

Censis. La spesa sanitaria privata è salita del 25 per cento

Senza soldi per le cure 9 milioni di italiani

POCA QUALITÀ

Gli italiani che ritengono la sanità della propria Regione in peggioramento sono aumentati di dieci punti percentuali nel 2009-2012

■ Frena la spesa sanitaria pubblica, esplode per contraccolpo quella privata pagata di tasca propria dagli italiani che negli ultimi dieci anni hanno speso oltre il 25% in più al di fuori dell'assistenza pubblica. Ma la crisi morde e aumentano sempre più i cittadini che, anche se ne hanno bisogno, non si curano. E chi non può pagare di tasca propria, sempre più spesso rinuncia a curarsi. Ormai è un esercito: sono 9 milioni, stima il Censis in una indagine con Rbm Salute presentata ieri a Roma, gli italiani che dichiarano di non aver potuto accedere ad alcune prestazioni sanitarie per ragioni economiche.

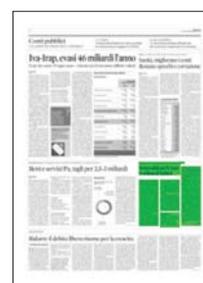
«La sanità negata», censura il Censis. Negata alle donne, agli anziani, alle famiglie con figli. Negata perché i tagli alla spesa pubblica significano riduzione delle prestazioni gratuite, negata dalle liste d'attesa e dai disservizi. Il 61% sono donne, 2,4 milioni sono anziani, 4 milioni vivono al Sud, 5 milioni sono coppie con figli: questa la foto impietosa di chi nell'ultimo anno avrebbe rinunciato a alle cure sanitarie per motivi economici.

Il fenomeno, spiega il Censis, è particolarmente accentuato nelle Regioni con piani di rientro dal deficit sanitario, dove la crescita media della spesa pubblica è calata dal +6,2% del 2000-2007 a meno dell'1% nei tre anni successivi. A livello nazionale si è passati, nello stesso periodo, da aumenti annui del +6% al +2,3%. Anche in conseguenza dei tagli, gli italiani che ritengono la sanità della propria Regione in peggioramento sono aumentati di dieci punti percentuali tra il 2009 e il 2012, fino al 31,7 per cento.

Ma il gap tra le esigenze di finanziamento della sanità pubblica e le risorse disponibili è destinato a crescere ancora, fino a raggiungere i 17 miliardi nel 2015. Come dire: il rischio di una fuga dalle cure è destinato a crescere. E per questo diventa più che mai cruciale il ruolo e l'espandersi della sanità integrativa, il cosiddetto "secondo pilastro". Fondi integrativi che oggi coinvolgono oltre 11 milioni di italiani e che spesso svolgono un ruolo ampiamente sostitutivo rispetto all'offerta pubblica. Ma che non sono alla portata di tutti e che sono stati tenuti in naftalina da almeno vent'anni, rispetto alle loro potenzialità di crescita. E che però adesso, rileva il Censis, sotto i colpi della crisi potrebbero trovare un nuovo slancio.

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute. Le uscite sono diminuite di 2,9 miliardi sulle previsioni

Sanità, migliorano i conti

Restano sprechi e corruzione

Roberto Turno

ROMA

■ Migliorano i conti della sanità pubblica ma nelle asl e negli ospedali resistono le sacche di inappropriata e di spreco. E soprattutto resiste e prospera la corruzione. La spesa sanitaria resta un'osservata speciale dei conti pubblici, mette in guardia nuovamente la Corte dei conti nella relazione sulla finanza pubblica nel 2011 appena inviata alle Camere.

Un giudizio che parte dal riconoscimento del miglioramento dei bilanci del Ssn messi a nudo dal tavolo di monitoraggio delle Regioni con i ministeri dell'Economia e della Salute. Anche se appesantiti da un deficit complessivo di 2,66 miliardi prima delle manovre e delle tasse locali, infatti, i conti della sanità hanno fatto segnare nel 2011 «risultati migliori delle attese», ammette la magistratura contabile. A consuntivo le uscite totali (112 miliardi) sono state inferiori di 2,9 miliardi rispetto alle previsioni. Tanto che «per la prima volta» la spesa sanitaria pubblica è scesa dal 7,3 al 7,1% del Pil, riducendo del 28% le perdite del sistema, che peraltro sono state interamente coperte dalle amministrazioni locali.

Un risultato, segnala la Corte dei conti, che è stato realizzato soprattutto grazie alla riduzione dei costi nelle Regioni sottoposte a piano di rientro dal deficit. E che tuttavia impone ancora massima cautela: «Nonostante i progressi evidenti nei risultati economici - scrive infatti la Corte nella relazione al Parlamento - il settore continua a presentare fenomeni di inappropriata organizzativa e gestionale che ne fanno il ricorrente oggetto di programmi di taglio di spesa». Come dire: l'uscita dal baratro dei disavanzi è tutt'altro che con-

clusa e, anzi, le dosi di medicina amara fatta di tagli alla spesa e alle prestazioni, sono tutt'altro che finite. Anzi, aggiunge ancora la Corte dei conti: «L'emergenza economico finanziaria non può consentire di considerare indenni da possibili interventi alcuno dei settori della spesa pubblica». Questo per il presente. E per il futuro? La Corte dei conti lancia un messaggio sibillino: «Diverso è il caso, ma non meno complesso (almeno nel breve termine), di ridiscutere o rivedere le scelte circa il sistema di assistenza che si intende garantire ai cittadini».

Dai nuovi tagli alla spesa, dunque, il sistema sanitario pubblico non potrà essere immune. Anche se al Ssn viene riconosciuto il merito di essere stato in questi anni «l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa». La sanità come avamposto della spending review, insomma. Quasi la prima trincea del federalismo. Se mai bastasse a evitare i nuovi tagli in cantiere.

Anche perché, si afferma quasi in un inciso del consigliere Luigi Mazzillo, non mancano «contraddizioni e criticità» nella gestione complessiva del sistema. «Ne sono un esempio - è la sottolineatura della relazione alle Camere, fondata anche sulle ripetute denunce della Procura generale presso la Corte dei conti, ma non solo - i frequenti episodi di corruzione a danno della collettività denunciati nel settore». E questo mentre tra ticket e super addizionali gli italiani hanno pagato di tasca propria nel 2011 ben 4,6 miliardi: 76 euro procapite in più a testa, che esplodono a 181 nel Lazio, la Regione più indebitata. Come dire: tutto si tiene, anche la corruzione col deficit.

La sanità nelle regioni

Avanzo/disavanzo 2011 prima delle manovre locali. **Dati in mln**

Piemonte	-260,36
Valle d'Aosta	-48,07
Lombardia	22,17
P.A. Bolzano	-235,4
P.A. Trento	-228,43
Veneto	1,28
Friuli V.G.	-62,72
Liguria	-133,74
Emilia Romagna	-58,83
Toscana	-51,73
Umbria	18,75
Marche	7,68
Lazio	-722,02
Abruzzo	18,52
Molise	-63,13
Campania	-250,88
Puglia	-114,38
Basilicata	-36,61
Calabria	-140,12
Sicilia	-45,36
Sardegna	-283,06
Totale	-2.666,44

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ministero della Salute



La sanità al tempo dell'iperdiagnosi spese inutili e assistenza negata

di **SILVIO GARATTINI**
IL SERVIZIO sanitario nazionale (Ssn) è certamente in crisi se per 9 milioni di italiani

l'assistenza sanitaria è negata secondo quanto risulta dalla ricerca condotta da Rbm Salute-Censis. Da qui la pressante necessità di attiva-

re assicurazioni integrative per garantire a tutti ciò che il Ssn non riesce a provvedere. Si sarebbe tentati di dire Cicerone pro

domo sua, visto che Rbm Salute è una compagnia assicurativa in campo sanitario, se non si fosse indotti a riflessione da parte dell'indiscus-

so prestigio del Censis.

Continua a pag. 10

IL COMMENTO

La sanità al tempo dell'iperdiagnosi spese inutili e assistenza negata

di **SILVIO GARATTINI**

Indubbiamente la spesa per il Ssn, che assomma a oltre 106 miliardi di euro, è cresciuta relativamente poco negli ultimi anni. Ma la domanda che ci si deve fare è: «È necessario che la spesa sanitaria continui a crescere?». E soprattutto: «Esistono sviluppi così importanti da giustificare una crescita della spesa?».

La risposta, implicita, viene da un editoriale di Fiona Godlee sul *British Medical Journal* del 30 maggio di quest'anno. Bisogna prevenire l'iperdiagnosi, recita il titolo dell'editoriale, perché l'eccesso di diagnosi determina la spesa per interventi che spesso sono non solo inutili, ma generano altra spesa. D'altra parte, «trattare» i sani come se fossero ammalati è sempre stato il sogno di tutti coloro che vendono prodotti e servizi in campo sanitario.

La medicalizzazione della normalità è un processo molto sottile, in atto ormai da molti anni. Basta abbassare i livelli di glicemia, colesterolemia, pressione arteriosa, densità ossea e così via per vendere non solo più farmaci, ma anche altri tipi di intervento. Se «sei depresso anche quando non lo sai», come diceva uno slogan pubblicitario, sono necessari interventi medici e psicoterapici anche se non giustificati.

L'iperdiagnosi genera non solo interventi medici e farmaci, ma anche dispositivi medici, apparecchiature scientifiche,

letti e tutto il resto. Il Paese è sovraccarico di punti nascita, di Tac e Pet, di piccoli ospedali a poca distanza l'uno dall'altro. Questa sovrabbondanza maldistribuita di personale e strutture genera eterogeneità che non aiuta certamente la razionalizzazione del Ssn.

A ciò si deve aggiungere il carico dei ticket variabili a seconda delle Regioni e la necessità del ricorso al privato da parte di molti per via delle liste d'attesa. Tuttavia da parecchi anni anche il Ssn è diventato privato a causa della improvvida attività «intramoenia». Si devono aspettare tre mesi per avere un esame diagnostico? Basta pagare per averlo il giorno dopo con gli stessi medici e con le stesse strutture.

È questo il Ssn che gli italiani hanno sognato dal 1978? Certamente no. Il Ssn è stato inteso e deve essere universale, solidale e gratuito. Si può fare, basta gestire bene le risorse disponibili. Si deve avere il coraggio di mettere a disposizione dei cittadini solo ciò che è basato sull'evidenza scientifica. Troppe analisi inutili e spesso costose, come ad esempio le analisi genomiche usate a sproposito; troppi farmaci non necessari, inclusi i molti che i cittadini pagano inutilmente di tasca propria; troppe visite per ogni dolorino o per screening che danno scarsi risultati; troppi ospedaletti dove le poche prestazioni non permettono di ottenere livelli di competenza adeguati.

E poi, quando si deciderà

di fare un reale programma di prevenzione? La stabilità e la sostenibilità del Ssn passano attraverso la diminuzione delle malattie che in una forte percentuale dei casi non piovono dal cielo, ma dipendono da cattive abitudini di vita. Fumo, alcol, sedentarietà, eccesso di cibo devono essere oggetto di attenzione perché per quanto semplice appaia da qui derivano le spese per la sanità. Non si può contare solo sulla responsabilità dei singoli, occorre creare le condizioni ambientali perché le buone abitudini di vita siano incentivate.

Chiedere oggi agli italiani un'altra tassa attraverso il pagamento di assicurazioni integrative non è certamente il modo per migliorare la loro salute né, tantomeno, per rilanciare il Ssn, un bene che deve essere difeso a tutti i costi, un bene che tutti devono sentire proprio, un bene da non intaccare perché poi l'erosione finirebbe per essere progressiva. Ritornaremmo all'epoca della «Mutua» con tutte le sue disparità assistenziali, ormai rimaste nella memoria di pochi.



LA CORTE DEI CONTI DENUNCIA IL «DANNO ALLA COLLETTIVITÀ», IL CENSIS SEGNALE NUOVE CONSEGUENZE DELLA CRISI

«Sanità corrotta». E 9 milioni non possono pagarsi le cure

ROMA

NON C'È diritto alla salute per 2,4 milioni di anziani. Il dato emerge dalla ricerca di Rbm Salute-Censis ed esplose nelle stesse ore in cui i magistrati della Corte dei Conti formulano il loro atto d'accusa: nel settore sanitario «si registrano frequenti episodi di corruzione a danno della collettività». Corruzione e mancata assistenza sono le due facce dello stesso sistema che conta 9 milioni di italiani esclusi dalle prestazioni per motivi economici. Di questi, 2,4 milioni hanno più di 65 anni, 5 milioni vivono in coppia con figli, 4 milioni sono del Sud.

PIANI di rientro e spending review hanno determinato, secondo lo studio, un crollo verticale del ritmo di crescita della spesa pubblica per la sanità. Dall'incremento medio annuo del 6% registrato tra il 2000 e il 2007, si è passati al 2,3% tra il 2008 e il 2010. La flessione è più sensibile nelle regioni sottoposte a piani di rientro. In parallelo è lievitata la spesa per la sanità privata con un

+2,2% tra il 2000 e il 2007 e +2,35% tra il 2008 e il 2010. L'analisi testimonia che il ricorso alle strutture private ha, nel 77% dei casi, origine nelle liste di attesa. E aumenta il gap tra le esigenze di finanziamento del comparto e risorse disponibili nelle regioni: nel 2015 questa forbice si allargherà fino a 17 miliardi.

UN APPELLO al governo perché inverta la tendenza tornando a garantire l'assistenza a tutti gli anziani, arriva da Spicgil e Federanziani. Peraltro solo nel 2011, secondo i dati della Corte dei Conti, le uscite per la sanità hanno raggiunto i 112 miliardi, inferiori di oltre 2,9 miliardi al dato previsto per l'anno. E non è solo una questione di costi ma anche di malcostume. «Il settore sanitario — ha sottolineato il presidente di coordinamento delle Sezioni Luigi Mazzillo — continua a presentare fenomeni di inappropriata organizzazione e gestionale».

S. M.

61

È LA PERCENTUALE
DI DONNE
CHE HANNO DOVUTO
RINUNCIARE ALLE CURE

2,3

AUMENTO
IN PERCENTUALE
DELLA SANITÀ PRIVATA
TRA IL 2008 E IL 2010



CENSIS sanità off-limits per 9 milioni di italiani

Neanche la sanità è più un diritto. Più di 9 milioni di italiani affermano di non aver potuto accedere ad alcune prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno per ragioni economiche. Ben 2,4 milioni sono anziani, 5 milioni vivono in coppia con figli, 4 milioni risiedono al Sud. E' il quadro tracciato da una ricerca di Rbm Salute-Censis, promossa in collaborazione con Munich Re e presentata ieri al 'Welfare Day' a Roma. Un quadro che lascia poco spazio all'ottimismo. Piani di rientro e spending review hanno determinato - secondo l'analisi - un crollo verticale del ritmo di crescita della spesa pubblica per la sanità. Si è passati da un incremento medio annuo del 6% nel periodo 2000-2007 al +2,3% degli anni 2008-2010. La flessione si registra soprattutto nelle regioni alle prese con i piani di rientro, dove si è pas-

sati dal +6,2% all'anno nel periodo 2000-2007 a meno dell'1% di crescita media annua dal 2008 al 2010. Parallela-

mente la spesa sanitaria privata è lievitata più che nel periodo precrisi: +2,2% medio annuo dal 2000 al 2007 e +2,3% negli anni 2008-2010. Il 77% degli italiani che pagano di tasca propria e ricorrono al privato, lo fa per la lunghezza delle liste d'attesa. Dalla ricerca del Censis emerge anche che per il 31,7% degli italiani la sanità è in peggioramento nella regione di appartenenza\.

Nel 2015 è previsto un gap di circa 17 miliardi di euro tra le esigenze di finanziamento della sanità e le risorse disponibili nelle regioni. I tagli al Ssn abbassano la qualità delle prestazioni e generano iniquità. Per questo, si sottolinea, è "prioritario trovare nuove risorse aggiuntive per impedire che meno spesa pubblica significhi più spesa privata e meno sanità per chi non può pagare".



Stretta per gli enti vigilati dalla Salute: risparmi e tagli su costi e personale

Enti vigilati dalla Salute: arrivano tagli al personale di supporto e agli uffici dirigenziali generali e non generali. Queste le misure comuni previste per Lega tumori, Agenas, Izs e Iss nello schema di Dlgs approvato la scorsa settimana dal Consiglio dei ministri che ora sarà trasmesso a Parlamento e Regioni. (Servizio a pag. 6-7)

PRIMO VIA LIBERA AL DLGS

Enti vigilati dalla Salute, in arrivo razionalizzazioni e tagli

Enti vigilati dalla Salute: arrivano tagli al personale di supporto che non dovrà superare il 15% degli organici e del 10 e del 5% rispettivamente per gli uffici dirigenziali generali e non generali. E il ministero potrà emanare indirizzi e direttive nei loro confronti per tenerli sotto controllo. Il tutto nel nome di semplificazione e razionalizzazione e in linea con la nuova organizzazione a cui le ultime manovre economiche hanno costretto la Salute. E tutto senza «nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

Cala così la scure dei risparmi su Lega contro i tumori, Agenas, Istituti zooprofilattici sperimentali e, in parte, Istituto superiore di Sanità. A prevederli è uno schema di Dlgs che ha incassato la scorsa settimana la prima approvazione del Consiglio dei ministri e ora sarà trasmesso all'esame di Regioni e Parlamento, dove una precedente versione del Governo Berlusconi è già stata bloccata lo scorso anno. Versione che prevedeva tagli più pesanti, quasi doppi rispetto alla versione attuale per quanto riguarda le misure ancora presenti nel nuovo Dlgs e che quantificava in euro i risparmi minimi che, ente per ente, doveva conseguire (v. *Il Sole-24 Ore Sanità n. 36/2011*). Tagli giudicati da parlamentari e Regioni insostenibili. La delega era così scaduta a novembre e l'Esecutivo di Mario Monti è stato costretto a un rinvio al 30 giugno prossimo, inserito nel milleproroghe.

La semplificazione e lo snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa degli enti prevede per tutti l'adeguamento ai principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'attività amministrativa e all'organizzazione dello stesso ministero. La razionalizzazione e l'ottimizzazione riguardano invece le spese e i costi di funzionamento dell'organizzazione e della struttura amministrativa. Oltre al taglio degli uffici dirigenziali, la gestione del personale e dei servizi comuni dovrà diventare unitaria anche grazie all'innovazione amministrativa e tecnologica ed è prevista la riorganizzazione degli uffici ispettivi e di controllo e la riduzione degli organismi di analisi, consulenza e studio di elevata specializzazione.

Sorte in parte diversa solo per l'Istituto superiore di Sanità per il quale è previsto un nuovo statuto che sarà il suo documento-guida e ne rafforzerà l'autonomia.

Istituto superiore di Sanità. Dovrà adottare un piano triennale, coerente anche con le esigenze del centro nazionale trapianti e del centro nazionale sangue che hanno sede presso lo stesso Iss. Il piano conterrà indirizzi, obiettivi, risultati attesi e anche le risorse per il personale, le attrezzature e tutto ciò che serve a ciascuno dei programmi previsti ed è deliberato dal consiglio di amministrazione e approvato dal ministro della Salute, che ogni tre anni presenterà al Parlamento una relazione sull'attività svolta e il programma per il triennio successivo. Anche il nuovo statuto è deliberato dal consiglio di amministrazione con il nulla osta degli altri comitati - scientifici e non - dell'Istituto. Dovrà essere emanato con decreto della Salute entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Dlgs e in caso non fosse predisposto, sempre la Salute provvederà in via sostitutiva. Il Dlgs poi definisce i contenuti di tutti i regolamenti che l'Iss dovrà emanare: per il personale e di amministrazione,

finanza e contabilità. Organi e relativi compiti sono scritti nero su bianco, così come le incompatibilità per presidente e direttore generale che non possono essere amministratori o dipendenti di società (regola che vale rispetto alle società che hanno rapporti con l'Istituto anche per i membri del consiglio di amministrazione, del comitato scientifico e del collegio dei revisori), né ricoprire altri incarichi retribuiti. E il direttore generale non può nemmeno svolgere attività libero-professionale.

Istituti zooprofilattici sperimentali. Possono anche associarsi, d'intesa con le Regioni, per svolgere attività di produzione, immisione in commercio e distribuzione di medicinali e altri prodotti veterinari. Possono stipulare convenzioni e contratti di consulenza con associazioni pubbliche e private nell'ambito della loro attività e possono anche - sempre previo convenzionamento - essere di supporto ai corsi di laurea in Medicina veterinaria. Le tariffe degli Izs saranno determinate dalle Regioni e stabilite con decreto della Salute, d'intesa con la Stato-Regioni. Il Dlgs stabilisce poi i principi delle competenze regionali sugli Izs, gli organi che ne fanno parte e le penalizzazioni per il consiglio di amministrazione in caso di irregolarità (a esempio se il conto economico è in perdita di oltre il 20% per due anni consecutivi) con le modalità di scioglimento.

Agenzia nazionale per i servizi sanitari. Statuto e regolamento di organizzazione e funzionamento sono i suoi strumenti che dovranno essere deliberati a maggioranza assoluta dal consiglio di amministrazione entro sei mesi dall'entrata in vigore del Dlgs e approvati con decreto della salute, dopo il controllo delle Regioni. Gli organi direttivi durano in carica quattro anni e sono rinnovabili una sola volta. Incompatibilità a tutto campo per il direttore generale che ha un contratto di diritto privato. E il regolamento del personale dovrà prevedere, tra l'altro, la rimodulazione della pianta organica e la riduzione del numero di esperti che non potranno essere oltre sette.

Lega italiana per la lotta ai tumori. Dovrà adeguare entro 60 giorni dal Dlgs il proprio statuto alle nuove previsioni, che definiscono gli organi centrali e la sua articolazione in una sede centrale e in sezioni provinciali che sono organismi associativi autonomi privati. La Lilt può anche costituire una Fondazione senza scopo di lucro per il finanziamento, la promozione e lo svolgimento delle proprie attività istituzionali.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spending review. A metà giugno il piano complessivo Giarda-Bondi, poi il Dl da 4-5 miliardi

Beni e servizi Pa, tagli per 2,5-3 miliardi

AL SENATO

Tra oggi e domani il primo via libera al decreto sulla revisione della spesa pubblica, il Cdm autorizza la «fiducia»

IL FRONTE MINISTRI

Giarda ha fatto capire che ricavare subito dai tagli ai dicasteri i 2-2,5 miliardi per giungere a quota 5 miliardi non è affatto facile

Marco Rogari

ROMA

■ Completare il piano di tagli selettivi alla spesa pubblica già entro il 15 giugno. Con l'obiettivo di varare il decreto la settimana successiva. Il Governo sta cercando di comporre rapidamente il puzzle della prima fase di spending review con la speranza di arrivare a quota 5 miliardi per trovare subito nuove risorse aggiuntive da mettere a disposizione delle aree terremotate dell'Emilia Romagna anche attraverso un intervento più massiccio sugli acquisti di beni e servizi al quale sta lavorando il super-commissario Enrico Bondi.

Dalla stretta sulle forniture potrebbero arrivare 2,5-3 miliardi invece dei 2 ipotizzati inizialmente. Ma questa operazione resta molto difficile da realizzare. Intanto oggi, o al massimo domani, arriverà il via libera del Senato al decreto sulla spending review (quello che affida i poteri a Bondi) con il probabile ricorso alla fiducia.

La blindatura è stata autorizzata ieri sera da un Consiglio dei ministri lampo. Anche se nel pomeriggio il sottosegretario ai Rapporti con il Parlamento, Giampaolo D'Andrea, ha tenuto a sottolineare che l'Esecutivo vorrebbe evitare la fiducia. «Non abbiamo in-

tenzione di mettere la fiducia», ha detto D'Andrea aggiungendo: «Al momento in Aula non si presentano particolari ostacoli».

Sono circa un centinaio gli emendamenti presentati in Aula a Palazzo Madama al provvedimento, nel quale in Commissione sono state inserite diverse modifiche. Prima fra tutte quella che estende la possibilità di certificazione e compensazione dei crediti della Pa nei confronti delle imprese anche alle Regioni con piani di rientro dai deficit sanitari.

Se oggi l'esame dei correttivi si svolgerà rapidamente e senza intoppi, il Governo non ricorrerà alla fiducia, che diventerebbe invece automatica se i tempi dovessero allungarsi. Il testo dovrà poi passare alla Camera per il via libera definitivo.

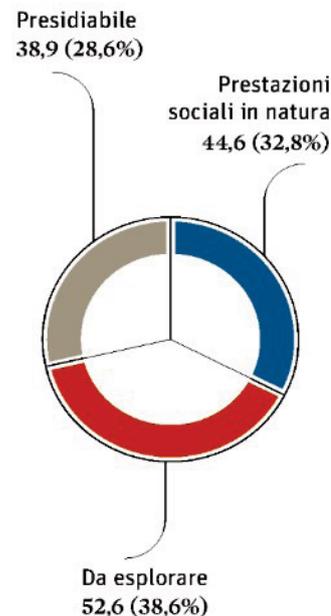
Quanto al piano di tagli selettivi che stanno mettendo a punto Giarda e Bondi, il lavoro sul versante della razionalizzazione delle uscite per gli acquisti di beni e servizi anche attraverso il rafforzamento del cosiddetto metodo-Consip è in fase avanzata. Dopo aver consegnato il cronoprogramma al Comitato interministeriale guidato dal premier Mario Monti, Bondi sta ora definendo, anche con il supporto di Giarda, il perimetro dell'intervento che già nel 2012 potrebbe garantire 2,5-3 miliardi.

Sul fronte dei tagli ai ministeri Giarda sta attendendo le proposte del gruppetto di dicasteri ritardatari (il termine scadeva il 31 maggio). Ricavare subito i 2-2,5 miliardi per giungere a quota 5 miliardi e evitare il previsto aumento autunnale dell'Iva garantendo anche nuove risorse ai terremotati non è affatto facile. Lo stesso Giarda lo ha fatto chiaramente intendere ieri. Anche se, seppure per il solo 2012, i ministeri possono usare pure l'arma dei tagli una-tantum.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sotto la lente

Spesa della Pa per beni e servizi (miliardi di euro)



MEDICINA

Le ricerche per capire i rischi dei cellulari

SALARI A PAGINA IV

“L'amico-nemico telefonino”

La studiosa: sugli effetti dei campi elettromagnetici dati ancora contraddittori

GABRIELE SALARI

Anche gli scienziati hanno un cuore. Quando Devra Davis, alcuni anni fa, ha visto che il nipotino di pochi mesi giocava con un telefonino, si è domandata quali rischi potesse correre. Da allora ha pubblicato numerosi articoli, tra cui il più recente sul «British medical journal», secondo il quale rimane plausibile l'associazione tra l'uso dei cellulari e il tumore al cervello. Plausibile, ma non dimostrata e capace, comunque, di suscitare «un ragionevole dubbio».

Epidemiologa e oncologa di fama mondiale, Davis ha diretto l'ufficio di studi ambientali e tossicologici della «National Academy of Sciences» americana e oggi guida all'Università di Pittsburgh il primo «Centro di oncologia ambientale» del mondo. Con più di 200 pubblicazioni insegna anche all'Università di Georgetown. Ospite a Roma dell'Associazione internazionale medici per l'ambiente (Isde), ha spiegato a «Tuttoscienze» che il problema dei telefonini non è soltanto quello legato al rischio tumori.

Professoressa, quali sono i reali pericoli di un cellulare?

«Dopo 50 minuti che si tiene un telefonino vicino all'orecchio il cervello mostra cambiamenti significativi nel metabolismo del glucosio, che è la benzina del cervello. E sappiamo che nell'Alzheimer esiste una difettosa utilizzazione proprio del glucosio da parte dei neuroni. Alcuni studi russi, invece, hanno sottolineato una serie di problemi di apprendimento e memoria associati all'

esposizione ai campi elettromagnetici: così c'è ora chi si chiede se possano favorire l'insorgere del Parkinson giovanile o dell'autismo. L'incertezza è ancora molta».

L'Oms afferma che non esiste attualmente l'evidenza di danni alla salute derivanti dall'uso dei cellulari.

«E' vero. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, però, ha classificato la radiazione elettromagnetica dei cellulari come «possibilmente cancerogena». D'altra parte, le ricerche portate avanti in tutto il mondo sono per la stragrande maggioranza finanziate dai produttori di telefonini e questo fa sì che, inevitabilmente, gli scienziati siano sottoposti a pressioni. A differenza di farmaci e alimenti, la responsabilità di rischi e danni alla salute resta all'industria, che ha l'obbligo di non immettere nel mercato prodotti pericolosi».

Solo in Italia sono oltre 44 milioni i telefonini attivi su una popolazione di 60 milioni: ritiene che l'industria non informi sui rischi di questi strumenti?

«L'industria non afferma mai che i telefonini sono sicuri: mette in guardia invece nelle istruzioni, a caratteri microscopici, sui possibili rischi. A volte, come nel caso di alcuni tablet, esiste un sensore di prossimità che riduce la radiazione quando avviciniamo l'oggetto al corpo, anche se non viene pubblicizzato, perché non si vuole che questi prodotti vengano considerati pericolosi. Credo, però, che non dobbiamo comportarci come è avvenuto con il tabacco e l'amianto e aspettare le vittime. I primi studi sul cancro da fumo di sigaretta risalgono agli Anni 30 e 40, ma solo nel 1962 è stato dichiarato ufficial-

mente dal Royal College of Physicians inglese che il fumo provoca il cancro».

E per i bambini, secondo lei, i rischi potrebbero essere anche maggiori?

«L'uso diffuso e massiccio dei telefonini è troppo recente per poterci fornire dati significativi, ma nel frattempo non dobbiamo giocare alla roulette russa con il cervello dei nostri bambini. I soggetti più a rischio sono di certo i neonati, visto che il cervello raddoppia nei primi due anni. Dal punto di vista fisiologico non sono adulti in miniatura: i bambini assorbono le microonde a un tasso almeno doppio di quello degli adulti e saranno proprio loro, durante la loro vita, a essere esposti per un tempo significativo alle onde. Quanti di noi usavano il telefonino 30 anni fa, il tempo necessario per sviluppare un tumore?».

Ci sono casi concreti che vanno al di là di generici timori?

«In Francia è vietata la pubblicità dei cellulari per i bambini sotto ai 12 anni, mentre è significativo che in Israele, tra i maggiori utilizzatori al mondo, si è registrato un notevole incremento dei tumori infantili: in particolare un tumore alle ghiandole salivari su cinque interessa giovani al di sotto dei 20 anni. Non soltanto trattiamo i bambini come cavie di laboratorio, ma, vista la diffusione crescente dei cellulari,



non abbiamo neanche un gruppo di controllo».

In concreto, cosa si può fare per ridurre l'esposizione alle onde elettromagnetiche?

«Si è visto che, quando parliamo camminando, ci spostiamo da una fonte di segnale all'altra e questo è certamente il momento di massima esposizione. Lo stesso accade quando il segnale è debole e allora il telefono cerca di raggiungerlo, emettendo radiazioni maggiori. Un'altra pratica da evitare, poi, è quella di tenerlo in tasca o sul petto. L'utilizzo del viva voce o dell'auricolare mi pare scontato: in Francia è addirittura obbligatorio venderlo con il telefonino».



Devra Davis Epidemiologa

RUOLO: È PROFESSORESSA DI EPIDEMIOLOGIA ALL'UNIVERSITÀ DI PITTSBURGH E DIRETTRICE DEL «CENTRO DI ONCOLOGIA AMBIENTALE»
IL SITO: [HTTP://WWW.EPIDEMIOLOGY.PITT.EDU/DAVIS.ASP](http://www.epidemiology.pitt.edu/davis.asp)

Studi e battaglie

Devra Davis è celebre sia per i suoi studi sia per le sue battaglie civili: ha diretto l'ufficio di studi ambientali e tossicologici della «National Academy of Science» americana e ha vinto il Nobel per la pace insieme con Al Gore, mentre è stata finalista al «National Book Award» con il suo saggio «Quando il fumo scorreva come l'acqua: inganni ambientali e battaglie contro l'inquinamento».

«E' ora di partire con le cure personalizzate»

DANIELE BANFI

■ Un individuo non è una statistica: un concetto semplice da dirsi, ma difficile da applicare. Eppure i successi della medicina sono legati proprio a questo campo del sapere: la statistica ha reso possibile l'individuazione di criteri oggettivi validi per tutti i medici sia nella diagnosi sia nelle terapie. «Purtroppo però - spiega Pier Paolo Di Fiore, direttore del programma di Medicina Molecolare presso l'Istituto Europeo di Oncologia - il singolo malato beneficia in maniera solo approssimativa o parziale della valutazione statistica e oggi abbiamo un urgente bisogno, in particolare in oncologia, di strumenti per dare risposte quanto più certe possibili al paziente». Ecco perché è sempre più pressante l'esigenza di una medicina personalizzata, un concetto che si sviluppa a partire dalla consapevolezza che quello che il medico deve valutare ogni volta è un «unicum», costituito da una particolare malattia in un particolare paziente. Ed è di questo nuovo modo di fare medicina che si sta discutendo all'Asco di Chicago, il più importante convegno internazionale di oncologia organizzato dall'«American Society of Clinical Oncology» e chi si terrà fino a dopodomani. Come spiega Di Fiore, «non tutte le malattie, anche quelle che si presentano in modo apparentemente simile, sono uguali. E non lo sono a livello molecolare». E' una caratteristica dei tumori: non di rado accade che lo stesso tipo di cancro, a prima vista identico da un individuo all'altro, origini invece da mutazioni genetiche diverse. Un problema che può rendere inefficaci le terapie tradizionali. Fortunatamente, però, grazie al sequenziamento del Dna, è ora possibile tracciare un profilo molecolare di ogni paziente, un «codice a barre» da cui trarre informazioni fondamentali su come trattare il tumore. «Per troppo tempo si è data importanza alla malattia e non al paziente. Oggi siamo alla vigilia di un grande cambiamento - conclude Di Fiore -: una medicina personalizzata che, sfruttando l'analisi del Genoma, ci dica quale strategia utilizzare in ogni malato».



Sì alla tassa antiobesità ma incentivi ai cibi sani

Massimiliano Dona
Unione consumatori

DOPO la proposta del ministro della salute Balduzzi di applicare una "tassa di scopo" su alcuni prodotti alimentari (junk food) ipercalorici, migliaia di cittadini ci hanno scritto. Molti sono preoccupati per il rischio di un aumento dei prezzi, altri rimproverano al governo di voler semplicemente "fare cassa". Sono preoccupazioni sensate che, tuttavia, devono essere messe a confronto con un'altra emergenza: il dilagare dell'obesità, specie tra i più giovani. Ecco perché sosteniamo l'iniziativa del ministro che però dovrebbe essere accompagnata dall'introduzione dell'obbligo di specificare nell'etichetta che si tratta di prodotti soggetti alla "tassa anti-obesità" (precisandone l'entità). Se poi alla tassazione per gli "junk food" si accompagnasse la detassazione di frutta e verdura stagionali si eviterebbe al nostro Paese di dover affrontare il costo sociale necessario alla cura di una popolazione affetta dalle malattie da sovrappeso.



Bisturi e carte bollate: è boom di liti tra pazienti e chirurghi

L'Sos degli ortopedici: professione a rischio a causa di un vuoto legislativo

ELISA FRISALDI

Che cosa sta accadendo nei rapporti tra medico e paziente nei casi in cui ci si deve sottoporre a un'operazione dai rischi più elevati di una di routine? Di certo, sono molti i cambiamenti in atto e non tutti sono positivi. Se da una parte cresce la richiesta di affidarsi a professionisti dall'esperienza consolidata e «certificata», dall'altra, in molti casi, il rapporto di fiducia si incrina e la prova sono i sempre più frequenti episodi di denuncia da parte dei malati che sfociano in lunghi contenziosi medico-legali.

Un problema-chiave è che molte delle strutture in cui si svolgono attività chirurgiche, tra cui rientrano anche case di cura private e ambulatori, non sono coperte da assicurazione: questa mancanza si traduce in insufficienti controlli sulle condizioni di igiene e di sicurezza con il rischio che siano proprio le irregolarità a carico della struttura, e non la professionalità del medico, a compromettere la riuscita dell'intervento. E le conseguenze non tardano ad arrivare. Secondo i dati dell'Ania - l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici - le segnalazioni dei cittadini per danni riferibili alla Sanità sono in aumento e superano ormai le 34 mila l'anno e i medici si vedono costretti a cercare di tutelare se stessi e il proprio operato: succede, soprattutto, se lavorano nei reparti di ortopedia, ostetricia, neurochirurgia e in quelli di medicina di emergenza, dove gli interventi richiedono un'elevata specializzazione e comportano un alto rischio.

Si parla, così, del fenomeno emergente della «medicina difensiva», una nuova definizio-

ne che racchiude una serie di pratiche che il professionista del settore esercita per risultare inattaccabile di fronte agli eventuali controlli legali: dall'eccesso di visite, accertamenti diagnostici e prescrizioni farmacologiche, fino alla scelta drastica di non operare, quando l'intervento è troppo rischioso o il paziente ha già alle spalle dei casi di denuncia.

Come spiega il professor Marco d'Imporzano, presidente sia della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia che del Collegio Italiano dei Chirurghi, «i frequenti contenziosi medico-legali si traducono nell'aumento dei premi assicurativi e, quindi, in polizze sempre più care e difficilmente sostenibili per le Asl e gli ospedali. Allo stesso tempo le compagnie assicurative tendono a ridurre i contratti di copertura verso il rischio clinico, perché la posta in gioco è diventata troppo alta».

Una polizza assicurativa, quando il medico riesce a ottenerla, costa in media 15 mila euro l'anno, mentre un risarcimento medio varia dai 25 mila ai 40 mila. Ma si tratta di costi non sostenibili soprattutto da parte dei medici più giovani, che scelgono, spesso, di fare solo gli interventi di routine, evitando di investire sulla specializzazione di tecniche chirurgiche più complesse. «Ci troviamo così di fronte a un "problema di sistema", che offusca il salto evolutivo che la chirurgia ortopedica ha compiuto negli ultimi anni, sia in termini di ricerca che di mes-

sa a punto di nuove tecniche. E questo avviene nonostante i nostri centri d'eccellenza - aggiunge - d'Imporzano - coprano ogni area: da quella traumatologica del bacino a quella della colonna vertebrale, dagli interventi protesici e di bioingegneria fino ai trapianti d'osso».

Un disegno di legge che potrebbe interrompere il cortocircuito che rischia di svuotare la sanità di grandi professionisti c'è: è lo schema di testo unificato «Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario» e che obbliga le strutture in cui si fanno interventi chirurgici a dotarsi di copertura assicurativa e di provvedere alla gestione del rischio clinico. Ma al momento la proposta giace dimenticata. «Eppure, solo così, sarà possibile garantire al paziente la tutela

della sua salute e allo specialista la necessaria serenità nell'affrontare la chirurgia più impegnativa. Intanto ci stiamo battendo per stabilire, attraverso le società scientifiche, una serie di

soglie di valutazione del rischio che tengano conto della difficoltà degli interventi e permettano di gestire in modo nuovo e più corretto gli eventuali imprevisti».

Infine - conclude il professore - «dev'essere un impegno comune la costituzione di unità di "risk management" in ogni struttura che produce "attività chirurgica" in modo da monitorare il rischio clinico. Così sarà possibile anche abbattere i costi assicurativi».