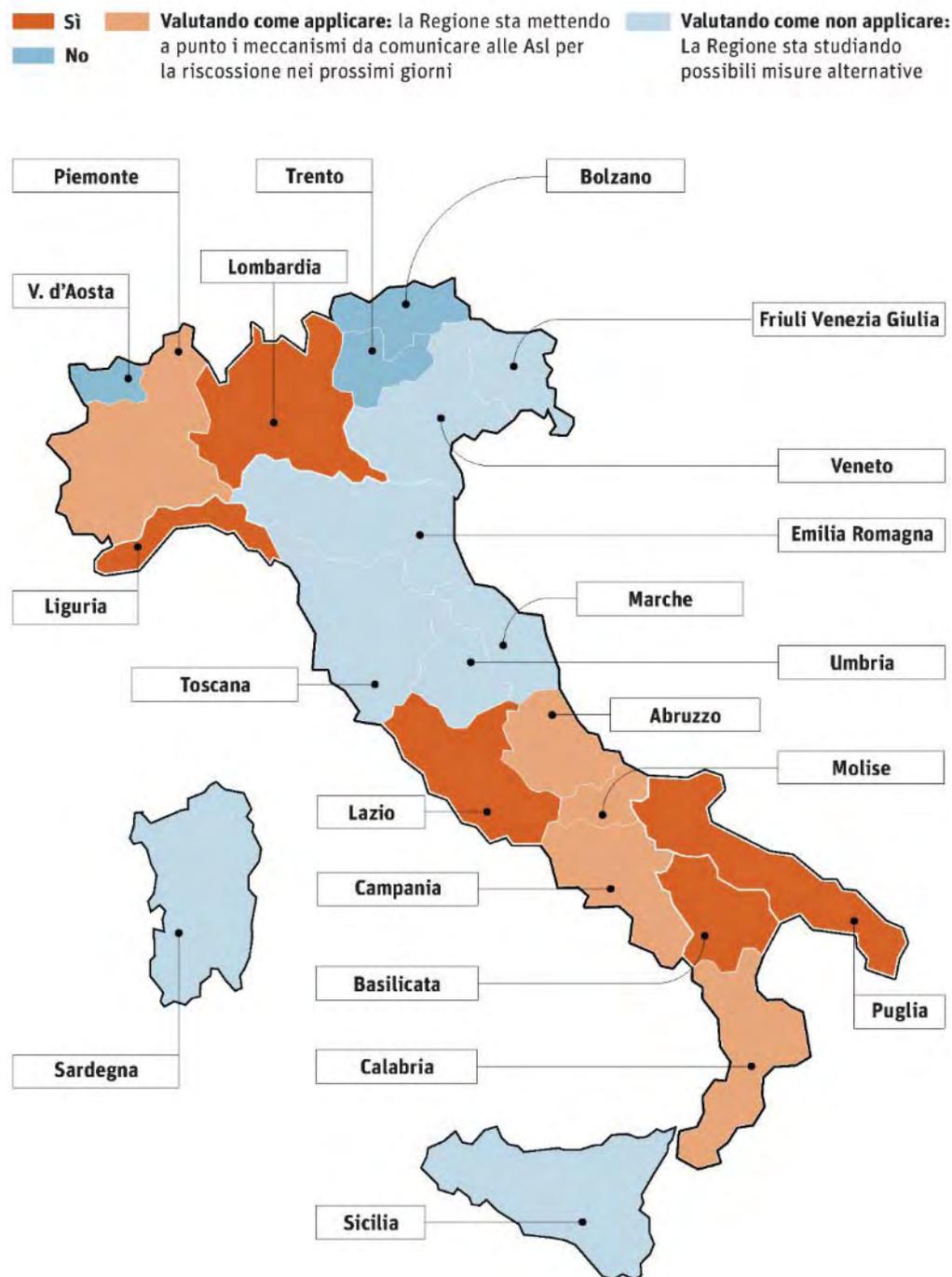
R.Tu.

Hanno collaborato: Marzia Bartoloni,  
Paolo Del Bufalo, Barbara Gabbi,  
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La mappa del prelievo

L'Italia divisa dal ticket sulla sanità. Ieri hanno fatto pagare i 10 euro solo Lombardia, Liguria, Lazio, Puglia e Basilicata (in rosso nel grafico). In altre regioni (in blu nel grafico) si è deciso di non applicare il ticket. In altri casi si sta ancora valutando se richiedere l'esborso sulle prestazioni ai cittadini. In alcune regioni (in arancione nel grafico) si stanno mettendo a punto i meccanismi di riscossione mentre in altri (in azzurro) la regione sta studiando possibili misure alternative



# Rivolta contro il ticket, 9 Regioni resistono

*Rischiano di diventare competitive visite e analisi private. Nel 2014 tasse record: 44,1%*

**La Cgia: così salirà la pressione fiscale**  
**Gli economisti della Voce.info: una manovra recessiva**

**ROBERTO PETRINI**

ROMA — «No ticket». Si allarga il fronte delle Regioni che dicono «no» al pagamento aggiuntivo di 10 euro per la specialistica e la diagnostica e di 25 per i «codici bianchi» di pronto soccorso e l'Italia si spacca in due. Piemonte, Veneto, Toscana, Umbria, Val d'Aosta, Trentino Alto Adige (solo per i codici bianchi e non per la specialistica), Emilia Romagna, e Sardegna stanno facendo il tutto per tutto per non far gravare il nuovo balzello sui cittadini. Il presidente dell'Abruzzo Chiodi ha deciso per un momentaneo il «congelamento». Nel frattempo si continuano a fare i conti della manovra: secondo la Cgia di Mestre porterà la pressione fiscale nel 2014 al 44,1 per cento. La «voce.info» dice che la manovra da 48 miliardi è «recessiva». Mentre le opposizioni vanno all'attacco: «Governo non credibile, bisogna andare al voto», ha detto il segretario del Pd Bersani.

In un clima di confusione e di malumore il nuovo ticket è comunque da ieri un'amara realtà in un nutrito gruppo di Regioni: Basilicata, Liguria, Lombardia, Calabria e Campania. A queste si aggiungono il Lazio (dove gli adeguamenti sono partiti a macchia di leopardo solo in alcune Asl e la Polverini ha annunciato che eleverà le soglie di esenzione) e la Puglia dove il pagamento scatta da oggi. Contraria la Regione Marche che tuttavia ha fatto sa-

pere che per legge sarà obbligata da oggi a dare «attuazione alle disposizioni statali» ma che si riserva, in seguito, di rimborsare i cittadini.

La prima a partire ieri è stata la Basilicata, unica Regione a non avere il ticket per il pronto soccorso, dove la riscossione è cominciata regolarmente, con qualche lamento dei cittadini. Ticket al via anche in Liguria dove i cittadini da ieri arrivano a pagare fino a 50 euro per gli esami del sangue, stante il ticket esistente che può arrivare a 36,12 euro. Anche in Lombardia il ticket è da ieri aggiornato in automatico ai nuovi importi, in tutti gli ospedali: la Lombardia ha fatto sapere tuttavia che sta già lavorando per trovare un sistema per compensare l'aggravio, e non lasciarlo a carico dei cittadini. Le norme prevedono infatti che le Regioni possano far fronte con altri risparmi alternativi all'imposizione del ticket: una operazione di non semplice attuazione. Tirate le somme, tra ticket regionali e nazionali, cominciano a diventare competitivi, limitatamente ad alcuni accertamenti, i costi della sanità privata. E la prossima settimana è già stata convocata la riunione delle Regioni per esaminare la questione alla presenza del ministro della Sanità Fazio.

I sindacati alzano i toni: il segretario della Cisl Raffaele Bonanni ha invitato il governo a «congelare» il ticket sanitario, mentre la Cgil ha definito «positiva» l'azione delle Regioni che hanno bloccato l'applicazione della compartecipazione e ha chiesto l'«abolizione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le regioni che devono ancora decidere	Le regioni che lo hanno applicato	Le regioni che per ora lo hanno congelato
Molise	Liguria	Piemonte
Friuli Venezia Giulia	Lazio	Veneto
Sicilia	Lombardia	Umbria
	Calabria	Toscana
	Puglia	Emilia Romagna
	Basilicata	Trentino Alto Adige
	Marche	Sardegna
	Campania	Val D'Aosta
		Abruzzo



**ATTUAZIONE DIFFICILE****Nuovo ticket sanità solo in 5 Regioni**CHIANESE, SESANA E TURRISI A PAGINA **8****MANOVRA  
E COSTI****Le nuove tariffe sono in vigore in Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia e Calabria. Cresce il fronte****del no. Zaia: «Faremo di tutto per evitare prelievi»  
Cota: «Decideremo nei prossimi giorni»**

# Ticket sanitari al via solo in cinque Regioni

DA MILANO **ILARIA SESANA**

**A**vanti, ma in ordine sparso. Sull'applicazione dei nuovi ticket sanitari, previsti dalla manovra finanziaria, solo quattro regioni hanno fatto scattare regolarmente le nuove tariffe: Basilicata, Liguria, Lombardia e Calabria. Si è poi aggiunto il Lazio dove gli adeguamenti sono scattati a macchia di leopardo in alcune Asl. Qui, come previsto dalle nuove norme, si pagheranno 10 euro per le visite specialistiche e la diagnostica. Mentre i pazienti che si recheranno in pronto soccorso e a cui verrà assegnato il Codice bianco (non urgenti) dovranno pagare 25 euro. La prima a partire è stata la Basilicata, unica regione dove non era previsto il ticket per il pronto soccorso: la riscossione è cominciata regolarmente, con qualche lamentela dei cittadini. Ticket al via anche in Liguria e dove i cittadini pagano da ieri fino a 50 euro per gli esami del sangue, dal momento che il ticket esistente può arrivare a 36,12 euro. «Immagino che i più colpiti per questa decisione siano le fasce più deboli. Questa manovra è vergognosa», ha commentato una signora, che "Galliera" di Genova ha pagato 48 euro per gli esami del sangue. È iniziato regolarmente anche in Calabria il pagamento della nuova quota di compartecipazione alla spesa, essendo anche questa Regione soggetta al piano di rientro dal debito sanitario e, per tale motivo, è costretta ad applicare le

nuove tariffe. Qualche difficoltà nel Lazio dove il mancato aggiornamento dei sistemi informatici ha fatto ritardare l'entrata in vigore dei ticket. E nel tardo pomeriggio è partita una circolare dall'assessorato pugliese alle Asl per l'introduzione dei ticket che scatterà da domani, così come per le Marche. Cresce intanto il fronte delle Regioni che dicono no o che hanno deciso di congelare il provvedimento. «Noi siamo dalla parte dei veneti e faremo di tutto per evitare alla nostra gente altri prelievi fiscali», ha detto il presidente del Veneto, Luca Zaia che ha annunciato opposizione al provvedimento. Nella lista dei contrari figurano anche Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Sardegna, Val d'Aosta e Trentino Alto Adige. La situazione è ancora in corso di valutazione in Campania, Marche, Friuli Venezia Giulia e Piemonte. Da ottobre, infine, ha fatto sapere il ministero della Pubblica Amministrazione guidato da Renato Brunetta, sarà possibile pagare on line.



# Ticket, Italia divisa Ma undici Regioni si ribellano

**Alcune Regioni ammettono: non ce la facciamo a eliminare il «balzello». Ma ormai la maggioranza delle amministrazioni si è schierata contro la misura. Cgil e Cisl: ha fatto bene chi ha denunciato subito questa iniquità.**

**B. DI G.**

ROMA

«È positiva e va estesa la decisione di alcune regioni di congelare l'applicazione dei superticket da dieci euro: ora il governo li abolisca». Così interviene il segretario confederale della Cgil Vera Lamonica. Per la sindacalista «non si può scaricare sui cittadini il peso di una misura iniqua e punitiva ma non è giusto, né potrà reggere a lungo, affidare la soluzione alle singole Regioni che sono già duramente colpite dai tagli della manovra».

Insomma, la «questione sanità», che poi è questione sociale, continua a tenere banco a quattro giorni dal varo definitivo dell'ultima stangata. La maggior parte dei governatori (almeno 11) ha già deciso di ribellarsi alla decisione dell'Economia, a costo di altri tagli al bilancio. Tra gli altri, il dibattito è aperto su un eventuale ripensamento. «Siamo tra Scilla e Cariddi - spiega Roberto Formigoni - Confermo che stiamo cercando di trovare una soluzione. Ricordo che il ticket è stato introdotto per legge, nella manovra, e quindi o sono i cittadini a pagarlo o dovremo togliere fondi da un altro capitolo e dunque offrire meno servizi». Traspare imbarazzo dalle parole di Roberto Cota. «per ora stiamo facendo le nostre valutazioni», dichiara il presidente del Piemonte.

## ITALIA DIVISA

Insomma, l'Italia resta spaccata in tre, tra chi ha già deciso di evitare l'«obolo», chi lo ha sospeso e chi è

stato costretto a introdurlo, per mancanza di alternative. Tra queste ultime, Liguria, Lombardia, Calabria e Basilicata. Anche nel Lazio il pagamento è stato introdotto, ma a macchia di leopardo solo in alcune Asl. La governatrice Renata Polverini ha annunciato l'intenzione di alzare le fasce di esenzione. Nel tardo pomeriggio è partita una circolare dall'assessorato pugliese alle Asl per l'introduzione dei ticket che scatterà da oggi, così come per le Marche.

Dall'altra parte cresce il fronte delle Regioni che hanno detto no all'aggravio di spese sanitarie per i cittadini, fronte che si rafforza con l'ingresso di altre regioni nel gruppo di quelle alla ricerca di soluzioni alternative. Febrili gli incontri negli uffici degli assessorati regionali, anche in preparazioni della riunione prevista per domani con il [ministro della Salute](#) Ferruccio Fazio. E di fronte agli sportelli delle Asl non sono mancate le proteste dei cittadini per i quali è scattato l'aumento di 10 euro per la specialistica e la diagnostica e 25 per i codici bianchi di pronto soccorso. Intanto con l'aumento della contribuzione alla spesa chiesto ai cittadini, si assottiglia la differenza fra quanto pagato in una struttura pubblica o in una privata per lo stesso esame o visita specialistica. Inoltre in molte Regioni dove il ticket da pagare in pronto soccorso per i codici bianchi già si applicava, a prescindere dall'inserimento del provvedimento in manovra economica, gli stessi codici sono notevolmente diminuiti, al punto che a pagarli «sono solo il 30%» rispetto a prima. Congelare il ticket sanitario «è una buona scelta», per il segretario Cisl, Raffaele Bonanni, che ha lodato l'Emilia Romagna, tra le prime a pronunciarsi sul ticket. ♦



# Ticket sanitari, si ingrossa il fronte del no ma le Regioni rischiano il crac economico

## La novità

Tra i governatori serpeggia la paura del deficit: le Marche già pronte ad adeguarsi alla nuova norma

ROMA. In ordine sparso. Così le Regioni italiane stanno gestendo la reintroduzione del ticket sanitario sul codice bianco al pronto soccorso e soprattutto sulla diagnostica. Mentre ieri in molte Asl si iniziava ad applicare il prelievo, tra il comprensibile malumore dei cittadini interessati, alcuni governatori hanno ulteriormente chiarito la propria posizione o per ribadire la scelta di non far pagare o quanto meno per prendere tempo in attesa di verifiche sui conti.

Qualcuno, come il presidente delle Marche, ha fatto sapere di essere intenzionato ad adeguarsi almeno per il momento, in ottemperanza alle disposizioni statali ed in attesa di nuove mosse a livello di Conferenza delle regioni. In realtà, sebbene le disposizioni che si sono accavallate dal 2006 non siano del tutto univoche, l'interpretazione prevalente è che le Regioni possono non applicare il ticket ma solo in due casi: se scelgono forme diverse di compartecipazione, cioè sostanzialmente altri ticket magari ritenuti meno impopolari, o se dimostrano al ministero dell'Economia di poter ridurre la propria spesa per un importo sufficiente.

La seconda opzione è ovviamente più difficile. Il rischio è quello di portare la Regione in deficit, facendo poi scattare le sanzioni automatiche (aumento delle aliquote di Irap e Irpef). Ecco perché le Regioni che sono già sotto piano di rientro o comunque in disavanzo sensibile hanno pochi o nulli margini di manovra. È il caso di Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Il governatore piemontese Cota però, ad esempio, si riserva ancora di prendere una decisione. Mentre la Lombardia, dove il ticket è scattato, si pensa di comunque di spostarlo su altri tipi di prestazioni.

Dal punto di vista dello Stato centrale, con la manovra è già stato assicurato il risparmio di quasi 400 milioni derivante dalla mancata copertura

della norma che sospendeva le compartecipazioni (originariamente introdotte nel 2007 dal centro-sinistra ma subito congelate). Si vuole però evitare che la maggiore spesa si ripresenti a livello regionale, sotto forma di disavanzo; di qui la norma che impone verifiche rigorose sulle alternative.

Nel merito dei ticket, c'è una certa differenza tra quello da 25 euro sui codici bianchi al pronto soccorso e quello da 10 su accertamenti e visite specialistiche. Nel primo caso il principio, scoraggiare un uso improprio dei servizi di emergenza, è condiviso dalla maggioranza delle Regioni che in molti casi hanno già introdotto prelievi simili. Sul secondo balzello invece la preoccupazione è che renda conveniente, ad esempio per le analisi più semplici, il ricorso al privato.

La prima regione a partire è stata la Basilicata, seguita dalla Liguria, dove i cittadini rischiano di pagare fino a 50 euro per un esame del sangue, stante il ticket esistente che può arrivare a 36,12 euro. «Immagino che i più colpiti per questa decisione siano le fasce più deboli - ha detto una signora che al Cup dell'ospedale Galliera ha appena pagato gli esami del sangue per la madre 48,16 euro - questa manovra è veramente vergognosa, visto che come al solito colpisce i più deboli mantenendo inalterati i privilegi dei più ricchi».

In Sicilia, la Regione, ha detto l'assessore regionale alla Salute, Massimo Russo, si sta «verificando la possibilità di rimodulare diversamente o addirittura non applicare del tutto il ticket sanitario da 10 euro. «Oggi parteciperò ad una riunione - ha detto - per verificare se è possibile trovare delle misure compensative per evitare anche questo balzello in Sicilia per i nostri pazienti».

**I. ci.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il risparmio

Lo Stato punta a racimolare 400 milioni Basilicata la prima a partire



# Scattano i ticket ma solo in poche Regioni

Basilicata e Liguria le prime. Altre studiano ancora la possibilità di evitare il prelievo

*Quasi ovunque  
già presente  
il contributo sui  
codici bianchi*

ROMA — In ordine sparso. Così le Regioni italiane stanno gestendo la reintroduzione del ticket sanitario sul codice bianco al pronto soccorso e soprattutto sulla diagnostica. Mentre ieri in molte Asl si iniziava ad applicare il prelievo, tra il comprensibile malumore dei cittadini interessati, alcuni governatori hanno ulteriormente chiarito la propria posizione o per ribadire la scelta di non far pagare o quanto meno per prendere tempo in attesa di verifiche sui conti.

Qualcuno, come il presidente delle Marche Gian Mario Spacca, ha fatto sapere di essere intenzionato ad adeguarsi almeno per il momento, in ottemperanza alle disposizioni statali ed in attesa di nuove mosse a livello di Conferenza delle regioni. In realtà, sebbene le disposizioni che si sono accavallate dal 2006 non siano del tutto univoche, l'interpretazione prevalente è che le Regioni possono non applicare il ticket ma solo in due casi: se scelgono forme diverse di compartecipazione, cioè sostanzialmente altri ticket magari ritenuti meno impopolari, o se dimostrano al ministero dell'Economia di poter ridurre la propria spesa per un importo sufficiente.

La seconda opzione è ovviamente più difficile. Il rischio è quello di portare la Regione in deficit, facendo poi scattare le sanzioni automatiche (aumento delle aliquote di Irap e Irpef). Ecco perché le Regioni che sono già sotto piano di rientro o comunque in disavanzo sensibile hanno pochi o nulli margini di manovra. È il caso di Piemonte,

Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Il governatore piemontese Cota però, ad esempio, si riserva ancora di prendere una decisione. Mentre la Lombardia, dove il ticket è scattato, si pensa comunque di spostarlo su altri tipi di prestazioni. Le prime a partire ieri sono state Basilicata e Liguria, mentre nel Lazio l'applicazione è per ora a macchia di leopardo.

Dal punto di vista dello Stato centrale, con la manovra è già stato assicurato il risparmio di quasi 400 milioni derivante dalla mancata copertura della norma che sospendeva le compartecipazioni (originariamente introdotte nel 2007 dal centrosinistra ma subito congelate). Si vuole però evitare che la maggiore spesa si ripresenti a livello regionale, sotto forma di disavanzo; di qui la norma che impone verifiche rigorose sulle alternative.

Nel merito dei ticket, c'è una certa differenza tra quello da 25 euro sui codici bianchi al pronto soccorso e quello da 10 su accertamenti e visite specialistiche. Nel primo caso il principio, scoraggiare un uso improprio dei servizi di emergenza, è condiviso dalla maggioranza delle Regioni che in molti casi hanno già introdotto prelievi simili. Sul secondo balzello invece la preoccupazione è che renda conveniente, ad esempio per le analisi più semplici, il ricorso al privato.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli effetti del blocco del turn over da qui al 2014. Colpiti grandi e piccoli ospedali

# Sanità con 12 mila medici in meno primi a sparire: anestesisti e rianimatori

**Giovedì gli stati generali delle associazioni di categoria per fare fronte comune**

**Già in difficoltà i nosocomi più importanti come il Cardarelli di Napoli**

**LUISA GRION**

ROMA — Non è solo questione di ticket da versare: le misure che, con la manovra, il governo ha introdotto sulla sanità sono destinate a produrre un taglio netto anche nel numero di medici a disposizione del servizio nazionale e quindi nell'offerta ai cittadini. Per risanare i conti dello Stato è infatti previsto che le amministrazioni pubbliche continuino nel blocco del turn over, tanto più se stiamo parlando di regioni già sottoposte al piano di rientro della spesa sanitaria (per le quali è prevista solo una contestatissima deroga a favore dei primari). La misura, secondo le proiezioni effettuate dallo Smi, (sindacato medici italiani) si tradurrà nella riduzione nel 2014 del 10% dei medici del servizio sanitario: 12 mila unità in meno rispetto agli attuali 120 mila.

«Il blocco del turn over dettato dai piani di risanamento riguarda Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia, regioni che nel complesso hanno un bacino d'utenza di 32 milioni di cittadini e fanno riferimento ad un corpo medico dirigente di circa 60 mila unità» spiega Gianfranco Rivellini, responsabile per la dirigenza medica dello Smi e psichiatra all'ospedale di Mantova. Ora, «se leggiamo assieme le previsioni sul blocco del turn over e i pic-

chi di pensionamento che la categoria subirà nell'immediato futuro, le conseguenze della mancata copertura saranno devastanti». Da qui al 2015 — secondo uno studio del sindacato ospedaliero Anaao-Assomed — si verificherà infatti un picco di uscite di medici dalle corsie (per via della concentrazione anagrafica di nati negli anni Cinquanta). «Non si può dire che la qualità dei servizi possa subire un crollo del 10 per cento — precisa Rivellini — ma se non si riforma il sistema della specialistica di base e delle cure primarie, il taglio di presidi territoriali che la necessità di produrre risparmi ci richiede si tradurrà in Pronto soccorso che scoppiano e più lunghe liste d'attesa». L'emergenza è denunciata da tutte le associazioni di categorie: per giovedì prossimo, la ventina di sigle che la rappresentano ha indetto gli Stati generali per fare fronte comune contro i tagli dettati dalla manovra (8 miliardi) e il blocco della contrattazione. «Non solo, qui si tratta di riflettere sul destino del servizio sanitario» avverte Costantino Troise, segretario nazionale di Anaao-Assomed «ci sono alcuni casi, come quello della Campania, dove la situazione è esplosiva: escono dalle corsie 4 mila medici all'anno e da quattro anni non si indicano concorsi, le voragine vengono coperte con medici precari sui quali nessuno fa forma-

zione o aggiornamento».

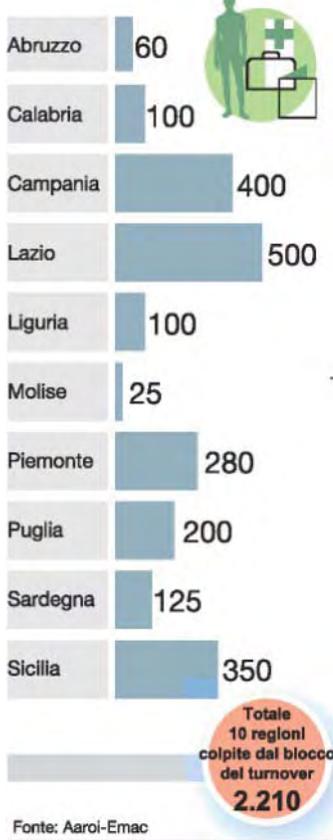
Fra i casi limite che Anaao segnala vi è il San Camillo di Roma dove, grazie al taglio dei posti letto e alla scarsità di personale medico, nel 2010 oltre 2 mila persone hanno aspettato in barella più di 24 ore al Pronto soccorso. Al Cardarelli di Napoli, il più grande nosocomio del Mezzogiorno, i sindacati denunciano «turni massacranti e preoccupazione per la salute dei pazienti». Ma gli effetti dei tagli sono visibili anche nelle strutture più piccole: la Fp-Cgil medici fa sapere che nel Pronto soccorso di Fratta Maggiore, dei 24 medici previsti dall'organico in servizio ce ne sono solo 12. A Palermo il sindacato denuncia insufficienze del 10 per cento in tutte le principali strutture. «Questa non è una manovra — commenta il segretario Massimo Cozza — ma una picconata alla sanità pubblica».

E se la carenza è generale ci sono categorie dove i buchi sono più profondi che altrove. «La carenza di anestesisti e rianimatori sta creando seri problemi in diversi ospedali — racconta Vincenzo Carpino di Aaroi-Emac, sigla della categoria — ne mancano già 3.500, di cui 2.200 nelle Regioni che subiranno sicuramente il blocco, dai 500 del Lazio ai 350 della Sicilia. La manovra in questo caso rischia di essere davvero pericolosa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

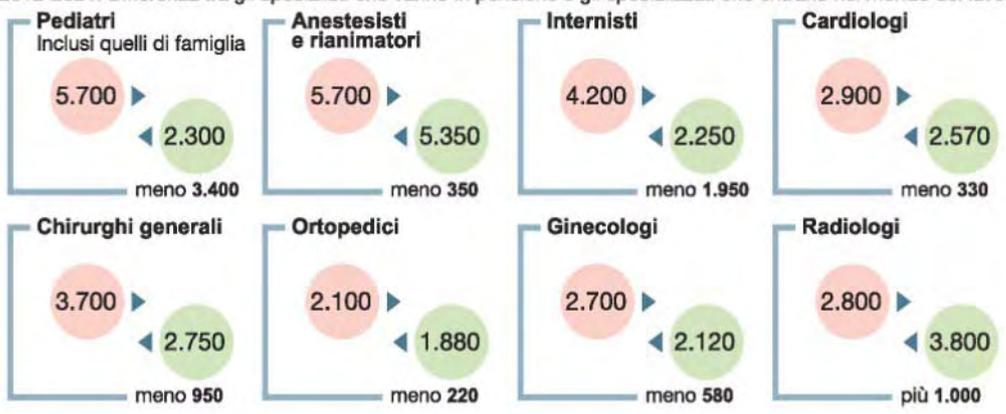


**Gli anestesisti mancanti e non sostituibili**



**L'esodo**

2012-2021: Differenza tra gli specialisti che vanno in pensione e gli specializzati che entrano nel mondo del lavoro



## Il biotestamento è quasi legge: ecco il testo che torna al Senato

Si della Camera con modifiche al Ddl sulle dichiarazioni anticipate di trattamento che ora torna al Senato per il via libera definitivo. Il biotestamento non sarà mai vincolante per i medici e sarà valido solo se verrà accertata l'assenza di «attività cerebrale cortico-sottocorticale». (Servizi e testo a pag. 8-9)

*CAMERA/ Si con modifiche al Ddl che ora torna al Senato per il via libera definitivo*

# Il biotestamento è quasi legge

**Mai vincolante per i medici e valido solo se non c'è «attività cerebrale»**

**L**a Camera pianta nuovi paletti sul terreno minato delle cure di fine vita rafforzando ancora di più il ruolo del medico, non vincolato a seguire le volontà del paziente, e restringendo la platea dei destinatari del biotestamento: le «dichiarazioni anticipate di trattamento» varranno solo per chi si troverà in condizioni di assoluta «assenza di attività cerebrale». Ribadito anche il no alla sospensione della nutrizione forzata che potrà essere interrotta solo in casi estremi.

A oltre due anni dal sì del Senato, dove il disegno di legge sul biotestamento dovrà tornare per l'ultimo via libera arriva anche quello della Camera. Che, la settimana scorsa, dopo le tante perplessità del passato e i mal di pancia dentro e fuori la maggioranza ha sciolto le ultime riserve con numeri che parlano chiaro sulla volontà di chiudere la partita: il testo, votato con scrutinio segreto, ha incassato ben 278 sì contro 205 no e 7 astenuti. Un'ampia maggioranza che conferma l'alleanza tra Pdl e almeno parte del terzo polo - Udc in prima fila - sui temi etici tanto cari ai cattolici di tutti gli schieramenti. Netta la bocciatura delle altre

opposizioni, soprattutto da Pd e radicali, che parlano di «pessima legge» e di «vendetta» contro **Eluana Englaro**, la donna di Lecco in stato vegetativo a cui due anni fa staccato il sondino che l'alimentava per decisione del tribunale di Milano.

Le modifiche approvate al testo restringono innanzitutto la platea dei destinatari del biotestamento. Se prima le «Dat» - così aveva deciso una modifica della commissione Affari sociali di Montecitorio - si applicavano a chiunque si trovasse nell'incapacità di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario, ora invece saranno considerate valide solo quando un collegio di medici avrà accertato nel paziente l'«assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale». Una definizione molto tecnica non del tutto accettata dalla comunità scientifica, già divisa sulla definizione di «stato vegetativo», che ha sollevato subito mille polemiche e che potrebbe non rendere semplice la vita ai medici che dovranno decidere quando prendere in considerazione le «Dat». Tanto che qualcuno già chiede maggiore chiarezza, magari attraverso una circolare. E il mini-

stro **Ferruccio Fazio** assicura: «Da medico eviterò difficoltà ai medici».

Gli emendamenti approvati martedì scorso rafforzano poi ancora di più il ruolo del medico che già, secondo il testo del Senato, non era vincolato a rispettare le volontà del paziente. Ora la Camera ha cancellato anche la possibilità di nominare un collegio di medici per dirimere le eventuali controversie con il fiduciario, nominato dal paziente. Sparisce anche la possibilità di ricorrere al giudice tutelare per risolvere, in assenza di un fiduciario, le controversie tra i soggetti chiamati a decidere i trattamenti del paziente. È stato poi specificato che il paziente, nelle Dat, potrà esprimere «orientamenti» e non indicazioni o volontà. Insomma paletti stringenti che nella maggioranza segnano una vittoria del «partito dell'intransigenza» che sull'agenda bioetica punta a intercettare i voti cattolici anche dell'opposizione.

Dopo il via libera sono arrivate anche le prime reazioni dal mondo medico. E in particolare dalla Federazione degli Ordini dei medici che parla della necessità di arrivare a «una nor-

mativa rispettosa della relazione di cura» tra medico e paziente. «Il testo licenziato - afferma la Fnomceo in una nota - modifica in molte parti quello pervenuto dal Senato, rispetto al quale la Fnomceo aveva sviluppato un approfondito processo di valutazione e di confronto, culminato nella stesura del documento di Terni, approvato a larghissima maggioranza dai Presidenti di Ordine». Per questo ora la Fnomceo annuncia di aver convocato in questi giorni la Consulta nazionale di deontologia medica dell'associazione, per «una prima valutazione del testo» in modo da formulare delle «osservazioni» alla legge.

Bocchia la legge, infine, il presidente della Società italiana di nutrizione parenterale ed enterale (Sinpe), **Danilo Radrizzoni**, per il divieto di interruzione della nutrizione forzata. Per Radrizzoni alimentazione e idratazione artificiali «sono a tutti gli effetti delle terapie, ovvero dei trattamenti medici, e quindi il cittadino dovrebbe poter esprimere nell'ambito delle Dat la propria volontà se ricevere o meno tali trattamenti».

**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I principi cardine e le ultime novità****Si restringe la platea**

Nella Dat sarà possibile esprimere «orientamenti e informazioni utili per il medico» sui «trattamenti terapeutici» (e non più «sanitari», come prevedeva invece il testo del Senato) da attivare in caso di «futura perdita permanente della propria capacità di intendere e di volere». Secondo un emendamento della Camera le Dat si applicheranno solo quando per il soggetto sia accertata l'«assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale» oltre che l'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze

**La nutrizione forzata non si interrompe**

La Camera ha confermato che l'alimentazione e l'idratazione sono forme di sostegno vitale e non possono formare oggetto della «Dichiarazione anticipata di trattamento», ma potranno essere sospese in casi eccezionali: quando cioè il paziente non è più in grado di assimilarle e quando «le medesime risultino non più efficaci nel fornire i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo»

**Il medico non è vincolato**

Il biotestamento non è vincolante per il medico. Le volontà del paziente sono prese in considerazione dal medico che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno. La Camera ha poi cancellato l'ipotesi di nominare un collegio medico per dirimere eventuali controversie tra il fiduciario, nominato dal paziente, e il medico curante. Salta anche l'intervento del giudice tutelare per dirimere, in assenza di un fiduciario, le controversie tra soggetti chiamati a decidere i trattamenti del paziente

**INTERSINDACALE DEI DIPENDENTI, CONVENZIONATI E PRIVATI**

# Stati generali di medici e dirigenti: sette punti essenziali nei regolamenti

*Al primo posto lo sblocco del turn over per l'emergenza - Mmg in difficoltà sulle prescrizioni*

**L'**intersindacale di medici, veterinari, dirigenti del Ssn e dei medici convenzionati e dell'ospedale privata «in considerazione delle tensioni sui mercati finanziari e della svolta nell'iter parlamentare per l'approvazione della manovra economica» ha deciso «di sospendere il sit-in programmato per giovedì 21 luglio e tutte le altre iniziative di protesta previste».

Ma gli stati generali e lo stato di agitazione restano e il 21 luglio i sindacati si sono dati appuntamento a Roma: «Non si cancella il totale dissenso per quei provvedimenti che colpiscono duramente il Ssn e il personale sanitario e che minacciano di compromettere il sistema di tutela della salute dei cittadini».

Dagli stati generali partirà un confronto di idee, programmi e proposte per tutelare le categorie del Ssn «che pagano uno dei prezzi più alti in termini economici e di condizioni di lavoro al risanamento dei conti pubblici del Paese e insieme un valore fondamentale quale il Ssn».

«Incassiamo una manovra approvata senza poter intervenire e va bene - ha detto **Domenico Iscaro**, presidente dell'Anaa

- ma gli Stati generali restano e sono solo l'inizio: vogliamo che nelle more dei regolamenti attuativi previsti per l'applicazione delle norme e nel fatto che questi dovranno essere confrontati con le Regioni ci sia il vero momento di confronto. Su tutti c'è un argomento che sta a cuore ai sindacati: tra le altre categorie che hanno ottenuto deroghe al blocco del turn over ci deve essere anche il Ssn per le emergenze, che non sono davvero guidate dai soli primari per cui la deroga è già prevista».

I punti che saranno all'ordine del giorno degli stati generali sono sette: «Definanziamento del Ssn e taglio dei servizi sociali che farà pagare di tasca propria ai cittadini la tutela della propria salute; blocco della contrattazione e delle convenzioni fino al 2014, con una perdita del potere d'acquisto del 20%; blocco del turn over con la deroga solo per i direttori di struttura complessa per le Regioni con piani di rientro; blocco della rivalutazione economica delle pensioni che colpirà tutta la dirigenza; mantenimento del tetto economico alle assunzioni senza deroghe per le aree più critiche; blocco delle risorse per la

contrattazione accessoria, che pure non pesca nel bilancio dello Stato; penalizzazioni per i Mmg, colpiti due volte, sia nella parte che riguarda i loro compensi professionali che in quella che riguarda i fattori produttivi (studio, attrezzature e personale) che, con rimborsi fermi al 2009 e spese in crescita, mettono quotidianamente a disposizione dei cittadini».

«C'è una priorità per il Paese, vista la situazione economica mondiale, e non siamo preoccupati tanto di dover fare ulteriori sacrifici, quanto che questi sacrifici siano inutili», ha sottolineato **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg. I medici di famiglia, spiega Milillo, non solo non vedono «favorevolmente l'introduzione del superticket che comporterà un lavoro aggiuntivo per convincere i pazienti, soprattutto gli anziani, della necessità di spendere i loro soldi per gli esami, ma anche perché il taglio dei finanziamenti e il blocco dei contratti «rischiano di ritardare il necessario processo di cambiamento del Ssn con il potenziamento dell'assistenza territoriale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Niente contratti per due manovre (euro)	
Incarico/attività	Perdita (mancati aumenti) 2010-2014
<b>Dipendenti</b>	
Struttura complessa chirurgica	9.658
Struttura complessa medica	9.521
Struttura complessa territorio	9.455
Dirigenti struttura semplice	7.912
Dirigenti (ex aiuto)	7.760
Dirigenti equiparati (ex assistenti)	7.663
Dirigenti equiparati (meno di 5 anni di anzianità)	7.327
Dirigenti con meno di 5 anni di anzianità	6.411
<b>Convenzionati</b>	
Mmg 1.500 scelte	9.925
Mmg 1.000 scelte	6.643
Mmg 500 scelte	3.650

L'effetto del blocco del turn over (operatori)		
Specialità	Effetto blocco	Carenza strutturale
Cardiologi	1.700	-
Radiologi	1.300	750
Anestesisti rianimatori	2.000	1.500
Area critica - Emergenza	4.000	2.500
Chirurghi	2.400	-
Oncologi	1.600	-
Ginecologi	1.000	-
Psichiatri	1.200	-
Pediatri	1.000	-
Altri medici	3.500	-
Personale	39.441	-
• di cui infermieri	17.058	40.000
<b>Totale</b>	<b>59.141</b>	<b>44.750</b>



IN «GAZZETTA UFFICIALE»

## Garante privacy: chi può trattare i dati genetici

**A**utorizzazione a trattare dati genetici dal Garante della privacy per alcune determinate categorie e solo a certe condizioni. Il via libera è riservato a: genetisti medici (solo per attività di tutela della salute dell'interessato o di un terzo appartenente alla stessa linea genetica); organismi sanitari pubblici e privati (strutture cliniche di genetica medica, laboratori di genetica medica, persone fisiche o giuridiche, enti o istituti di ricerca); associazioni e altri organismi pubblici e privati con «finalità di ricerca, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per esclusivi scopi di ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela della salute ... nonché per scopi di ricerca scientifica volti a sviluppare le tecniche di analisi genetica»; psicologi, consulenti tecnici e loro assistenti (solo per attività di consulenza nei confronti dell'interessato); farmacisti (solo per la fornitura dei farmaci); difensori, consulenti tecnici e investigatori privati autorizzati (solo per le attività difensive); organismi di mediazione pubblici e privati, organismi internazionali ritenuti idonei dal ministero degli Affari esteri e alle rappresentanze diplomatiche o consolari per il rilascio delle certificazioni.

Il tutto secondo precise regole e con limitate finalità per ciascun settore indicate nella delibera 24 giugno 2011 «Autorizzazione generale al trattamento dei dati genetici» del Garante della privacy, pubblicata sulla **Gazzetta Ufficiale n. 159 dell'11 luglio 2011** e che ha valore dal 30 giugno di quest'anno fino al 31 dicembre 2012.

«Restano fermi gli obblighi deontologici relativi alle singole figure professionali oggetto della presente autorizzazione», specifica il Garante.

L'autorizzazione generale per il trattamento dei dati genetici da chiunque effettuato è espressamente prevista dal codice della privacy (art. 90). Deve essere rilasciata dal Garante sentito il **ministro della Salute**, che acquisisce il parere del Consiglio superiore di Sanità. L'inosservanza delle prescrizioni impartite dal Garante attraverso l'autorizzazione è punita con la reclusione da tre mesi a due anni (170 e 172 del Codice).

Il Garante ha rielaborato anche nella delibera la definizione di dato genetico su cui il Consiglio superiore di Sanità, con il parere adottato il 19 gennaio 2011, si è espresso favorevolmente.

Secondo la delibera «dato genetico» è il risultato di test genetici od ogni altra informazione che, indipendentemente dalla tipologia, identifica le caratteristiche genotipiche di un individuo trasmissibili nell'ambito di un gruppo di persone legate da vincoli di parentela.

Tra le altre definizioni, il Garante ha messo a punto anche altre definizioni, come quella di «test genetico», l'analisi a scopo clinico cioè di uno specifico gene o del suo prodotto o funzione o di altre parti del Dna o di un cromosoma, per effettuare una diagnosi o confermare un sospetto clinico in un individuo affetto (test diagnostico), oppure a individuare o escludere la presenza di una mutazione associata a una malattia genetica che possa svilupparsi in un individuo non affetto (test presintomatico) o, ancora, a valutare la maggiore o minore suscettibilità di un individuo a sviluppare malattie multifattoriali (test predittivo o di suscettibilità).

Sempre definendo i test, quello «farmacogenetico» è il test genetico per l'identificazione di specifiche variazioni nella sequenza del Dna in grado di predire la risposta «individuale» a farmaci in termini di efficacia e di rischio relativo di eventi avversi e quello «farmacogenomico» è il test genetico per lo studio globale delle variazioni del genoma o dei suoi prodotti legate alla scoperta di nuovi farmaci e all'ulteriore caratterizzazione dei farmaci autorizzati al commercio.

(Testo: [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com))



*I buoni ricoveri 2010:  
«Più appropriatezza»*

**L**e Sdo 2010 parlano chiaro: calo medio dei ricoveri inappropriati del 6 per cento.

A PAG. 4-5

SDO 2010/ L'analisi delle singole prestazioni nel rapporto preliminare del **ministero della Salute**

# Ricoveri verso l'appropriatezza

In calo i Drg a rischio e quelli da assistere in ambulatorio - Cuore sempre al top

**L'**inappropriatezza si riduce nel 2010 secondo i dati dell'antepri-ma Sdo elaborata dal **ministero della Salute** (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 27/2011), anche se ancora il quadro generale dell'utilizzo che si fa dei ricoveri non è del tutto cambiato.

Analizzando infatti i ricoveri dello scorso anno dal punto di vista dei singoli Drg o delle categorie diagnostiche maggiori (Mdc), la classifica delle prestazioni più ricoverate non cambia sostanzialmente rispetto al 2009. Tuttavia prendendo a campione le prime dieci prestazioni in classifica tra i ricoveri per acuti sia in regime ordinario (che raccolgono da sole circa il 20% di tutti i ricoveri in regime ordinario per gli oltre 500 Drg) che in day hospital (in questo caso sono circa il 31% di tutti i ricoveri in day hospital), la differenza percentuale dà conto dell'applicazione delle misure di appropriatezza previste nelle Regioni.

A esempio il parto vaginale senza complicazioni, da sempre il più ricoverato, riduce la sua

presenza in regime ordinario per un utilizzo maggiore del day hospital, così come le psicosi e l'esofagite senza complicazioni che sono anche classificate tra i nuovi 108 Drg a rischio di inappropriatezza in caso di ricovero prolungato.

In lieve riduzione anche i parti cesarei ma, come sottolinea lo stesso ministero, si è ancora distanti dagli standard europei e le percentuali di utilizzo di questa tecnica restano comunque eccessive, soprattutto al Sud.

Ridimensionamento anche per una serie di prestazioni in day hospital che sono poi quelle per le quali l'indicazione del patto per la salute è di un utilizzo maggiore dell'ambulatorio, fuori del tutto cioè, dai letti di ospedale. Al primo posto c'è la cataratta, che "perde" quasi il 22% di ricoveri in day hospital e che è al primo posto tra i Drg indicati per l'ambulatorio. E anche gli altri interventi sull'occhio sono in riduzione (circa del 18%). Così, sempre in day hospital, ci si ricovera meno per la chemioterapia, per i trapianti di pelle

(che non sono nemmeno tra le prestazioni da spostare in ambulatorio, ma tra i Drg a rischio), per gli interventi sull'utero (ma non in caso di neoplasie), sul ginocchio e per gli "altri fattori che influenzano lo stato di salute" che comprendono soprattutto i Drg animali, quelli cioè legati a un errore di codifica, cosa che evidentemente non accade per le patologie più gravi.

Unica eccezione sono gli interventi per ernia inguinale che invece di ridursi in day hospital per il passaggio in ambulatorio, aumentano, ma solo del 2,41 (circa 1.600 interventi in più).

**Le categorie diagnostiche maggiori.** Tra i 25 grandi gruppi diagnostici (Mdc, a cui si aggiungono le voci "altri Drg" e "pre Mdc"), ma con percentuali di ricoveri minime, il maggior numero di ricoveri è sempre quello per le patologie cardiologiche, ricoverate solo nel 15% dei casi in day hospital e che sono comunque in calo in ospedale del 3,97% tra il 2009 e il 2010, come tutte le altre categorie a eccezione delle "malattie e

disturbi del periodo neonatale" in aumento dell'1,49% ma che si sono aggiunte solo recentemente alla classificazione dei Drg.

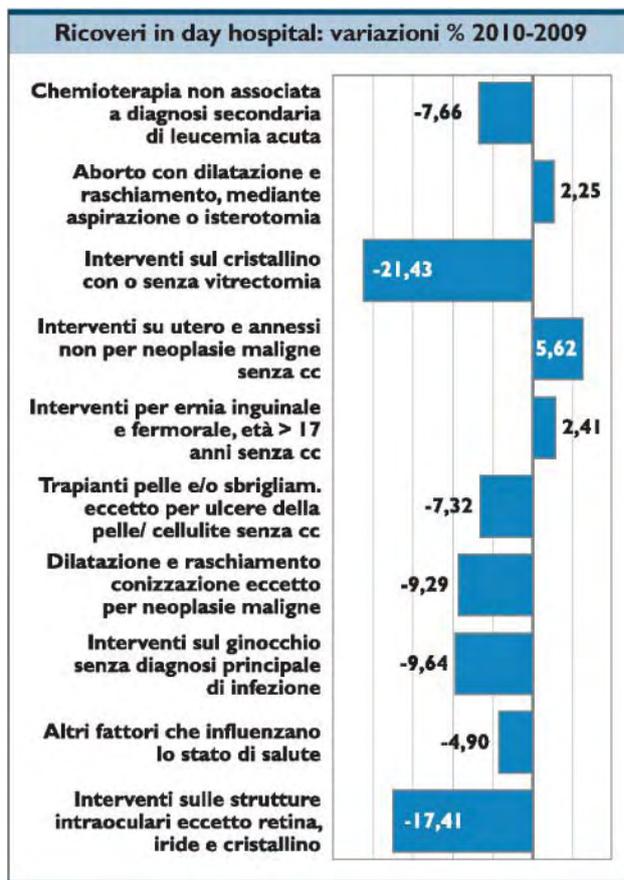
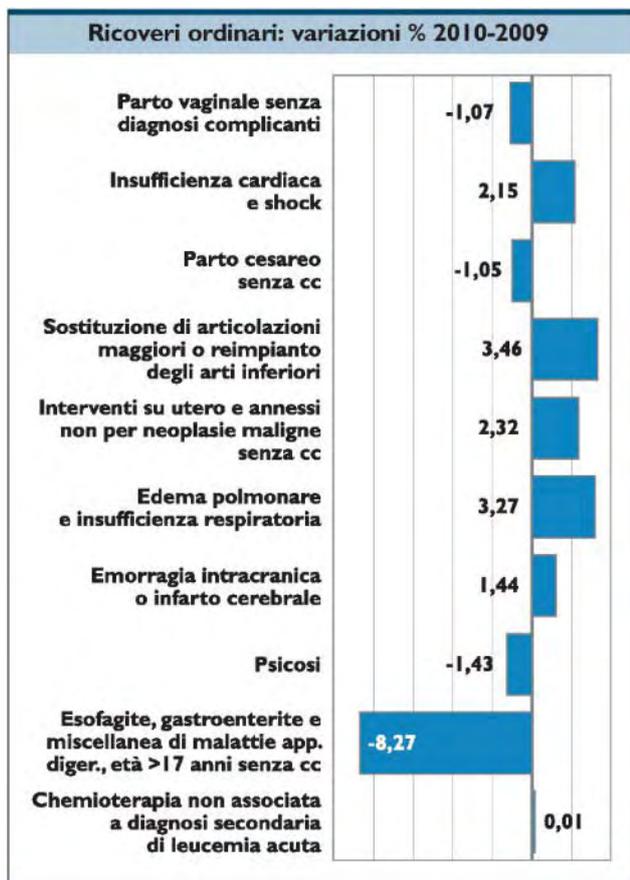
Al secondo posto con poco più del 12% dei ricoveri sono le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, di cui il 26,44% è in day hospital e la riduzione rispetto al 2009 è del 4,91 per cento.

Anche le Mdc riflettono lo spostamento di parte dell'attività a livello ambulatoriale. Infatti il calo maggiore di ricoveri si ha tra le infezioni da Hiv (-18,6%) che in ricovero fanno parte del rischio di inappropriatezza, gli "altri Drg" (-16%) e le malattie e disturbi dell'occhio che si riducono del 16,7%. "Controprova" della deospedalizzazione di queste categorie è anche l'alta percentuale di ricoveri già eseguiti in day hospital che nel caso delle malattie e disturbi dell'occhio sono circa il 70% e per le infezioni da Hiv sfiorano il 60 per cento.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Primi 30 Drg (versione 24) per numerosità di dimissioni - Anno 2010

Drg	Dimissioni		Drg	Dimissioni	
	Numero	% su totale generale		Numero	% su totale generale
<b>Ricoveri ordinari</b>			<b>Day hospital</b>		
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	322.199	4,38	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	190.736	6,65
Insufficienza cardiaca e shock	203.885	2,77	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	138.237	4,82
Parto cesareo senza cc	195.141	2,65	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	120.113	4,18
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	137.737	1,87	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	70.599	2,46
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	115.926	1,58	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc	67.480	2,35
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	110.438	1,50	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	66.722	2,32
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	91.307	1,24	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	60.943	2,12
Psicosi	88.700	1,21	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	59.922	2,09
Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni senza cc	82.946	1,13	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	59.894	2,09
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	81.348	1,11	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	52.882	1,84
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc	79.713	1,08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	45.913	1,60
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	73.150	0,99	Malattie endocrine senza cc	44.640	1,56
Malattia polmonare cronica ostruttiva	68.897	0,94	Legatura e stripping di vene	44.209	1,54
Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc	68.407	0,93	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	42.098	1,47
Insufficienza renale	67.146	0,91	Interventi sulla bocca senza cc	37.644	1,31
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	66.509	0,90	Iperensione	35.744	1,25
Polmonite semplice e pleurite, età >17 anni con cc	66.175	0,90	Non attribuibile ad altro Drg	35.056	1,22
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	64.365	0,88	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc	34.496	1,20
Neonati con altre affezioni significative	60.460	0,82	Anomalie dei globuli rossi, età >17 anni	33.341	1,16
Ischemia cerebrale transitoria	59.260	0,81	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	27.331	0,95
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc	57.448	0,78	Interventi su ano e stoma senza cc	27.279	0,95
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	55.217	0,75	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	26.990	0,94
Interventi sul piede	53.416	0,73	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni senza cc	25.998	0,91
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 anni senza cc	52.733	0,72	Diabete, età >35 anni	24.548	0,86
Interventi per via transuretrale senza cc	51.231	0,70	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età >17 anni	23.740	0,83
Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	50.916	0,69	Malattie minori della pelle senza cc	23.058	0,80
Neoplasie dell'apparato respiratorio	49.479	0,67	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	22.810	0,79
Affezioni mediche del dorso	47.591	0,65	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc	22.547	0,79
Minaccia di aborto	46.968	0,64	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età >17 anni senza cc	22.523	0,78
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	45.341	0,62	Malattie del tessuto connettivo senza cc	22.516	0,78
<b>Totale primi 30 Drg</b>	<b>2.614.049</b>	<b>35,55</b>	<b>Totale primi 30 Drg</b>	<b>1.510.009</b>	<b>52,61</b>
<b>Totale generale</b>	<b>7.352.638</b>	<b>100,00</b>	<b>Totale generale</b>	<b>2.870.367</b>	<b>100,00</b>

**Mdc: ricoveri per acuti in regime ordinario e Dh (2010)**

Categorie diagnostiche maggiori (Major diagnostic category - Mdc)	Numero casi	Diff. % su 2009	Di cui % Dh	% su totale
01 Malattie e disturbi del sistema nervoso	630.502	-5,93	17,00	6,17
02 Malattie e disturbi dell'occhio	352.804	-16,66	68,96	3,45
03 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	458.641	-5,88	37,62	4,49
04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	640.853	-2,02	8,83	6,27
05 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.270.434	-3,97	15,08	12,43
06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	910.015	-4,47	22,66	8,90
07 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	387.348	-5,17	14,42	3,79
08 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.229.078	-4,91	26,44	12,02
09 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	435.414	-7,33	48,97	4,26
10 Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	314.064	-6,65	42,38	3,07
11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	481.855	-4,20	24,36	4,71
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	213.995	-4,57	40,77	2,09
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	421.758	-4,04	44,67	4,13
14 Gravidanza, parto e puerperio	891.958	-2,48	18,77	8,73
15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	137.527	1,49	1,41	1,35
16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	152.955	-4,87	46,44	1,50
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	501.634	-6,62	59,06	4,91
18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	112.006	-1,74	10,05	1,10
19 Malattie e disturbi mentali	207.152	-3,82	23,41	2,03
20 Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	18.819	-2,84	10,12	0,18
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	85.225	-4,27	20,51	0,83
22 Ustioni	5.784	-1,85	10,43	0,06
23 Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	207.261	-2,40	49,71	2,03
24 Traumatismi multipli rilevanti	8.878	-3,10	0,05	0,09
25 Infezioni da Hiv	23.732	-18,60	59,43	0,23
Altri Drg	96.431	-16,00	40,53	0,94
Pre Mdc	26.882	-3,09	0,47	0,26
<b>Totale generale</b>	<b>10.223.005</b>	<b>-5,07</b>	<b>28,08</b>	<b>100,00</b>

**Il mercato.** I principi attivi off patent sono poco più di 200

# I generici alla ricerca di nuovi spazi

## In tre anni risparmiato un miliardo

### EQUIVALENTI ALL'ORIGINALE

In Italia li utilizza un paziente su 10, contro i 5 su 10 dell'Europa; l'offerta copre il 13% dei principi attivi attualmente in commercio

### IL PARERE DEGLI ANALISTI

Dal 2013 (dati Ims) la sola introduzione dei generici non basterà a compensare l'aumento dei costi per le terapie innovative

Sara Todaro

■ Costano in media il 55% in meno del prodotto di marca, garantiscono lo stesso servizio essendo perfettamente "equivalenti" all'originale e negli ultimi tre anni hanno fatto risparmiare al Ssn quasi un miliardo. Eppure in Italia li utilizza ancora 1 paziente su 10 contro 5 su 10 in Europa.

Risparmiosi per definizione e per legge i farmaci off patent (contenenti cioè principi attivi non più coperti da brevetto) ci hanno messo dieci anni a farsi strada nel cuore degli italiani e dei medici prescrittori, ma le esigenze di risparmio stanno mettendo le ali ai piedi al loro consumo. Nel 2010 la spesa netta per i farmaci sotto brevetto è diminuita del 5% (le confezioni del 7,7%, principalmente per effetto delle scadenze brevettuali), mentre il mercato off patent ha registrato una crescita del 7,2%, per un totale di 3,3 miliardi. La crescita più sostanziosa ha riguardato proprio i generici "puri" (senza griffe) che hanno maturato un mercato Ssn da 914 milioni di euro (+17% sul 2009) anche se il giro d'affari del pianeta off patent resta dominio dei prodotti di

marca, che hanno segnato una crescita del 3,9% per una spesa Ssn di 2,4 miliardi.

Complessivamente, comunque, i farmaci a brevetto scaduto inseriti nelle liste di trasparenza aggiornate mensilmente dall'Aifa, l'Agenzia italiana dei farmaci, hanno totalizzato il 58,7% delle confezioni erogate in regime di Ssn e il 34,3% della spesa con oscillazioni regionali che vanno da un 54,3 del Friuli al 61,6% dell'Umbria per le confezioni e da un minimo del 31,2% in Friuli e Lombardia ad un massimo del 40,7% in Toscana sul fronte della spesa.

Il segmento dei generici non di marca - che guidano le danze della riduzione di prezzo - nel 2010 hanno rappresentato l'8,4% del totale della spesa farmaceutica pubblica e il 15,9% delle confezioni Ssn.

A ricorrevi con maggiore assiduità sono Trento (12,9% della spesa farmaceutica netta), l'Emilia Romagna (11%), la Toscana (10,6%) e il Piemonte (10,2%), all'estremo opposto l'incidenza di spesa più bassa per generici "puri" si registra invece in Calabria (4,5%), Basilicata (5,8%), Molise (5,9%), Campania (6,0%), Sicilia (6,1), confermando la tendenza delle Regioni del centro-sud a preferire l'off patent di marca a volte più costoso degli equivalenti non griffati.

La questione è tornata prepotentemente in primo piano a metà aprile, con l'entrata in vigore dei tagli ai listini decisi dall'Aifa in attuazione della manovra estiva con riduzioni dal 10 fino al 40%: obiettivo della manovra risparmi da 600 milioni di euro,

quotati a oltre 800 per gli anni successivi. Dopo numerose polemiche da parte delle imprese - che in minima percentuale hanno deciso di non allineare i listini al nuovo prezzo di rimborso - il mercato sembra essersi riassetato, anche se è sicuramente aumentata la spesa per i cittadini sotto forma di differenziale di prezzo. Il risultato atteso viaggia a fronte del fatto che nelle file degli equivalenti figurano molecole ad altissima incidenza di spesa per il Ssn: nel 2010, ad esempio, hanno perso il brevetto 29 nuovi principi attivi e il 28% di questi rientra nelle due categorie terapeutiche a maggior consumo, ovvero i farmaci dell'apparato cardiovascolare (36% della spesa; 47% dei consumi) e i farmaci dell'apparato gastrointestinale (16% della spesa e 14% dei consumi).

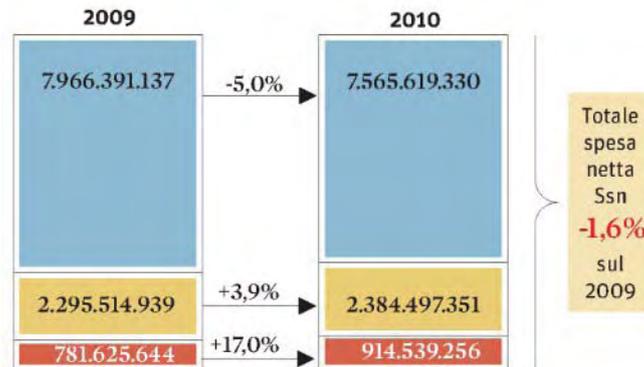
Scadenze brevettuali importanti sono attese anche nell'anno in corso, con in primo piano ancora anticolesterolo, antiinfettivi, terapie per l'insufficienza cardiaca, antipsicotici. Appuntamento nel 2013, infine, per la scadenza della copertura brevettuale del Viagra. Ma non ci sarà da attendere tanto per registrare un maggior ricorso al mercato dei farmaci senza brevetto: la manovra varata dal Governo fa nuovamente riferimento a un uso virtuoso degli equivalenti da parte delle Regioni per fronteggiare il surplus dell'ospedalizzazione.

E secondo gli analisti del settore dal 2013 (dato Ims) la sola introduzione in commercio dei generici non basterà a compensare l'aumento dei costi per le terapie innovative: massimizzarne l'uso sarà dunque una scelta obbligata.

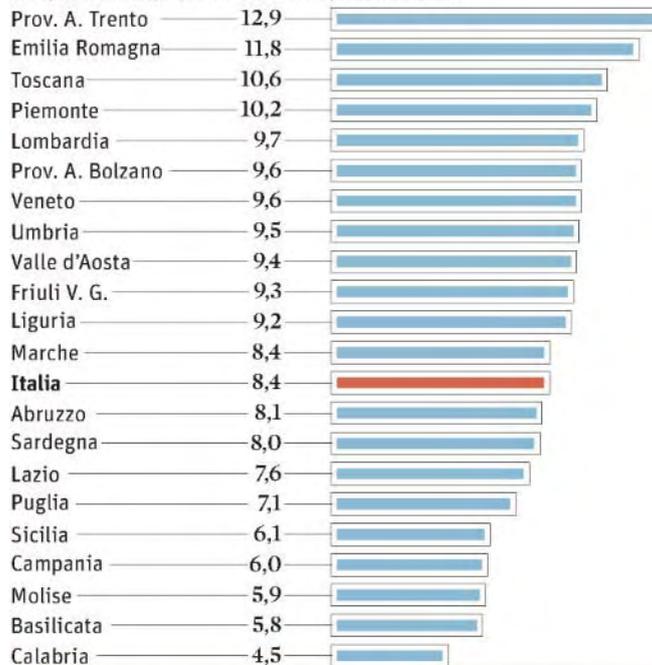
### Rimborsi in pillole

Spesa netta del Ssn: confronto 2009/2010. La composizione dei farmaci rimborsati dal Ssn. **Valori in euro**

■ Non scaduto (prodotti senza riferimento di prezzo regionale)  
■ Di marca off patent    ■ Generici equivalenti



Farmaci generici rimborsati dal Ssn (classe A, liste di trasparenza)  
 % spesa netta generici su totale spesa netta Ssn



**Regioni sottoposte ai piani di rientro**

Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia.

Liguria: il Piano di rientro dal disavanzo 2007-2009 è stato siglato il 6 marzo 2007. La Regione ha superato le verifiche e ha avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti

Fonte: Database Sfera anno 2010 (Ims Health)

**L'ateneo** Tre facoltà d'eccellenza

# Un'università ai vertici della ricerca mondiale

**Enza Cusmai**

■ «Nella nostra Università ogni scienza dev'essere presente al più alto livello» scrive il rettore Don Luigi Verzè nella prima pagina del web alla voce «Università Vita-salute San Raffaele». Ed è proprio in un momento drammatico del gruppo che non bisogna fare di tutt'erba un fascio, anzi, rivalutare tutto quello che c'è di buono. Come l'ateneo, appunto. Il motto di Don Verzè, del resto, è veritiero. Grazie all'università del San Raffaele si sono fatti passi avanti nella ricerca. Già, perché accanto alle facoltà di Psicologia e a quella di Filosofia, presso la quale insegna Massimo Cacciari, spicca quella di Medicina e chirurgia. E i collegati centri di ricerca che hanno prodotto decine di scoperte scientifiche negli ultimi anni.

Come quella della molecola che provoca il diabete mellito soprattutto in bambini e adolescenti. Importanti passi avanti fatti per la terapia genica su pazienti colpiti da leucemie e altre forme tumorali che fa regredire il tumore fino a farlo scomparire. I ricercatori hanno anche identificato nei topi una nuova cellula del midollo osseo in grado di partecipare alla rigenerazione del tessuto muscolare. Sempre sotto osservazione dei ricercatori l'Aids per cui è stato scoperto un anticorpo che protegge dal virus così come sono state rilevate nuove potenzialità delle cellule staminali adulte. Non è finita. Agli scienziati del San Raffaele è dovuta la scoperta del meccanismo genetico che scatena il mal di testa e passi avanti sono stati fatti per la cura della sclerosi multipla e della distrofia muscolare. Pochi anni fa è stato anche sco-

perto un legame tra un gene e la timidezza dei bambini e pure le proprietà della proteina contenuta nel lupino e i suoi impieghi nella cura del diabete di tipo 2. I ricercatori dell'Università Vita-Salute San Raffaele hanno anche dimostrato che la percezione del tempo da parte del cervello dell'uomo dipende pure da dove si guarda, come se il cervello avesse tanti orologi regolati a ritmi diversi a seconda degli stimoli visivi. Sempre sul cervello si è scoperto che chi ha un alto grado di istruzione o svolge un'attività intellettualmente impegnativa sviluppa una sorta di "cervello discorta" che rallenta i sintomi della malattia. Gli studi sono tanti e tutti rilevanti e sono stati possibili grazie anche all'integrazione tra l'ospedale, la ricerca e l'università. Non a caso il San Raffaele è stato il primo istituto scientifico in Italia per numero di pubblicazioni scientifiche (785 lavori sulle maggiori riviste internazionali). Inoltre, l'interazione continua



**DOCENTE** Massimo Cacciari

tra ricercatori e clinici specializzati in diverse aree della medicina, favoriscono il buon nome dell'ospedale che è diventato di riferimento in Italia, in Europa e nel mondo per lo studio e la cura di molte patologie. Specializzato in medicina molecolare, comprende aree di eccellenza nell'ambito delle malattie cardiovascolari e metaboliche, neurologiche, oncologiche, immunologiche, infettive e genetiche. Il San Raffaele, grazie all'intensa attività di ricerca, è divenuto nel tempo centro di eccellenza per numerose specialità cliniche e diagnostiche tra cui la cardiocirurgia (quasi 1400 interventi l'anno), l'urologia, la tomo terapia, il trapianto della cornea e delle isole pancreatiche.



**SAN RAFFAELE SUICIDA IL VICE DI DON VERZÈ. BUCO DA 900 MILIONI**

# SANGUE sul CRAC

FIAMMETTA, PALMA e commento di MORANDI ■ Alle pagine 2 e 3

## San Raffaele

IL CALVARIO DI UN'AZIENDA

# Suicidio choc, si spara il vice di don Verzè

*Mario Cal, 72 anni, si è tolto la vita nel suo ufficio. La pistola trovata spostata e dentro un sacchetto*

### DUE LETTERE D'ADDIO

**Alla moglie e alla segretaria  
Il legale: «Non ha retto  
al crollo della sua creatura»**

**Tino Fiammetta**

■ MILANO

**Al San Raffaele dal 1977,  
sempre al fianco**

**del sacerdote-manager**

**Fino a venerdì scorso ne**

**era il vicepresidente**

**Il pm ha aperto un'inchiesta  
per istigazione al suicidio**

**E' ENTRATO** nel suo ufficio al sesto piano dell'ospedale San Raffaele e dopo circa un'ora si è sentito uno sparo. Mario Cal, 72 anni, fino a venerdì scorso vicepresidente della fondazione Monte Tabor, e braccio destro di don Verzè, ieri mattina si è ucciso con un colpo alla testa. La sua pistola, regolarmente detenuta, è stata trovata in un sacchetto lontano dal cadavere. Ma non c'è giallo. Qualcuno dei suoi stretti collaboratori, fra i primi a scoprirlo ancora in vita, preso dal panico, ha forse inteso scongiurare qualsiasi «inquinamento» delle prove. Trovate due lettere, una indirizzata alla moglie l'altra alla segretaria Stefania, da 30 anni al suo fianco. La notizia è stata comunicata a don Verzè con cautela, una prudenza dettata dall'età e dalle precarie condizioni di salute del sacerdote. La procura ha aperto un'inchiesta per istigazione al suicidio, ma si tratta di un atto dovuto per permettere gli accertamenti sulla morte di Cal.

**IL MANAGER** è uscito di scena nel momento più critico dell'Fondazione, oberata di debiti per quasi un miliardo di euro. Il 30 giugno scorso era stato sentito dal pm Orsi proprio a proposito della voragine di debiti dell'ospedale. Venerdì scorso l'ufficializzazione del nuovo consiglio d'amministrazione voluto dal Vaticano che aveva estromesso Cal e tutti i fedelissimi del sacerdote manager. Fin troppo evidente il movente del suicidio: il tramonto della carriera di manager e il rischio di fallimento della «sua» creatura ne hanno firmato la condanna a morte.

Mario Cal, sposato senza figli, veneto come il suo presidente, don Luigi, ha trascorso 34 anni all'interno del San Raffaele, da vent'anni occupava la poltrona di vicepresidente. Si erano conosciuti casualmente a Milano negli anni 70. Cal laureato in economia, aveva esordito nel settore dei beni di servizio, grande appassionato di ciclismo (e di briscola come don Verzè) e di tennis. Il sacerdote ne aveva intuito le doti e soprattutto aveva realizzato che Mario Cal poteva diventare il suo braccio destro ma anche il suo alter ego. Il completamento del suo carattere. Autorevole e carismatico, ma «distante» il sacerdote e disponibile e «vicino» il suo luogotenente. Pochi, pochissimi lo hanno visto contrariato e furente, quando trascorse 24 ore a San Vittore sospettato di essere coinvolto in un giro di tangenti (era il 1994, pm Antonio Di Pietro) o quando fu costretto a consi-

gliare a Don Verzè la vendita dell'ospedale romano agli Angelucci. Una vendita «con la pistola alla tempia» pressati dai debiti e dalla consapevolezza che la lobby della sanità capitolina non avrebbe mai consentito lo sbarco del San Raffaele sul Tevere.

**NON UN SERVITORE** obbediente, ma un consigliere e spesso il regista di tante operazioni finanziarie rischiose. Chi lo ha visto negli ultimi giorni lo ricorda provato, cupo, rammaricato, ma non disperato. Di certo era uno di quelli che piuttosto che perdere una partita preferiva rimescolare le carte - come accadeva a briscola - e ricominciare da capo. Ma questa volta bisognava rassegnarsi alla sconfitta, non c'era via d'uscita. Il declino di quell'impresa titanica che è il San Raffaele invocava un responsabile o un capro espiatorio e Mario Cal ha preferito lasciare la scena. «Giù il cappello» commentava Montanelli durante la stagione drammatica di «Mani pulite», «il suicidio non è un'ammissione di colpevolezza».



## LA STORIA

### L'inizio

Quarant'anni fa, era il 31 ottobre 1971, il primo malato entrò al San Raffaele. Venerdì scorso l'ultimo cda, voluto dal Vaticano, ha sancito la fine dell'era di don Verzè.

## Eccellenza

Dell'Istituto ospedaliero fanno parte i dipartimenti di biotecnologie e di medicina molecolare che lo hanno reso uno dei più grandi parchi scientifici d'Europa.

## Editoria

Della Fondazione fanno parte anche Hsr Resnati, l'Editrice San Raffaele, le riviste Kos (medicina e scienze umane) e l'Ala (medicina e salute).

## Azionisti

La Fondazione controlla diverse società, prima fra tutte la Molmed, quotata in Borsa e nel cui azionariato sono presenti: Berlusconi, Ennio Doris e Del Vecchio.

**FORMIGONI:** «Sono profondamente addolorato. Prego il Signore perché manifesti la sua misericordia»

**SILENZIO** dei media della Santa Sede Radio Vaticana e Osservatore romano non hanno dato la notizia della morte

**FAZIO**, ministro della Salute, si recherà questa mattina in visita all'Istituto San Raffaele.

## Era il manager del San Raffaele, si spara nel suo ufficio «Pago colpe non mie» Suicida il vice di don Verzé

«Mi uccido, perdonatemi. Pago colpe non mie». Suicida con un colpo di pistola in testa Mario Cal, 72 anni: per più di trenta ha lavorato al San Raffaele con il fondatore, don Luigi Verzé (insieme nella foto a fianco). Ma è giallo sull'arma spostata, una Smith&Wesson calibro 38. Cal era il braccio destro di don Verzé e con lui ha affrontato anche il recente dissesto.

Sul crac dieci giorni fa è stato interrogato, ma senza essere accusato di nulla, solo come persona informata sui fatti. «Non sono mai stato così addolorato nella mia vita come in questi giorni», ha confidato Cal poco tempo fa al suo legale, l'avvocato Rosario Minniti, che sulle ragioni del suicidio ora dice: «Era disperato perché vedeva crollare un sogno: quello di curare i malati nel miglior modo possibile».

ALLE PAGINE 14 E 15  
Berticelli, Gerevini, Ravizza  
A. Sacchi, Santucci

# San Raffaele, suicida l'uomo dei conti

## Il vice di don Verzé si spara nel suo ufficio. Giallo sulla pistola spostata

### Il suo legale

«Era disperato, vedeva crollare un sogno, quello di curare i malati nel miglior modo possibile»

MILANO — Preme il pulsante per il sesto piano e quando esce dall'ascensore si trova su, negli uffici dei massimi dirigenti, dove dalle vetrate piove una luce potente e fuori, in cima alla cupola d'acciaio, sta la statua dell'arcangelo San Raffaele, che svetta bianca, con le ali dorate, e trasmette quel senso di calma ovattata in cui Mario Cal per anni ha lavorato e in questa mattina di luglio è venuto a morire. Saluta la segretaria e le spiega: «Ho dimenticato il passaporto, purtroppo, e sono venuto a recuperarlo». Non è vero. L'uomo, che per decenni è stato il braccio destro di don Verzé, il passaporto ce l'ha dentro la borsa di pelle, vicino alla Smith&Wesson

calibro 38 che tiene sempre con sé. Entra nell'ufficio che non sarà più suo, già smantellato, già spoglio e con gli scatoloni chiusi. Davanti alle vetrate affacciate sull'ospedale milanese si siede al tavolo e scrive due biglietti, poche righe. C'è ancora quel silenzio, quasi irreale, quando rimbomba il colpo della pistola che Cal si è appoggiato alla tempia.

Il proiettile trapassa la testa e si conficca nel muro. Per 35 anni Mario Cal ha lavorato al San Raffaele fianco a fianco col fondatore don Luigi Verzé. Con lui ha affrontato il dissesto finanziario dell'ospedale e, a 72 anni compiuti il 30 giugno, venerdì scorso è rimasto fuori dal nuovo Cda in cui ora siedono quattro membri della Santa Sede. Dieci giorni fa ha affrontato un colloquio in Procura (non era accusato di nulla) in relazione alla crisi finanziaria dell'ospedale. «Non so-

no mai stato così addolorato nella mia vita come in questi giorni», ha confidato qualche giorno fa al suo legale, Rosario Minniti. È lo stesso legale ad accennare una possibile motivazione per il suicidio: «Era disperato perché vedeva crollare un sogno, quello di curare i malati nel miglior modo possibile». L'idea che il carattere forte di quest'uomo sia stato macerato in pochi mesi, e infine annientato dal dissesto economico, appare tra le righe di una nota diffusa dal nuovo Cda: «Il gesto così grave e imprevedibile compiuto dal dottor Mario Cal... accresce la consapevolezza sulla delicatezza e sulla gravità dell'attuale situazione».

Dagli elementi raccolti dagli investigatori e dalla polizia scientifica, coordinati dai pm Maurizio Ascione, sembra emergere però un percorso più cupo. A partire da quella «bugia» alla segretaria Stefa-

nia, e dal fatto che Mario Cal non avesse motivo di andare nel suo ex ufficio ieri mattina. Come se avesse scelto di uccidersi nel «suo» ospedale per dare un messaggio. E poi ci sono le poche parole indirizzate alla moglie, che raccontano una sensazione di ingiusta solitudine più che di sogni infranti: «Ancora una volta ho pagato per errori di altri. Tu sai che non ho colpe».

È la segretaria Stefania a sentire per prima il colpo di pistola, attraversa di corsa il grande salone davanti agli uffici dei di-



rigenti, apre la porta. Poco dopo arriva un vigilantes dell'ospedale, 40 anni, da un decennio dipendente del San Raffaele. Mario Cal è a terra, il sangue si allarga sul parquet, è steso sul fianco destro e col braccio davanti al corpo, le dita della mano sfiorano l'arma caduta sul pavimento. Nel tentativo di un soccorso immediato il vigilantes allontana la pistola con un piede, strappa la camicia per iniziare un massaggio cardiaco, in pochi minuti la stanza al sesto piano si riempie di medici: Mario Cal entra in pronto soccorso, dall'altra parte della strada, alle 10 e 21 di ieri. Condizioni drammatiche, i medici continuano a tentare con la rianimazione, per un momento riescono a stabilizzarlo. Cal muore però alle 10 e 57. Don Verzé verrà avvertito qualche ora dopo, «con tutte le cautele», come dicono dall'ospedale.

Il pubblico ministero ha aperto un fascicolo d'indagine per istigazione al suicidio, ma si tratta soltanto di un fatto procedurale, dubbi sulla dinamica non sembrano esserci: si tratta solo di eseguire gli accertamenti in una corretta cornice giuridica. Nel pomeriggio si diffonde qualche apprensione perché la pistola viene ritrovata in un sacchetto, ma è stato il vigilantes a sistemarla lì, un gesto errato dal punto di vista investigativo, ma quello strano particolare sembra già chiarito. I pm Luigi Orsi e Laura Pedio, che si occupano dell'inchiesta conoscitiva sulla situazione debitoria del San Raffaele, con la Guardia di Finanza hanno cercato documentazione economica e finanziaria in ufficio e in casa di Cal. Carte che forse potrebbero spiegare qualcosa in più sul suicidio, oltre quelle poche righe che ha scritto nel silenzio e lasciato dentro due buste da lettera.

**Alberto Berticelli**  
**Gianni Santucci**