

MERIDIANO SANITÀ The European House-Ambrosetti quota la spesa 2050 a 281 miliardi

Annuncio di default per il Ssn

Il 33% della popolazione over 65 - «Utopia» il mantenimento dei Lea

Nel 2050 la spesa sanitaria toccherà quota 281 miliardi. Colpa dell'impatto della componente demografica (61,7 miliardi rispetto al 2011) che porterà il suo peso sul Pil al 9,7% (tra pubblica e privata) contro l'attuale 7% circa. La spesa sanitaria pubblica supererà i 210,2 miliardi, con un incremento di circa 98 miliardi rispetto a quella del 2011. Ma l'impatto della spesa sanitaria pubblica sul Pil rimarrà invariato al 7,1% dal momento che sia il numeratore (spesa sanitaria) sia il denominatore (Pil) crescono allo stesso tasso medio annuo.

A definire questo futuro "nero" per l'economia del Ssn sono i modelli previsionali sviluppati da Meridiano Sanità-The European House-Ambrosetti, presentati la scorsa settimana a Roma nell'ambito del convegno «Sanità e salute in Italia in un contesto di crisi economica: la direzione per la crescita».

«Per il Servizio sanitario nazionale italiano, la sostenibilità nel tempo rischia di divenire un'utopia», è il commento che accompagna la ricerca. Il default economico, secondo l'analisi, è un rischio concreto. E questo non considerando l'evoluzione epidemiologica e quella tecnologica, ma solo l'evoluzione demografica.

E se non bastasse, i vincoli di finanza pubblica, in un periodo di recessione, hanno comportato,

nel periodo 2010-2014, tagli alla Sanità pubblica per 24,4 miliardi a cui si potrebbero aggiungere gli ulteriori tagli previsti nel disegno di legge di stabilità 2013 per un totale di 26 miliardi complessivi. Il tutto «nell'utopia di garantire il mantenimento degli stessi livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale», commenta Meridiano Sanità.

La crescita del rapporto spesa-Pil non è omogenea negli anni. La maggior parte si concentra nei primi decenni del periodo, mentre tende a stabilizzarsi nell'ultimo decennio. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, infatti, si manifesta con maggiore intensità tra il 2010 e il 2040, periodo durante il quale la quota di over 65 sul totale della popolazione passerà dal 20,6% al 33 per cento.

Prendendo a riferimento i valori assoluti della spesa sanitaria pubblica, i maggiori incrementi sono dovuti all'incidenza della spesa sanitaria sulla crescita del Pil, a parità di struttura della domanda di consumi sanitari e della variazione del mix demografico, che impatta direttamente sulla struttura della domanda di prestazioni sanitarie.

Le proiezioni demografiche al 2050 prevedono un aumento della popolazione residente, e quindi del numero delle persone potenzialmente assistite dal Ssn, che determina un aumento della spe-

sa sanitaria pubblica a parità di livelli di spesa pro capite e delle ipotesi sul tasso di crescita della spesa stessa di circa 8,9 miliardi.

Contemporaneamente, però, si verifica una significativa variazione nella composizione della popolazione. In primo luogo, l'aumento di cittadini non avviene in modo proporzionale tra i due sessi, ma la crescita della componente femminile è più accentuata. Se nel 2011 la popolazione femminile è maggioritaria (31 milioni di donne contro 29,6 milioni di uomini circa), nel 2050 la differenza si ridurrà (32,8 milioni di donne contro 30,7 milioni di uomini).

Inoltre, la composizione della popolazione per fasce di età varia sensibilmente. La popolazione over 65 aumenta a un tasso medio annuo dell'1,3% e la sua crescita non è controbilanciata da un'analogha crescita nelle altre fasce della popolazione e soprattutto nei tassi di natalità. È vero anzi il contrario: il numero di italiani di età tra 0 e 64 anni diminuirà a un tasso dello 0,4% annuo, passando da 45 milioni nel 2011 a 42,5 milioni nel 2050.

Di conseguenza, la percentuale degli over 65 sul totale della popolazione passerà dal 20,6% del 2011 al 33% nel 2050 e tale crescita si intreccia con la distribuzione della spesa sanitaria pro capite che proprio per questa fascia di età raggiunge il livello

massimo. L'interazione determina una crescita della spesa sanitaria pubblica di 49 miliardi.

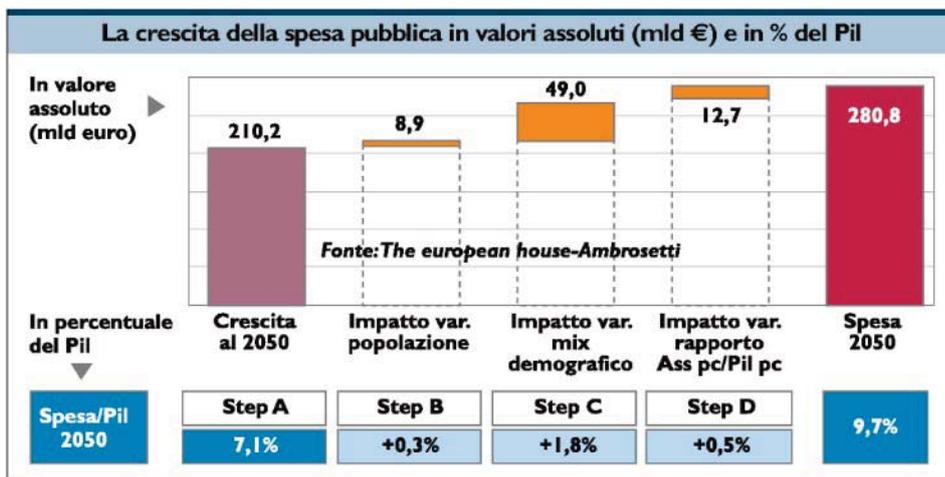
Considerando poi le serie storiche dei rapporti tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite (elasticità) e variazione annua del Pil pro capite e ipotizzando un'evoluzione futura in linea con la tendenza degli ultimi 40 anni, l'impatto che ha l'"elasticità" stimata della spesa sanitaria pro capite rispetto al reddito disponibile sull'evoluzione della spesa sanitaria pubblica produce una crescita della spesa sanitaria pubblica nel 2050 di circa 12,7 miliardi. Un default inevitabile, quindi.

E per questo Meridiano Sanità ha elaborato un decalogo di proposte tra cui oltre alle azioni su ospedale, territorio e **farmaci**, è prevista anche una «necessaria garanzia di sostenibilità» del sistema sanitario negli anni futuri definendo «in modo coordinato e controllato dal Ssn», le prestazioni da coprire attraverso forme di Sanità integrativa, «in coerenza con i fabbisogni socio-sanitari emergenti (cronicità, long term care, odontoiatria ecc.) grazie anche al completamento della disciplina normativa in materia, adeguati incentivi fiscali per le aziende e per i cittadini e una migliore definizione della governance dei fondi».

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



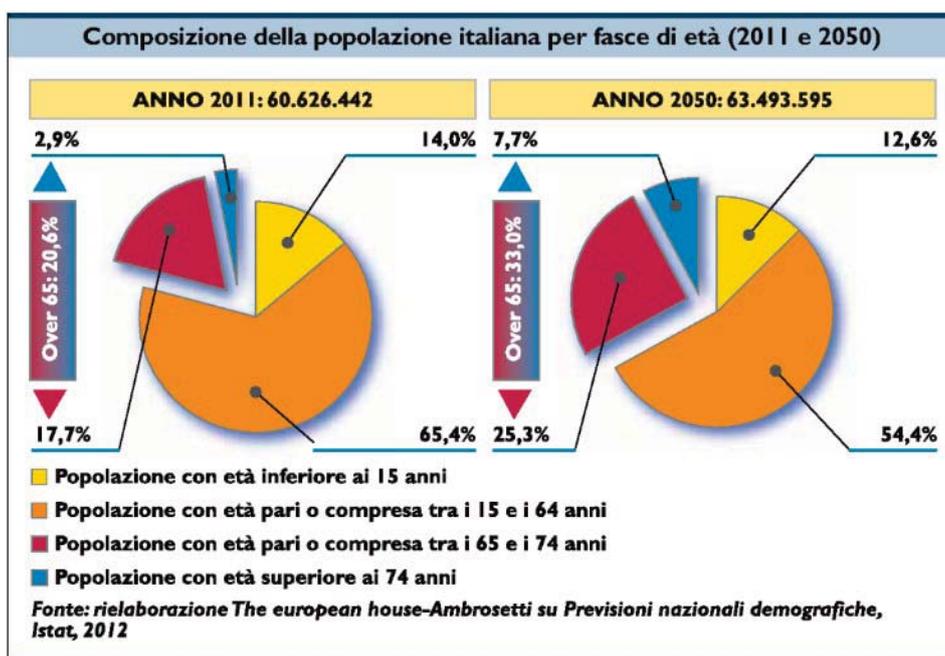


Cagr % Pil *

2020	▶ 1,0%
2030	▶ 1,9%
2040	▶ 1,5%
2050	▶ 1,2%

(*) Tasso di crescita annuale composto

Fonte:rielab.ne The european house-Ambrosetti da Ragioneria generale dello Stato, 2012



Il decalogo di proposte di Meridiano Sanità

1. Rivedere i Livelli essenziali di assistenza in funzione delle priorità di salute dei pazienti e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, secondo le logiche di Health technology assessment
2. Accelerare il processo di deospedalizzazione già avviato, attraverso:
 - l'erogazione di prestazioni sanitarie nei setting assistenziali più adeguati (day hospital, day surgery, ambulatorio);
 - nuove forme di organizzazione dei servizi;
 - riconversione dei posti letto per acuti in eccesso
3. Proseguire nel riordino delle cure primarie secondo le migliori pratiche già implementate in alcune Regioni e le linee guida contenute nel decreto Balduzzi
4. Favorire lo sviluppo di una rete nazionale di strutture di eccellenza nella ricerca e assistenza ospedaliera
5. Razionalizzare le dotazioni e diagnostiche e migliorare l'appropriatezza della domanda di prestazioni

6. Definire e condividere i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) ottimali dal punto di vista clinico ed economico per le principali patologie croniche e favorirne un'implementazione omogenea e diffusa sul territorio nazionale
7. Riportare a livello centrale la governance della spesa farmaceutica attraverso l'istituzione di un fondo nazionale
8. Eliminare il passaggio di valutazione dei farmaci - già svolto a livello centrale da Ema e Aifa - da parte delle commissioni regionali e locali/ospedaliere per l'immissione all'interno dei prontuari terapeutici
9. Garantire la sostenibilità del sistema sanitario negli anni futuri definendo, in modo coordinato e controllato dal Ssn, le prestazioni da coprire attraverso forme di Sanità integrativa, in coerenza con i fabbisogni socio-sanitari emergenti (cronicità, Long term care, odontoiatria ecc.)
10. Aumentare la diffusione di forme di Sanità integrativa attraverso:
 - il completamento della disciplina normativa in materia;
 - adeguati incentivi fiscali per le aziende e per i cittadini;
 - una migliore definizione della governance dei fondi

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

QUANTI SONO I "CAMICI SPORCHI"?

Cosa spinge medici di chiara fama a costruire una rete delinquenziale per costringere i pazienti a subire trattamenti invasivi, a fare da cavie? I soldi ricevuti in cambio di sperimentazioni selvagge? L'inchiesta chiamata "Camici sporchi", con l'arresto di 9 medici - che hanno lavorato al Policlinico di Modena - e il coinvolgimento di 12 aziende, fa impressione perché denuncia fatti gravissimi. Oltretutto gli interventi non autorizzati al cuore, potrebbero aver causato la morte di alcuni pazienti, come avvenne alla clinica Santa Rita di Milano. Da questo punto di vista non c'è differenza tra pubblico e privato. Nel caso in questione colpisce l'arresto di Maria Grazia Modena, cardiologa con un lunghissimo curriculum, ex presidente della Società di cardiologia e di altre istituzioni mediche, autrice di oltre 300 pubblicazioni scientifiche. C'è poi da domandarsi se siamo ad un caso isolato, come sostiene il ministro Balduzzi. E quanto incide la truffa, il peculato, all'interno del sistema della salute. Perché se è vero che la corruzione ci costa 60 miliardi di euro, una bella fetta riguarda la sanità. Spero di sbagliare, però credo che i "Camici sporchi" non siano solo a Modena.

g.pepe@repubblica.it



RAPPORTO OASI 2012

«Bisogni sanitari a rischio»

Cergas Bocconi: crolla la spesa, assistenza incompleta

Risorse insufficienti rispetto alle aspettative, delegittimazione degli attori chiave (Regioni e management), stakeholder che non sembrano percepire appieno l'urgenza di intervenire. È il quadro fortemente critico che disegna il rapporto Oasi 2012 del

Cergas Bocconi, secondo cui l'automatismo del "fare lo stesso con meno" non è per nulla scontato e c'è il serio rischio che, alla riduzione degli input, segua una riduzione degli output e della capacità di soddisfare i bisogni.

A PAG. 2-4

OASI 2012/ Secondo il Cergas Bocconi i tagli stimolano l'efficienza ma i Lea vanno ridefiniti

«Bisogni di salute a rischio»

Trasformazione da governare: il pericolo è una copertura pubblica incompleta

DI ELENA CANTÙ *

Le iniziative di spending review avviate dal Governo negli ultimi mesi hanno ulteriormente focalizzato l'attenzione sulla necessità di contenimento della spesa pubblica complessivamente intesa e, al suo interno, della spesa sanitaria. Il Rapporto Oasi 2012 evidenzia però alcuni aspetti che il dibattito in corso finisce troppo spesso per relegare in secondo piano.

Primo, il Ssn è già sufficientemente "parsimonioso". La spesa del Ssn è sistematicamente inferiore alle medie europee e presenta, nel tempo, tassi di crescita molto bassi e disavanzi sempre più contenuti. Gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità pubblica trovano origine altrove: nell'elevato debito pubblico da un lato (la spesa pubblica annuale per interessi passivi potrebbe coprire i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), nell'incapacità del sistema economico di crescere dall'altro (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur più contenuto che in altri Paesi, è stato negli ultimi vent'anni quasi sempre superiore a quello del Pil).

Secondo, chiedere sacrifici a un sistema già "parsimonioso" sta aggravando il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese. Le risorse, in altri termini, sono sempre più insufficienti, con il rischio concreto di intaccare ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Un dato che colpisce, per esempio, è che il numero stimato di badanti (774.000) sia addirittura superiore al numero dei dipendenti del Ssn (646.083). Un altro è che, tra le persone che ricevono una visita specialistica, il 55% copra completamente a proprie spese il costo della prestazione, con punte massime del 92% per l'odontoiatria e

del 69% per ginecologia e ostetricia.

Terzo, la politica dei "tagli lineari" sui singoli fattori produttivi (riduzione posti letto, blocco turn over, riduzione contratti di appalto e fornitura di beni e servizi, tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici ...) ignora il fatto che, in molte Regioni, i margini per un ulteriore "efficientamento" sono molto limitati, perché grandi sforzi di miglioramento del rapporto output/input sono già stati compiuti negli anni passati. Le politiche del Governo centrale, in altri termini, sembrano trascurare quanto profonda sia ormai la differenziazione interregionale; sembrano inoltre spesso tarate prevalentemente su peculiarità e criticità delle Regioni sotto piano di rientro, anche perché queste rappresentano ormai quasi la metà del Paese, destano le maggiori preoccupazioni, richiedono un più diretto coinvolgimento del livello centrale e quindi inevitabilmente ne condizionano maggiormente le percezioni e le scelte. Più in generale, l'automatismo del "fare lo stesso con meno" non è per nulla scontato e c'è il serio rischio che, alla riduzione degli input, faccia seguito una proporzionale riduzione degli output e quindi della capacità di soddisfare i bisogni.

Quarto, se i margini per un ulteriore "efficientamento" sono limitati, l'unico modo per perseguire benefici apprezzabili in termini di efficienza, ma anche di qualità e appropriatezza dei servizi, diventa la ricerca di innovazioni di "prodotto" e di "processo", cioè di soluzioni che garantiscano una maggiore integrazione delle risorse, degli interventi, delle professionalità, delle unità organizzative, delle stesse aziende. Ne rappresentano degli esempi: l'introduzione di modelli assistenziali basati sulla logica della "presa in carico" del paziente cronico; lo sviluppo di una

funzione di operations management cui affidare la gestione delle piattaforme produttive e la riorganizzazione dei flussi dei beni e dei pazienti; la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura; lo sviluppo di reti interaziendali per patologia; la creazione di forme di associazionismo che coinvolgano medici di medicina generale, infermieri e/o specialisti. Si tratta, evidentemente, di innovazioni che mettono radicalmente in discussione gli assetti e i ruoli esistenti, molto più di quanto abbia fatto, per esempio, l'introduzione del modello dipartimentale. Infatti, non basta più ricercare l'efficienza nelle singole attività, né cercare sinergie tra le strutture esistenti, e nemmeno saper interagire con altre aziende pubbliche e private dai confini chiaramente perimetrati. È invece necessario identificare e avviare iniziative innovative che mettono in discussione poteri, responsabilità, comportamenti e rapporti consolidati e che spesso rendono fluidi e destrutturati i confini aziendali.

Quinto, l'idea di poter governare dal centro una trasformazione significativa del Ssn, seppur giustificata dagli scandali che negli ultimi mesi hanno investito il livello regionale, è illusoria. Le trasformazioni, infatti, non possono essere disegnate ex-ante e in modo uniforme a livello regionale e tanto meno centrale, per poi essere imposte alle



aziende. Stato e Regione certamente possono (anzi, devono) garantire la progettazione di massima e agevolare lo sviluppo di capacità e incentivi; le innovazioni vanno poi però sviluppate sul campo, dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi aziendali, per renderle coerenti con le specificità di azienda e di ambiente. Ciò pone al management delle aziende sanitarie una sfida particolarmente impegnativa, tra l'altro in un momento in cui il processo di aziendalizzazione è, almeno parzialmente, delegittimato e frequentemente utilizzato come "capro espiatorio" a cui imputare le difficoltà del Ssn. Per essere affrontata, questa sfida richiederà tra l'altro un vero rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie performance economiche e di salute nonché, all'interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero degli strumenti gestionali, tra cui gli strumenti di gestione del personale, oggi spesso ancora molto carenti. Richiederà anche, però, un forte sostegno centrale e regionale all'innovazione delle aziende, che su un tema così critico e complesso non possono certo continuare a essere "lasciate sole".

Sesto, nemmeno il ricorso alle innovazioni di prodotto e di processo potrebbe bastare per mantenere i livelli essenziali di assistenza attualmente dichiarati. Potrebbe cioè diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il Ssn potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi d'attesa.

Questa prospettiva segnala la necessità di mettere a punto idonei meccanismi di definizione delle priorità e, nel contempo, di predisporre sistemi di monitoraggio attendibili e confrontabili sull'effettiva erogazione dei Lea, compresi i tempi di accesso alle prestazioni.

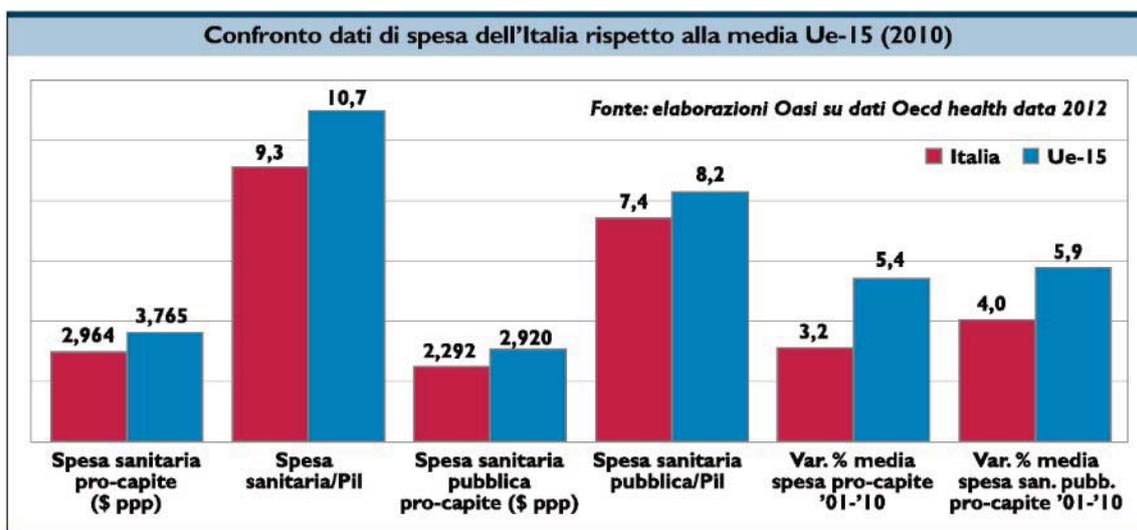
Alternativamente (o, forse, congiuntamente), è opportuno attivare risorse aggiuntive. Nel Rapporto Oasi si identificano almeno tre ambiti che presentano significative potenzialità: attività a pagamento, assistenza socio-sanitaria, fondi integrativi. L'attività a pagamento rappresenta potenzialmente una fonte aggiuntiva di proventi per le aziende sanitarie pubbliche. Ha inoltre forte impatto sui sistemi di motivazione e incentivazione del personale, dal momento che la retribuzione derivante da attività libero-professionale rappresenta per molti professionisti una rilevante integrazione alla retribuzione contrattuale. Molte aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, si fermano a una visione dell'intramoenia come mero diritto da garantire ai professionisti, anche per l'oggettiva difficoltà di avviare e gestire proattivamente un'area a pagamento aziendale senza pregiudicare l'attività istituzionale Ssn e contraddire le finalità dell'azienda. Quanto all'assistenza socio-sanitaria e ai fondi integrativi, ad accomunarli c'è una certa irrazionalità nell'utilizzo delle risorse. Secondo le stime più recenti, in particolare, le risorse pubbliche impiegate per l'assistenza socio-sanitaria per invalidità e non autosufficienza ammonterebbero a circa 49 miliardi, prevalentemente (34 miliardi) erogati dall'Inps alle famiglie in forma di indennità, pensioni, assegni e rendite concesse per invalidità di diversa natura e inabilità. Alla frammentazione delle risorse si associa una frammen-

tazione degli interventi (dall'autoproduzione familiare ai servizi erogati da un arcipelago di produttori di piccole dimensioni, specializzati su singoli segmenti di bisogno e attività), non collocati in un quadro di programmazione integrata e non gestiti con logiche di governance unitaria, con evidenti diseconomie di scala e di raggio d'azione. Quanto ai fondi integrativi, i dati a disposizione sono ancora pochi e scarsamente attendibili. Colpisce però come, malgrado la numerosità degli iscritti ai fondi, la quasi totalità della spesa privata in Italia risulti ancora pagata out of pocket e non tramite forme di assicurazione. Critica, inoltre, è la tipologia di prestazioni attualmente coperta dai fondi, che non sono né complementari né supplementari rispetto al Ssn, bensì prevalentemente duplicativi rispetto a quanto già garantito dal sistema pubblico, con una recente apertura (indotta dalla normativa) verso la copertura delle prestazioni odontoiatriche, ma una persistente (e comprensibile, nell'attuale contesto demografico e regolatorio) riluttanza ad avventurarsi nel mondo della non-autosufficienza.

In conclusione, dal Rapporto Oasi di quest'anno emerge un quadro fortemente critico, caratterizzato da risorse insufficienti rispetto alle aspettative, da una delegittimazione degli attori chiave (Regioni e management), da stakeholder che non sembrano percepire appieno l'urgenza di intervenire. Una maggiore consapevolezza permetterebbe invece di cogliere l'"occasione" della crisi (Never waste a good crisis) per adottare cambiamenti incisivi che in altre fasi sarebbe molto difficile attuare.

* Cergas Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spesa per prestazioni di invalidità, non autosufficienza e altre sanitarie extra Ssn (2009)

Prestazione	Mln €	Prestazione	Mln €
Assegno di invalidità	2.873,00	● Assistenza ospedaliera lungodegenti	638,00
Pensione di inabilità	988,00	● Assistenza ospedaliera riabilitazioni	1.997,00
Pensione di invalidità ante 222/1984	8.572,00	Ambulatoriale e domiciliare	
Rendite dirette Inail	3.502,00	● Assistenza programmata a domicilio	1.155,00
Altro Inail	537,00	● Assistenza riabilitativa ai disabili	846,00
Totale	16.472,00	● Assistenza agli anziani	291,00
Pensioni di guerra		● Assistenza ai malati terminali	50,00
	869,00	Territoriale semiresidenziale	
Invalidità civili (pensione e/o indennità)	15.105,00	● Assistenza riabilitativa ai disabili	669,00
Ciechi	1.170,00	● Assistenza agli anziani	29,00
Sordomuti	179,00	● Assistenza ai malati terminali	29,00
Totale	16.454,00	Territoriale residenziale	
Permessi legge 104	398,00	● Assistenza riabilitativa ai disabili	1.198,00
Congedo straordinario assistenza disabili	102,00	● Assistenza agli anziani	2.659,00
Totale	500,00	● Assistenza ai malati terminali	158,00
Detrazione, premi invalidità, morte ecc.	934,00	● Fondo non autosufficienze	400,00
Detrazione spese accompagn. disabili	68,00	● Prepensionamento per motivi sanitari	1.362,00
Detrazione assistenza non autosufficienti	31,00	Totale	11.624,00
Deduzione spese mediche inv. permanenti	75,00	Copertura figurativa Inps	
Totale	1.108,00	● Permessi legge 104	89,00
Componente socio-sanitaria Fsn		● Congedo straordinario assistenza disabili	34,00
● Assistenza protesica	143,00	Totale	123,00
		Totale invalidità e non autosufficienza	47.150,00

Fonte: ministero del Lavoro e delle politiche sociali (versione provvisoria)

Questione di zuccheri

Diabete in aumento anche tra le donne
Giornata mondiale e strategie preventive

Diabete

Dal girovita al lavoro tutti i segnali da non trascurare

GIUSEPPE DEL BELLO
EUGENIO DEL TOMA

GIUSEPPE DEL BELLO

S

empre più conosciuto, ma con trend in costante crescita, il diabete fa paura. In aumento, ovunque nel mondo, e a un ritmo incessante che, solo in Italia, fa registrare (dati Istat 2011), il 4,9 per cento della popolazione affetta dalla patologia. A inizio secolo eravamo del 3 per cento. Una percentuale che sale di uno, due punti (fino al 7 per cento) grazie alla quota di malati che ignora di esserlo.

Se si entra nel dettaglio delle cifre, si scopre an-

che che le donne sono minacciate al pari degli uomini: il primo rapporto sulle differenze di genere, presentato pochi mesi fa dal "Gruppo donna" dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd), stima che oltre un milione e mezzo di donne italiane siano diabetiche. La fotografia al femminile rivela pure che, rispetto al sesso forte, l'età media è più alta: 68,4 anni contro i 65,7 dei maschi, che la malattia dura da più tempo (11 anni contro i 10 degli uomini), e che la condizione femminile è penalizzata anche sul fronte obesità: le donne oversize sono il doppio rispetto agli uomini gravemente obesi (18,8 contro 10,1 per cento). Ma anche il controllo della malattia è meno soddisfacente, dal to che il 58% delle donne rispetto al 54 de-

ni non riesce a raggiungere una buona condizione metabolica (HbA1c superiore al 7%, colesterolo e pressione più elevate). «Pur se non dram-



questi dati fanno riflettere», commenta Valeria Manicardi, consigliere del Gruppo Donna, «una diabetica ha un rischio maggiore di infarto di 3-5 volte, rispetto a una coetanea non diabetica».

Da una parte i dati che testimoniano la drammatica situazione, dall'altra la ricerca scientifica finalizzata a caratterizzare le specificità della patologia e a sviluppare nuove strategie terapeutiche. Il versante studi offre un ampio panorama. A cominciare da quello, tutto italiano, presentato all'ultimo congresso dell'Easd di Berlino. Stavolta la scoperta riguarda le conseguenze di una glicemia impazzita nei confronti del cuore. Infarto, angina o ictus? No, queste sono conseguenze risapute, mentre lo studio DYDA (*Left ventricular DYsfunction in DiAbetes*) promosso dall'Amd e dall'Anmco, ha dimostrato che il nemico più subdolo non è l'infarto ma lo scompenso cardiaco che, solo in Italia, miete 270 vittime al giorno (con un costo di 600 milioni l'anno e più di 500 ricoveri al giorno). I ricercatori hanno seguito 960 pazienti con diabete di tipo 2 senza sintomi cardiaci: dopo controlli ecografici (eseguiti all'inizio e a distanza di due anni), è stato dimostrato, dice il presidente di Amd e coordinatore dello studio Carlo Giorda, che «una persona su due con diabete ha segni ecocardiografici di disfunzione ventricolare sinistra, porta d'ingresso allo scompenso cardiaco». Queste conclusioni rivelano che meno si controlla la glicemia, maggiore è il rischio-scompenso e che, a sua volta, questo stesso rischio aumenta con l'incremento di sovrappeso, giro-vita e riduzione dell'attività fisica.

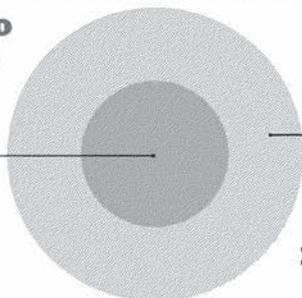
Ma sul diabete e, soprattutto, sulla sua evoluzione inciderebbero anche altri fattori. Tra questi, l'ambiente lavorativo e il profilo sociale. L'ipotesi la fa uno studio condotto dal dipartimento-diabete dell'università di Lisbona, secondo cui le persone affette da diabete, consapevoli e interessate alla propria malattia, e senza conflittualità sul posto di lavoro, avrebbero un miglior controllo della glicemia e, quindi, metabolico. D'altronde, la conferma del diabete espressione di una patologia "sensibile" al background socio-economico, risulta anche dalle conclusioni dello studio sul confronto tra un gruppo di pazienti residenti in zona rurale e un

altro appartenente all'area urbana: coordinato dall'équipe di Christelle Burnot del service d'Endocrinologie dell'université di Clermont Ferrand fa emergere una condizione penalizzante per gli abitanti di aree isolate, di fatto curate meno e peggio. Dal progresso tecnologico, tra le nuove molecole che si affacciano sul mercato, ci sono *degludec* che avrebbe dimostrato di ridurre le ipoglicemie notturne e il *linagliptin*, confermato da uno studio di fase 3 efficace e ben tollerato anche negli anziani con nefropatia diabetica.

NEL MONDO

Numero di malati 2011-2030

Nel 2011
285-350 milioni



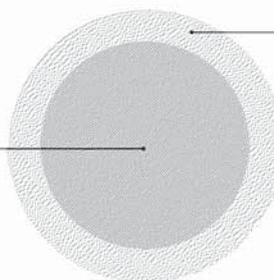
Nel 2030 (proiezione)
438-700 milioni

Crescita prevista
100%

IN ITALIA

Prevalenza 2000-2010

Nel 2000
3%



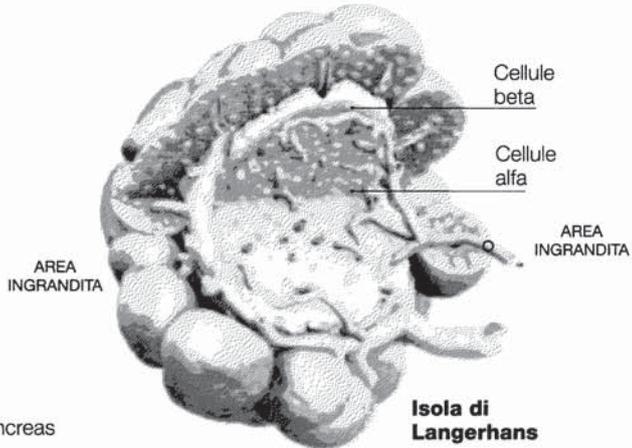
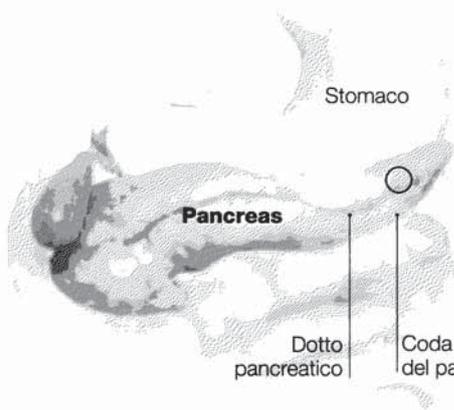
Nel 2012
4,9%

2,9 milioni di diabetici

C'è un altro milione che non ne è a conoscenza



PRODUZIONE NORMALE DI INSULINA



1 Nel corpo e nella coda del pancreas sono presenti circa 1 milione di isole di Langerhans. Nelle isole si producono ormoni endocrini che vengono poi versati nel circolo sanguigno

Le isole costituiscono circa 1-2% della massa del pancreas

2 All'interno delle isole si trovano cellule endocrine, tra cui le cellule beta che secernono insulina e le alfa, glucagone. L'insulina riduce i livelli di glucosio nel sangue, il glucagone li aumenta

I DECESSI DEL DIABETE

27mila

decessi ogni anno in Italia

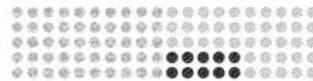


1 persona muore ogni 20 minuti

I COSTI SANITARI

Costo medio per paziente

3mila euro l'anno



50% ricoveri ospedalieri

10% terapie per il diabete

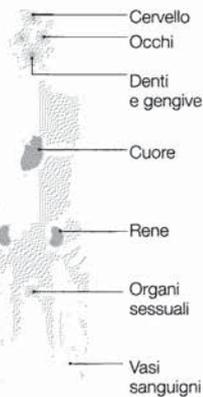


COMPLICAZIONI

La persistente instabilità del livello glicemico del sangue può generare diverse complicazioni

Fattori di rischio

- Familiarità
- Sovrappeso
- Sedentarietà
- Appartenenza ad alcune etnie



TIPO 2

Si manifesta in età adulta per un difetto nella produzione di insulina

COLPISCE IL
90%
DEI DIABETICI

Avviene di solito dopo i 30-40 anni

40% dei malati ha un parente di primo grado affetto dalla stessa malattia

1 Lo stomaco estrae glucosio del cibo ingerito

2 Il glucosio entra nei vasi sanguigni

3 Il pancreas produce **insulina**

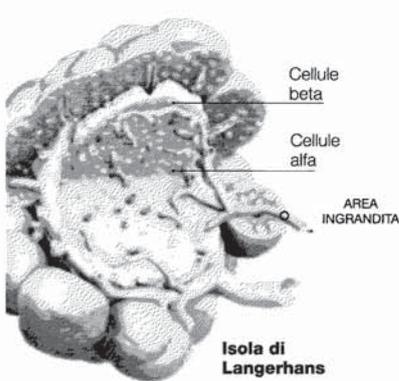
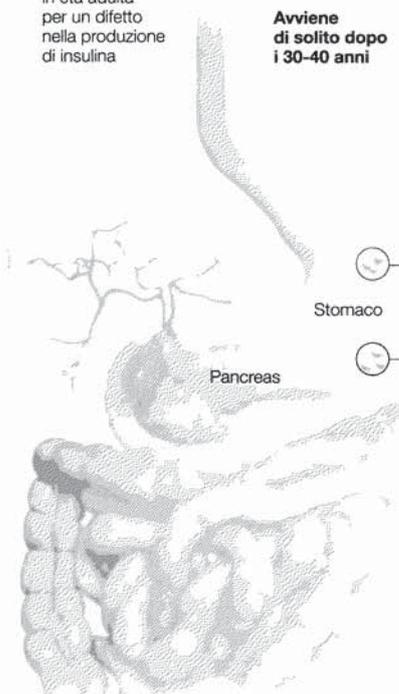
4 L'insulina entra nei vasi sanguigni

5 Il glucosio non riesce a entrare nelle cellule perché l'insulina non funziona correttamente

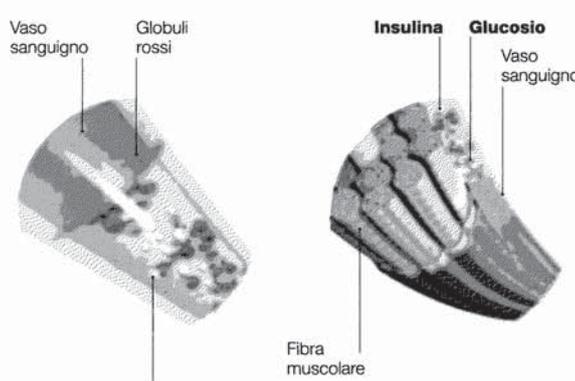
Una percentuale alta dei malati è obesa o in sovrappeso

La produzione di insulina da parte del pancreas è scarsa

La quantità di glucosio nel sangue aumenta



2 All'interno delle isole si trovano cellule endocrine, tra cui le cellule beta che secernono insulina e le alfa, glucagone. L'insulina riduce i livelli di glucosio nel sangue, il glucagone li aumenta



3 Le cellule beta secernono i granuli maturi di insulina nei vasi sanguigni

4 Assorbono glucosio anche senza insulina il cervello, i muscoli durante lo sforzo, l'epitelio intestinale, i tubuli renali e i globuli rossi. Tutti gli altri organi del corpo sono invece insulino-dipendenti

Costo complessivo per i pazienti

9 miliardi
euro l'anno

9% della spesa sanitaria nazionale



FONTI: INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION



Lo studio del "Barometro" curato dall'ateneo di Tor Vergata. Una spesa in costante crescita, ora al 9%

Sedentario, del Sud e poco istruito ecco l'identikit del paziente italiano

S

edentario, sovrappeso e con licenza media. L'identikit del diabetico presentato al Senato, in coincidenza della II Conferenza nazionale sul diabete e in vista della Giornata mondiale che si celebra domani, offre un quadro sconcertante. Il Sud è più colpito (7,8% dei lucani e 7,6% dei calabresi contro il 2,6% degli abitanti di Bolzano, il 3,4% di valdostani e veneti, il 3,6% dei lombardi), ha un elevato tasso di obesità e una scarsa attitudine allo sport (la malattia riguarda l'8% dei sedentari contro l'appena 1% della fascia dedita ad attività fisica). Altrettanto drammatica la situazione economica di un Paese che, con 2 milioni e 970mila diabetici (4,9% della popolazione), sborsa per la gestione della malattia circa nove miliardi l'anno. E che dire del titolo di studio? Tra i laureati la diffusione della malattia è di cinque volte inferiore, in confronto a chi ha solo la licenza media. Il profilo del paziente italiano è stato elaborato dall'*Italian barometer diabetes observatory* (Ibdo) di Villa Mondragone dell'università di Tor Vergata. «La lotta al diabete assorbe il 9% della spesa sanitaria annuale», puntualizza Renato Lauro, rettore dell'ateneo romano, «e pesa sulle casse dello Stato per 9,22 miliardi, 2.660 euro per paziente. Anche se si tratta di uno dei dati più bassi d'Europa, rimane comunque una cifra importante. Soprattutto se consideriamo che entro il 2030 i malati aumenteranno del 23%».

Ma a Palazzo Madama è stata anche presentata un'indagine conoscitiva sul diabete (promossa da Diabete Italia insieme al "Comitato per i diritti della persona con diabete"). Anche da questo report è emersa una situazione preoccupante: cinque malati su dieci non arrivano dallo specialista, uno su cinque viene ricoverato e un diabetico su quattro non può contare sull'esenzione, perché non la richiede o perché non sa neanche che ne avrebbe diritto. Ma l'indagine sottolinea pure l'urgenza di un "Piano nazionale diabete" utile a «garantire che la governance del diabete sia economicamente sostenibile». Un'urgenza che sembra rispettata dal **ministro della Salute** con la sua firma già opposta alla proposta del piano. «L'Italia è stata la prima nazione a dotarsi di una legge

nell'87», sottolinea Renato Balduzzi, «che ha definito le azioni più idonee a individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico, a programmare interventi e a organizzare l'assistenza grazie ai servizi di diabetologia su tutto il territorio». Per Salvatore Caputo, direttore scientifico di Diabete Italia, tre sono i punti cardine del documento: la creazione di un registro nazionale dei diabetici basato su registri regionali, la ridefinizione dei Lea in diabetologia (per eliminare le differenze fra le regioni) e un ulteriore impulso da dare alla prevenzione e all'educazione terapeutica.

(g. d. b.)



Epatite C

In arrivo anche in Italia i farmaci *contro il virus Hcv: 70% di successi. Al congresso Usa si parla di eradicazione. Prudenza su costi ed effetti*

La terapia

**Epatite C
in arrivo
la rivoluzione
degli antivirali**

Una guarigione a caro prezzo

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

T

BOSTON
ra poco più di due anni,
il virus dell'epatite C
sarà sconfitto con far-

maci per via orale; i malati potranno fare a meno dell'accoppiata con l'interferone che in molti non tollerano o non possono assumere. Al congresso Aasld (American Association for the Study of Liver Diseases), che si è appena chiuso a Boston, gli esperti sentono già in tasca la vittoria grazie ai nuovi farmaci antivirali, in Italia tra circa un mese e già in uso negli Usa e in molti paesi europei. Grazie a loro raddoppia o persino triplica il numero di malati che risponde alla terapia riuscendo ad eradicare il virus HCV. In una parola a guarire.

Negli Usa questi nuovi antivirali si usano già da più di un anno. «E hanno la potenzialità di cambiare radicalmente l'approccio a questa malattia - spiega Aldo Doria, direttore del centro trapianti del Jefferson Medical College di Philadelphia - Per l'alta percentuale di risposta e la ridotta incidenza di resistenza al trattamento medico, rispetto alla terapia tradizionale, interferone con o senza ribavirina».

Con i nuovi antivirali (boceprevir e telaprevir) si riesce ad eradicare il virus. «Con boceprevir si ha soprattutto una risposta positiva 2-3 volte superiore - precisa Savino Bruno, direttore Medicina interna ad indirizzo Epatologico al Fatebenefratelli di Milano - passando dal 40 della terapia tradizionale al 70% in media, con punte del 90 nei malati trattati e responsivi con interferone ma che poi, alla sospensione, si erano riammalati». Il problema è il costo, circa 30-40 mila euro un trattamento, e per questo l'Aifa ne ha previsto la somministrazione in centri specializzati regionali con un monitoraggio specifico e una selezione accurata dei pazienti. Chi risponde bene alla terapia tradizionale non verrà trattato con la nuova categoria di farmaci, si comincerà invece con i cirrotici e i cosiddetti non responder a interferone e ribavirina. «Somministreremo boceprevir - continua Bruno - per via orale al dosaggio di quattro compresse da assumere ogni otto ore circa con un pasto non grasso per facilitare l'assorbi-

mento. Lo schema terapeutico consiste in quattro settimane di interferone pegilato e ribavirina, a partire dalla quinta settimana si aggiunge boceprevir, quattro compresse tre volte al giorno, se si ha la negativizzazione del virus in ottava settimana la terapia prosegue fino alla ventiquattresima, in caso contrario si continua fino a 48 settimane. Ovviamente sono previsti controlli successivi. Non tratteremo pazienti in attesa di trapianto di fegato e quelli con cirrosi scompensata».

E mette in guardia Aldo Doria: «La ricorrenza dell'epatite C dopo il trapianto del fegato è universale. Il 100% dei pazienti si reinfetta durante lo stesso intervento chirurgico e vorrebbe usare i nuovi antivirali per debellare il virus. Al momento, le interazioni di questi farmaci con gli immunosoppressori, necessari ad evitare il rigetto dopo il trapianto, sono tali da limitarne o addirittura controindicarne l'uso».

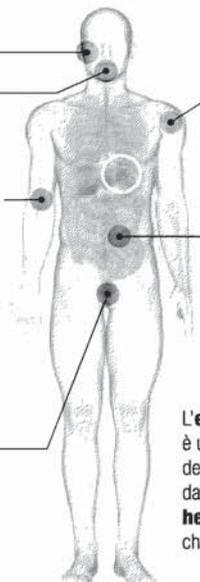
**La medicina orale
boceprevir induce
risposte positive
2-3 volte superiori
No ai trapiantati**





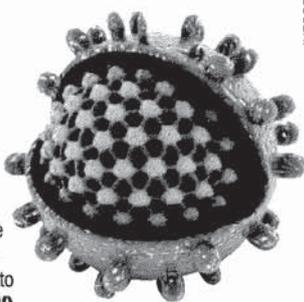
Fattori di rischio

- Trattamenti estetici
- Interventi ai denti con strumenti non sterili
- Trasfusioni da sangue non sottoposto a screening e uso di droghe endovenose
- Rapporti sessuali promiscui senza profilattico



Il contagio dell'epatite C

- Avviene per contatto con sangue infetto
- Tatuaggi e piercing in ambienti non protetti
- Tagli e punture in ambienti ospedalieri
- Aghi e siringhe infetti



L'epatite C è un'infezione del fegato causata da un virus chiamato **hepacivirus (HCV)** che provoca la morte delle cellule epatiche

INFOGRAFICA DI ANNALISA VARLOTTA



La storia Il flop dell' Agenzia per il cibo sicuro dieci anni dopo

CARLO
PETRINI

A dieci anni dalla fondazione l' Agenzia di Parma si è rivelata un flop
Ecco come salvare la sicurezza alimentare dai conflitti di interesse

L' assalto delle lobby all' Europa del buon cibo

CARLO PETRINI

L'Efsa festeggia il suo decimo anniversario. La sigla forse non dirà molto ai più: è l' Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare. Si occupa della valutazione dei rischi di ciò che mangiamo. Dopo aver tenuto conto degli studi scientifici esistenti dà un parere all' autorizzazione per il commercio di nuovi prodotti alimentari o produzioni agricole: dagli additivi agli Ogm. La sede di questa Agenzia Europea è a Parma. Essa valuta che cosa può finire nei nostri piatti con un budget annuale di oltre 70 milioni di euro, in buona parte utilizzati per pagare i dipendenti. Un ruolo molto importante che i cittadini forse non hanno ancora imparato a riconoscere, ma di cui invece è ben consapevole chi deve trarre profitto dal mercato alimentare e considera ogni rallentamento, ogni dubbio di carattere scientifico, solo un problema di tipo economico.

L'Efsa in questi anni è stata più volte criticata per l'eccessiva morbidezza nei confronti delle pressioni delle lobbies dell' agroindustria e in più di un' occasione ha rivelato la presenza al suo interno di conflitti d' interesse. Soprattutto per ciò che è stato chiamato il meccanismo delle "porte girevoli". Membri del suo Consiglio di Amministrazione o occupanti altri posti di rilievo che lasciano il lavoro per poi essere assunti, in tempi rapidi, dalle multinazionali di cui dovrebbero essere controllori. Un caso clamoroso fu quello di Suzy Renckens, direttrice dal 2002 al

2007 del gruppo di esperti per la valutazione del rischio Ogm dell' Agenzia, passata alla multinazionale transgenica Syngenta da un giorno all' altro, nonostante la normativa preveda di comunicare questi "passaggi" almeno due anni prima delle dimissioni. Il caso più recente è stato invece quello di Diana Banati, presidente del Cda dell' Efsa che ha accettato il posto di direttore esecutivo di una fondazione europea finanziata dall' industria agroalimentare e biotecnologica, l' Ilsi (International life sciences institute), di cui peraltro è stata membro del board e del consiglio scientifico mentre era all' Efsa. Il regolamento dell' Agenzia formalmente vieta questi conflitti d' interesse, ma, come nel caso della Banati, alla fine tutto dipende dalla sincerità dei diretti interessati: un limite notevole.

Per motivi come questo la Commissione Europea ha previsto di rivedere il regolamento istitutivo dell' Efsa, di modo che entri in vigore a partire dal 2013. Allora l' occasione dei festeggiamenti di questi ultimi giorni diventa anche un buon per il futuro del nostro cibo. Ieri, in contemporanea con gli eventi del decennale Efsa, a Parma si è svolto un contro-convegno dal titolo inequivocabile: "Efsa: dieci anni discutibili. È ora di riappropriarci della sicurezza degli alimenti e di arginare l' influenza dell' industria". Ricercatori, esperti di sicurezza alimentare, rappresentanti delle istituzioni, dei produttori e della società civile, hanno ripercorso gli ultimi 10 anni, cercando di chiarire che cosa si attendeva da una

istituzione per la sicurezza alimentare e perché ora si ritiene che alcune questioni importanti vadano cambiate.

Il problema di fondo è che l' Efsa non è un istituto di ricerca e non può condurre — da statuto — test sperimentali in proprio. L' Efsa analizza i dossier che vengono presentati dagli enti e aziende proponenti, ovvero da chi richiede l' autorizzazione, al fine di giudicare se le caratteristiche del prodotto sono compatibili con la tutela della salute pubblica. È qui l' anello debole, la regola da cambiare. L' Efsa deve essere messa in grado di condurre ricerche in proprio, indipendenti dalle indicazioni delle aziende. Questo significa anche fondi da destinare a queste ricerche, ma chi ha detto che i soldi debbano essere pubblici? Le aziende che vogliono immettere nuovi prodotti sul mercato contribuiscono a creare un fondo per la ricerca indipendente perché non ha senso sottoporsi al giudizio di un ente pretendendo di essere l' unica fonte d' informazione dello stesso.

Ferma restando la ferrea rigidità sulle regole di ammissione delle ricerche alla valutazione del rischio, che anche se indipendenti devono essere rigorose e rispettare i criteri internazionali di attendibilità, è comunque condivisibile il punto di vista di chi chiede all' Efsa di rivedere la sua politica d' indipendenza e trasparenza. E poi bisogna che si rifletta su cosa intende l' Efsa per "rischio": capire se è solo una questione formale (il nuovo prodotto deve es-



sere in qualche modo tracciabile e riconoscibile, ma questo non significa che sia sicuro). È necessario stabilire un sistema che includa anche i fattori sociali, economici, culturali etici e ambientali nella valutazione di questo rischio, che ampli l'area di competenza scientifica degli esperti chiamati in causa. Si chiedono più misure per controllare l'operato dell'Agenzia e che tutta la documentazione su cui essa lavora possa essere pubblicata e disponibile. Speriamo che queste richieste vengano recepite nel nuovo regolamento. In fondo si

parla di soldi pubblici e della sicurezza di ciò che mangiamo: è il minimo, dopo dieci anni fatti più di ombre che di luci, pretendere maggiore trasparenza e imparzialità, e soprattutto pretendere che l'Efsa si occupi davvero della nostra sicurezza alimentare.

Uno dei limiti maggiori è l'impossibilità di fare test in proprio

Troppi membri di questa organizzazione finiscono poi nelle multinazionali

Le tappe

COS'È

L'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare si occupa della valutazione dei rischi di ciò che mangiamo. Ha sede a Parma

LA NASCITA

È stata istituita nel gennaio 2002, a seguito di una serie di allarmi alimentari verificatisi alla fine degli anni Novanta



LA UE

L'EFSA è un'agenzia europea indipendente, finanziata dal bilancio della UE e operante in modo autonomo



Il doping dilaga Follia di massa con pochi freni

DI GIULIA ANTINORI

Dopo tante parole sul doping in Italia ora arrivano anche i numeri: 371 milioni di dosi (per un costo di circa 425 milioni di euro) assunte da circa 254 mila sportivi, fra i quali 69 mila praticanti il body building. Sono le cifre impressionanti, relative al 2011, stimate da "Libera" e presentate ieri insieme al nuovo libro di Sandro Donati ("Lo sport del doping. Chi lo subisce, chi lo combatte") da don Luigi Ciotti, presidente nazionale dell'associazione, e del generale Cosimo Piccinno, comandante nazionale dei carabinieri del Nas.

Ma le cifre ufficiali si fermano ai 105 milioni di dosi sequestrate dal 2000 a oggi, circa 8 milioni l'anno. Una porzione molto modesta dei farmaci realmente utilizzati che si basa sui risultati dei controlli antidoping, sulle 100 inchieste giudiziarie e sui sequestri di sostanze dopanti, effettuati dai carabinieri del Nas e dalle altre Forze di Polizia.

«Si tratta certamente di una sottostima – spiega una nota di Libera – determinata dal fatto che l'assunzione di molti farmaci non è rilevabile nei controlli anti-doping per cui sfugge a qualsiasi valutazione. E questi casi sono molto più diffusi tra gli atleti di elevato livello che, però, per una serie di ragioni, non traspare dai risultati dei controlli».

È significativo il fatto che a fronte del 4,5% di casi positivi rilevati nello sport amatoriale dai controlli della Commissione anti-doping del ministero della Salute, la percentuale dei casi positivi nei controlli attuati dal Coni sugli atleti di alto livello si attesta intorno allo 0,70%. Senza considerare, sottolinea ancora Libera, «che il Coni ha smesso nel 2007 di pubblicare sul suo sito i risultati dei propri controlli». Le ragioni della "debolezza" di tali controlli sugli atleti di alto livello sono diverse: «La coincidenza controllori-controllati che rappresenta un

freno estremamente rilevante; la pressoché totale assenza di controlli a sorpresa, molto più efficaci di quelli programmati nelle gare e quindi prevedibili; la debolezza delle analisi anti-doping che nelle urine non riescono a rintracciare numerose sostanze; l'evidente "buco nero" dei controlli nel calcio e, più in generale, sui professionisti (delle diverse discipline) di elevata valenza economica».

Accuse pesanti rafforzate da Donati che nel libro parla anche di «alterazione dei risultati delle maggiori competizioni, favorito da dirigenti che guardano solo al numero delle vittorie e da una parte della stampa sporti-

va che preferisce non vedere e non sentire. Pochi sanno, invece, che tutto questo ha fatto scuola e che molti praticanti di livello amatoriale affollano gli ambulatori dei medici dei campioni per farsi prescrivere la "cura" miracolosa che può consentire loro di battere in gara il collega di ufficio». Inoltre, in Italia non si è riusciti a «spezzare la contraddizione tra controllori e controllati, e sono pressoché assenti i controlli a sorpresa: la Wada dovrebbe diventare pubblica e indipendente come tutte le altre agenzie antidoping, compresa quella italiana che, invece, è di casa al Foro Italico».

Il doping è diventato, dunque, un fenomeno «con molti punti di contatto con la droga e sta generando traffici internazionali manovrati dietro le quinte dalle multinazionali farmaceutiche e con gli interessi della criminalità organizzata». Indicativo anche il fatto che dal 2006 al 2009 siano state condannate 683 persone: 253 per accuse generiche di doping e 430 per commercio illegale in sostanze dopanti.

Inevitabile l'amarezza nelle parole di don Luigi Ciotti: «Ti accorgi che dietro molte belle storie di vittorie c'è invece l'umiliazione dello sport. Specchio di un coma etico e di deriva della società in cui domina la cultura della prestazione e del successo».

Cifre impressionanti dall'indagine di Libera. Don Ciotti: «Specchio del coma etico della società»



I NUMERI

254.000 il totale stimabile degli sportivi praticanti che hanno assunto doping nel 2011 in Italia, 69 mila dei quali solo nel body building. Il consumo stimato è di 371 milioni di dosi l'anno, pari ad un costo complessivo di circa 425 milioni di euro.

100 le inchieste giudiziarie avviate nel corso del 2011 relative al consumo di doping, circa 105 i milioni di dosi di farmaci per doping sequestrati dal 2000, con una media di 8 milioni di dosi all'anno.

4,5% i casi positivi rilevati nello sport amatoriale dai controlli della Commissione anti-doping del **ministero della Salute**, mentre la percentuale dei casi positivi nei controlli attuati dal Coni sugli atleti di alto livello si attesta intorno allo 0,70%.

683 le persone condannate dal 2006 al 2009, 253 delle quali per accuse generiche di doping e ben 430 per commercio illegale in sostanze dopanti.



IL GOVERNO DELLA SALUTE

Scure alla spesa: per il welfare è solo un'agonia

DI ETTORE MAUTONE

SUL FRONTE del lavoro e dei servizi alla persona le condizioni del Paese sono gravissime. Dall'inizio della crisi oltre 800 mila persone hanno perso il posto di lavoro. Di questi, la metà sono lavoratori precari e sotto qualificati, giovani, migranti e donne. Il potere d'acquisto dei redditi è tornato ai livelli del 2001. Un giovane su tre è disoccupato, nel Mezzogiorno uno su due. A causa dei tagli agli enti locali e alle regioni, alla sanità, alle politiche sociali, milioni di italiani stanno rimanendo privi di adeguati servizi sociali o dovranno pagare maggiori tariffe per poterne usufruire. I dati macroeconomici sono ugualmente eloquenti: il debito pubblico è salito in quattro anni dal 104 al 120 per cento mentre negli stessi anni il Pil è diminuito del 3,8 per cento. In una situazione di crisi profonda, non solo per i mercati, ma anche e soprattutto per le famiglie e per i singoli cittadini, ci si attendeva un intervento deciso di sostegno e di rassicurazione a favore degli stessi. Questo intervento sarebbe stato motivato dai pesanti tagli a tutti i fondi sociali avvenuti negli ultimi anni. Al contrario le due manovre approvate impongono sui cittadini e sulle famiglie il carico maggiore del sacrificio, un sacrificio che in molti non saranno in grado di affrontare e che costituirà ulteriore causa di marginalità, impoverimento, esclusione. Sono, piuttosto, i "Vincoli di disciplina del bilancio" ad essere meglio sottolineati ed a rappresentare la frase più dirimente di tutta l'impostazione oggi del welfare in Italia. Nella sua perentorietà, la diversa e vigente normativa sottolinea che i servizi e le prestazioni sociali devono sottostare rigidamente alla disciplina di bilancio e, quindi, sono condizionati dalle esigenze di cassa, dalla pianificazione finanziaria, dal contenimento della spesa pubblica, dal risanamento dei conti. Nella sostanza i diritti civili e sociali sono compressi dai vincoli di bilancio.

Le normative di delega fiscale e assistenziale aumentano tale pressione, sia attraverso misure di riforma fiscale sia compri-

mendo drasticamente gli interventi nel comparto sociale, il che significa riduzione dei servizi e retrazione dei sostegni economici diretti ed indiretti.

Le ricadute sulle famiglie dopo l'entrata in vigore della legge 111/2011 e dei tagli agli enti locali previsti dalla stessa norma e dalla legge 148 del 2011.

... SEGUE DA PAGINA 9

Welfare...

Fiscalità e famiglia

Le norme vigenti conducono ad un'immagine quantomeno diversa: come se per le famiglie e i singoli gli oneri per far fronte all'assistenza personale fossero una scelta opzionale e non invece obbligata dall'assenza o dalla carenza di servizi pubblici. Fra le agevolazioni in vista di eliminazione o riduzione si annoverano quelle cui più comunemente ricorrono i contribuenti: le detrazioni per le spese sanitarie, per gli interessi sui mutui, per i carichi di famiglia, ma anche le deduzioni per le spese di assistenza per i non autosufficienti, per gli ausili, per le protesi e molti altri oneri che, comunque, rimangono in carico al contribuente e che riducono il reddito che effettivamente rimane a loro disposizione.

Interventi restrittivi che gravano pesantemente sulle persone con disabilità. Fino ad oggi le pensioni ai ciechi, agli invalidi civili, ai sordi, gli assegni di cura, i contributi regionali per la vita indipendente, e qualsiasi altra provvidenza economica assistenziale non erano imponibili ai fini Irpef. La norma, ora prevede l'eliminazione (totale o parziale) anche di questa agevolazione, con gli effetti che si possono immaginare in termini non solo fiscali, ma anche di vivenza a carico, di detrazione fiscale, di calcolo dell'Isee ed altro. E' recentissima notizia come i fondi per la Sla siano stati recuperati solo dopo drammatiche proteste degli interessati ed a carico di al-

tre analoghe e necessarie risorse. Altrettanta vaghezza si rileva circa la concentrazione dei regimi di favore fiscale essenzialmente su natalità, lavoro, giovani. E da tale genericità deriva un'eccessiva discrezionalità su aspetti che riguardano politiche e strategie di notevole impatto sulla società italiana che richiederebbero maggiore precisione e maggiore coinvolgimento degli enti locali e delle parti sociali. Basta pensare che dal 2001 non sono stati ancora fissati i Livelli essenziali di assistenza. Tantomeno i Leas (Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria). Nemmeno il decreto **Balduzzi** in Sanità fissa alcun livello essenziale ma indica piuttosto limiti e riformulazioni di criteri per la concessione o meno di prestazioni, delegando il tutto alle valutazioni delle singole Regioni (ed alla loro capacità di sostenere la spesa con il gettito fiscale locale) in una mera ottica di contenimento della spesa. Non, quindi, - ancora una volta - una riforma assistenziale, ma una revisione restrittiva di alcune singole prestazioni, una delega da abbandono, non da responsabilizzazione.

Manca, in ogni caso, qualsiasi promozione dell'offerta sussidiaria di servizi da parte delle famiglie e delle organizzazioni con finalità sociali, leitmotiv di una linea oramai affidata - solo - alle capacità delle singole Regioni in virtù della loro ricchezza.

I corpi intermedi

Tuttavia affinché sia applicato correttamente il principio di sussidiarietà sono necessarie due condizioni. La prima che il corpo intermedio (in questo caso la famiglia e il non profit) siano effettivamente in grado di svolgere determinate funzioni a parità di efficacia ed efficienza e sia garantita una contrattualità con l'utente (Cittadino) e con l'ente (Comu-



ne). La seconda, (la più preoccupante, oggi): che a quei corpi intermedi siano trasferite risorse sufficienti per svolgere quella funzione che, dimostratamente, sono in grado di svolgere. Sorge un dubbio su chi decida quando le risorse siano sufficienti e secondo quali criteri. Purtroppo, queste due condizioni non vengono affatto sottolineate, tanto da far apparire l'intento normativo come una volontà di delega di determinati servizi sociali, ora pubblici, alla famiglia e al volontariato senza sufficienti e imprescindibili garanzie per gli utenti finali. Anche queste garanzie dovrebbero essere espresse con chiarezza nei principi ispiratori della delega garantendo come detto le risorse. Come detto prima, si coglie un intento di abbandono, non di far maturare diversa condivisione.

Tagli ragionieristici

L'attuale indicazione porta a tradurre che l'articolo 38 della Costituzione (assistenza agli inabili e a chi non è in grado di produrre reddito) sarebbe condizionato alla disponibilità (concetto alquanto discrezionale) di bilancio. Riferendosi al sociale manca pari attenzione nel rilevare quali e quanti siano i costi aggiuntivi per le persone con disabilità, per loro

famiglie e per i nuclei all'interno dei quali viva una persona non autosufficiente. È mancata la considerazione di quanto la disabilità e la non autosufficienza siano e possano divenire le cause principali di impoverimento, aggiuntive ad arretratezze territoriali, condizioni sfavorevoli del mercato del lavoro, carenza di servizi e di strumenti adeguati per la protezione sociale. Non si tratta solo di costi diretti e immediatamente traducibili in un dato di valuta, ma anche di costi indiretti (mancata produzione di reddito, difficoltoso avanzamento in carriera, rinuncia ad un'attività lavorativa remunerativa per assolvere esigenze di assistenza in particolare per le donne). Non solo questi fatti gravi non vengono considerati, ma le misure già introdotte (legge 111/2011) e in via di introduzione causano ulteriori effetti gravi sulle famiglie e sui diritti individuali.

Ettore Mautone

Le conseguenze della spending review

- Riduzione detrazioni su ausili, spese sanitarie, veicoli, oneri badante, per figlio con handicap, per assistenza medica
- Titolari di indennità e assegni di cura potrebbero perdere il carico di un familiare
- Indennità, assegni, pensioni per sordi, ciechi, invalidi civili, assegni di cura, contributi vita indipendente non sono più

- totalmente esenti da Irpef
- Isee: parte delle provvidenze assistenziali finiscono nell'Irpef conteggiato nell'Isee
- Servizi sociali alla persona: 1 mld in meno sul sociale alle Regioni
- Ticket: Sono considerati Comuni virtuosi quelli che prevedono una maggiore copertura dei costi dei servizi compartecipati

A questi effetti negativi, si aggiungono tutti quelli che gravano anche sulle famiglie senza persone disabili o anziani non autosufficienti previsti dalla spending review

