

**Il patto per la salute.** La proposta delle Regioni

# Ticket in base al reddito, riduzione per le esenzioni

**RIDISEGNO**

L'obiettivo è di reimpostare in modo unitario l'intera struttura di compartecipazioni su **farmaci** e specialistica

**Roberto Turno**

ROMA

■ La sanità riparte da più ticket e meno esenzioni. Con ticket differenziati a seconda del reddito Isee (anche mobiliare e immobiliare) delle famiglie, uniformi in tutta Italia. Ma pagando di più al crescere della tariffa della prestazione sanitaria ricevuta, siano **farmaci** o visite ed esami specialistici. Limitando le esenzioni per patologia o invalidità alle situazioni più gravi e complesse. Aumentando da 65 a 70 anni l'esenzione per età, e abbassando la soglia di 30mila euro lordi l'anno dell'esenzione per reddito. Ma avrà nuovi ticket sui dispositivi medici, dai prodotti per i diabetici ai pannoloni, dall'ossigeno terapeutico agli alimenti per i celiaci, sempre salvaguardando i redditi più bassi. E ancora: darà un addio graduale a 212 piccoli ospedali con meno di 120 posti letto, da riconvertire in strutture per l'assistenza sul territorio; vedrà la riforma delle cure primarie di medici di famiglia e pediatri, la revisione della mobilità dei pazienti da una regione all'altra e della libera professione dei medici, nuove regole sui piani di rientro nelle regioni in disavanzo.

Eccola la prima ossatura del «Patto per la salute 2013-2015» secondo le Regioni. Una proposta (si veda [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)) che sarà discussa al prossimo incontro col Governo in una trattativa da concludere entro aprile, altrimenti palazzo Chigi (anzitutto Salute ed Economia) farà da sé. Oggi i governatori dedicheranno un

vertice «straordinario» alla partita più calda per loro, la spesa sanitaria che vale in media più del 74% dei conti locali. La voglia dei governatori di non perdere tempo c'è tutta, con l'eccezione delle due Regioni a trazione leghista (Veneto e Piemonte).

Tanto delicata, la partita della sanità, che il documento delle regioni parte proprio dai nodi del fabbisogno e degli investimenti. Mettendo in chiaro che il finanziamento decrescente della spesa per la salute, dopo i tagli della manovra estiva, semina pesanti dubbi sulla tenuta dei livelli di assistenza (i Lea), che giocoforza saranno rivisti. Secondo le regioni dal 2012 al 2014 mancheranno all'appello oltre 9 miliardi. Mentre stimano che per il 2015, ultimo anno del «Patto», il fabbisogno sarà di 12,54 miliardi, 11,75 miliardi più (circa il 10%) del 2012.

La partita sui ticket sarà quella dall'impatto sociale più delicato e pesante per gli italiani. Per il momento le regioni non parlano di compartecipazioni sui ricoveri e neppure della "tassa sui cibi spazzatura" (junk food) per finanziare la costruzione di nuovi ospedali, che però piace a parecchi governatori.

Sui ticket l'obiettivo è di reimpostare «in modo unitario» l'intera struttura delle compartecipazioni su **farmaci** e specialistica. Secondo queste direttrici: ticket differenziati per situazione economica e crescenti «al crescere della tariffa, ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta»; esenzioni diverse per patologia o invalidità limitate «alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità»; aumento a 70 anni dell'esenzione per età e riduzione dell'attuale tetto di 30mila eu-

ro lordi annui delle esenzioni per reddito. Un'alternativa al taglio delle esenzioni per patologia è di introdurre un tetto annuale massimo al ticket differenziato per situazione economica, con l'obiettivo di garantire maggiormente i casi più gravi. Per la specialistica ci sono ipotesi più dettagliate in altri documenti tecnici, che ipotizzano anche 4 fasce di reddito. Per la socialistica: abolizione del superticket da 10 euro, aumento dell'attuale franchigia (36,15 euro) differenziandola per reddito ed età, regressione della quota nelle esenzioni per patologia, creazione di "pacchetti di prestazioni". Mentre per i **farmaci** si ipotizzano ticket legati al prezzo delle singole confezioni, sempre a seconda del reddito e dell'età, con regressione nelle esenzioni per patologia e il mantenimento del sistema di pagamento (prezzo di riferimento) tra generici e **farmaci** di marca.

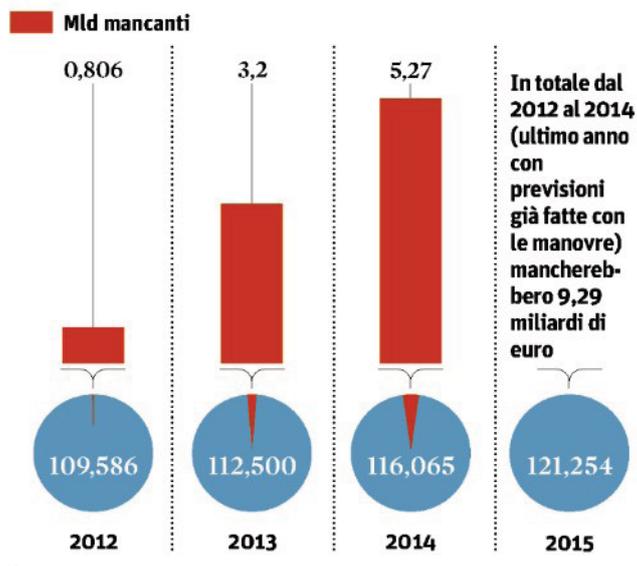
Il nodo dell'equità dei ticket andrà sciolto, afferma il documento delle Regioni, superando il criterio cardine attuale del reddito. La stella polare dovrà essere «un criterio che individui la situazione economica degli assistiti» grazie all'Isee, ma con alcune modifiche che definiscano un indicatore più adatto al suo specifico impiego ai ticket sanitari. In questo senso, si fa esplicito riferimento al «sanitometro» in cantiere nel 1998-99 fondato su un Isee modificato con detrazioni specifiche, ad esempio, per gli ultra 65enni, i bambini fino a 6 anni e i nuclei familiari che includono «persone fragili». Ma tutto questo, evidentemente, andrà costruito nei prossimi due mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il fabbisogno per la sanità dal 2012 al 2015

Nelle stime delle Regioni il valore del patto per la Salute dovrebbe crescere dai 109,5 miliardi del 2012 ai 121,2 miliardi del 2015. **Dati in miliardi di euro**



Piano delle Regioni: previsti rincari e nuove esenzioni. Decreto milleproroghe: aumentano le sigarette

# Sanità, rivoluzione per i ticket

Dopo i camionisti, in piazza i pescatori: scontri a Roma, tre feriti

■ Più ticket e meno esenzioni all'insegna della formula «chi più ha più paghi». E per finanziare Asl e ospedali disco verde alla tassa sul «junk food». Sono queste alcune delle linee portanti del

nuovo Patto per la salute 2013-2015 targato «Regioni», discusse ieri e che dovranno essere ratificate oggi dai Governatori. Dal decreto milleproroghe arriva una nuova stangata sulle sigarette, un

aumento che consentirà di pagare le pensioni, mentre col di semplificazioni torna la social card. Via libera ai fornai per il pane alla domenica. Protestano contro il caro gasolio anche i pescatori: scon-

tri con la polizia ieri a Roma.

**Bertini, Coppero, Poletti, Russo, Schianchi e Semprini**

ALLE PAGINE 8-9 E 12-13

## Arriva il “sanitometro” Più ticket, meno esenzioni

Ecco il nuovo piano delle Regioni: limite d'età più alto  
soglia di reddito ridotta, sconti alle famiglie numerose

### Retroscena

PAOLO RUSSO  
ROMA

**P**iù ticket e meno esenzioni all'insegna della formula «chi più ha più paghi». Innalzamento da 65 a 70 anni dell'età e riduzione del tetto di 36 mila euro di reddito che insieme indicano l'asticella sotto la quale i ticket non si pagano. Nuovi balzelli anche sulle cure termali, ma via il super ticket di 10 euro su visite e analisi (rimodulato da varie regioni) e niente contributo sui ricoveri ospedalieri. Per finanziare Asl e ospedali disco verde alla tassa sul «junk food», il cibo spazzatura che crea obesi e nuovi malati. E poi sui farmaci estensione del ticket sulle singole confezioni già applicato in diverse regioni, con un limite di spesa per ciascuna ricetta.

Sono queste le linee portanti del nuovo Patto per la salute 2013-2015

targato «Regioni», discusse ieri in una riunione fiume dagli assessori regionali alla sanità e che dovranno essere ratificate oggi dai Governatori convocati a Roma in Conferenza. Idee e proposte elencate in un primo documento tecnico di 51 pagine, che nei punti essenziali collimano con quelle presentate prima di Natale dal **Ministro della Salute, Renato Balduzzi**, alle stesse regioni.

Sui ticket l'idea è quella di rimodularli su più fasce di reddito e in rapporto alla composizione del nucleo familiare, tenendo conto del numero dei componenti della famiglia e della presenza di anziani o persone non autosufficienti a carico.

Lo strumento sarebbe quello dell'Isee, l'indicatore della situazione economica del contribuente, corretto sui bisogni di salute, un «sanitometro», come lo definisce il documento. Inoltre ci sarebbe accordo sulla proposta di introdurre tetti di reddito alle esenzioni per patologia, che sono il 15% del totale e che oggi, a prescindere si guadagni molto o poco, danno di-

ritto alla totale gratuità di visite, analisi e farmaci correlati alla patologia stessa. Il tutto con l'obiettivo di «innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione», è scritto nel documento, garantendo al contempo «maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione».

Quindi meno esenti, che oggi rappresentano il 47% della popolazione. In linea generale i ticket dovrebbero essere «crescenti al crescere della tariffa». Sui farmaci il ticket dovrebbe invece gravare su ogni singola confezione in percentuale al prezzo e con un limite

massimo di spesa a ricetta. Niet delle regioni invece all'idea di introdurre un ticket anche sui ricoveri. Darebbe molta impopolarità ed entrate per poche centinaia di milioni. Briciole rispetto agli 8 miliardi di tagli alla sanità inferti per il prossimo biennio dalle ultime manovre, che diventano 17 secondo le regioni se calcolati sul fabbisogno sanita-

rio da qui a fine 2014. Per questo farebbero comodo le risorse della tassa sul cibo spazzatura proposta da Balduzzi, che continua a sostenerla nel governo e davanti alle regioni, che dal canto loro sono assolutamente favorevoli, anche se non ne fanno cenno nel documento. Anche al ministero del-

l'Agricoltura ci stanno lavorando su, ma per reinvestire l'incasso nel settore.

Il «tetto» della spesa farmaceutica, infine, dovrebbe includere anche quella sostenuta dai cittadini per pagare la differenza di prezzo tra il farmaco «griffato» e il generico, scaricando sull'industria l'onere di ripianare gli sfondamenti.

## **NUOVO PATTO PER LA SALUTE**

Via libera anche alla tassa sul «cibo spazzatura» per finanziare Asl e ospedali



IN SETTIMANA LA STRAORDINARIA SUL PRIMO TESTO

## Patto per la salute: conferenza il 26 gennaio

Conferenza straordinaria dei governatori giovedì 26 gennaio dedicata al Patto per la salute 2013-2015. Le Regioni confermano così la corsa verso il nuovo Patto e già i primi giorni di questa settimana è all'esame degli assessori una bozza grezza di ciò che politicamente sarà analizzato nella riunione di giovedì. Al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale, venerdì 20 gennaio, un testo ancora non c'è, ma sono già chiari gli argomenti su cui le Regioni sono al lavoro.

L'unica voce che non entrerà nel Patto di quelle annunciate come probabili alla vigilia dell'avvio dei lavori è quella relativa ai nuovi criteri di riparto del fondo sanitario: giovedì 26 se ne comincerà a parlare, a febbraio ci sarà una conferenza ad hoc e il presidente dei governatori, Vasco Errani, ha sollecitato per questo la commissione Salute a terminare il mandato tecnico che la stessa Conferenza gli ha assegnato in collaborazione con Agenas e ministero.

Per quanto riguarda gli aspetti da analizzare e coordinare, il coordinamento della commissione Affari finanziari ha segnalato alcune criticità. La prima è che il taglio delle risorse pari a 8 miliardi per il 2013-2014 è stato confermato dal Governo con il rischio che tutte le Regioni vadano in piano di rientro se questa diminuzione delle risorse non viene sterilizzata in sede di valutazione dei bilanci regionali. La seconda è legata all'aumento dell'Iva previsto dalle due ultime manovre finanziarie che costituisce un aggravio di costi che non ha trovato finora copertura se non a carico delle Regioni. Poi ci sono le misure alternative ai ticket previste per parte del 2011 e per tutto il 2012 che non hanno garantito la copertura prevista.

Secondo la commissione, poi, la tempistica fissata dal ministero della Salute non è assolutamente automatica e scontata perché si sono volute affrontare in un unico documento due scadenze differenti: il rinnovo del Patto per la salute che è in vigore fino al 31 dicembre e la data del 30 aprile 2012 fissata dalla manovra estiva per l'intesa sui criteri necessari ad applicare le nuove regole (e i tagli) previste anche con misure alternative alla riduzione degli 8 miliardi previsti nella manovra dell'estate scorsa.

La preoccupazione dei governatori è che il «forte contributo» richiesto dal **ministro della Salute** alle Regioni sulla scrittura del nuovo Patto e la definizione del riparto delle risorse del fondo sanitario 2012 siano un impegno - "serio e difficile" lo hanno definito - che si rischia di non essere in grado di concludere pienamente.

Secondo le riflessioni dei governatori sugli input per il nuovo Patto, il taglio delle risorse previste per i prossimi anni è un'occasione per ripensare all'organizzazione generale dei servizi sanitari regionali prefigurando una sorta di piano di rientro nazionale nel quale tutti i soggetti interessati sono chiamati a fare la propria parte. E nel nuovo Patto per la salute dovranno essere individuati specifici interventi per le Regioni in piano di rientro.

E se all'avvio del lavoro sul Patto si è scelto di limitare a un nucleo ristretto di Regioni l'analisi delle cose da fare, i Governatori, dopo l'ultima bozza dell'indice fornita dalla Salute (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 2/2012) hanno deciso di rafforzare il rapporto tra gli assessori che partecipano al tavolo con il ministro e il resto della commissione Salute, individuando strumenti ad hoc per garantire adeguata informazione e un rapporto costante anche con la commissione Affari finanziari.

E il «G21» (cioè la rappresentanza di tutte le Regioni) ha scelto una serie di argomenti da approfondire ai tavoli tecnici in questi giorni: farmaceutica e dispositivi medici (misure per l'appropriatezza e i produttori); ticket ed esenzioni (ridefinizione dei criteri partendo dal reddito e dal carico familiare collegandoli non più solo alla presenza o meno di esenzione per patologia); riforma delle cure primarie prevedendo alle Regioni la possibilità di avere a livello territoriale degli spazi di manovra che oggi non hanno; previsione dell'introduzione di una tassa di scopo per gli investimenti; ridefinizione/rivisitazione dei Lea in relazione alla diminuzione del fabbisogno.

**P.D.B.**

---

## Balduzzi: «Ruolo chiave ai sindacati»

**P**rimo incontro medici-Balduzzi. La scorsa settimana il ministro ha ricevuto 26 sigle sindacali, rappresentative di tutte le componenti professionali della Sanità: medici dipendenti e convenzionati con il Ssn e dell'ospedalità privata, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici, professionali e amministrativi dipendenti.

I professionisti della Sanità - ha detto l'intersindacale al ministro - non vogliono essere costretti a subire le scelte sugli assetti del loro lavoro, ma chiedono un coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano attraverso la definizione di percorsi condivisi. E hanno spiegato a Balduzzi alcune criticità: la riqualificazione della rete ospedaliera e la riorganizzazione delle cure primarie, l'abuso di contratti atipici

che produce un diffuso precariato, anche in rapporto alla prossima carenza di medici e dirigenti del Ssn, il problema acutissimo della responsabilità professionale, la necessità di affermare i principi della trasparenza e del merito professionale, valorizzando il ruolo dei professionisti in un nuovo modello di governo clinico e recuperare le prerogative della contrattazione, almeno a livello aziendale.

I sindacati hanno richiamato poi la necessità di essere coinvolti nella definizione del Patto per la salute la cui agenda non può escludere le questioni attinenti al personale e il ministro si è dichiarato disponibile a fare da elemento propulsore di un Patto che renda i professionisti come interlocutori essenziali.

---

Confronto della Ragioneria generale dello Stato sui costi sanitari pubblici nell'Ue

# Spesa italiana al decimo posto

In Francia e Uk un punto in più di Pil - Germania e Spagna risparmiati

Che l'Italia non fosse nel club dei Paesi più spendaccioni nella Sanità ormai è cosa abbastanza nota. Ma l'ultimo confronto europeo a cura della Ragioneria generale dello Stato non lascia più tanti dubbi in merito. Dalla speciale classifica dei fondi pubblici destinati da ogni Paese Ue ai propri servizi sanitari - in base all'incidenza percentuale sul Pil - emerge infatti chiaramente come l'Italia sia abbondantemente dietro a molti partner europei. Per l'esattezza siamo al decimo posto tra venticinque Paesi dell'Unione avendo investito nel 2009 - anno preso in considerazione dai tecnici del ministero dell'Economia - il 7,5 della ricchezza prodotta per curare gli italiani. Spendono più di noi Danimarca e Irlanda (8,8% sul Pil), Regno Unito (8,5%), Francia (8,4%), Austria (8,3%), Belgio (8,0%), Rep. Ceca (8,0%), Finlandia (7,9%), Slovacchia (7,8%), Italia (7,5%), Svezia (7,4%), Portogallo (7,1%), Germania (6,9%), Slovenia (6,9%), Paesi Bassi (6,8%), Spagna (6,7%), Grecia (6,0%), Estonia (5,6%), Malta (5,5%), Polonia (5,1%), Lussemburgo (5,0%), Ungheria (5,0%), Lettonia (4,7%), Romania (4,3%) e Cipro (3,3%) e Slovacchia (7,8

per cento). Tra i "Big" dell'Ue risultano più "risparmiati" - almeno in percentuale al prodotto interno lordo - Svezia (7,4%), Portogallo (7,1%), Germania (6,9%), Paesi Bassi (6,8%), Spagna (6,7%) e Grecia (6 per cento).

La classifiche, come sempre, vanno prese con le molle viste le tante variabili in gioco: dai modelli sanitari diversi (c'è chi ha il servizio sanitario e chi un sistema assicurativo) all'incidenza della spesa a carico dei privati. Ma lo studio della Ragioneria - «La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi» - fotografa molto bene e con la solita pioggia accurata di numeri lo stato dell'arte del Welfare del Vecchio Conti-

nente. Nell'indagine non c'è infatti solo la Sanità, ma anche quanto i vari Paesi dell'Unione europea investono in protezione sociale (previ-

denza e assistenza sociale), istruzione, ambiente, cultura, difesa ecc.

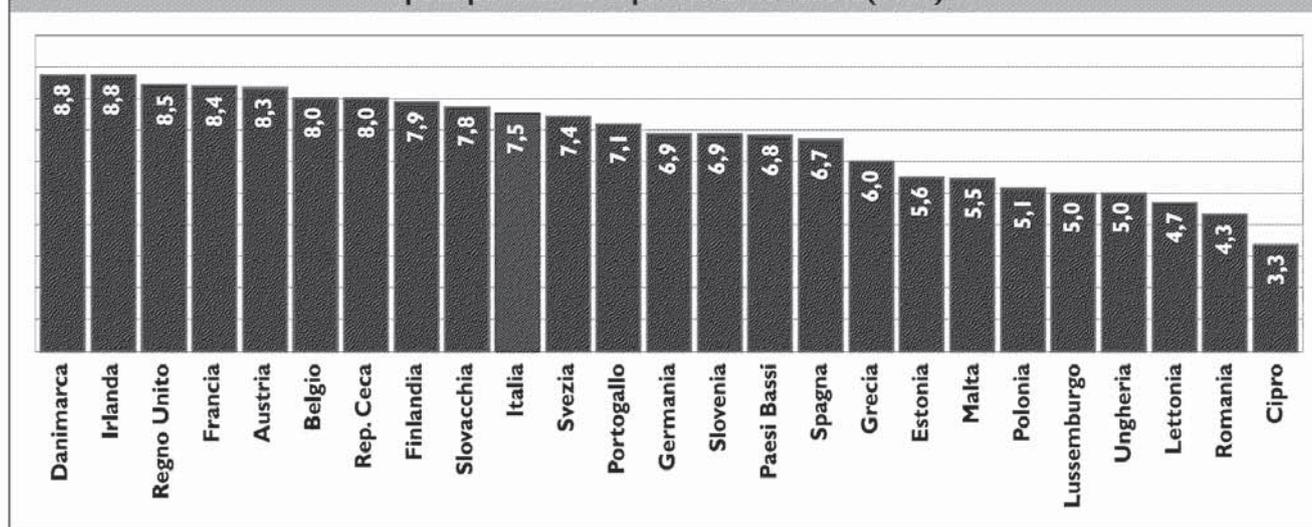
La performance da metà classifica europea per quanto riguarda la spesa sanitaria conferma quanto già emerso dall'ultimo confronto dell'Ocse sui 30 Paesi più sviluppati del mondo. Allora dagli «Health data 2011», pubblicati l'estate scorsa, risultava che la spesa sanitaria italiana fosse poco sotto la media dell'Ocse. Ora con i dati dell'Economia si ribadisce che anche in Europa nella spesa sanitaria non siamo tra i più "generosi". Anzi, siamo tra quelli che tengono abbastanza stretta la cinghia. Un dato importante, questo, che forse dovrebbe essere preso in considerazione in un momento di tagli e sacrifici per la spesa pubblica.

Non solo, se si prende in considerazione il trend di crescita della spesa dal 2001 al 2009 il nostro Paese risul-

ta tra quelli dove l'aumento è stato tra i più contenuti. Se nel 2001 spendevamo il 6,3% del Pil, otto anni dopo siamo arrivati appunto al 7,5%, segnando una crescita che vale oltre un punto (1,2 per l'esattezza) di prodotto interno lordo speso in più. La stessa crescita nostra l'ha registrata anche la Francia (+1,2). Nella maggior parte degli altri Paesi europei la crescita è stata invece più alta. Tra gli altri in Austria (+1,3), Belgio (+1,5), Spagna (+1,6), Irlanda (+1,7), Danimarca e Finlandia (+2), Paesi Bassi (+2,9) e Regno Unito (+2,6). Riesce invece a tenere sotto controllo l'aumento della spesa sanitaria, registrato praticamente ovunque, la Germania, con una crescita di solo mezzo punto di Pil in otto anni. Quasi un miracolo.

pagina a cura di  
**Marzio Bartoloni**

Spesa per Sanità in percentuale sul Pil (2009)



## Come è cambiata la spesa dal 2011 in poi (in % sul Pil)

Paesi	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	Paesi	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
<b>Belgio</b>	6,5	6,5	7,0	7,1	7,1	6,9	6,9	7,4	8,0	<b>Lituania</b>	n.d.								
<b>Bulgaria</b>	2,5	5,3	5,9	5,2	5,4	4,0	4,1	4,5	n.d.	<b>Lussemburgo</b>	4,8	4,7	4,8	5,1	5,2	4,6	4,4	4,4	5,0
<b>Rep. Ceca</b>	6,0	6,2	6,4	7,3	7,2	7,2	7,1	7,2	8,0	<b>Ungheria</b>	4,8	5,4	5,7	5,4	5,6	5,6	4,9	4,9	5,0
<b>Danimarca</b>	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2	7,3	7,5	7,8	8,8	<b>Malta</b>	5,1	5,7	6,0	6,1	6,4	6,4	5,8	5,3	5,5
<b>Germania</b>	6,3	6,4	6,5	6,2	6,3	6,2	6,1	6,3	6,9	<b>Paesi Bassi</b>	3,9	4,2	4,4	4,4	4,4	5,8	5,9	5,9	6,8
<b>Estonia</b>	4,1	4,2	4,1	4,0	4,1	4,2	4,4	5,2	5,6	<b>Austria</b>	7,0	7,1	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,8	8,3
<b>Irlanda</b>	6,1	6,4	6,7	6,9	6,7	6,6	6,9	7,8	8,8	<b>Polonia</b>	n.d.	4,4	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	5,1	5,1
<b>Grecia</b>	4,6	4,5	4,7	4,7	4,9	5,3	5,4	5,6	6,0	<b>Portogallo</b>	6,5	6,5	6,7	7,0	7,2	6,7	6,6	6,3	7,1
<b>Spagna</b>	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7	5,7	6,1	6,7	<b>Romania</b>	4,1	4,1	3,5	3,2	3,4	3,3	3,7	3,8	4,3
<b>Francia</b>	7,2	7,5	7,8	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	8,4	<b>Slovenia</b>	6,6	6,5	6,5	6,4	6,3	6,3	5,9	6,1	6,9
<b>Italia</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7</b>	<b>6,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,5</b>	<b>Slovacchia</b>	4,9	5,0	6,5	4,7	4,8	5,8	6,4	6,9	7,8
<b>Cipro</b>	2,9	3,1	3,4	3,1	3,1	3,1	2,9	3,0	3,3	<b>Finlandia</b>	5,9	6,2	6,5	6,6	6,9	6,9	6,6	7,0	7,9
<b>Lettonia</b>	3,2	3,7	3,4	3,5	4,3	4,9	4,3	4,6	4,7	<b>Svezia</b>	6,5	6,8	7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,9	7,4
										<b>Regno Unito</b>	5,9	6,2	6,3	6,7	6,9	7,1	7,1	7,5	8,5



Nella foto un'ecografia del feto. Grazie a controlli ravvicinati e nuovi farmaci ora anche le donne in cura per un tumore o con problemi di cuore possono avere un bambino.

# Mamme anche dopo la chemio

Le terapie tumorali e le malattie cardiache non impediscono più di avere un figlio. Arrivano nuove cure dedicate a queste gravidanze difficili

Ora anche le donne che non potevano avere figli perché soffrono di problemi di cuore o devono seguire delle cure antitumorali per il cancro al seno possono realizzare il sogno di diventare mamme. Grazie a un importante studio italiano si è scoperta una terapia che protegge la fertilità dagli attacchi della chemioterapia. E nuove linee guida rassicurano che anche chi ha una cardiopatia può portare avanti una gravidanza. «In Italia, ogni anno, 1.500 donne con meno di 40 anni vengono colpite da un cancro al seno e molte devono sottoporsi a una chemioterapia. I farmaci usati, però, riducono il numero di ovuli e provocano una menopausa precoce in almeno due pazienti su cinque» spiega uno degli autori della ricerca, il dottor Marco Venturini, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica. Lo studio ha dimostrato che somministrando la triptorelina, un ormone che mette a riposo le ovaie, diminuiscono gli effetti negativi della chemioterapia. E, una volta guarito il tumore, otto donne su 10 riprendono ad avere le mestruazioni. Dopo sei, 12 mesi dalla fine delle terapie il ciclo ricompare e si può provare subito ad avere un bambino.

**UN CUORE PER DUE** Ottime speranze anche per le donne con problemi cardiaci non gravi. Fino a oggi quelle

che soffrivano, per esempio, di malattie congenite come il prolasso o un'insufficienza della valvola mitrale oppure che avevano subito interventi come l'angioplastica per dilatare le coronarie, dovevano rinunciare in partenza a diventare mamme. Ora le nuove linee guida, frutto di numerosi studi clinici a livello internazionale, rassicurano che nella maggior parte dei casi anche loro possono affrontare la maternità. Le ricerche hanno dimostrato che ci sono terapie compatibili con la gravidanza (come certi farmaci antipertensivi) e tecniche chirurgiche sempre più evolute per consentire al cuore di sostenere i cambiamenti cardiocircolatori dei nove mesi. «Certo, occorre valutare ogni singolo caso» spiega la dottoressa Patrizia Presbitero, responsabile dell'Unità operativa di emodinamica e cardiologia interventistica dell'istituto Humanitas di Rozzano e una delle esperte che ha stilato le linee guida. «Per esempio, se c'è un restringimento dell'aorta di una certa entità, prima di affrontare una gravidanza è consigliabile risolverlo chirurgicamente».



**LAURA D'ORSI**  
GIORNALISTA DI SALUTE E BELLEZZA. È MAMMA DI DUE MASCHI. POTETE SCRIVERLE A DALMEDICO@MONDADORI.IT

**IL MEDICO**

## Scoperta la proteina anticancro

Le metastasi sono cellule maligne che si staccano dal tumore originario e si diffondono in altri organi, dove possono riprodursi e generare nuovi tumori. Si pensa che bloccando le metastasi molte forme potrebbero essere curabili. Le metastasi, in genere, sono tipiche delle fasi più avanzate della progressione del male che inizialmente è limitato all'organo dove si è formato, e solo in seguito cresce e colonizza altri organi utilizzando soprattutto il circolo linfatico e quello sanguigno. Non esistono sistemi di prevenzione o particolari comportamenti che il paziente con il tumore possa attuare per evitare che le metastasi si diffondano nell'organismo. Ma



grandi speranze arrivano dalla ricerca. In uno studio pubblicato su *Nature*, un gruppo di ricercatori svizzeri ha identificato in una proteina da tempo studiata, la periostina, un possibile bersaglio di nuove terapie. Questa proteina viene iperprodotta dalle cellule tumorali e facilita la diffusione delle metastasi.

**Nello studio, fatto sui topi, bloccando l'azione di questa proteina si è riusciti a bloccare la possibilità dei tumori di dare metastasi.** È ancora presto per poter dire che la cura è stata trovata ma, probabilmente, un grosso passo avanti è stato fatto. Ora si dovranno fare studi anche sull'uomo per valutare efficacia ed effetti collaterali ma è stato probabilmente aggiunto un importante gradino nella scala che porterà a sconfiggere il cancro. **FILIPPO TRADATI**

**Il caso** Ma la Cgil medici: misura di buon senso che non danneggia l'indipendenza della categoria

# Indicazioni per i farmaci generici

## I medici: limiti alla nostra autonomia

### Proteste per l'obbligo di segnalare l'alternativa sulle ricette

ROMA — L'obiettivo del governo è rilanciare la cultura di pillole e sciroppi «non griffati». **Farmaci** che dopo la scadenza del brevetto possono essere prodotti da aziende diverse da quella originaria che ne ha detenuto l'esclusiva per un certo numero di anni. Adesso una norma del decreto sulle liberalizzazioni rinforza l'impegno a spingere verso prescrizioni più favorevoli al mercato dei medicinali meno costosi e in particolare di quelli generici.

Il medico dovrà infatti informare il paziente «dell'eventuale presenza in commercio di medicinali con uguale composizione di principi attivi, forma, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio».

Inoltre, sulla ricetta chi la prescrive dovrà aggiungere, a seconda della sua valutazione personale, le parole «sostituibile con equivalente generico» oppure «non sostituibile» nei casi in cui sussistano motivazioni contrarie. E se il dottore si limita a scrivere il nome del **farmaco**? In questo caso sarà il farmacista, forte di una prerogativa che gli deriva da una legge del 2001, a «fornire il medicinale equivalente col prezzo più basso salvo la diversa richiesta del cliente». Una pratica dunque già disegnatrice ma che ha stentato ad affermarsi in modo deciso a differenza di altri Paesi (Gran Bretagna, Usa, Germania) dove volumi e penetrazione del generico hanno percentuali ben più poderose (dal 65 all'80%) rispetto al nostro 14%.

Ciò vale per l'intero prontuario terapeutico sia di fascia A (rimborso da parte del servizio sanitario pubblico) sia di fascia C (a carico del cittadino). Il legislatore ritiene di aver rispettato le autonomie di medico, farmacista e paziente che avrà la libertà di scegliere se acquistare la confezione con brand o quella equivalente.

Le polemiche però erano dietro l'an-

golo. Proteste dei medici di famiglia della Fimmg che intravedono il rischio di essere limitati nella loro «autonomia prescrittiva» e consigliano «di scrivere sempre "non sostituibile", unico modo per difenderci da responsabilità che deriverebbero dall'assunzione di **farmaci** diversi da quelli indicati», come afferma Giacomo Milillo, segretario nazionale del sindacato. **Farminindustria**, l'associazione delle aziende **farmaceutiche**, parla di provvedimento «devastante perché provoca danni a imprese che da anni investono in innovazione e ricerca. Il risparmio va correttamente perseguito. Qui si realizzano invece trasferimenti coatti di quote di mercato». Viene inoltre messo in dubbio il principio dell'eguaglianza tra le due categorie di medicine. Sottolinea il presidente **Massimo Scaccabarozzi**: «L'equivalenza può avere un'oscillazione del 20%». Sì di Assogenerici, che rappresenta i produttori di equivalenti, settore storicamente poco fortunato in Italia: «Occupiamo il 14% del mercato, conquistato in 12 anni. C'è ancora chi contesta il principio dell'equivalenza. I medici ci sono sempre stati ostili. Invece gli equivalenti sono un'ottima opportunità di risparmio. Nel 2011 lo Stato ha perso un potenziale risparmio di 600-800 milioni».

Controcorrente rispetto al resto della categoria, la Cgil medici. Secondo **Massimo Cozza**, segretario nazionale, è una norma «di buon senso che non ci danneggia sul piano dell'indipendenza professionale. D'altro canto la nostra deontologia già ci impegna a indicare il prodotto meno costoso a parità di principio attivo, dosaggio», secondo **Massimo Cozza**.

I generici hanno il nome del principio attivo e prezzi concorrenziali rispetto alle confezioni griffate, anche 2 euro in meno. «Amoxicillina» anziché «Zimox», antibiotico. «Ketoprofene sale

di lisina» anziché «Oki», antidolorifico. «Nimesulide» anziché «Aulin». «Paracetamolo» anziché «Efferalgan», un antifebbre. «Acido acetilsalicilico» anziché «Aspirina C», per il raffreddore. I grossi brevetti sono tutti scaduti anche su molecole di grande consumo e spesa ad esempio nell'area cardiovascolare, dei vasodilatatori, dell'ipertensione e degli antidepressivi. Non solo, entro il 2013 perderanno l'esclusività altri principi attivi di sensibile impatto come quelli anticolesterolo e gli antiastmatici. In ballo centinaia di milioni di fatturato.

Ieri il ministero della Salute ha dovuto aggiungere nuovi chiarimenti sulla norma che era già stata esplicitata nella versione definitiva del decreto ma che aveva sollevato interrogativi legati all'interpretazione. Il ministro **Renato Balduzzi** precisa che l'impegno per medici e farmacisti di indicare il medicinale meno costoso, se di uguale profilo terapeutico, riguarda tutti i prodotti, compresi quelli con marchio. L'obiettivo è «alleggerire i costi per le famiglie». E ancora: «Al farmacista non viene imposto di dare al cliente, che non esprima diversa volontà, il medicinale generico col costo più basso fra quelli di uguale composizione anche se è uguale o addirittura superiore al prezzo del prodotto con marchio». In altre parole: in presenza di uguale composizione vince il **farmaco** meno caro a prescindere dalla sua natura commerciale.

Milillo però contesta l'affermazione secondo cui generico e griffe siano identici e sostituibili: «Non lo sono affatto, pensiamo alla differenza degli eccipienti. Eppoi i pazienti soprattutto gli anziani sono abitudinari e se gli cambi scatola, colore o formato delle pillole e piccoli dettagli rischiano di condizionare il successo della cura».

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il caso****L'obiettivo**

Con una norma del decreto sulle liberalizzazioni, il governo vuol promuovere l'uso dei cosiddetti **farmaci** generici, meno cari di quelli «griffati»

**Informazione**

Il medico deve informare il paziente «dell'eventuale presenza in commercio di medicinali con uguale composizione di principi attivi»

**La ricetta**

Sulla ricetta il dottore dovrà aggiungere, a seconda del suo parere, le parole «sostituibile con equivalente generico» o «non sostituibile»

11

**L'articolo** del decreto «Cresci Italia» che, al comma 9, prevede che il farmacista, se sulla ricetta non risulta l'indicazione della non sostituibilità del **farmaco** prescritto, deve fornire il medicinale equivalente generico con il prezzo più basso

14%

**Il volume** e la penetrazione sul mercato italiano dei farmaci generici. La differenza con quanto avviene all'estero è marcata: in Gran Bretagna, Usa e Germania le percentuali vanno dal 65 all'80%

**Sanità.** Esenzioni dal ticket indebite

## Farmaci per la prostata prescritti a due donne

**291 milioni****Danni erariali nella sanità**  
Sono stati 858 gli interventi della Corte dei Conti

La cura della «ipertrofia prostatica benigna» passa per due **farmaci** dai nomi difficili da ricordare, così come da tradurre nelle più classiche delle ricette scritte a mano dai medici curanti.

A meno che a prescriverle non sia uno di quei camici bianchi che rientrano tra «i maggiori medici prescrittori» d'Italia e con un alto tasso di erogazione di esenzioni dai ticket sanitari. Infatti i due medicinali dal nome impossibile, ma utili a debellare la malattia diagnosticata, sono di quelli a cura del Servizio sanitario nazionale e dunque dove a pagare la cura alla fine è lo Stato.

A pagare potrebbe essere il paziente se i due medicinali fossero prescritti. Ma spesso le conoscenze dei meccanismi e

delle modalità per rientrare tra i maggiori prescrittori d'Italia e degli erogatori a getto continuo di esenzioni dal ticket non sempre coincidono con le conoscenze mediche e soprattutto terapeutiche dei **farmaci** prescritti.

Nel caso dei due medicinali dal nome impossibile necessari per la cura dell'ipertrofia prostatica benigna, il professionista delle esenzioni le ha prescritte a due donne pugliesi. Particolare, quest'ultimo, che ha incuriosito la Guardia di Finanza di Martina Franca visto che nelle indicazioni terapeutiche formulate dal ministero della Salute sull'utilizzo dei due medicinali è indicata a chiare lettere la controindicazione all'uso dei due **farmaci** da parte delle donne.

Un dato non da poco visto che gli stessi **farmaci** se prescritti "off-label", cioè fuori delle indicazioni terapeutiche sono sì prescrivibili ma con "ricetta bianca" e quindi totalmente a carico del paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Farmaci illegali, stangata a Google

*Favoriva le vendite online. Smascherata dall'Fbi grazie all'aiuto di un truffatore*

**L'azienda ritenuta responsabile delle inserzioni pagherà una multa da 500 milioni di dollari**

DAL NOSTRO INVIATO  
**ANGELO AQUARO**

NEWYORK — Il truffatore che ha incastrato Larry Page, il fondatore di Google, ha un curriculum che neppure *La Stangata*. A 16 anni rubò la carta di credito della madre, affittò un jet privato e volò con la fidanzatina a fare shopping in un centro commerciale. Da grande raccolse milioni di dollari di ordinativi di iPod a metà prezzo: ma poi prese i soldi e scappò, affittando a Miami una casa da 200 mila dollari al mese. Fuggito in Messico, mise su un business per vendere negli Usa steroidi e altri farmaci semiproibiti, grazie agli annunci fuorilegge che Google non avrebbe mai potuto accettare. Fu l'ultimo colpo: i federali che lo inseguivano per la storia degli iPod riuscirono a stanarlo in Sudamerica e lo rispeditero negli Usa dove rischiava 65 anni di carcere. Invece David Whitaker tra due anni sarà libero: perché dalla prigione ha aiutato l'Fbi a incastrare proprio Google.

Lo scandalo delle medicine vendute fuorilegge e senza prescrizione è già stato tacitato dal gigante del web. Quando gli agenti federali si sono presentati a Mountain View, il più grande sito Internet del mondo ha ingaggiato come avvocato nientemeno che Jamie Gorelick, che di mestiere faceva il viceministro della Giustizia per Bill Clinton. Nessuno finirà adesso alla sbarra perché il processo non si farà: la compagnia ha accettato di pagare una multa record da 500 milio-

ni di dollari riconoscendo che non avrebbe «mai dovuto accettare quelle pubblicità».

Al di là della cifra — comunque spiccioli per una compagnia che siede su 45 miliardi di dollari cash — l'ammissione costituisce un precedente: Google finora si era sempre ritenuta non responsabile dei contenuti del suo milione e passa di inserzionisti. Il riconoscimento di responsabilità potrebbe ora aprire la porta ad accuse più grandi: un quarto del traffico su Internet, dice uno studio della *Nbc*, comporterebbe infatti lo scambio illegale di film, canzoni, tv show e giochi. E tutto questo mentre l'America si spacca sulle nuove leggi antipirateria che da Google a Wikipedia i re di Internet contestano.

Il bello, si fa per dire, è che l'Fbi è riuscita a incastrare il gigante del web proprio grazie a un pirata. Quando, arrestato per la truffa degli iPod, Whitaker ha spifferato il commercio di farmaci illegale e millionario grazie a Google, i federali hanno chiesto il suo aiuto per allestire la trappola. Con le catene ai piedi, il 37enne David ha così imbastito dal carcere l'ultima truffa, benedetta dall'Fbi, creando il sito *SportDrugs.net*. Google prima ha rifiutato le intenzioni ma poi, sollecitata dal truffatore, ribattezzatosi Jason Corriente, ha cercato una via per l'accordo. «E dai documenti e dalle testimonianze sappiamo che Larry Page sapeva» scrivono i magistrati nelle carte dell'accusa. Aggiungendo per gli amanti del rischio hitech un simpatico particolare. A sollevare dubbi su quelle pubblicità proibite fu Sheryl Sandberg: il capo finanziario di Google che da lì a breve sarebbe improvvisamente volata a Facebook per diventare il numero due di Marck Zuckerberg. Per Larry Page & co., un'altra piccola stangata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La scheda



### L'IMBROGLIONE

Fuggito in Messico dopo varie truffe, David Whitaker nel 2006 vende negli Usa farmaci vietati grazie ad annunci su Google



### IL PATTO

Arrestato dall'Fbi nel 2008, Whitaker svela il commercio illegale e i federali chiedono il suo aiuto in cambio di uno sconto di pena



### LA TRAPPOLA

Whitaker si finge un agente canadese, crea il sito *SportDrugs* e compra inserzioni su Google registrando le telefonate



### LA MULTA

Incastrata, Google ha ingaggiato l'avvocato Jamie Gorelick e accettato di pagare una multa record da 500 milioni di dollari



## Manicomi giudiziari addio Marino: svolta di civiltà

Svuota-carceri Tornano  
liberi 600 rinchiusi

→ FUSANI ALLE PAGINE 20-21

Intervista a Ignazio Marino (Pd)

# «Basta ospedali psichiatrici svolta epocale di civiltà»

Il presidente della Commissione sanitaria d'inchiesta: «Il voto parlamentare ridà la libertà ad almeno 600 persone giudicate non pericolose socialmente»

CLAUDIA FUSANI  
cfusani@unita.it

Uscirà Giovanni chiuso da 22 anni nell'Opg di Barcellona Pozzo Li Gotto che l'hanno trovato legato a una rete metallica, senza materasso e piena di ruggine con un buco in mezzo a mo' di latrina. Uscirà Antonio che nel 1992 era entrato in un bar e simulando di avere una pistola in tasca, s'era fatto consegnare 7 mila lire. Al processo fu giudicato "incapace di intendere e di volere" e se lo sono dimenticato là dentro. Ne usciranno almeno 600 così, persone giudicate non più pericolose socialmente e però così scomode «il sistema» le ha parcheggiate negli ospedali psichiatrici. Saranno ristretti in strutture diverse, più nuove e più piccole, gli altri 700-800 detenuti.

### La forza dei video

«Le immagini che abbiamo mostrato hanno colpito tutti, anche Monti e hanno avuto un ruolo importante nella scelta»

Chiudono i sei ospedali psichiatrici giudiziari. Giù il sipario, per sempre, sugli orrori denunciati dalla Commissione sanitaria d'inchiesta sull'efficienza del sistema sanitario nazionale presieduta dal senatore Ignazio Marino.

### Senatore, una nuova legge Basaglia?

«Lo psichiatra Vittorino Andreoli parla di svolta epocale, di scelta di civiltà superiore a quella compiuta nel 1978 dalla legge Basaglia che chiuse i manicomi e istituì i servizi di igiene mentale pubblici».

### Lega e pezzi del Pdl dicono che il decreto Severino dopo i ladri mette in libertà anche i serial killer...

«La legge è stata votata all'unanimità in Commissione anche dalla Lega, ha avuto nel collega del pdl Michele Saccomanno uno dei sostenitori più convinti ed è stata presentata come emendamento nel decreto Severino sulle carceri dal presidente della Commissione Giustizia Filippo Berselli, pdl. Ogni deputato ne ha compreso la necessità e l'urgenza».

La svolta è arrivata con la documentazione video raccolta da lei, dalla senatrice radicale Poretti e da altri vostri colleghi quando vi siete presentati all'improvviso a Barcellona Pozzo Li Gotto, uno dei sei Opg in Italia?

«Quelle immagini hanno confermato quello che molti sapevamo già. Dopo quelle immagini nessuno ha più potuto dire "non sapevo". Credo che quel video (coraggiosamente trasmesso da *Presa diretta* su Rai 3, ndr) sia stato importante anche nel colloquio che ho avuto prima con il presidente Monti e poi con i ministri Severino e Balduzzi e nella loro decisione di fare della chiusura degli opg una delle priorità del governo».

### Quando ha incontrato Monti?

«Il 2 gennaio alle 9 del mattino. Credo di essere stato il suo primo appuntamento di lavoro del nuovo anno. In due ore e mezzo abbiamo esaminato tutto il materiale raccolto in un anno dalla Commissione. Nei giorni successivi ho incontrato il ministro Severino (Giustizia, ndr) e Balduzzi (Sanità, ndr). Hanno ascoltato ogni singola osservazione, visionato ogni fotogramma. Non c'è stato bisogno di convincerli».

### Cosa succede ora veramente?

«Quando il decreto sarà legge (manca ancora il via libera della Camera, ndr) 600 persone non più pericolose socialmente tenute là dentro per mancanza di alternative saranno affidate dal magistrato di sorveglianza ai servizi di salute mentale del territo-

rio»

### **E il territorio è in grado? Ce la fa?**

«Siamo in Italia, paese industrializzato, membro del G8, nessun altro paese sopporta una vergogna come la nostra. Quindi il territorio ce le deve fare».

### **Gli altri 7-800 che restano reclusi?**

«Saranno trasferiti in altre strutture, più nuove e idonee a questo tipo di detenzione. Ad esempio con psichiatri che incontrano i detenuti con cadenza settimanale regolare e non mezz'ora al mese come succede ad Aversa. E con farmacie che prescrivono

le medicine: sempre ad Aversa il medico firmava le prescrizioni una volta all'anno».

### **Tempi?**

«L'emendamento dice che entro il 31 marzo 2013 le Regioni e l'amministrazione penitenziaria devono individuare le nuove strutture interamente a carattere ospedaliero. Il governo ha stanziato 252 milioni. Questo lavoro non può e non deve correre il rischio di essere rallentato e sono certo che ognuno farà tempestivamente la propria parte».

### **Soddisfatto?**

«E' un passo importante nella storia della sanità e della psichiatria. Per quello che mi riguarda dà senso al mio mandato parlamentare. Resta il rammarico che per molte di loro siamo arrivati tardi». Persone come Pietro, chiuso nell'Opg di Montelupo nel 1985 perchè andava in giro vestito da donna e disturbava. Quando la Commissione l'ha scoperto, un anno fa, faceva bigiotteria con materiali riciclati. Sempre vestito da donna. Imbottito di farmaci.❖