

Indagine sulla contraccezione di emergenza: la sceglie il 2,5 per cento delle donne

# Pillola del giorno dopo negata

Nella metà dei casi il medico "obiettore" si rifiuta di fare la prescrizione

## DONNE & SALUTE

**I**n Italia ricorre alla contraccezione di emergenza (la «pillola del giorno dopo») il 2,5 per cento delle donne tra i 15 e i 49 anni, con una prevalenza che è tra le più basse in Europa. Forse anche per via del «percorso a ostacoli» che molte donne devono intraprendere per acquistare la pillola. Nel 50,9% dei casi le donne si vedono, infatti, arrivare un rifiuto alla richiesta di prescrizione medica, soprattutto dai medici del pronto soccorso (34%), guardia medica (30%), consultori (25%) e medici di medicina generale (11%). I dati che emergono dalle 8mila richieste arrivate in tre anni a «Sos Pillola del giorno dopo», un servizio telefonico per la contraccezione d'emergenza messo su dall'«Associazione Vita di Donna».

Il servizio, operativo tutti i giorni e che conta su una rete di 100 medici in tutta Italia distribuiti tra Roma, Torino, Milano, Brescia, Verbania, Udine, Firenze, Pisa, Perugia, Melfi, Matera, Bari, Lecce e Sassari, fotografa le difficoltà e l'identikit di chi cerca la contraccezione d'emergenza. «Oltre la metà degli utenti - spiega Gabriella Pacini, responsabile del servizio - si è rivolta a noi dopo aver visto rifiutata la sua richiesta di prescrizione, mentre nel 49,1% dei casi si sono rivolti direttamente a noi, prima di altri servizi, tramite Internet perché più veloce». Il motivo del rifiuto addotto dai medici è nell'85% dei casi per la clausola di coscienza, e solo nel 15% dei casi per l'assenza o non disponibilità del medico in quella fascia oraria.

«Per la prescrizione della contraccezione di emergenza l'obiezione di coscienza non ha fondamento - spiega Vincenzo Spinelli, direttore sanitario dei consultori Aied Spinelli - proprio perché non è un farmaco abortivo. Molto spesso ciò avviene perché gli stessi medici non sono a conoscenza dell'intera questione». «In realtà - aggiunge Spinelli - il medico può rifiutarsi di prescrivere la contraccezione di emergenza solo in base alla clausola di coscienza, ossia di un convincimento personale, prevista dall'articolo 22 del codice deontologico, ma è comunque tenuto a fornire alla paziente tutte le informazioni necessarie e in modo esaustivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



*Ti arrabbi? “Disregolazione del temperamento”. Sei preoccupato se un familiare tarda? “Depressione ansiosa”. Sogni troppo? “Rischio psicosi”. Così il nuovo manuale psichiatrico rischia di medicalizzare tutto. A vantaggio delle “pasticche della felicità”*

# Psicofarmaci

## Diagnosi “facili” e tante pillole così cambia la cura

**Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità l'efficacia degli antidepressivi si ferma al 60 per cento dei pazienti**

ELENA DUSI

M

aciresterà qualcuno di normale? è la reazione di Til Wykes, psichiatra del King's College London, alla lettura delle bozze del nuovo “manuale della psichiatria”, quel *Dsm-V* che detterà ai medici di tutto il mondo i criteri per le diagnosi e il trattamento dei loro pazienti. La quinta versione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm-V)* appunto è attesa per il 2013. «Ma osservando i lavori preparatori, già si capisce che i criteri per diagnosticare le malattie mentali saranno ulteriormente allargati, dando modo ai medici di prescrivere ancora più farmaci», commenta Paolo Cioni, ex

responsabile del servizio di salute mentale nella Asl di Firenze, attuale docente della scuola di specializzazione in Psichiatria dell'università del capoluogo toscano e autore di *Neuroschivi* (Marco Edizioni).

Le preoccupazioni di Cioni si concentrano sulla prescrizione di farmaci antidepressivi: «Negli Usa i casi trattati tra il 1987 e il 1997 sono triplicati. Ormai dal lettino non passa quasi più nessuno. È molto più semplice prescrivere un farmaco; ci sono anche meno rischi per i medici». Il National Center for Health Statistics americano racconta che negli Usa undici persone su cento seguono una terapia con farmaci antidepressivi (le donne sono quasi il triplo degli uomini). In Italia i dati (Rapporto Osmed 2010) sul consumo di medicinali segnalano che per ogni mille abi-

tanti si consumano 27,2 pillole “della felicità”. Il loro uso è triplicato tra il 1988 e il 2000 (Osservatorio salute 2010, università Cattolica) e la maggior parte delle prescrizioni arriva dai medici di famiglia. Ma che questi farmaci restituiscano la gioia perduta è vero solo a metà: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità l'efficacia degli antidepressivi si ferma al 60 per cento dei pazienti che li assumono regolarmente.

«Il consumo di questi farmaci diventerà sempre più facile» prevede Cioni. «Il nuovo *Dsm*, che viene redatto dall'American Psychiatric Association ma è adottato anche negli altri paesi, crea molta confusione sui sintomi. La normale demoralizzazione destinata a passare da sé non viene più distinta dalla depressione maggiore che invece va trattata dal medico. Nelle versioni prece-

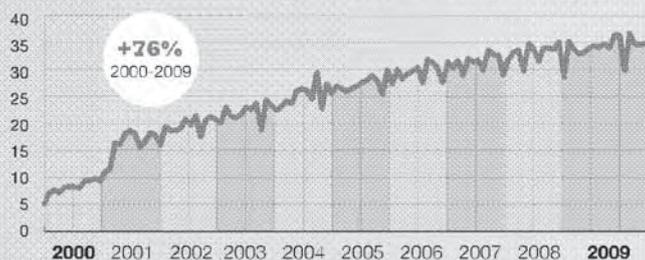
denti, l'aver subito un lutto era considerato un criterio di esclusione per la diagnosi di depressione. Non c'è nulla di strano infatti nell'essere tristi dopo aver perso una persona cara. Ora invece il lutto stesso è diventato una causa di depressione». Le bozze della nuova versione del *Dsm* in effetti hanno una malattia per tutti. Basta un'arrabbiatura per cadere nel “disordine da disregolazione del temperamento”. Un familiare non torna a casa per l'ora di cena e ci si trova affetti da “moderata depressione ansiosa”. Sognando troppo si rischia una diagnosi di “sindrome da rischio psicosi”. La “pandemia” delle malattie mentali ha una causa di fondo: la mancanza di criteri oggettivi per la diagnosi. Ma per Cioni, che ha parlato recentemente al convegno “Ai confini della mente e oltre”, la neurofisiologia può venire incontro ai

medici. «Esistono indicatori fisiologici che possono essere usati, come la misurazione dell'attività elettrodermica, che è ridotta nella depressione, le alterazioni del ritmo cardiaco e del tono simpatico, l'alterazione dell'elettroencefalogramma nel sonno o il fenomeno per cui, osservando scene spiacevoli, gli individui depressi non hanno reazioni normali come il trasalimento, che si misura tra l'altro con l'aumento del battito delle palpebre. Questi criteri vanno sicuramente approfonditi prima di essere considerati validi in assoluto. Ma hanno il vantaggio di togliere al medico la piena discrezionalità della diagnosi».

Il rischio è che la depressione finisca ancora di più negli ingranaggi del marketing delle aziende farmaceutiche. Nel libro *Storia segreta del male oscuro* (ne parliamo nell'articolo accanto, ndr), lo psicoterapeuta Gary Greenberg cita un esperimento del 2005 di Richard Kravitz, psichiatra dell'università della California. Kravitz prese alcuni attori e li mandò da 300 medici con l'obiettivo di simulare i sintomi di una depressione e farsi prescrivere un farmaco. Missione compiuta per il 53% di chi aveva domandato un prodotto ben preciso e per il 76% di chi si era limitato a chiedere un antidepressivo qualsiasi.

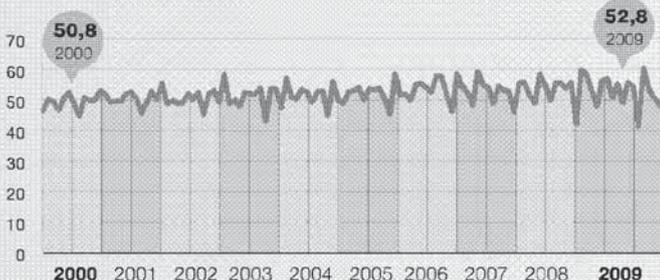
## CONSUMO DI PSICOFARMACI ANTIDEPRESSIVI (fascia A-SSN)

Dose media giornaliera ogni 1000 abitanti (DDD), 2000-2009



## ANSIOLITICI

Benzodiazepine, dose media giornaliera ogni 1000 abitanti (DDD), 2000-2009



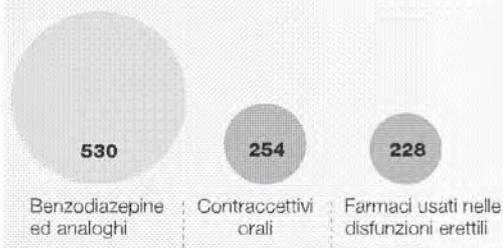
## Consumo di ansiolitici per regione

Benzodiazepine, dose media giornaliera ogni 1000 abitanti (DDD), 2009



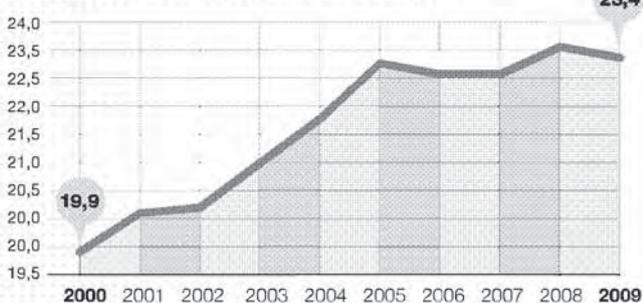
## Spesa di farmaci classe C

Farmaci classe C con ricetta (pagati 100% per i cittadini). Spesa in milioni di euro, 2009



## SONNIFERI

Consumo di ipnotici e sedativi, 2000-2009 (DDD)



## COME AGISCONO

La sinapsi consente la comunicazione tra i neuroni. Gli psicofarmaci intervengono nella sinapsi modificando la quantità dei mediatori chimici, come la serotonina

AREA  
INGRANDITA  
DELLA  
SINAPSI

### NEURONE

1 L'impulso nervoso giunge nel bottone presinaptico

2 Attiva la liberazione del mediatore chimico nello spazio sinaptico

3 Il mediatore chimico raggiunge e attiva dei recettori specifici sulla membrana post-sinaptica

4 I recettori permettono l'entrata in gran quantità di ioni del sodio che modificano la carica elettrica della membrana post-sinaptica

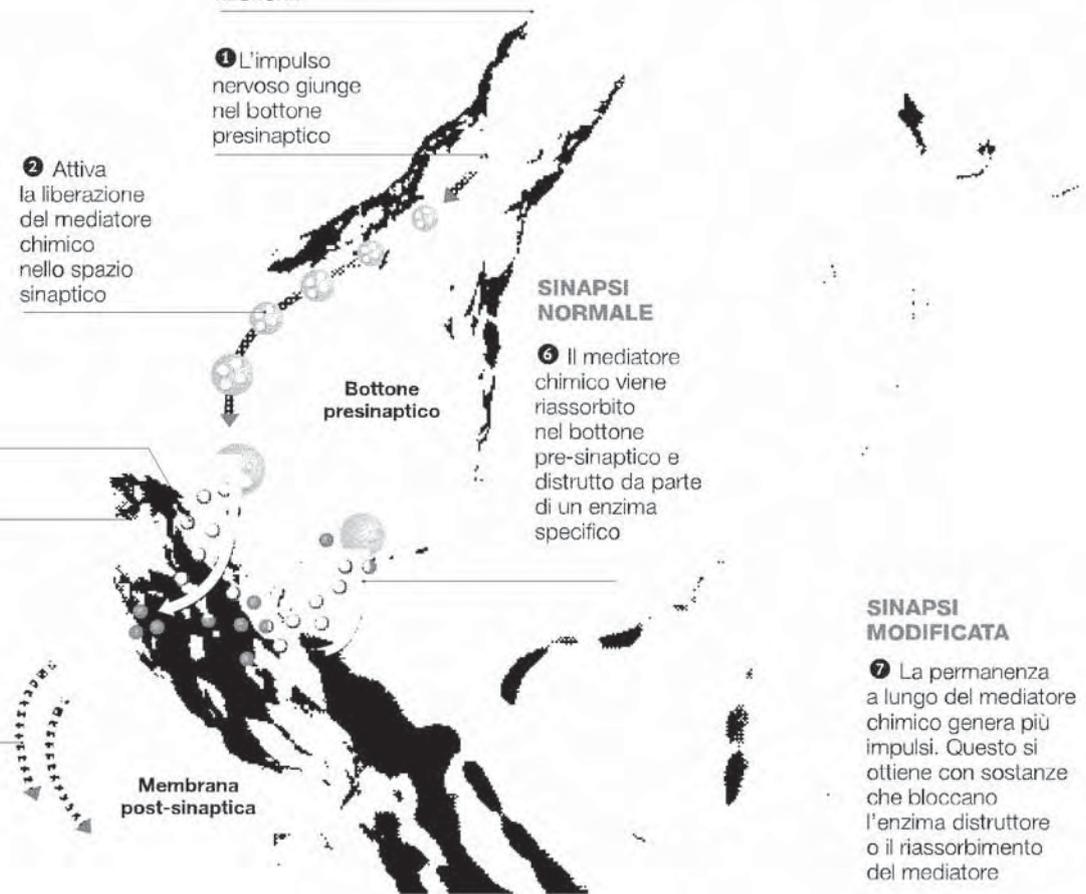
5 Questa modifica innesca l'impulso nervoso nel neurone a cui appartiene la membrana post-sinaptica

### SINAPSI NORMALE

6 Il mediatore chimico viene riassorbito nel bottone pre-sinaptico e distrutto da parte di un enzima specifico

### SINAPSI MODIFICATA

7 La permanenza a lungo del mediatore chimico genera più impulsi. Questo si ottiene con sostanze che bloccano l'enzima distruttore o il riassorbimento del mediatore



## LE VIE NERVOSE

La dopamina e la serotonina sono due mediatori chimici sui quali intervengono gli psicofarmaci. Ecco le zone del cervello dove hanno origine e agiscono, e loro funzioni specifiche

→  
Vie nervose  
che usano  
la serotonina

→  
Vie nervose  
che usano  
la dopamina



### LE FUNZIONI

#### SEROTONINA

- Umore
- Memoria
- Sonno
- Apprendimento

#### DOPAMINA

- Gratificazione (ricompensa)
- Piacere, euforia
- Impulsi motori di precisione
- Comportamenti ripetitivi

### COME AGISCONO

La sinapsi consente la comunicazione tra i neuroni. Gli psicofarmaci intervengono nella sinapsi modificando la quantità dei mediatori chimici, come la serotonina



AREA INGRANDITA DELLA SINAPSI

#### NEURONE

1 L'impulso nervoso giunge nel bottone presinaptico

2 Attiva la liberazione del mediatore chimico nello spazio sinaptico

3 Il mediatore chimico raggiunge e attiva dei recettori specifici sulla membrana post-sinaptica

4 I recettori permettono l'entrata in gran quantità di ioni del sodio che modificano la carica elettrica della membrana post-sinaptica

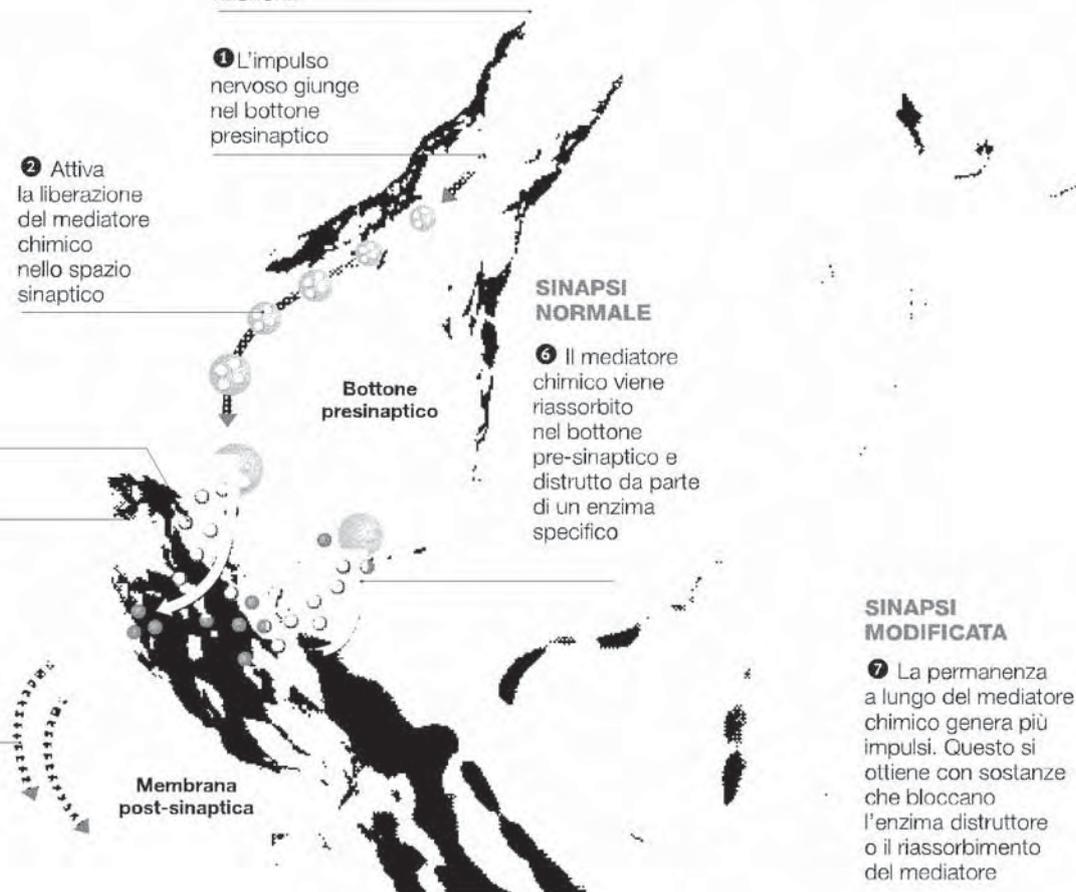
5 Questa modifica innesca l'impulso nervoso nel neurone a cui appartiene la membrana post-sinaptica

#### SINAPSI NORMALE

6 Il mediatore chimico viene riassorbito nel bottone pre-sinaptico e distrutto da parte di un enzima specifico

#### SINAPSI MODIFICATA

7 La permanenza a lungo del mediatore chimico genera più impulsi. Questo si ottiene con sostanze che bloccano l'enzima distruttore o il riassorbimento del mediatore



ONCOLOGIA/ Primo progetto per censire l'epidemiologia e l'evoluzione della neoplasia

# Melanoma, nasce il «registro»

Le stime ipotizzano 7.000 nuovi casi e 1.500 decessi ogni anno in Italia

Ogni anno nel nostro Paese si verificano circa 7.000 nuovi casi di melanoma e 1.500 decessi legati a questo tumore della pelle particolarmente aggressivo. Si tratta di stime, perché finora è mancato un database in grado di censire il numero reale dei casi. La lacuna viene colmata oggi con il primo registro nazionale sul melanoma, un progetto dell'Intergruppo melanoma italiano (Imi). È la prima banca dati relativa a questa neoplasia in Italia, l'unica esperienza simile in Europa è quella avviata in Germania dall'Associazione dei dermatologi.

Grazie al registro vogliamo scattare una "fotografia" del territorio e disporre di un quadro completo per documentare l'incidenza e l'evoluzione di questo tumore nel tempo e nelle diverse aree geografiche. L'obiettivo è quello di capire come viene curato il melanoma nel nostro Paese, individuando eventuali zone d'ombra e intervenendo per garantire l'omogeneizzazione dei trattamenti su tutto il territorio. In un momento di tagli crescenti alle risorse disponibili, il Registro consentirà anche di verificare i costi legati alla malattia.

La prima fase pilota del progetto è iniziata due mesi fa all'Istituto "Pascale" di Napoli, che svolge anche il ruolo di coordinatore dell'iniziativa. È prevista l'adesione di almeno 45 centri entro l'estate 2011, quando il registro funzionerà a pieno regime. L'accordo con Bristol-Myers Squibb che ha sostenuto l'iniziativa del registro italiano, è l'esempio di una partnership virtuosa a favore dei pazienti: potrà rappresentare uno standard di collaborazione tra pubblico e privato, con l'obiettivo di fornire benefici concreti e utilizzare al meglio le risorse a favore della salute. Da questa unione di professionalità e competenze mul-

tidisciplinari nasce un approccio nuovo, che porterà il paziente colpito da melanoma a un livello di assistenza sempre più adeguato e in linea con gli standard più alti.

L'incidenza di questo tumore è cresciuta a un ritmo superiore a qualsiasi altra neoplasia (negli ultimi 10 anni infatti si è registrato un incremento di circa il 30%), a eccezione di quelle maligne del polmone nelle donne. E l'età delle persone colpite si sta abbassando progressivamente: il 25% dei nuovi casi oggi in Italia riguarda giovani al di sotto dei 30 anni, dieci anni fa questa percentuale era esigua, intorno al 5 per cento. L'aggressività della malattia è legata alla tempestività della diagnosi. Una diagnosi precoce permette di evidenziare un melanoma molto sottile, che può essere asportato con un semplice intervento chirurgico. Se individuato in fase iniziale, questo tumore è guaribile nell'80% dei casi. La situazione diventa più complessa se avanza fino alla fase metastatica. Oggi, per la prima volta dopo 30 anni, si stanno affacciando nuovi trattamenti in grado di rappresentare una vera svolta. In particolare, ipilimumab è un anticorpo monoclonale che si caratterizza per un meccanismo d'azione "rivoluzionario" e ha dimostrato di migliorare in modo significativo le percentuali di sopravvivenza dei pazienti colpiti da melanoma metastatico. La molecola agisce al livello delle cellule del sistema immunitario, attraverso un meccanismo target che rimuove i "blocchi" della risposta immunitaria anti-tumorale. Ipilimumab attualmente è utilizzato per uso compassionevole ed è in attesa di approvazione da parte dell'ente regolatorio americano (Fda) ed europeo (Ema).

Recentemente l'Imi ha avviato un programma per la de-

finizione di linee guida nazionali per l'inquadramento diagnostico-terapeutico del melanoma. Il progetto che ha portato alla nascita del Registro si inserisce nel campo della ricerca epidemiologica a cui ci stiamo dedicando e da cui trarremo informazioni essenziali: la descrizione del "fenomeno melanoma" permetterà infatti di sapere come la malattia viene curata nelle diverse Regioni. Un ulteriore passo sarà la valutazione dell'uniformità del trattamento alle linee guida.

Il Registro melanoma si inserisce inoltre in una rete consolidata di rapporti internazionali. È collegato con il Melanoma molecular map project (Mmmp), il database (realizzato con il contributo dell'Imi) più utilizzato dai ricercatori di tutto il mondo. Nel Mmmp, che finora ha raccolto soprattutto informazioni di tipo scientifico relative a questa neoplasia, nei prossimi mesi confluiranno anche i dati clinici del paziente provenienti dal registro italiano. In questo modo, su un'unica piattaforma, saranno disponibili sia le informazioni cliniche che quelle logistiche sul materiale biologico disponibile, con evidenti vantaggi per la pianificazione degli studi traslazionali. Il Targeted therapy database (Ttd) è un'altra iniziativa realizzata dall'Imi in collaborazione con l'Università di Stanford (Usa) nell'ambito del Mmmp: rappresenterà una fonte da cui il registro ricaverà informazioni utili, perché consentirà di identificare i trattamenti più adatti al profilo molecolare del paziente.

**Carlo Riccardo Rossi**  
Presidente intergruppo  
melanoma italiano (Imi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Farmaci/5****NOVITÀ NEL MELANOMA  
CON L'AIUTO DI SIENA**

All'approvazione da parte della Fda statunitense del nuovo farmaco sul melanoma (ipilimumab) dopo trent'anni ha partecipato l'Immunoterapia oncologica dell'università di Siena, centro europeo maggiormente coinvolto nella sperimentazione



IN VISTA DELLE VACANZE: COME PROTEGGERSI DAI PERICOLI NASCOSTI DEI RAGGI ULTRAVIOLETTI. PARLA LO SPECIALISTA

# Melanoma, le creme non bastano. «Fate gli autocontrolli»

**Patrizio Forci**  
■ Siena

«IL SOLE? Fa bene comunque, all'organismo». Lapalissiano, però ha anche maggior forza se ad affermarlo è Michele Maio, direttore dell'Immunoterapia oncologica di Siena, centro europeo che ha partecipato al maggior numero di sperimentazioni per la cura del melanoma.

«L'approccio all'esposizione solare deve essere fatto inizialmente con molta cautela — aggiunge Maio — soprattutto da parte di chi ha la carnagione e i capelli chiari ed ha molti nei, evitando le ore più calde, dalle 11 alle 15, quando è maggiore l'incidenza dei raggi ultravioletti. La regola è assoluta per bimbi e adolescenti,

più soggetti a scottature e ustioni, che fanno aumentare di tre volte il rischio del melanoma da adulti».

## Le creme solari costituiscono uno scudo efficace?

«Danno un contributo alla protezione dalle scottature, ma non dai raggi ultravioletti. Bisogna usare cautela, e ogni volta che si esce dall'acqua, vanno di nuovo spalmate».

## Melanoma, come la prevenzione?

«In primis, è affidata al singolo soggetto, e chi ha la pelle chiara e molti nei — c'è chi ne ha 30, e chi 150, e non può non accorgersene, — deve farsi visitare dal dermatologo, che valuta se i nei sono a rischio. L'autocontrollo è efficace, ricorrendo poi alla visita di uno

specialista appena ci si accorge che le dimensioni di un neo sono aumentate, oppure ha cambiato colore».

## Dove colpisce il melanoma?

«Per il 95% dei casi è cutaneo, ma si riscontra anche nelle fosse nasali e negli occhi».

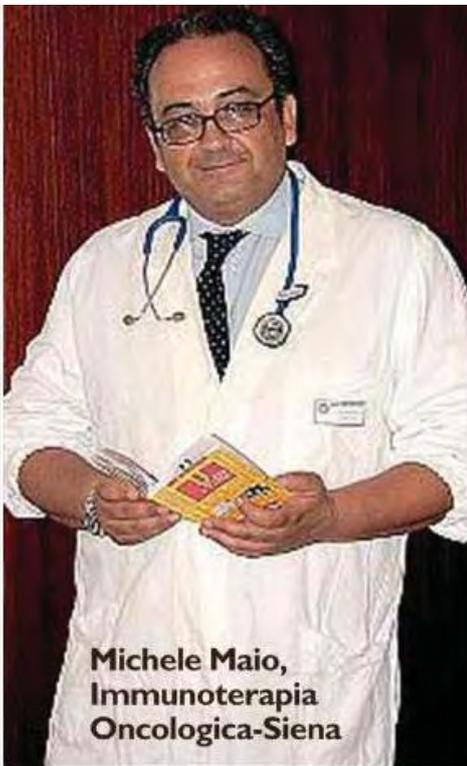
## Come combatterlo?

«Se diagnosticato nelle fasi iniziali, tolto il neo, il patologo rileva dallo spessore la gravità, ed al 98-99%, se sottile, non dà problemi. Se invece è spesso, si può diffondere nei linfonodi, quelli del tronco — i più comuni — o del braccio. Facendo la doccia, per esempio, è facile accorgersi della presenza o meno di un nodulo sotto l'ascella. In questi casi, occorre un intervento chirurgico con il bisturi. Tolti i linfonodi, agenti del

sistema immunitario, occorre poi sottoporsi a controlli periodici, permanendo comunque il rischio che la positività aumenta del 50%».

## A che punto è la ricerca?

«Erano trent'anni che non c'erano novità per la cura del melanoma metastatico, quello in stato avanzato. Ora, un piccolo passo in avanti: è in fase di sperimentazione, con risultati molto buoni, un anticorpo, già approvato in Usa, che attiva il sistema immunitario. È una molecola (ipilimumab, ndr) che rende il sistema immunitario iperattivo contro il tumore. A Siena, unica struttura pubblica in Italia, la utilizziamo da due anni per la fase meno avanzata del melanoma, ed entro l'anno terminiamo il reclutamento. I risultati? Nel 2012».



**Michele Maio,**  
Immunoterapia  
Oncologica-Siena



**IL CASO**

**Da giovedì prossimo scendono i prezzi dei farmaci generici**

**ROMA** ■ I prezzi dei farmaci generici da giovedì saranno abbassati in linea al prezzo di riferimento indicato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). L'Agenzia, si spiega in una nota, per eliminare in tempi brevi i disagi per i cittadini legati ai ritardi nell'allineamento dei prezzi dei farmaci generici al prezzo di riferimento stabilito, ha proceduto a una verifica dei tempi previsti dalle Aziende per questo allineamento. Ne risulta che entro dopodomani, data di prossima pubblicazione della Gazzetta Ufficiale, le Aziende avranno per la maggior parte adeguato i loro prezzi al pubblico a quello di riferimento venendo così a cessare ogni difficoltà per i cittadini.



**Nuovo dispositivo**

# In otto ore si scoprono i virus che ci minacciano

In meno di otto ore scopre 17 diversi bioagenti. Dall'antrace all'*Escherichia Coli*, dalla salmonella al temibilissimo virus Ebola, dai virus dell'influenza aviaria a funghi e parassiti pericolosi per la salute umana. E potenzialmente utilizzabili come armi biologiche. Una tecnologia che consente di analizzare campioni di sangue, acqua, alimenti e filtri per l'aria. In tutto 17 agenti patogeni cosiddetti *biothreat*. Si chiama *Plex-Id Biothreat Assay* ed è frutto di una ricerca decennale della Abbott. È stata approvata dall'Agenzia americana per il controllo di farmaci e alimenti (la *Fda*) ed ha ricevuto il premio «Gold technology innovation awards 2009» del Wall Street Journal per le «sue potenziali capacità di allertare le autorità sanitarie della presenza di nuovi ceppi di malattia, vigilare contro il bioterrorismo e permettere agli ospedali di identificare i batteri resistenti agli antibiotici». I risultati degli studi condotti per sperimentare l'efficienza di *Plex-Id* sono stati presentati lo scorso febbraio, in occasione del congresso sulla «Biodifesa e le malattie emergenti», organizzato dall'*American society for microbiology*. I test hanno confermato l'elevata sensibilità e

specificità della tecnologia per la rilevazione di agenti potenzialmente pericolosi per la salute anche nelle analisi di campioni di aria ambientale. Bioagenti noti, ma anche sconosciuti. «È sempre più evidente la necessità di ampliare il raggio della rilevazione e della caratterizzazione dei patogeni per la biodifesa — dice David Ecker, vice presidente della Divisione Ibis Biosciences di Abbott —. *Plex-Id* ha dimostrato di identificare e quantificare a scopi non-diagnostici una vasta serie di patogeni nell'uomo e negli animali, compresi batteri e famiglie di virus». Il sistema è una combinazione di tecnologie molecolari, fra cui la reazione a catena della polimerasi (Pcr) per l'amplificazione genica e l'analisi spettrometrica di massa. È in grado di scoprire e di tipizzare geneticamente ogni «biopresenza» estranea nell'uomo e nell'ambiente. E di offrire dati anche su resistenza farmacologica, virulenza e tipo di ceppi scoperti. *Plex-Id* si sta dimostrando anche fondamentale nelle perizie medico-legali. Sviluppata nel 2005, questa tecnologia è oggi utilizzata in 20 centri statunitensi, compresi i *Centers for disease control and prevention* (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie infettive) e la *Fda*.

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## CAMPANIA

## Stato di crisi per l'Aiop

**L**e case di cura campane dichiarano lo stato di crisi e con le altre categorie private di fornitori della Sanità pubblica hanno deciso di non sottoscrivere i contratti per l'anno in corso, proposti dalla Regione Campania e che fanno riferimento a nuovi tetti di spesa.

Il decreto commissariale 23 del 5 aprile scorso ha modificato i tetti al ribasso, in particolare per le case di cura, prevedendo la sottoscrizione dei contratti entro i cinque giorni successivi, pena la sospensione dei pagamenti e dell'accreditamento.

La riduzione dei tetti di spesa secondo il decreto è del 2%, ma, per i calcoli fatti dal presidente dell'Aiop Campania **Sergio Crispino** «in realtà si arriva oltre il 15%. Perché raggiun-  
giamo una percentuale del 7,5% se si calcola la riduzione sui fatturati reali, poi bisogna sommare gli oneri finanziari a nostro carico per ottenere finanziamenti dalle banche, che pesano per un altro 8%. Fermo restando un altro dato: con le operazioni di cessione di credito a cui siamo abituati da anni, dobbiamo rimetterci un altro 3,5%». L'Aiop sottolinea anche che le tariffe sono ancora ferme al 2004 e che, «nel momento in cui non è consentito sviluppare la potenzialità delle strutture, non sarà possibile concedere l'una tantum prevista

dal recente rinnovo contrattuale e soprattutto non si potranno garantire gli attuali organici».

Fino allo scorso anno alle case di cura - 70 quelle aderenti all'Aiop - erano destinati circa 600 milioni. Due strutture da quest'anno saranno trattate separatamente perché sedi di Pronto soccorso e quindi il budget è stato ridimensionato di 60 milioni. La decurtazione del 2% prevista dal decreto 23 agirà sui restanti 540 milioni.

Al coro di rivendicazioni partecipano anche Federlab, i Centri antidiabete, il sindacato dei Radiologi e Confindustria

Sanità, che non comprendono per quale motivo non venga attuato il decreto contenente il piano di pagamento dei de-

«Tetti di spesa troppo bassi»

biti sanitari, pregressi, attuali e futuri verso i soggetti della sanità privata. Per questo hanno annunciato una diffida al Commissariato per la Sanità, evidenziando che «l'ingiustificata inerzia a tal riguardo sta già integrando anche profili di responsabilità erariale da parte della Regione Campania». Gli esponenti delle strutture private, hanno scritto al **ministro Fazio** e hanno anche annunciato di aver invitato gli associati a non sottoscrivere i contratti per il 2011.

**Laura Viggiano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PREVISIONI****Farmaci H, resa dei conti**

Quest'anno -2,6 miliardi

**M**entre è ancora polemica sugli off patent, le Regioni chiedono l'avvio urgente del tavolo della farmaceutica per discutere del buco dell'ospedaliera stimato per il 2011 a quota 2,6 miliardi.

A PAG. 8

*Un documento della Commissione salute chiede la riapertura immediata del tavolo*

**Farmaci H al tavolo Regioni**

**Nel 2011 l'atteso disavanzo di 2,6 mld che i territori dovrebbero ripianare**

**L**a richiesta è urgente e ben motivata da un documento approvato mercoledì scorso in Commissione salute: le Regioni chiedono di riaprire con urgenza il tavolo della farmaceutica, arenatosi a maggio, dopo appena un paio di sedute, per il sopraggiungere della manovra di primavera e per mille altre impasse.

Motore dell'urgenza i conti della spesa ospedaliera che - in assenza di correttivi o di insperabili iniezioni di risorse - si avviano anche nel 2011 a registrare un disavanzo di 2,6 miliardi di euro. Questa almeno è la stima formulata dai tecnici delle Regioni in un documento che dovrebbe presto approdare sui tavoli della Salute e dell'Economia.

Nel mirino la norma del Ddl collegato alla Finanziaria 2007 (L. 222/2007) che fissa il tetto della farmaceutica ospedaliera pubblica e accolla l'onere del ripiano alle casse regionali.

Una punizione trasversale che non risparmia nessuno: qui non si tratta di buoni o cattivi - mandano a dire le Regioni - lo sfondamento è sistematico da parte di tutti i Governi locali.

Stando così le cose i pronostici sono presto fatti.

Per il 2011 il documento regionale ipotizza un incre-

mento della spesa farmaceutica ospedaliera dell'8% rispetto all'anno 2010, in linea con il trend degli ultimi anni e al netto degli ex Osp 2 declassificati per un totale complessivo di 5,2 miliardi di euro (pari al 5,1% del Fsn), a fronte di un tetto di spesa ospedaliera del 2,4% (per un totale di 2,5 miliardi di euro). Come dire che il risparmio di spesa derivante dal cambio di classe di cui sopra verrebbe a essere completamente annullato dalla crescita dei consumi. E che il conto ospedaliero delle pillole peserà il doppio del dovuto sui budget sanitari pubblici.

Un risultato annunciato, che aveva già spinto in precedenza le Regioni a chiedere la riapertura del confronto sui possibili strumenti di governo dei consumi di settore, come previsto dal Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Lo sfioramento sistematico dei budget non lascia sperare nulla di buono: la revisione dell'Aifa dell'elenco rimborsabile dal Ssn - si legge nel documento - non è sufficiente a garantire il rispetto del tetto di spesa.

E la riapertura urgente del tavolo abbandonato a maggio è stata chiesta anche alla luce dell'accordo sull'accesso ai farmaci innovativi del

18 novembre 2010.

Quell'accordo - segnalano le Regioni - oltre all'immediata disponibilità per il paziente dei prodotti riconosciuti come innovativi dall'Aifa dava alle Regioni di attuare una concorrenzialità di mercato in presenza di due o più farmaci che possono costituire una alternativa terapeutica tra loro.

Fenomeno virtuoso di cui per ora sembra non esservi traccia, visto che le aziende sanitarie a livello nazionale continuano ad approvvigionarsi pagando il prezzo ex factoring senza poter contare sul minimo effetto concorrenza.

E nell'attesa che la parte pubblica dia seguito alla richiesta è intanto già pronto a partire il dialogo Regioni-Farmindustria su quattro macroaree di reciproco interesse: la definizione dei costi standard nell'attuazione del federalismo fiscale, la spesa sanitaria ospedaliera, quella territoriale, l'attuazione degli investimenti, lo sviluppo della competitività, dell'innovazione e dell'occupazione qualificata. Tutti temi caldissimi anche per i bilanci regionali. Che una volta tanto potrebbero far dialogare sul serio Regioni e imprese.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Prove di dialogo con Farmindustria**



**DOCUMENTO DI FINANZA PUBBLICA****Def 2011: spesa sanitaria +1,2%  
In frenata il costo del personale**

La spesa sanitaria 2010 è cresciuta del 2,7% rispetto al 2009, ma quella per il personale è aumentata - colpa dei contratti - del 4%. Per il 2011 l'aumento previsto è del +1,2% (personale -0,7%) e per il periodo 2012-2014 il tasso medio di crescita previsto è del 3,3%. Sono queste le cifre contenute per la sanità nel Def, Documento di economia e finanza pubblica, approvato la scorsa settimana dal Consiglio dei ministri e previsto dalla modifica alla disciplina sulla contabilità e finanza pubblica. Il Def assorbe i contenuti della Decisione di finanza pubblica e della Relazione sull'economia e sulla finanza pubblica.

In particolare per quest'anno il Def prevede per la spesa sanitaria una riduzione dello 0,7% relativa al personale perché i contratti hanno esaurito il loro effetto nel 2010, per i consumi intermedi un incremento percentuale del 3,9%

che incorpora i risparmi di spesa nel settore della **farmaceutica** ospedaliera per 600 milioni l'anno e che derivano dalle disposizioni del Dl 78/2010. Per le prestazioni acquistate da produttori market è prevista una crescita dell'1,3% come media di: un aumento dell'1,2% per l'assistenza **farmaceutica** coerente con il rispetto del tetto del 13,3% della spesa territoriale e la stima delle entrate da pay back; per la medicina di base, una riduzione del 4,1% poiché anche in questo caso si sono esauriti gli effetti del rinnovo della convenzione che aveva alzato la posta dello scorso anno rispetto alla quale, quindi, si registra un calo; per le altre prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitazione, integrative e altra assistenza) una crescita del 2,9% anche per gli effetti economici dell'abolizione del ticket di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TAGLI AGLI OFF PATENT: LA PAROLA ALL'AIFA

## «Stavolta si poteva intervenire altrove»

DI GUIDO RASI \*

**A**poco più di una settimana dall'entrata in vigore del provvedimento di rideterminazione del prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, attuato a seguito di quanto disposto dall'articolo 11 del decreto legge 78, nato da oggettive e urgenti esigenze di finanza pubblica, ma su cui l'Agenzia non era stata consultata nella fase di stesura, sono opportune alcune considerazioni sullo stato di salute del nostro mercato dei generici.

Il Consiglio di amministrazione dell'Aifa, in ottemperanza alla legge, il 30 marzo u.s. ha approvato la metodologia di applicazione delle disposizioni normative basate, appunto, sul presupposto che in Italia il prezzo dei farmaci di cui è scaduta la copertura brevettuale fosse marcatamente disallineato rispetto agli altri Paesi europei. In realtà oltre 1.700 confezioni di farmaci, vale a dire il 40% dei 4.188 presenti nelle liste di trasparenza, avevano un prezzo di riferimento già al di sotto della media europea prima dell'emanazione del Decreto legge n. 78 del 2010. Ciò nonostante, la norma vincolava l'Aifa affinché, dopo una ricognizione dei prezzi vigenti negli altri Paesi europei, definisse prezzi di riferimento, a parità di principio attivo, forma farmaceutica, unità posologiche etc., tali, comunque, da garantire un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro. Le maggiori differenze individuate erano riconducibili a contrattazioni del prezzo di prodotti presenti da molto tempo sul nostro mercato, in quelle liste di trasparenza il cui continuo aggiornamento da parte dell'Aifa ha costituito, finora, l'unica misura a favore della penetrazione del generico. Peraltro, l'Aifa, nel corso degli ultimi due anni aveva già attuato una serie di interventi volti a uniformare l'Italia alla realtà europea, quantomeno in termini di prezzi e nelle difficoltà di un contesto comunque lungi dall'essere maturo (8,4% di incidenza di spesa del generico puro rispetto a mercati europei di oltre il 50 per cento).

Per ottenere i risparmi di spesa richiesti dalla norma è stato quindi necessario ricorrere a un abbattimento generalizzato del prezzo di riferimento, tale per cui l'attuale assetto non offre ulteriori margini di manovra rispetto ai Paesi di confronto.

Lo stesso Consiglio di amministrazione dell'Agenzia approvando il provvedimento, ha condiviso le preoccupazioni emerse dall'analisi dei dati condotta durante l'elaborazione della metodologia di calcolo delle riduzioni dei prezzi e ha ritenuto opportuno segnalare tali preoccupazioni

con una lettera indirizzata al ministro della Salute e al ministro dell'Economia e finanze. Due sono le principali questioni emerse. Da un lato il provvedimento normativo contenuto nel decreto legge 78 è nuovamente andato ad agire sui prezzi, trascurando l'incentivazione dei volumi dei farmaci generici. Se al mercato italiano è mancata la dinamicità propria dei mercati europei più maturi, tale per cui si potesse assistere a un progressivo abbattimento del prezzo negoziato all'atto dell'autorizzazione alla commercializzazione, le cause sono da ricercarsi anche in una evidente mancanza di aumento dei volumi di vendita dei farmaci generici-equivalenti rispetto agli originatori.

L'esistenza, all'estero, di tale dinamicità è direttamente correlata a una forte politica di incentivazione dell'uso dei generici che noi auspichiamo. In tal senso l'Aifa è impegnata nella definizione di un accordo con Assogenerici che va proprio in questa direzione, individuando scaglioni di abbattimento progressivo del prezzo dei farmaci legati al raggiungimento di predefiniti volumi di vendita rispetto al farmaco originatore.

Un tale accordo sarà certamente apprezzato anche dalle Regioni che avranno a disposizione un valido elemento di pianificazione e che saranno in grado di porre obiettivi chiari ai propri amministratori locali avendo certezza dei risparmi ottenibili. L'accordo nasce dall'analisi delle esperienze positive degli altri Paesi europei, in assenza di reali strumenti di incentivazione che valorizzino la figura del medico prescrittore e senza fare l'errore di arrivare a utilizzare strumenti, quali ad esempio le gare, che hanno già dimostrato di dare limitati effetti immediati ma con gravi conseguenze riguardo all'istaurazione di situazioni monopolistiche.

Un secondo elemento di preoccupazione riguarda, invece, quella che sembra essere una prassi consolidata delle recenti manovre finanziarie. Il settore farmaceutico, per quanto riguarda la spesa territoriale, ha dimostrato negli ultimi anni di essere ben controllato evidenziando, invece, la necessità che fossero implementate politiche atte a sanare il forte disavanzo accumulato per quanto concerne la spesa ospedaliera. Ciò nonostante, il reperimento delle risorse richieste dalla situazione congiunturale si è sempre rivolto alla sola filiera del farmaco senza che vi fossero marginalità così rilevanti da garantire la sostenibilità e senza inquadrare i provvedimenti nel contesto di un'adeguata politica industriale di settore.

Al contempo nell'ambito della spesa sanitaria vi sono altri capitoli che pur incidendo significativamente sul bilancio dello Stato e non costituendo nella maggior parte dei casi valore aggiunto del sistema produttivo del Paese, non sono mai stati oggetto di interventi per il contenimento dei costi, malgrado gli evidenti disallineamenti riscontrabili non solo a livello europeo ma anche nel nostro stesso contesto nazionale. Tutto ciò non potrà che creare delle ripercussioni sul settore produttivo e occupazionale nell'ambito della farmaceutica, ripercussioni che l'Aifa, richiamando uno degli elementi costitutivi della propria missione relativo alla garanzia dello sviluppo di un settore così strategico per il nostro sistema Paese, ritiene non debbano più essere trascurate.

\* Direttore generale Aifa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI &amp; VOI

GUGLIELMO PEPE

**LISTE D'ATTESA SENZA INTERNET**

L'informazione al servizio del cittadino è da sempre carente. E la tecnologia non ha colmato il gap esistente. Anche in settori primari come la sanità. Lo ha confermato il quarto rapporto del [ministero della Salute](#) sull'uso di internet come mezzo di comunicazione sui tempi di attesa: solo il 44% dei siti delle Regioni, della Pubblica amministrazione e delle strutture del Ssn fornisce notizie utili per accedere alle prestazioni ambulatoriali. Peraltro le notizie sono parziali, perché nessun sito delle aziende ospedaliere riporta i tempi per i percorsi diagnostici e terapeutici. Ovviamente i numeri sono disomogenei per area geografica: internet si usa di più al Nord rispetto al Sud, mentre figura in coda il Centro. Dove, in particolare nel Lazio, il sistema regionale di prenotazione viene aggirato: per evitare le lunghe attese (si arriva fino ad un anno per un'ecografia), più del 60% delle prestazioni avviene tramite un accordo diretto tra paziente e medico. Dunque senza prenotazione. E senza controlli. Una situazione "anarchica", secondo Cittadinanzattiva. Forse riscontrabile in altre Regioni. Insomma, altro che elettronica sanitaria, qui sembra di tornare ai tempi dei medici condotti...

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**MEETING TRA OMS EUROPA, COMMISSIONE UE E MINISTERO**

# Migranti, Europa unita almeno sulla salute

**G**arantire a tutti i migranti il diritto alla salute ed evitare di stigmatizzarli in base a pregiudizi secondo i quali rappresenterebbero una minaccia per la salute pubblica; rafforzare la preparazione e la risposta nei Paesi Ue per fronteggiare un eventuale aumento del fabbisogno di cure sanitarie per le malattie croniche, per prevenire le epidemie di malattie infettive e per affrontare le criticità ambientali, con il supporto tecnico dell'Ecdc e dell'Oms. Ancora, rafforzare cooperazione e solidarietà coinvolgendo anche la società civile; migliorare la raccolta di informazioni attraverso strumenti esistenti; valutare l'assegnazione delle risorse finanziarie a livello Ue alla preparazione e alla risposta dei sistemi sanitari sulle conseguenze delle migrazioni su larga scala (tema da discutere alla prossima riunione del Consiglio dei ministri della Salute Ue il 6 giugno prossimo).

Sono questi i punti concordati nell'ambito dell'incontro di alto livello "Circolazione delle popolazioni migranti nei Paesi mediterranei nella Ue: le future sfide per i sistemi sanitari", organizzato a Roma mercoledì scorso dal **ministero della Salute** in collaborazione con la Commissione europea, Dg salute e Protezione dei consumatori e con il sostegno di Oms Europa. Il vertice ha riunito rappresentanti di Italia, Cipro, Francia, Grecia, Malta, Spagna e Ungheria e membri dell'Oms-Mediterraneo orientale, dello Iom e dell'Ecdc.

Nessun pericolo di epidemie, per l'Europa arriva dalla nuova ondata migratoria che arriva dal Nord-Africa. «Gli immigrati non porteranno epidemie di malattie infettive, perché abbiamo sistemi igienici e di controllo all'altezza e i vettori delle malattie endemiche in Africa da noi non sono diffusi: penso a esempio a malaria e colera». Parola di **Zsuzsanna Jakab**, direttore regionale Oms Europa, intervenuta al vertice. Ma non è soltanto questione di sistemi di accoglienza

za "forti": «Gran parte dei migranti - ha specificato la Jakab - sono giovani e sani».

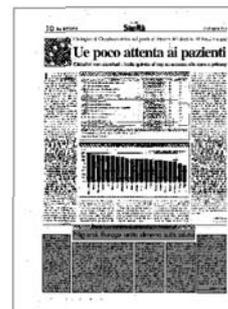
Come ha sottolineato il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, il meeting ha fruttato «un impegno per garantire l'efficacia dei sistemi sanitari nei Paesi d'origine e in quelli di transito». Ma anche «e soprattutto iniziative economiche: vogliamo andare al Consiglio dei ministri europeo di giugno per chiedere finanziamenti sia per i Paesi riceventi, affinché possano dare all'emergenza le risposte opportune, sia per i servizi sanitari dei Paesi di provenienza».

Almeno sul fronte dell'assistenza sanitaria, insomma, l'Italia incassa la solidarietà formale dell'Europa. Nel frattempo, il ministero si era già attivato: Fazio ha ricordato come dopo la missione congiunta con l'Oms di fine marzo a Lampedusa, «sono state avviate misure di sorveglianza per tredici sindromi».

Nessuna patologia che «desti preoccupazione», ma come ha ricordato Fazio ci sono tre ordini di problemi: il sovraffollamento eccessivo (per il momento parzialmente risolto), l'interruzione delle terapie a lungo termine nel caso in cui la persona migrante soffra di malattia cronica e le differenze epidemiologiche tra Paese d'origine e Paese d'approdo. «Per esempio - ha ricordato ancora Fazio - in Tunisia nel 2009 la prevalenza della tubercolosi è stata del 23% contro poco più del 7% in Italia». Nel complesso, però, come ha tenuto a sottolineare il sottosegretario alla presidenza del Consiglio **Gianni Letta**, «la popolazione arrivata in Italia e che ha dichiarato di volersi muovere in altri Paesi europei è costituita per la quasi totalità da giovani adulti maschi in buona salute, vaccinati nei loro Paesi d'origine con alte coperture per patologie come morbillo, poliomielite ed epatite B10».

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**TERAPIE ANTI-TUMORALI****Così lo «lov» valuta i farmaci**

**G**ia nel numero 35 de «Il Sole 24 Ore Sanità» del 9-15 settembre 2008 mi ero occupato degli opinion leader in Oncologia («Opinion leader: indipendenti o nuovi vassalli?»). Si era definito il target dell'opinion leader: un esperto (non un uomo di scienze) che entra in circuiti ben stabiliti sia congressuali che di pubblicazioni scientifiche. Il tutto sotto l'accorta regia dell'industria farmaceutica. Se in questo articolo si avanzavano dubbi sulla eticità dell'informazione fornita dagli opinion leader, in un questionario redatto dal Cipomo a cura del dott. **Maurizio Cantore** della Asl 11 di Massa e Carrara emergono anche possibili perplessità da un punto di vista professionale.

Il survey ha riguardato 52 primari di Oncologia che indicavano a quale medico si affiderebbero nel caso fossero colpiti da malattia oncologica. Solo il 21% si rivolgerebbe a un opinion leader, il 31% sceglierebbe il

medico con la maggior casistica, il 48% sceglierebbe «altro», considerando come elementi essenziali per la scelta: fiducia (15%), empatia (6%), competenza (4%) ed esperienza (4%). Tra le caratteristiche che ricercerebbero nel proprio oncologo è al primo posto la professionalità (46%).

Il questionario, che è stato presentato al congresso scientifico «Medico Cura Te Stesso» (Milano, marzo 2011), prosegue con altre domande che da noi non vengono trattate per soffermarci sull'aspetto della scarsa considerazione avuta dagli opinion come medico curante di un collega colpito da cancro. Una delle possibili

spiegazioni è che c'è una percezione di «finto» o di eccessiva enfasi sui risultati clinici enunciati dagli opinion leader da cui una sostanziale perdita di fiducia quando questi esercitano la professione.

Sicuramente il dato del questionario Cipomo può essere non significativo e numericamente poco consistente, ma deve essere considerato come un elemento di percezione che il mondo informativo creato dall'industria farmaceutica in modo diretto o indiretto viene a essere messo in dubbio. Si possono creare soluzioni che coniughino al meglio le nuove terapie oncologiche con scelte basate su esperienza clinica, competenza, fiducia e appropriatezza? L'Istituto oncologico veneto si è di recente dotato dell'Unità di valutazione e introduzione di nuovi farmaci nelle terapie oncologiche che ha come mission: la valutazione dei nuovi farmaci antitumorali utilizzati nella pratica clinica e il loro

**Informazioni basate sulla pratica clinica**

reale impatto sulla storia naturale delle neoplasie e applicazione dell'Health technology assessment in Oncologia medica. La nuova struttura è indipendente dalle Unità operative cliniche operanti nell'Istituto e ha come scopo di fornire un'informazione su ciò che realmente avviene nella pratica clinica quotidiana quando una nuova terapia è introdotta dopo l'autorizzazione degli enti regolatori attraverso analisi ed elaborazioni statistiche ed epidemiologiche.

**Antonio Jirillo**  
Istituto oncologico veneto Irccs

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREZZI DI RIFERIMENTO NELLA BUFERA

## Lo tsunami off patent travolge i cittadini

Niente dilazioni sui tagli ai prezzi di riferimento degli off patent varata pochi giorni fa dall'Aifa. Da venerdì 15 aprile per le Regioni è entrata concretamente in pista la possibilità di risparmiare 600 milioni di spesa al capitolo delle pillole. Per i cittadini invece è scattata la spiacevole sorpresa dell'inedito balzello sul farmaco che prima ritraevano a carico del Ssn senza sborsare un centesimo.

Al taglio trasversale che non esenta più nemmeno il generico a minor prezzo - finora utilizzato da boccino per stabilire la quota di rimborso pubblico nelle liste di trasparenza - è sfuggito solo uno sparuto numero di confezioni: il glucosio e pochi intimi, commercializzati a meno di 2 euro. Per gli altri la mannaia che non perdona, con sconti che valgono dall'8 fino a punte del 40% di minori uscite per l'agente pagatore. Così - incredibilmente, per chi rimembra i battaglieri esordi degli equivalenti sul mercato nazionale - è sfumato anche il mito della Nimesulide. Dieci anni fa era stato il principio attivo simbolo della corsa al riallineamento tra originator e imitatori: la differenza è poca - 0,24 centesimi, passando tutte le confezioni in blocco da 2,60 a 2,36 euro - ma si pagherà anche lì.

Sulla buona parte delle oltre 4mila confezioni in questione il differenziale all'incasso va dai 2 ai 5 euro. Ma su qualche prodotto il differenziale è assai più pesante e almeno per ora sembra non cambierà nulla. Le aziende danno l'impressione di orientarsi a praticare la gioiosa adesione al taglio previsto. Neppure le genericiste, tradiziona-

le motore della corsa al ribasso nel tentativo di scippare quote di mercato agli originator griffati. La misura è colma hanno mandato a dire tutti i produttori. E in Gazzetta non c'è neppure l'ombra di una volontaria riduzione dei listini.

Avendo ben compreso l'antifona c'è chi la vigilia o quasi ha provato a chiedere qualche dilazione. Si dice che la questione sia stata affrontata in un piccolo incontro informale in casa Aifa: latore della richiesta qualche rappresentante regionale. Immediato il nict dell'Agenzia, già sotto stress sui tempi di percorrenza della manovra di primavera: indietro non si torna.

Ci hanno provato anche le sigle dei farmacisti, ammantando l'appello di ragionevolezza. Federfarma, Adf e Federfarma Servizi hanno scritto al direttore generale dell'Aifa chiedendo almeno i tempi minimi per un ripensamento da parte delle aziende ovvero per lo smaltimento delle giacenze di magazzino. Per Adf e Federfarma Servizi, invece, uno slittamento fino al 15 maggio consentirebbe alla distribuzione di smaltire i magazzini e attenuare la perdita di valore delle giacenze determinata dal taglio dei prezzi. Niente da fare. Da venerdì, magari pochi centesimi, ma proprio per le medicine che ci si aspetterebbe più economiche, si paga di nuovo. E c'è sempre chi in questi casi sostiene che chiamare le cose con il proprio nome sia cosa buona, così ricominciare a parlare di ticket sarebbe tanto più trasparente.

**S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il riallineamento s'è "inceppato"



FEDERALISMO/ Il decreto su premi e sanzioni attende l'ok della Conferenza Unificata

# Cartellino rosso ai Dg spreconi

Interdetti i manager in default - Confermati i prezzi di riferimento per i beni

**L**e Regioni stanno già affilando le armi. Perché dopo la difficile partita sul fisco regionale e i costi standard in Sanità - il Dlgs è stato approvato in via definitiva il 31 marzo ed è in attesa della firma del Capo dello Stato - è l'ora di un altro decreto forse ancora più spinoso. Quello che, con molto bastone e poca carota, introduce nel percorso federalista una serie di premi e sanzioni che impattano pesantemente anche nel mondo della Sanità. Si parte con il "bastone" del «fallimento politico»: il governatore della Regione e a catena anche l'assessore alla Sanità e il manager dell'Asl perderanno tutti il posto in caso di default dei conti sanitari (il cosiddetto «dissesto finanziario»). Ma il giro di vite per la Sanità arriva anche dalla temuta e annunciata stretta sui beni e servizi (anticipata da «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 13/2011) che passerà attraverso l'incognita dei prezzi di riferimento che dovranno in teoria garantire nuovi risparmi negli acquisti di Asl e ospedali. Una via, questa, che sarà incentivata anche con la "carota" delle «forme premiali» da riservare dal 2012 a tutte quelle Regioni che punteranno tutto sulla centralizzazione delle gare d'appalto.

Il decreto su premi e sanzioni è stato riapprovato, lo scorso 7 aprile, dal Consiglio dei ministri: un nuovo via libera preliminare, dopo quello del 30 novembre scorso, che fa ripartire l'iter che prevede ora, come primo step, il passaggio in Conferenza unificata, poi l'esame in Parlamento alla bicamerale sul federalismo fiscale e, infine, l'ultimo via libera di Palazzo Chigi.

Il nuovo passaggio in Consiglio dei ministri si è reso necessario per stralciare dal Dlgs i cinque articoli sulla Conferenza per il coordinamento della finanza pubblica. L'organismo addetto a monitorare il livello complessivo

della pressione fiscale è stato, infatti, inserito nel decreto sul fisco regionale. Gli altri 13 articoli sono rimasti quasi identici. Tranne l'importante new entry dell'introduzione dei "reference price" per i beni e i servizi del pianeta Sanità e dei premi per chi centralizzerà gli acquisti. Una strada, questa, fortemente voluta dal ministro della Semplificazione, **Roberto Calderoli**, e malvista dalle categorie e dalle imprese di settore già alle prese con tempi di pagamento infiniti.

Resta invece come nella versione precedente l'arsenale di sanzioni per chi non farà tornare i conti: il default nei conti di Asl e ospedali costerà, infatti, il posto ai governatori che saranno rimossi per fallimento politico, interdetti

per 10 anni da qualsiasi carica in enti pubblici e vedranno ridurre del 30% il contributo elettorale per la lista o il partito che li ricandiderà a un'altra carica prima che siano passati 10 anni dalla rimozione. «Prevvia verifica delle responsabilità» è prevista anche la decadenza automatica dell'assessore alla Sanità e dei manager delle Asl (direttori generali, sanitari e amministrativi). Che saranno interdetti per un periodo di tempo tra 7 e 10 anni da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici.

Confermato inoltre l'«inventario di fine legislatura» per le Regioni sotto piani di rientro sanitario: entro 20 giorni dall'indizione delle elezioni ogni presidente dovrà pubblicare sul web una relazione dettagliata e certificata sulle misure prese per contenere la spesa sanitaria. Sul fronte dei premi, il provvedimento continua ad assegnare agli enti virtuosi una quota aggiuntiva dei proventi dall'evasione.

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**GENTE**

I dermatologi avvertono: è tempo di screening

**LE MACCHIE POSSONO ESSERE RISCHIOSE. MA OGGI LA PREVENZIONE CONTA SU MACCHINE SOFISTICATE. «E AL SOLE SEGUITE I NOSTRI CONSIGLI», DICE IL MEDICO**

## UNA PELLE A PROVA DI NEI

di Paolo Magliocco

**L'**anticipo di estate che ci ha fatti svestire da un giorno all'altro è l'occasione giusta da sfruttare anche per un bel controllo su tutto il corpo della situazione dei nostri nei. Perché almeno due volte l'anno dovremmo farlo tutti, compreso chi non ha nessun motivo per preoccuparsi: i nei sono spesso un piccolo marchio di bellezza, ma possono sempre tradire.

Il rischio, si sa, è che qualcuna di queste macchioline nasconda un melanoma, il più pericoloso tumore della pelle, che nella maggior parte dei casi guarisce se viene preso quando ancora è all'inizio, ma che può persino uccidere se lo si lascia crescere. Quindi tutti davanti allo specchio, pronti a guardare con severità non tanto i chili in eccedenza, quanto i nei in più.

Il primo indicatore, il più importante, è infatti proprio il cambiamen-



### CONTROLLO TOTALE CON LE MACCHINE

La tecnologia corre in aiuto della pelle anche con macchine sofisticate in grado di controllare ogni punto del corpo e di conservarne l'esame in immagini digitali.



### UN ESAME ATTENTO

Il metodo più usato per verificare lo stato dei nei è la dermoscopia, cui ci si può sottoporre negli studi privati: ovvero l'osservazione diretta della pelle per evidenziare eventuali anomalie.

to. Se un neo nuovo è comparso o se quello che era piccolo e chiaro è diventato grande e scuro, meglio fare subito un salto dal medico. Delle prime cinque lettere dell'alfabeto usate dai dermatologi come promemoria (vedi il box nella pagina seguente) la più importante è l'ultima, la "E", che sta per evoluzione: se si nota qualcosa di diverso bisogna approfondire.

«Nel 90 per cento dei casi, il melanoma è un neo che prima non c'era», avverte Matteo Gnone, dermatologo geno- ▶



### ABBRONZATI E SICURI

Due ragazzi si godono il sole di una giornata primaverile. È proprio da piccoli che bisogna stare più attenti: l'imprudenza a quella età infatti si può pagare da adulti, perché sono la troppa esposizione al sole e le scottature subite da giovani ad aumentare il rischio di contrarre tumori.

vese. Certo, non tutti corrono gli stessi rischi. Chi ha la pelle scura e pochi nei può stare più tranquillo. «I fattori di rischio maggiori sono il fatto di aver già avuto un melanoma o un parente stretto che se ne sia ammalato, avere più di

### CHI HA LA PELLE SCURA E POCHI NEI PUÒ STARE TRANQUILLO

cento nei, avere nei grandi, atipici o che siano presenti dalla nascita», spiega la professoressa Stefania Seidenari, direttrice della clinica dermatologica dell'Università di Modena e Reggio Emilia. «Tutte queste persone dovrebbero fare un controllo periodico dallo specialista».

Se poi non si riesce a capire bene se un neo sia nuovo oppure no e se sia rimasto uguale o sia cambiato, oggi non è più così importante. La tecnologia corre in aiuto anche della nostra pelle con macchine sempre più sofisticate in grado non solo di controllare molto bene ogni punto del corpo, ma anche di archiviare immagini digitali in modo da poterle confrontare a distanza di tempo. E se i nei sono così tanti da far fatica a ricordarseli tutti e persino a contarli, ci pensa un'immagine digitale *total body*, dalla testa ai piedi, che pure può essere confrontata ogni sei mesi per capire se qualcosa è mutato. Poi si

### Come riconoscerli

## I CINQUE SEGNALI

**L**e prime cinque lettere dell'alfabeto son un utile promemoria per un primo esame della situazione. Ma attenti: la lettera più importante è la "E".

#### A: asimmetria

Dividete il neo a metà: se le due parti sono diverse, è un neo da controllare.

#### B: bordi

I bordi regolari sono un segnale positivo, quelli irregolari e frastagliati devono mettere subito in allerta.

#### C: colore

Non conta tanto di che colore è la macchia, quanto il fatto che il colore non deve cambiare nel tempo. E non dovrebbero esserci più colori in un neo.

#### D: dimensioni

Se sono oltre i 2-3 millimetri di diametro, ma soprattutto oltre il mezzo centimetro, è sempre meglio far controllare dal medico.

#### E: evoluzione

È il campanello di allarme più importante: il neo nuovo o che è cambiato è quello più a rischio di essere, in realtà, un melanoma.

possono fare esami di laboratorio, prendendo un piccolo campione di pelle. «E oggi esistono persino microscopi che sono capaci di visualizzare le singole cellule della pelle senza toccare il neo», racconta la professoressa Seidenari. Ma servono solo in casi particolari: per tutti gli altri basta la dermatoscopia, della quale dispongono ormai molti specialisti, anche negli studi privati. Ma dopo la visita, torna inevitabile la domanda: e il sole? «L'esposizione al sole aumenta il numero di nei e il numero di nei aumenta il rischio di melanoma», dice lapidaria la professoressa. L'imprudenza da bambini si può pagare da adulti, perché è proprio il troppo sole nei primi anni a provocare maggiori rischi. E

### IL SOLE NECESSARIO PER LA CRESCITA SI PRENDE PURE VESTITI

le scottature sono un altro fattore di rischio nello sviluppo poi di tumori. «Il sole è necessario ai bimbi per la crescita e anche se si prende con i vestiti addosso si riesce ugualmente a sintetizzare la vitamina D, che fa bene alle ossa», spiega la specialista. Meglio usare il buon senso, allora: si riduce il rischio di troppi nei in più e magari si mascherano anche i chili di troppo.

Paolo Magliocco

**Body Love Salute**

# Se la bellezza va in fumo

*Forse non lo sai, ma ogni boccata ha un prezzo. E lo paghi in sex appeal. Prima della prossima sigaretta, leggi qui!*

di M. T. Truncellito

**L**e italiane che fumano sono più di 5 milioni, e il numero è in costante crescita (mentre aumentano gli uomini che decidono di smettere!). Secondo l'Osservatorio fumo alcol e droghe dell'Iss, fumiamo in media 13 sigarette al giorno, ma il 5,7% di noi 25 e oltre. «Molte ragazze che arrivano al nostro centro dicono che la

sigaretta le fa sentire più sicure di sé, più attraenti e provocanti», spiega Licia Siracusano, oncologa e referente del centro antifumo di Humanitas Cancer Center di Rozzano (Mi). «Ma non c'è niente di più sbagliato: la sigaretta, oltre a causare malattie gravi, ha effetti nefasti anche sulla bellezza e il sex appeal». Guarda cosa fa al corpo.

→ **Viso** La pelle diventa secca, più soggetta alle rughe, specie attorno alla bocca e al naso. Se soffri d'acne, peggiora, come dimostra uno studio dell'Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma. Appaiono anche foruncoli improvvisi, perché la pelle cerca di liberarsi delle sostanze tossiche attraverso i pori. Infine, il colorito può apparire smorto.

→ **Sguardo** La nicotina e il catrame possono macchiare la parte bianca degli occhi, che appaiono ingialliti e opachi.

→ **Sorriso** La nicotina rende i denti giallognoli. Il fumo favorisce la formazione della placca, indurisce il tartaro e aumenta il rischio di carie. La combustione del tabacco, poi, infiamma le gengive.

→ **Gambe** Il monossido di carbonio prodotto dalle sigarette riduce l'ossigeno nel sangue. La circolazione rallenta e il nutrimento che arriva alle cellule si impoverisce. I capillari si atrofizzano, favorendo la couperose e l'accumulo dei cuscinetti di cellulite.



→ **Capelli** Le sostanze ossidanti prodotte dalla sigaretta penetrano nella cheratina dei capelli, che si spezzano più facilmente, cadono e, addirittura, ingrigiscono prima, secondo una ricerca apparsa sul *British Medical Journal*.

→ **Cuore** Il fumo è il primo fattore di rischio di infarto nelle donne sotto i 50 anni.

→ **Mani** Nicotina e catrame lasciano macchie gialle persistenti sulle dita. Le unghie si piegano e si scheggiano, oltre a macchiarsi.

→ **Intestino** I cancerogeni formati dalle esalazioni di tabacco, possono arrivare al colon, aumentando il rischio di tumore del 27% (fonte: *International Agency for Research on Cancer*).

→ **Zone intime** Fumare troppo danneggia il desiderio: influisce sulla microcircolazione e ostacola l'eccitazione, causando secchezza vaginale, dolore nei rapporti e difficoltà a raggiungere l'orgasmo. Secondo le ricerche, le donne che fumano hanno un rischio maggiore in caso di infezione da papilloma virus: gli idrocarburi policiclici entrano nel sangue, arrivano al collo dell'utero e potenziano l'effetto cancerogeno dell'Hpv.

## Se smetti, diventi più sexy (e sana)

**Dopo 2-8 settimane** I capelli acquistano un look migliore. La pelle diventa più elastica, le rughe si attenuano. La respirazione diventa più regolare.

**Dopo 3 mesi** Cessa il rischio di ingrassare. Le dita e i denti si sbiancano.

**Dopo 10-15 anni** Il rischio di tumore polmonare si riduce quasi ai livelli di chi non ha mai fumato.

## Così riesci a perdere il vizio

Le ex fumatrici italiane sono già 2,6 milioni. Anche tu puoi riuscirci.

● **Se hai bisogno di aiuto**, rivolgiti a uno dei centri certificati antifumo. La cura dura 3 mesi. Prevede 6/8 colloqui e farmaci a base di vareniclina: blocca i recettori della nicotina, riducendo il piacere del fumo e i sintomi di astinenza. Info [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad) e tel. 800/554088.

● **Se fumi poco**, può funzionare la terapia sostitutiva: gomme, compresse o cerotti transdermici alla nicotina che aiutano a ridurre la dipendenza (smetti in 6/9 mesi). Sono senza obbligo di ricetta, ma i dosaggi vanno stabiliti dal medico.



# MH NEWSLETTER

Le ultime notizie su salute, sesso, alimentazione e fitness



## QUESTO NON È UN PESCE D'APRILE

Noi maschi beviamo meno. Grandioso, perché così l'alcol può persino far bene. E non è uno scherzo

Foto: KURT MARKUS

Beviamo meno, ma meglio: per l'indagine *Doxa* "Gli italiani e l'alcol", siamo più moderati e attenti alla qualità di quello che tracanniamo. I meriti di questo trend positivo vanno tutti a noi maschi: anche se le donne toccano meno alcol di noi, i loro consumi sono in aumento. Insomma, noi ci stiamo dando una regolata, loro invece stanno dandoci dentro (ma sempre meno dei nostri fratelli più piccoli o dei nostri nipoti, che sembrano buttarsi sul *binge drinking*, il bere fino allo stordimento più di 5 drink fuori dai pasti, già dopo i 13 anni). La vera rivoluzione

del bere, comunque, è rappresentata dalla sempre maggiore diffusione della birra. Non male, visto che ha poco alcol e che, se consumata con moderazione ha molti aspetti salutarì: aumenta il colesterolo buono, assicura *Eric Rimm*, direttore del Dipartimento di epidemiologia cardiovascolare dell'Università di Harvard (Usa), migliora la circolazione, aumenta la sensibilità all'insulina e riduce il rischio d'infarto, diabete, tumore alla vescica e calcoli renali. Certo, solo se il consumo è moderato: 2 lattine al giorno per noi maschi. Oltre sono solo guai. *di Paolo Federici*



Salute

# La dose giusta

Se vuoi ingozzarti di verdure, fai pure.  
E puoi anche esagerare col sesso.  
Ma ci sono cose, nella vita, che sarebbe  
meglio tenere sotto stretto controllo...

DI FILIPPO MARTIN E JIM GORMAN  
FOTO DI LUCAS ZAREBINSKI

**O**K, TI PIACE ANDARE AL MASSIMO, ottenere tutto e, se possibile, anche di più. Ma a volte, invece, è meglio andarci piano: anche le cose migliori, se prese in dosi eccessive, mostrano il loro lato negativo. Un po' come le vincite esagerate alle lotterie, che fanno finire sul lastrico, dopo qualche anno, gli "sfortunati" che hanno grattato il biglietto vincente. Ma se questa forse è una leggenda metropolitana, quelle che ti stiamo per descrivere non lo sono: la verità è che anche le cose che ti sembrano buone e giuste, e che non penseresti possano farti male, vanno prese nelle giuste dosi. Per esempio le tue rigeneranti dormite domenicali, la carica stimolante del caffè o certi farmaci dall'aria innocua, con cui sei abituato a far sparire i dolori post allenamento. Persino (e questa è stupefacente) i decantati antiossidanti. Leggi un po'...



Dall'eccesso  
alla dipendenza,  
il passo è più  
breve di quello  
che pensi.  
E quella da  
caffèina è una tra  
le più insidiose

## Salute

La dose giusta

**1 Troppi antiossidanti?**

Radicali liberi: il nome già ti fa tremare. Anche "aminoacidi ramificati" non scherza, certo: ma nelle giuste dosi, solo questi ultimi sono utili. I radicali liberi, invece, danneggiano le cellule, le invecchiano e sono chiamati in causa quando si parla di artrite, diabete, ictus, cancro e malattie cardiache. Ma c'è un antidoto: gli antiossidanti. «Quelli contenuti nella frutta e nella verdura fresca, come betacarotene e vitamine (in particolare C ed E) attaccano e neutralizzano i radicali liberi in circolo», spiega il professor Tommaso Galeotti, direttore dell'Istituto di patologia generale dell'Università Cattolica di Roma. «E lo fanno sia interagendo tra di loro, sia attraverso meccanismi che conosciamo solo in parte». È per questo che funzionano soprattutto se provengono da alimenti, e non dalle pillole, in cui spesso sono presenti in quantità eccessive ed in rapporti sbilanciati: «Un nostro gruppo di ricerca ha dimostrato che assumere quantità esagerate di antiossidanti, paradossalmente, può favorire la crescita di cellule tumorali».

**La strategia anti-cessoso:**  
**molta le pillole e varia la dieta**

«Il giusto apporto di antiossidanti si ottiene bilanciando l'alimentazione, in modo da evitare dosaggi eccessivi ed effetti collaterali ancora non del tutto accertati», spiega Galeotti. Via libera dunque a cavoli, frutti di bosco, noci e semi. Già che ci sei, combatti anche la produzione di radicali liberi: non fumare, limita lo stress, fai sport, e riduci tutti gli eccessi.

**2 Troppo sonno?**

Se passi le notti in bianco (non importa se per bagordi o impegni di lavoro) e riposi solo per 4-5 ore, rischi di mettere su peso, hai i riflessi di un bradipo e puoi ritrovarti persino con qualche acciaccio al cuore. Ma restare a letto come se fossi finito in letargo è un nemico forse ancora più insidioso. Rispetto a chi riposa "solo" 7 ore a notte, chi ne dorme più di 9 ha il 43 per cento di probabilità in più di soffrire di malattie cardiache, assicura la rivista scientifica *Sleep*. E sai qual è l'indicatore più importante da tener d'occhio? Come ti senti quando ti svegli. «Quando apri gli occhi dopo avere dormito una notte intera, e ti senti comunque stanco, è un chiaro segno che il tuo sonno è disturbato», spiega Cleto Kushida, direttore del Centro del sonno della Stanford University (Usa). «Potresti soffrire di apnea notturna (un disturbo che, alla lunga, mette a dura prova anche le coronarie) o della cosiddetta sindrome delle gambe senza riposo, un formicolio che ti fa venire voglia di muoverle in continuazione (impedendoti, ovviamente, di riposare)».

**La strategia anti-cessoso:**  
**svegliati davvero**

Se hai il vizio di raggomitolarli sotto le lenzuola ancora per un'ora dopo la sveglia, prova con la Tv: imposta il timer e fatti svegliare da un Tg o da Mtv. «La luce dello schermo aiuterà l'ipotalamo

a bloccare la produzione di melatonina, l'ormone del sonno che viene elaborato solo con il buio», suggerisce Kushida. Certo, potresti anche lasciare aperte le tende: però la luce discontinua della Tv è più fastidiosa per il tuo cervello, e ti dà una spinta in più per toglierti dal materasso.

**3 Troppi antinfiammatori?**

Ok, hai fatto il fenomeno a calcetto e adesso hai dolori alle gambe come un vecchietto con l'artrite. Hai già pronta in tasca la pillola magica, la tua fedele compressa di ibuprofene (come il *Brufen*, o il *Moment*)? Visto che è in tasca, lasciala lì. Questi antinfiammatori non steroidei (*Fans*), soprattutto se non li prendi a stomaco pieno, sono pericolosi (sono pur sempre dei farmaci, non caramelle). «L'uso protratto di ibuprofene è causa di gravissime emorragie gastriche e intestinali in pazienti di tutte le età. Vi sono sportivi, anche giovanissimi, che per superare fasi acute del dolore dopo la prova si rovinano lo stomaco per abuso di Fans», denuncia il dottor Mariano Marmo, anestesista e allergologo dell'Ospedale Cardarelli di Napoli.

**La strategia anti-cessoso:**  
**risolvi il problema alla radice**

L'infiammazione produce dolore; e i muscoli si contraggono in una specie di "immobilizzazione autodifensiva": il corpo ti blocca per non rischiare altri problemi. Invece di impasticcarti, tuffati in piscina: «Il miglior trattamento dopo lo sforzo è un movimento dolce, come il massaggio dell'acqua o una lenta camminata sul treadmill: rilassano e decontraggono il muscolo, riducendo il dolore meglio di un farmaco», assicura il dottor Marmo.

**4 Troppi caffè?**

Certe mattine sembra l'unica ancora di salvezza. Ed effettivamente lo è: sveglia il tuo metabolismo addormentato, riduce la sensazione di stanchezza e ti dà una mano a concentrarti sul lavoro. Secondo molti studi un moderato consumo di caffè aiuta a tenere alla larga un bel po' di problemi (persino l'Alzheimer, il tumore del fegato e quello della prostata): ma trangugiarne litri per darti continue botte di vitalità, no. Anzi: secondo

alcune ricerche basta superare i 300 mg al giorno di caffeina (poco: solo 4 espressi) per rischiare la dipendenza. «È un circolo vizioso: dopo che il tuo corpo è assuefatto alla caffeina, nei momenti di astinenza ti senti sempre più stanco e fiacco. E ti sembra che la cosa più logica sia fartene un altro», spiega il dottor Giovanni Seveso, specialista in scienza dell'alimentazione a Milano.

**La strategia anti-cessoso:**  
**regola il ritmo di assunzione**

Tra l'altro, l'effetto di un espresso inizia dopo una mezz'ora e svanisce dopo 3-4 ore: quindi è inutile farti un'altra dose in quel lasso di tempo. Individua gli espressi irrinunciabili (al risveglio,

**Nessuna sostanza è buona o cattiva: è la dose che fa il veleno**

a metà mattina, dopo pranzo) e non sgarrare. E se il caffè ti serve come scusa per una pausa con i colleghi, puoi sempre ordinare un decaffeinato...

**5 Troppi farmaci?**

Inghiottire un antibiotico al primo starnuto non è solo inutile (servono contro i batteri; contro i virus, come quello del raffreddore, sono inefficaci): è controproducente, perché questi farmaci danneggiano le difese dell'organismo. Il loro uso eccessivo ha portato alcuni ceppi di batteri a irrobustirsi così tanto che i farmaci non riescono più a scalfirli. «Le infezioni alle vie respiratorie (nel 90% dei casi di natura virale) sono l'esempio classico di uso improprio degli antibiotici», dice il dottor Fabrizio Pregliasco dell'Istituto di Virologia dell'Università di Milano.

**La strategia anti-cessoso:**  
**rafforza il sistema immunitario**

Fai il pieno di vitamine (frutta e verdura) e di batteri buoni che stimolano le tue difese (i probiotici di yogurt e lieviti). E non fare mai di testa tua: senti il medico prima di prendere qualsiasi pillola, perché molti antibiotici agiscono contro uno specifico batterio, e di sicuro tu non puoi sapere se quello che hai nell'armadietto potrebbe servirti, questa volta... ■

**E c'è anche chi si pesa troppe volte al giorno**

Quando l'attenzione alla forma può trasformarsi in una forma di ossessione

Ormai puoi valutare praticamente ogni parametro del tuo organismo, dalla massa grassa alla comparsa di fibrillazioni atriali (principali imputate per l'ictus). Bene? Solo se non diventa un'ossessione. «Oggi abbiamo a disposizione strumenti per controllare praticamente tutto: e questo porta qualcuno a farsi prendere un po' troppo la mano», avverte il dottor Elias Aboujaoude, specialista in disordini ossessivo-compulsivi presso la Stanford University (Usa). «Ho avuto pazienti che non riuscivano a fare a meno di pesarsi prima di un appuntamento con una ragazza: è lampante che c'è qualcosa che non va, in questi comportamenti». È vero che, per alcuni studi, controllare quotidianamente il peso aiuta a tenerlo meglio sotto controllo: ma un eccesso in questo senso può portare a vere e proprie manie (come succede in campo alimentare con l'ortorexia, la spasmodica ossessione di nutrirsi in modo corretto). «Chi cade in questa spirale deve imporsi di non toccare gli strumenti per almeno una settimana. Come? Segnando la data dell'ultima rilevazione, e rimuovendo le batterie dagli apparecchi dopo l'uso», suggerisce Aboujaoude.

## REGIONI

**Riparto 2011, lunghi coltelli***La trincea dei governatori*

**M**issione quasi impossibile per il riparto 2011: senza accordo le Regioni rischiano di veder approvata d'ufficio la proposta della Salute. Deprivazione chiusa in un cassetto.

A PAG. 7

*Governatori all'assalto con il «lapis» dei 347 milioni per il ticket sulla specialistica*

**Riparto a ostacoli per il 2011**

**Accordo difficilissimo tra Regioni: tutti i nuovi criteri finiscono nel cassetto**

**R**iparto difficile quello dei 106,5 miliardi per il 2011. In forte ritardo rispetto agli altri anni (non si è mai andati oltre febbraio) e soprattutto sottoposto a un tira e molla dei governatori tra Nord e Sud per una manciata di milioni che però possono fare la differenza nel primo anno di riferimento per le Regioni benchmark dei costi standard.

I milioni in ballo sono 347, quelli della copertura fino a maggio del ticket sulla specialistica. Su questi i governatori hanno lavorato di lapis e incontri politici e al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale, venerdì 15 aprile alle ore 14, ancora non avevano raggiunto un'intesa sulla colonna finale del riparto. Nonostante la tre giorni già svolta a febbraio e riunioni fiume (fino a 18 ore consecutive) la scorsa settimana.

Nessun nuovo indicatore quindi: la base resta quella della proposta del ministero della Salute consegnata ai governatori a febbraio e su cui c'è stato un «niet» locale generalizzato. Ma se non si dovesse trovare l'accordo, la tabella finale sarebbe approvata d'ufficio dopo 30 giorni dalla sua presentazione in Stato-Regioni, prevista per mercoledì 20 aprile, dopo mesi di rinvii.

Lo schema di riparto del ministero, se usato in modo «secco», favorirebbe soprattutto alcune Regioni: Lazio, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna guadagnerebbero rispetto a quanto incassato lo scorso anno nell'ordine 159, 251, 106 e 124 milioni. Sul versante opposto la perdita di altre quattro Regioni: Liguria (-92 milioni), Marche (-12), Basilicata (-13) e Calabria (circa un milione in meno).

La torta dei 106,45 miliardi è divisa in una quota «indistinta» (103,3 miliardi) che è quella destinata al finanziamento dei Lea, in una finalizzata (669 milioni per le convenzioni e la copertura parziale dei ticket sulla specialistica ambulatoriale), in una quota vincolata (1,849 miliardi) di cui fanno parte 1,477 mi-

liardi di obiettivi di Psn e poi altre varie voci, e di quote vincolate per altri enti (640,5 milioni per le borse di studio degli specializzandi, Izs, Cnt eccetera).

Il vivo del riparto quindi sono i 103,294 miliardi di fondo indistinto, che si traducono in un'assegnazione «per cassa» (al netto di entrate proprie e compartecipazione delle Regioni a statuto speciale) di 93,5 miliardi. I criteri di pesatura per età riguardano la specialistica e al 50% l'ospedalizzazione con «pesi» crescenti dalla nascita a oltre 75 anni per la prima voce e più alti nel primo anno di vita e poi ancora crescenti per i ricoveri.

Nonostante la scelta di proseguire, per ora, nei riparti con il criterio del «lapis» e quindi per ora senza nuovi indicatori, però, i governatori del Sud non hanno mollato la presa sul riconoscimento della deprivazione socioeconomica, che porterebbe più soldi nelle loro casse. Non se ne fa nulla per il 2011, ma se ne riparerà presto: i governatori del Sud, ha riferito il presidente della Calabria, **Giuseppe Scopelliti**, hanno concordato di affidare all'Agenas il compito di stilare nuovi criteri. E hanno anche parlato della possibilità per le Regioni in deficit sanitario di attingere ai fondi Fas.

Un percorso questo che però non piace al ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**. Le Regioni «possono affidare all'Agenas tutte ciò che vogliono» sui criteri di riparto, «ma decidere spetta al ministero della Salute, che insieme all'Agenas dovrà individuare i futuri criteri». E Fazio ha rilanciato l'indicatore della prevalenza delle malattie. «Gli altri parametri di cui si parla - ha aggiunto - sono solo dei proxy che non vogliamo utilizzare». Secondo il ministro il criterio della deprivazione non è utilizzabile: «la deprivazione non ha ancora dimostrazioni scientifiche - ha spiegato - inoltre non è possibile misurarla completamente e quando potremo misurare il territorio e quindi la prevalenza delle malattie non avremo più bisogno di deprivazione».

Non sarà deprivazione quindi, ma un cam-

bio di rotta per il riparto ci dovrà essere: le Regioni del Nord non vogliono togliere risorse ai loro bilanci e quelle del Sud sono stanche di vivere della loro «generosità» per gestire il Ssn.

DIPRODUZIONE RISERVATA

**Deprivazione: il «no» di Fazio**