

Rassegna del 27/07/2010

MANIFESTO FIRENZE - Ancora avanti per applicare la legge 194 - ...

1

Ancora avanti per applicare la legge 194

Luisa Petrucci*

La rete di associazioni delle donne di Firenze "Libere Tutte" esprime soddisfazione per le aperture del presidente regionale Enrico Rossi riguardo all'uso della pillola abortiva Ru486 in regime di day hospital. Rossi spiega: "Quella farmacologica è una metodica di intervento per procurare l'aborto che si affianca a quella chirurgica. Si tratta di applicare la legge 194, come farlo è solo un dato tecnico, la cui competenza è prima di tutto dei medici e riguarda il rapporto speciale che c'è tra l'operatore e la paziente. Le linee guida regionali (che prevedono il ricovero di tre giorni, ndr) non sono vincolanti".

Su questo punto era in corso una discussione: la Regione Toscana, seguendo le direttive nazionali che, proprio per scoraggiare l'utilizzo di tale metodica, prevedono l'ospedalizzazione di tre giorni, non aveva prospettato, a differenza dell'Emilia Romagna, la possibilità del day hospital. Come Libere Tutte avevamo inviato, nei giorni scorsi, una lettera aperta a Enrico Rossi che sollecitava un ripensamento della Regione al riguardo, e poneva anche altre

questioni. Siamo convinte che le aperture del presidente siano importanti, ma riteniamo pure che, per una piena applicazione della legge 194, debbano essere prese dalla Regione le misure opportune per contrastare il sabotaggio strisciante della legge stessa, costituito dalla crescita progressiva dell'obiezione di coscienza. L'articolo 9 affida infatti alla Regione il compito di controllarne e garantirne l'attuazione, anche attraverso la mobilità del personale.

Nella nostra lettera aperta chiedevamo anche la previsione di una corsia preferenziale presso i punti di pronto soccorso ospedaliero, per l'accesso alla contraccezione di emergenza nei giorni festivi e negli orari di chiusura dei consultori; l'istituzione di un apposito sito web che metta in rete realtà e risorse esistenti relative a queste tematiche; infine un incontro in cui poter discutere, con il presidente e con l'assessora alla sanità, delle questioni che abbiamo posto. Speriamo in una sollecita risposta a tutte le nostre richieste.

***Libere Tutte - Firenze**



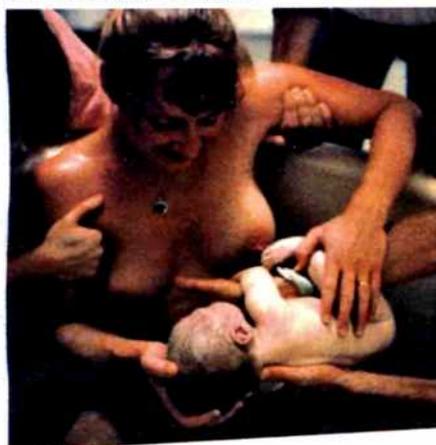
Rassegna del 27/07/2010

GRAZIA - Parto, ma a modo mio - Brusa Gallina Chiara

1

creativi nati

A DESTRA, UN PARTO IN CASA. SECONDO GLI ULTIMI DATI NE AVVENGONO CIRCA 600 L'ANNO. SOTTO, UN BAMBINO NATO IN ACQUA: OGGI PIÙ DI 50 STRUTTURE, IN ITALIA, PERMETTONO ALLE DONNE DI SCEGLIERE QUESTA MODALITÀ.



— PARTO, MA A MODO MIO —

A CASA CON L'OSTETRICA O IN OSPEDALE "DA SOLE", AIutate DALL'AUTOIPNOSI O DALLE LIANE APPESE AL SOFFITTO. PER DARE ALLA LUCE UN BAMBINO C'È SEMPRE PIÙ SCELTA (MA QUAL È QUELLA GIUSTA?)

DI CHIARA BRUSA GALLINA

Per partorire, oggi, i normali corsi quasi non bastano più. I bambini non nascono più solo in acqua, ma anche con mamme che fanno ricorso all'autoipnosi o aiutate dai movimenti della danza del ventre. In ospedale, ma anche in casa (e non come ai tempi delle nonne). Ci sono sempre più donne che si prendono la libertà di scegliere come e dove partorire, magari aiutate da ostetriche vip come l'americana Cara Muhlhahn (vedi pagina 84), diventata simbolo di questa tendenza che, qui in Italia, è raccontata da Elisabetta Malvagna nel libro *Il parto in casa* (Red!).

HOME SWEET HOME

La domanda è: perché, nel 2010, una donna sceglie di far nascere un figlio nel proprio appartamento? «Il reparto può somigliare a un campeggio, invece la casa offre il massimo dell'intimità e la continuità dell'assistenza», osserva Barbara Taurelli, ostetrica romana che tiene corsi in tutta in Italia con l'associazione Progetto nascere. Sarà per questo che molti personaggi pubblici

prediligono l'"home birth". L'ultima, in ordine di tempo, è stata la cantante Giorgia (prima di lei tanti altri volti noti: dall'attrice Demi Moore alla top model Gisele Bündchen). La privacy, però, non spiega tutto. «È una nascita più dolce, tanto è vero che poi non si registra il calo fisiologico di peso che, di solito, colpisce i neonati», dice Liberata D'Ambrosio, referente del team di ostetriche del servizio parto a domicilio dell'ospedale Sant'Anna di Torino. Anche la madre trae benefici. Marta Campiotti, presidente del Coordinamento nazionale ostetriche parto a domicilio (www.nascereacasa.it), spiega: «Tutto avviene in modo più rispettoso dei tempi della donna. Il travaglio inizia spontaneamente, non viene accelerato, la posizione è libera, non c'è episiotomia (intervento che consiste nel taglio del muscolo perineo, ndr). Il cordone non viene reciso per vari minuti. È importante anche l'aspetto psicologico: l'ostetrica è sempre lì».

SELEZIONI SEVERE

In Italia il fenomeno non è ben inquadrato (nelle Marche e in Emilia-Romagna è previsto un rimborso, altrove no). L'Istat calcola che le nascite in casa siano circa una su 1.000, ma non esiste un osservatorio: le ostetriche del Coordinamento nazionale ne calcolano 600-700 l'anno, senza contare le libere professioniste non affiliate e le Case di maternità. Ovunque, però, la sicurezza è imprescindibile.

«Noi seguiamo molte gravidanze: solo la metà di quelle che vorrebbero possono partorire a casa», dice la D'Ambrosio. Il "sì" arriva all'ottavo mese, solo se la gravidanza è sana e il bimbo ha peso e posizione giusti. Aggiunge Campiotti: «Se poi è necessario, c'è il trasferimento in ospedale: avviene nel 15 per cento dei travagli, non per un'emergenza, ma per una maggiore sicurezza».

«L'importante è che si possa decidere»

Il documentario *The Business of Being Born* l'ha resa il simbolo della nascita naturale negli Stati Uniti. Ora Cara Muhlhahn, in 30 anni di esperienza come ostetrica, ha fatto nascere un migliaio di bambini, quasi tutti tra le mura domestiche.

Vuole riportare le donne a partorire in casa?

«Sto facendo solo la mia parte per permettere che le donne abbiano la possibilità di scegliere e la maternità sia libera da interventi non necessari».

Alcune associazioni mediche sono contrarie al parto in casa...

«Vorrei che seguissero l'esempio del Royal College dei ginecologi inglesi, che ha dichiarato che il parto in casa è sicuro per le donne a basso rischio. Studi americani e olandesi recenti mostrano addirittura che, evitando operazioni inutili, la sicurezza aumenta».

Molte celebrities lo scelgono...

«Non si tratta di una moda, né una scelta fatta per vanità».

Un parto in casa fa meno paura di uno in ospedale?

«La paura è normale, quando il travaglio si avvicina. Ma le donne devono viverlo come una sfida che precede le emozioni, bellissime, della maternità». (c.b.g.)



UNA SALA PARTO DELL'OSPEDALE SAN FRANCESCO DI NUORO, ATTREZZATA CON UN SISTEMA DI "LIANE" PER AIUTARE LE DONNE NEL MOMENTO DEL PARTO.

ANTISTRESS, MA CON FANTASIA

A casa si può nascere nel letto o sul divano, nella vasca o sotto la doccia e anche seguendo una pratica che si sta diffondendo, quella di tenere il cordone ombelicale attaccato al bambino finché non si separa da solo. Si chiama "lotus birth". «È per evitare il trauma della nascita», dice Susanna Hinnawi, fondatrice dell'associazione Lotus Birth-Italia (www.lotusbirth.it). Fino a quando non avviene il distacco naturale - anche dopo quattro giorni - il neonato continua ad assorbire il ferro e gli ormoni che lo aiutano a superare lo stress.

E la tensione delle mamme? Prima ci si limitava al training autogeno, oggi ci sono yoga, canto prenatale (che, secondo numerose ricerche, è efficace per allenare la respirazione) e l'"hypnobirthing", l'autoipnosi, particolarmente in voga negli Usa, per alleviare la sofferenza. Sempre in America esiste il più radicale "freebirth", il parto autoassistito, in cui si fa tutto da sole, senza l'aiuto dell'ostetrica (ma è una scelta molto contestata).

C'è anche chi si prepara al "grande giorno" ballando. L'ospedale di Vimercate, in provincia di Monza, è tra i primi a offrire la danza del ventre come ginnastica prenatale. «Agevola il rilassamento muscolare e migliora il rapporto con il proprio corpo, anche dopo la gravidanza», spiega il primario del reparto di ginecologia Giulio Polizzotti, convinto che «una delle più grandi rivoluzioni in ostetricia sta nell'aver capito che la donna deve assumere la posizione che desidera nel travaglio e nel parto». Una libertà che si ritrova anche nei risultati di uno studio condotto dai ricercatori dell'organizzazione Cochrane Collaboration, secondo cui non bisogna proibire cibo e bevande durante il travaglio, come si fa di prassi. «Servono zuccheri, le donne devono potersi muovere e scegliere la posizione sia nella fase dilatante che espulsiva», spiega Piera Maghella, direttrice del centro studi del Movimento internazionale parto attivo. «La posizione supina è utile solo al ginecologo», dice l'esperta. E allora per trovare la propria ci si può aiutare con gli attrezzi: sgabelli, materassi, liane e corde che pendono dal soffitto, i palloni giganti su cui sedersi per alleviare le tensioni o la più tecnologica "birthwheel", la ruota per il parto. Gli studi dimostrano che le donne che riescono a controllare maggiormente quel che succede ne escono rafforzate psicologicamente. Un'energia che farà comodo con l'arrivo del bambino. ■

Amedeo Bianco, presidente FnomCeO, indica prospettive future e tappe per riformare la legge del 1946

«L'Ordine guardiano della qualità»

Oltre le sanzioni un "servizio civile" per i medici - Pace armata con le professioni

Maggior potere disciplinare anche con la previsione di una forma di "servizio civile" di rieducazione accanto alle sanzioni tradizionali. Poi, rapporti alla pari con l'Università nella formazione e responsabilità ben chiare e divise con le professioni sanitarie. Secondo Amedeo Bianco, presidente della FnomCeO, l'Ordine che verrà dopo la riforma in pista con il Ddl delega approvato all'esame del Consiglio dei ministri dovrà essere garante della qualità sia dei servizi ai cittadini che della formazione professionale dei medici.

A PAG. 2-3

Amedeo Bianco, presidente FnomCeO, sul nuovo ruolo degli Ordini per la professione

«La mia Fnom per il futuro»

Poteri sanzionatori più moderni e rigidi - Una rete per tutelare le minoranze

Modalità e contenuti della formazione sono prerogative dell'Università e quindi dei saperi; saper essere e saper fare sono questioni professionali e riguardano Ordini e Ssn

Una misura di censura più moderna potrebbe essere la sanzione classica accompagnata però dall'obbligo di un'attività formativa in un determinato settore in cui il medico è in difetto

DI PAOLO DEL BUFALO
ROBERTO TURNO

«**S**ono cambiate le violazioni deontologiche e devono cambiare le sanzioni: più immediate, severe e anche con la previsione di una specie di "servizio civile di rieducazione" del medico per alcuni reati». E ancora: l'Università deve «contaminarsi» con la professione e seguire una strategia di equilibrio maggiore nelle valutazioni, mentre la formazione continua e l'aggiornamento devono essere una garanzia su cui vegliano gli Ordini.

Le novità in rampa di lancio non mancano in vista della revisione della legge istitutiva degli Ordini delle professioni sanitarie che risale al 1946, chiesta a gran voce da tutte le Federazioni e ora contenuta nella delega al Governo prevista dal Ddl esaminato in prima lettura dal Consiglio dei ministri del 16 luglio (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 28/2010). Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli

odontoiatri, rilancia i cardini del cambiamento e di una «modernizzazione» della deontologia professionale che garantisca sicurezza e qualità dell'atto medico. Ma Bianco lancia anche alcuni altolà. Nessun «paradiso terrestre» con le professioni, precisa: si deve arrivare a un sistema di relazioni governato con intelligenza dove però dev'esserci chi ha maggiori responsabilità. E ancora, mette in guardia: tra manovre, tagli e rischi di un federalismo che non ha lo stesso occhio per tutte le aree del Paese, i medici - soprattutto i giovani - sono demoralizzati e demotivati e, al di là delle fortissime perdite economiche, questa condizione rischia di avere pesanti ricadute sull'erogazione e la qualità dei servizi.

Presidente, cento anni di Ordini: ora si cambia. Che Ordine deve esse-



re?

Un Ordine che prende dai suoi cento anni due principi fondamentali. Il primo è il governo della professione, inteso come qualità professionale e valori etico-civili che devono governarla. I principi, cioè, per cui nacquero gli Ordini cento anni fa e che nel loro significato generale sono pressoché intatti, ma che oggi bisogna declinare secondo la modernità.

Cosa vuol dire «declinare la modernità»?

Oggi la modernità professionale è qualcosa di estremamente complesso. Soprattutto sul piano delle conoscenze e competenze che i professionisti devono avere. Il grande impegno di un'istituzione professionale come questa, quindi, è di essere garante che non solo i medici abbiano una formazione di base e specialistica all'altezza dei nuovi compiti, ma che siano anche nelle condizioni oggettive di poter sviluppare lungo tutta la vita professionale un percorso di aggiornamento e formazione. Dentro questo target, poi, ci sono una serie di problematiche non da poco. Ad esempio la formazione universitaria, che si deve un po' più "contaminare" con il mondo professionale.

Contaminarsi come?

Fermo restando il principio costituzionale di indipendenza dell'Università nella formazione, credo ci debba essere un dialogo, una relazione più stretta tra modalità e contenuti della formazione e l'attività sul campo. I saperi sono prerogativa dell'Università, il saper essere e saper fare sono questioni di carattere professionale. I programmi devono integrarsi nei contenuti formativi, nella selezione e nel grande tema dell'aggiornamento e della formazione continua.

E dopo il governo della professione, quale dev'essere il secondo aspetto da riconsiderare?

La formazione. Che significa partire dal sistema Ecm per arrivare a un più compiuto progetto di sviluppo continuo professionale. L'obiettivo è avere nel mondo della Sanità un progetto di formazione e aggiornamento, con strutture e offerte di miglioramento sia cognitivo, quindi professionale, che organizzativo, dunque gestionale. Di questi tempi la qualità gestionale e organizzativa del medico è determinante per il processo assistenziale. Questo però contiene a sua volta un altro grande problema: la maturazione del mondo delle società scientifiche come fonti di continuo aggiornamento dei saperi, delle competenze, degli standard di qualità professionali e dei servizi.

Questo perché il mondo cambia o anche perché l'Ordine si era un arrugginito?

Diciamo che sono vere entrambe le cose. Sarebbe sciocco dire che le difficoltà nascono perché il mondo è "cattivo". Anche noi non sempre siamo stati all'altezza delle trasformazioni. C'è un deficit di comprensione di proposte e fenomeni che va risolto, perché i cambiamenti fanno male...

Ma crede che il mondo delle università si aprirà davvero?

Ci conto. Credo che parlare di ultime spiagge sia sempre sbagliato, ma a questo punto siamo sicuramente sul bagnasciuga per certe questioni. Basta vedere alcuni andamenti delle iscrizioni ai corsi di laurea, le difficoltà oggettive nella valutazione della qualità della formazione. Credo che anche nel mondo universitario ci sia consapevolezza di tali limiti e che ci siano anche delle buone volontà: quando si è in cammino ognuno mette sulle spalle le proprie responsabilità, ma deve lasciare da qualche parte qualche antica comodità.

Il cambiamento dev'essere anche per l'esame di abilitazione?

Credo che un passo avanti significativo sia stato fatto già con i nuovi esami di Stato dove si è raggiunto un discreto equilibrio tra valutazione universitaria e professionale. Sono percorsi misti con i tirocini, fatti quasi tutti all'interno delle strutture del Ssn, con i medici di famiglia e nei reparti ospedalieri. Un sistema compiuto però è quello in cui il titolo abilitante è rilasciato da un soggetto terzo alla formazione. Se il clima cambia e migliorano le relazioni, se sperimentiamo di più e meglio un'integrazione tra Ssn e Università, anche questo passaggio potrà essere meno traumatico e più ragionevole.

La proposta di delega al Governo va in questa direzione?

Comincia a camminare in questa direzione. Partiamo da una buona base perché oggi gli esami di stato sono diversi da quelli di sette o otto anni fa. Dobbiamo migliorare il clima di reciproca fiducia e reciproca affidabilità tra professione, Regioni o Stato in questo caso, perché il titolo abilitante è un titolo di Stato e quindi riguarda ministero della Salute e Università. Credo sia un buon punto di partenza. Ma va sgombrato il curajo dal sospetto: non abbiamo alcuna velleità guerriera, abbiamo solo voglia di misurare il sistema e di farlo insieme.

Nel Ddl c'è anche la previsione di un nuovo apparato delle sanzioni.

Abbiamo un sistema sanzionatorio che risale alle origini ed è assolutamente inadeguato anche rispetto alla mutata fattispecie di violazioni deontologiche che affrontano ormai temi, dal doping ai rapporti col paziente e le istituzioni, dove c'è una complessità di relazioni e principi da salvaguardare. Tutte le procedure disciplinari sono legittimate e quindi potevano essere solo cambiate con una nuova legge e vanno oggettivamente cambiate e riviste. Dobbiamo immaginare un procedimento disciplinare che sia anzitutto più garante per l'inculpato. Dobbiamo irrobustirlo di quegli elementi di terzietà, che abbiamo individuato nella fase inquirente, di costruzione dell'addebito disciplinare. Questo per salvaguardare il profilo speciale di un giudizio che può essere solo responsabilità di chi governa la professione. Pensiamo che debbano essere recuperati anche una serie di strumenti sanzionatori diversi: una misura di censura potrebbe essere accompagnata con un obbligo di un'attività formativa in un determinato settore. Ad esempio una sanzione che ha messo in discussione un brutto rapporto con un paziente può prevedere tra l'altro che il professionista debba fare un'attività formativa di aggiornamento in materie di comunicazione e relazione.

Perché questo cambiamento?

Tutti chiedono certezze, ma la relazione tra procedimento disciplinare e civile o penale ha confini abbastanza indistinti. Spesso l'inculpato chiede che il procedimento disciplinare segua l'esito del processo e questo può metterci in qualche difficoltà se l'oggetto di un procedimento è un'accusa penale: le capacità inquirenti sono profondamente diverse da quelle disciplinari, fermo restando che laddove ci sono elementi oggettivi di valutazione disciplinare a prescindere da quello penale siamo sempre andati avanti.

Si può dire che volete spazzare il campo da ogni dubbio e non difendere "la casta"?

La partita va giocata nella massima trasparenza di relazioni con i cittadini e con le istituzioni. Di casta ormai c'è ben poco. Se fossimo una casta forse non avremmo visto certe cose scritte in alcune leggi, non avremmo sentito certe affermazioni. La partita è nell'affidabilità, nella responsabilità e nella garanzia della qualità. Ma da soli non ce la possiamo fare: la partita, insomma, dobbiamo giocarla all'interno delle organizzazioni.

Tra le vostre proposte c'è quella di "fare rete tra gli Ordini": cosa vuol dire?

Immaginiamo un network all'interno

delle singole professioni. La rete territoriale degli Ordini è radicata sul territorio con un significato culturale positivo. Questa è la rete che intendiamo. Naturalmente scontiamo fortissime asimmetrie e diversità di insediamento: abbiamo Ordini come quello di Roma con 40mila iscritti, altri come ad Aosta con neppure mille. Ciò comporta una serie non indifferente di difficoltà e di compiti molto delicati per garantire formazione e standard di attività. Per questo l'idea è una forma di sussidiarietà orizzontale e verticale. Verticale - che stiamo già realizzando nei limiti consentiti dall'attuale legge - che va dalla Federazione nazionale agli Ordini periferici.

Ci spieghi.

Faccio un esempio: come Federazione abbiamo stanziato risorse per aiutare soprattutto gli Ordini più in difficoltà, quelli piccoli e medi, a dotare i propri iscritti della Pec, uno strumento tecnologico informatico che migliora le relazioni tra professionisti e pubblica amministrazione. E abbiamo stanziato risorse collettive per aiutare gli Ordini più piccoli ad affrontare la rete di informatizzazione, perché è importante avere una traccia unica per tutti, dagli Ordini agli enti di previdenza, e non solo. La nostra rete ora credo sia all'avanguardia in Europa. Pensiamo che tutto questo si debba poi tradurre in una serie di servizi come le consulenze legali, legislative e altri possibili tipi di supporto.

E la sussidiarietà orizzontale?

Penso alla proposta delle consulte regionali. In molte Regioni oggi sono fagocitate dalle città capoluogo: sicuramente in Piemonte, Lombardia, Campania, un po' meno in Toscana. Però è chiaro che se anche una serie di servizi sono messi in rete, siamo in grado di mantenere gli insediamenti professionali sul territorio, vicini alla loro gente.

Intanto da una costola della Fnom potrebbe nascere l'Ordine degli odontoiatri secondo le previsioni del Ddl delega.

Sì, ma è una scelta che vorremmo lasciare totalmente a discrezione della componente odontoiatrica. Ormai sempre più l'Ordine professionale si deve identificare con la sua professione. Non possono esserci sette o tribù se l'Ordine deve garantire qualità e governo della professione. Da anni l'odontoiatria è una professione ben identificata nei suoi contenuti e se i colleghi odontoiatri, la cui maggioranza ancora adesso è laureata in medicina e non in odontoiatria, ritengono con noi che i profili di autonomia e identificazione debbano cambiare, allora va bene: la Federazione non può essere formata da diverse identità che si marciano l'un l'altra.

È tutto a posto con le professioni sanitarie?

Tutto a posto non è, per essere chiari. Ci sono ancora aree di non perfetta identificazione di obiettivi da raggiungere in

modo condiviso. Ci sono ancora alcune legittime preoccupazioni dei medici e aspirazioni legittime delle altre professioni. La mia impressione è questa: l'eden in queste materie non lo costruiremo mai. Quello che possiamo e dobbiamo fare è un sistema di relazioni governato con intelligenza e con attenzione sapendo che al centro non ci sono gli interessi né dei dottori né degli altri. Al centro di tutti ci sono sempre e soltanto i pazienti, i loro interessi.

Medici e non medici alla pari, quindi?

Non dico tutti alla pari. Altrimenti rischieremo di creare un modello di organizzazione non serio perché ognuno ha le sue responsabilità e la sua autonomia. Finora abbiamo vissuto modelli e organizzazione culturale verticali. Dobbiamo trasferirli in un modello orizzontale in cui però non è detto che non ci debbano essere responsabilità diverse: un modello orizzontale ha comunque bisogno di un governo, di un centro di gravità, di identificare le varie responsabilità che non sono tutte uguali. E c'è una responsabilità dell'intero processo: chi ha responsabilità di cosa? È questa la riflessione che dobbiamo fare. Smettiamola di pensare che dobbiamo costruire un paradiso terrestre. Immaginiamo di dover affrontare un processo difficile, che sconterà sempre alcuni elementi di conflittualità e disagio. Poniamoci il problema di identificare quei principi intorno ai quali, nel rispetto delle autonomie e delle responsabilità, possiamo governare questo processo in modo intelligente, ragionando sul fatto che comunque in questa partita, al di là dei legittimi interessi, si gioca la qualità delle cure.

Ci tolga un dubbio: i medici d'Italia sono troppi o pochi?

Non esiste una formula magica per definire il numero di medici necessari. Esistono modelli di servizio e di organizzazione e offerta ai cittadini che possono richiedere più o meno medici. Il trend dal 2015 al 2025 per un fatto demografico, dopo il boom degli anni '70, creerà un forte gap tra le coorti che entrano e quelle che escono, anche se nell'ultimo anno le iscrizioni all'Università sono aumentate di mille posti. È un processo delicatissimo che ha messo in crisi Paesi anche avanzati come Inghilterra, Francia, Spagna. Probabilmente il nuovo assetto dei servizi potrebbe chiedere in assoluto meno dottori se pensiamo allo sviluppo di alcune tecnologie, alla riduzione dei posti letto e degli ospedali. Il problema è capire se i posti saranno coperti dai dottori che produciamo: è vero che viviamo in Europa, ma sarebbe paradossale chiudere col numero programmato ai nostri giovani e poi tra dieci anni cercare medici in Europa. Lo sforzo che dobbiamo fare è governare questo processo. Tanti o pochi medici, insomma, dipende dal modello di Sanità a cui andremo incontro, dall'offerta dei servizi ai cittadini.

Intanto i suoi colleghi medici contestano una manovra che, dicono, smantella il servizio pubblico.

Questa manovra è molto dura per i medici pubblici. Porta via da adesso in avanti risorse contrattuali e contributive che non torneranno mai più. Il mancato rinnovo dei contratti toglierà dalle loro tasche e da quelle del personale 1,7 miliardi nel prossimo triennio, che in dieci anni si diventeranno 5,5 miliardi con il trascinarsi dell'effetto del taglio attuale. Poi c'è il servizio che rischia di restare sgaurito, e questo è il problema di fondo per il servizio pubblico. Ma sia chiaro: gli effetti che più devono far riflettere, sono quelli che colpiscono la fascia più giovane dei medici. Proprio chi andrebbe invece profondamente motivato.

Tutto ciò può portare a un indebolimento dell'assistenza?

Sicuramente sì. I medici sono molto demoralizzati. Al di là delle buste paga, sono demotivati e scoraggiati, anche arrabbiati, certo. E ciò può comportare ricadute pesanti sui servizi.

Per non dire dell'asticella del federalismo in arrivo. Un problema in più?

Questa è una domanda da 110 miliardi di euro. Non a caso sul nodo del federalismo si sta girando intorno. Si è partiti dai Comuni, ma con le Regioni si è ancora fermi. Questa manovra che riduce le risorse regionali non va nella direzione del federalismo e credo sia una partita ancora aperta da cui è difficile tornare indietro. Una cosa è certa: non si può fare il federalismo abbandonando il Centro-Sud nonostante i suoi indiscutibili errori. E se non si fa un federalismo intelligente non solo il Centro-Sud avrà difficoltà.

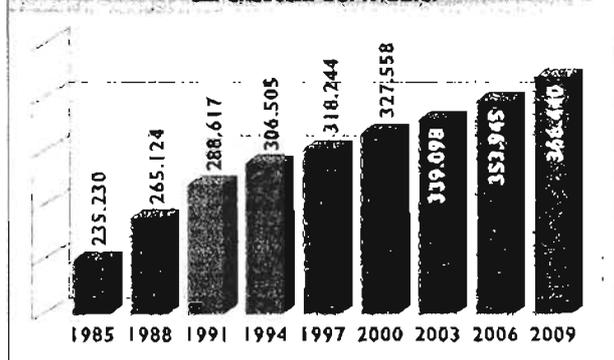
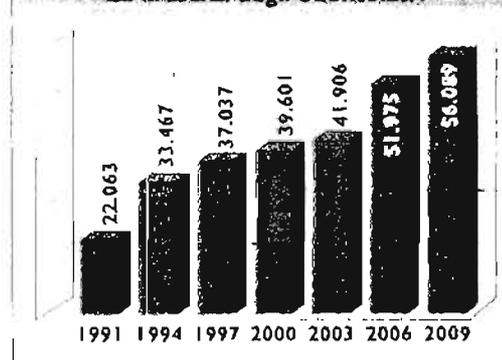
A un giovane consiglierebbe di laurearsi in medicina?

È ancora una professione straordinaria. Richiede un costante aggiornamento e quindi capacità, curiosità e attenzioni. È vero che oggi la medicina è molto tecnologica, ma non è vero che non ha bisogno di dottori che sappiano guardare negli occhi, toccare il malato ed emozionarsi con lui. Serve una grande capacità di mettersi sempre in discussione e anche in questa epoca di profonde tecnologie il tempo delle parole e delle emozioni restano esempi di cura.

Smettiamo di pensare che dobbiamo costruire un paradiso terrestre con le professioni: è un processo difficile, che ha e che sconterà sempre alcuni elementi di conflittualità e disagio

Gli iscritti agli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (2009)

Regione	1985	1988	1991	1994	1997	2000	2003	2006	2009
Emilia Romagna	18.701	20.744	23.989	25.681	26.447	27.199	28.209	30.315	31.489
Friuli V.G.	4.438	5.012	5.990	6.597	6.891	7.186	7.400	7.966	8.283
Trentino A.A.	2.759	3.119	3.736	4.062	4.280	4.499	4.751	5.215	5.461
Veneto	15.394	17.034	20.807	23.085	24.031	24.868	25.656	27.184	28.496
Liguria	9.115	9.926	11.283	11.872	12.326	12.515	12.886	13.893	14.114
Lombardia	32.714	36.873	43.274	47.714	50.482	52.818	55.511	59.491	62.200
Piemonte	14.191	16.090	19.013	21.764	22.879	23.982	25.148	26.391	27.548
Valle d'Aosta	319	374	481	537	564	587	623	636	657
Abruzzo	5.591	6.487	7.804	8.569	8.877	9.144	9.559	10.289	10.717
Lazio	27.906	31.459	36.360	39.449	41.238	42.801	44.459	47.010	49.082
Marche	5.645	6.387	7.517	8.026	8.278	8.484	8.826	9.336	9.721
Molise	1.251	1.436	1.736	1.937	2.016	2.045	2.158	2.247	2.340
Toscana	15.955	17.926	21.115	22.514	23.313	24.279	24.956	26.816	27.902
Umbria	3.714	4.231	4.988	5.570	5.842	6.010	6.294	6.658	6.952
Basilicata	1.751	2.109	2.481	2.856	2.906	2.986	3.076	3.252	3.381
Calabria	9.425	10.365	12.511	13.716	14.371	14.582	15.171	15.764	16.282
Campania	23.952	27.044	31.133	34.102	35.590	36.509	37.552	39.562	40.702
Puglia	13.848	15.971	18.895	20.760	21.996	22.560	23.356	24.863	25.817
Sardegna	6.092	7.233	8.783	9.867	10.650	11.143	11.697	12.775	13.435
Sicilia	22.469	25.304	28.784	31.294	32.304	32.962	33.716	36.257	37.950
Totale	235.230	265.124	22.063	399.972	355.281	367.159	381.004	405.920	422.529

La crescita dei medici**La crescita degli odontoiatri**

La riforma degli Ordini dalla A alla Z

Il disegno di legge «Sperimentazione clinica e altre disposizioni sanitarie» approvato in prima lettura dal Consiglio di ministri del 16 luglio (v. il Sole-24 Ore Sanità n. 28/2010) prevede la delega al Governo per il riassetto della normativa sulla disciplina di Ordini, albi e Federazioni nazionali delle professioni di medico, veterinario, farmacista e odontoiatra. Obiettivo è definire un quadro di base comune per tutte le professioni, rinviando ai successivi Digs la regolamentazione specifica per le singole professioni.

La disposizione garantisce il rispetto delle competenze regionali, contiene principi e criteri sull'elezione degli organi e la loro operatività per assicurarne la funzionalità. E già prevede una modifica al Dl 78/2010 (manovra) rispetto alla previsione di nuove regole per l'organizzazione degli enti pubblici che avrebbero, secondo la relazione tecnica al Ddl, l'effetto di sconvolgere gli attuali assetti politico-organizzativi degli ordini professionali.

Di seguito gli argomenti che la delega indica come contenuti dei successivi Digs.

A	Prevedere che gli Ordini e le relative federazioni siano enti pubblici non economici istituiti per tutelare i cittadini e gli interessi pubblici, garantiti dallo Stato, connessi all'esercizio della professione e che siano dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare nel rispetto delle leggi e sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute . Questi enti agiscono quali organi sussidiari dello Stato per garantire il rispetto dei principi previsti dalla delega e dai codici deontologici per la tutela della salute dei cittadini
B	Prevedere che agli ordini si applichino, in quanto compatibili, le norme del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, e siano sottoposti al controllo della Corte dei conti previsto dalla legge 14 gennaio 1994, n. 20, e successive modificazioni
C	Prevedere che agli Ordini e alle relative Federazioni nazionali non si applichino le norme in materia di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa pubblica
D	Individuare le funzioni degli Ordini e delle relative federazioni nazionali, attraverso la promozione dell'autonomia delle rispettive professioni, della qualità tecnico-professionale, della valorizzazione della funzione sociale della professione e della salvaguardia dei principi etici dell'esercizio professionale
E	Disciplinare la modalità di tenuta degli albi, elenchi e registri professionali prevedendo l'iscrizione obbligatoria anche per i pubblici dipendenti
F	Disciplinare la verifica e tutela della trasparenza e veridicità della comunicazione dei servizi sanitari offerti ai cittadini e ai soggetti pubblici e privati
G	Prevedere le modalità di partecipazione, l'assunzione di ruoli e compiti degli ordini nelle procedure relative all'esame di abilitazione all'esercizio professionale

H	Prevedere la promozione, l'organizzazione e la valutazione dei processi di aggiornamento e della formazione per lo sviluppo continuo professionale di tutti i professionisti iscritti agli albi per la certificazione del mantenimento dei requisiti professionali
I	Individuare norme deontologiche raccolte in un codice approvato e aggiornato dalle federazioni nazionali, vincolante per tutti gli iscritti agli albi, con le relative responsabilità disciplinari
L	Disciplinare l'istituzione di specifici organi e la definizione di idonee procedure che, a garanzia dell'autonomia e terzietà del giudizio disciplinare, prevedano la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante e l'esercizio dell'azione disciplinare secondo i principi del giusto procedimento confermando le competenze giurisdizionali della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps), prevista dal decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233
M	Prevedere l'assoggettabilità delle sanzioni disciplinari nei confronti degli iscritti agli albi professionali, in qualsiasi ambito svolgano la loro attività, compreso quello societario, secondo una graduazione correlata alla gravità o reiterazione dell'illecito, prevedendo il ravvedimento operoso e altre misure compensative
N	Prevedere l'assunzione della rappresentanza esponentiale della professione nell'ambito delle proprie competenze
O	Definire la struttura organizzativa e amministrativa degli ordini e delle relative federazioni nazionali, con compiti di rappresentanza della professione presso le istituzioni regionali e di supporto alle attività degli Ordini provinciali nel rispetto dell'autonomia e delle loro competenze
P	Prevedere l'attribuzione alle federazioni dei compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo degli ordini provinciali nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istruttive, individuando gli ambiti e le modalità con le quali adottare atti sostitutivi a tutela dell'interesse pubblico
Q	Definire composizione, durata, funzioni gestionali, attribuzioni e incompatibilità degli organi degli ordini e delle relative federazioni nazionali, e i criteri e le modalità per il loro scioglimento
R	Assicurare, per gli ordini che abbiano un numero di iscritti all'albo superiore a 2.000 unità, la piena accessibilità al voto e nel caso di assemblee rappresentative la tutela delle minoranze qualificate degli iscritti
S	Prevedere che gli oneri di costituzione e funzionamento degli ordini e delle relative federazioni nazionali, e di tenuta degli albi, siano posti a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguati contributi
T	Prevedere le modalità con le quali gli albi ricompresi in un medesimo ordine, nel rispetto della sua integrità funzionale, assumono la piena autonomia nell'esercizio delle funzioni di rappresentanza, di gestione e disciplinari
U	Confermare, per gli esercenti le professioni, gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previste dalle disposizioni vigenti
V	Prevedere le modalità in base alle quali costituire un ordine specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione
Z	Prevedere per gli iscritti agli albi l'obbligo di idonea copertura assicurativa per responsabilità professionale



Intervento

Come affrontare le infezioni durante la gravidanza

*** LUCA BERNARDO*

■ ■ ■ Sono oltre 10 milioni i bambini di età inferiore ai 5 anni che muoiono ogni anno nei Paesi in via di sviluppo. Di questi, almeno 4 milioni sono neonati e per oltre un terzo per cause infettive materne e neonatali.

Nei Paesi industrializzati in questi ultimi decenni si è assistito ad un tumultuoso miglioramento delle condizioni sociali e parallelamente ad una progressiva implementazione delle conoscenze mediche, delle tecniche diagnostiche, terapeutiche e dell'assistenza sanitaria, ovviamente anche per la donna in gravidanza e per il bambino. Tutto ciò comporta che si sia assistito ad una progressiva riduzione della mortalità infantile e neonatale. Tuttavia, le infezioni in gravidanza e perinatali costituiscono ancora un problema di salute pubblica rilevante per la loro frequenza, per l'impatto clinico sulla gravida e sul prodotto del concepimento, per i possibili esiti neonatali e per le sequele a distanza. Queste infezioni infatti concorrono in maniera significativa nel determinismo dell'handicap. La frequenza di infezioni, riferisce il Professor Marcello Lanari, direttore S.C. Pediatria e Neonatologia di Imola e segretario del gruppo di Infettivologia Neonatale della SIN (Società Italiana di Neonatologia), che in gravidanza deriva da una serie di motivi: nel periodo fertile la donna, attraverso l'attività sessuale è più esposta alle infezioni sessualmente trasmissibili.

Come madre, accudendo i propri figli è esposta ad infezioni, tipiche dell'infanzia, trasmissibili attraverso lacrime, saliva, feci, urine della sua stessa prole.

A queste occasioni di infettarsi se ne aggiungono altre connesse con alcune attività lavorative quali, ad esempio, quelle sanitarie o dedicate all'istruzione dei bambini. È noto come la gravidanza comporti una fisiologica depressione dei meccanismi immunitari, in particolare connessi all'immunità cellulo-mediata, tale da favorire processi infettivi esogeni o il riattivarsi di patogeni latenti, nonché talvolta una gravità delle manifestazioni cliniche (ad esempio in caso di varicella), paragonabili solo a quelle del soggetto con immunodeficienza.

Molte infezioni materne, sottolinea il Professor Lanari, in gravidanza possono decorrere (tuttavia in maniera del tutto asintomatica o con sintomatologia aspecifica: ne deriva quindi che esse possano essere rilevate solo con test laboratoristici, da attuare, in relazione alle conoscenze circa la patogenesi dell'infezione, durante epoche ben

definite della gravidanza (rosolia, toxoplasmosi, citomegalovirus, lue, epatite B e C, Hiv) o verso il termine della stessa (Streptococco di Gruppo B).

Gli esiti feto-neonatali e a distanza di un'infezione contratta in gravidanza sono condizionati da una serie di azioni volte al riconoscimento del tipo di infezione materna e del coinvolgimento fetale, all'attuazione di quelle pratiche profilattiche o terapeutiche che possono ridurre o annullare il rischio di trasmissione, alla informazione e cooperazione tra specialisti coinvolti nella gestione della gravida e del neonato, modalità quest'ultima che, ove applicata, è risultata vincente sia in termini assistenziali, che culturali. È da tutto ciò che può derivare un counselling che informi e sostenga la coppia genitoriale nelle scelte e tuteli gli operatori sanitari coinvolti, per le sempre più frequenti possibili implicazioni medico-legali.

La presenza di robuste evidenze scientifiche, dice Marcello Lanari, riguardo ad alcune strategie di prevenzione e terapeutiche che concorrono ad abbattere in misura cospicua il rischio infettivo in gravidanza e durante il parto, con conseguente diminuzione del rischio per il nascituro, ci obbliga a dar luogo ad una serie di accertamenti durante la gravidanza, o meglio ancora, anche nel periodo che la precede, se questa è pianificata. In base agli esiti di questi, rivolti a determinare se la donna è già immunizzata verso un agente patogeno, o ne è portatrice, si possono fornire indicazioni per evitare che la malattia venga trasmessa al nascituro, in caso di recettività, che essa venga contratta in gravidanza, con i rischi potenziali per il feto.

*Direttore Dipartimento Materno-Infantile Az. Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico Milano



SCOPERTA ALL'ISTITUTO DI CANDIOLO PER LA RICERCA E LA CURA DEL CANCRO

“Semaforina”, la proteina che può fermare le metastasi

MARCO ACCOSSATO
TORINO

L'hanno battezzata «semaforina», perché - come un piccolo semaforo nell'organismo - dà a una cellula malata il via libera per produrre metastasi. E' una proteina isolata all'Istituto anti-tumori di Candiolo, grazie alla quale si apre una nuova fase nella ricerca oncologica: se si troveranno farmaci in grado di azionare il disco rosso del «semaforo» cellulare anziché quello verde, si avrà un alleato in più contro il cancro.

Lo studio ha esaminato diversi tipi di semaforine presenti nelle cellule, ma ha scoperto, in particolare, che la E3 regola la crescita delle metastasi su cellule di melanoma e su quelle del tumore del colon retto: «Ciò che abbiamo trovato - spiega Luca Tamagnone, supervisore dello



studio - è che più alti sono i livelli di semaforina E3, più sono invasivi, maggiore è la formazione di metastasi».

L'auspicio è che il lavoro condotto su queste due forme di cancro possa dimostrare che lo stesso meccanismo vale anche per altre neoplasie. In questo senso, sottolineano al-

l'Irc di Candiolo, la scoperta ha una doppia valenza: da una parte si potrebbero realizzare test diagnostici che permettano di capire se un tumore è particolarmente cattivo sulla base del livello di semaforina, dall'altra i risultati preliminari del gruppo piemontese hanno dimostrato che è possibile agi-

«E3»
Lo studio ha esaminato diverse «semaforine», ma ha scoperto che la «E3» regola la crescita delle metastasi su cellule di melanoma e su quelle del tumore del colon retto

re sulla semaforina per bloccarne l'azione. «Abbiamo già trovato una sostanza che blocca selettivamente questa proteina - spiega il dottor Tamagnone - ma non può essere trasformata in farmaco, quindi ne stiamo cercando altre che possano essere invece usate per le terapie».

I risultati dello studio sono stati pubblicati sul *Journal of Clinical Investigation*. Nello stesso numero della rivista compare un'altra ricerca dell'Istituto di Candiolo, finanziata dalla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro e dall'università di Torino: i ricercatori guidati da Alberto Bardelli hanno scoperto che l'Everolimus, un farmaco finora utilizzato solo nel carcinoma del rene, è efficace anche in quelli del colon retto che presentano una particolare variante genetica.

Semaforina, la proteina che può fermare le metastasi

Levia a riflettere nel suo appartamento

BUONE NOTIZIE PER I BAGNANTI SPIAGGIA.

€ 104.600.000

Alcune delle più belle spiagge del mondo sono in vendita. Per saperne di più vai su www.italy.com

Italo - Alitalia - Alitalia

Luca Tamagnone, capo del team di ricercatori torinesi



TUMORI

Scoperta la molecola che regola le metastasi

UNA MOLECOLA chiamata semaforina E3 regola la produzione di metastasi da parte di alcuni tumori, e bloccandola si può evitare che il cancro si diffonda nell'organismo. Lo ha scoperto un team dell'Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (Torino). Quando una di queste molecole, la semaforina E3, è molto abbondante nei tumori questi sono molto invasivi e formano metastasi. Secondo lo studio questa particolare semaforina è un ottimo indicatore della possibilità di avere metastasi per il melanoma e per il tumore del colon retto, e sono già in sperimentazione dei farmaci in grado di bloccarne l'azione agendo su alcune proteine che prendono parte al suo meccanismo di azione.



Oncologi, malati ed economisti a confronto a Roma sul futuro della lotta ai tumori

Cancro, cure ad accesso iniquo

La proposta: abolire i prontuari regionali e introdurre Drg di percorso

Per i malati di cancro le Italie sono due, anzi ventuno: La forbice non è soltanto epidemiologica - al Nord ci si ammala di più e si muore di meno, al Sud il contrario - ma anche assistenziale: il divario è nell'offerta, nella qualità dei servizi e persino nell'accesso alle cure. Con buona pace dei Lea (quelli vecchi, che i nuovi sono in stand-by). E con un grosso punto interrogativo sul destino dei costi standard. Tanto che molti invocano qualche cambiamento. Come l'abolizione dei Prontuari farmaceutici regionali o il passaggio dai Drg di prestazione ai Drg di percorso.

Del futuro dell'accesso alle terapie, alla luce del Patto per la salute e del Piano oncologico nazionale 2010-2011, si è discusso a Roma nel corso di un convegno a Palazzo Marini promosso dalla *Fondazione Cesare Serono* e organizzato dal *Sole-24 Ore*. Un'occasione di confronto sui risultati del federalismo applicato all'oncologia: ottimi per un pugno di Regioni (sempre le solite), pessimi per molte altre, soprattutto al Sud.

«È necessario che gli input nazionali vengano recepiti a livello locale», ha osservato **Giuseppe Palumbo**, presidente della commissione Affari sociali della Camera, in apertura dei lavori. Pur sottolineando che l'offerta «è mediamente di buon livello» - l'oncologia italiana resta ancora, fortunatamente, una delle migliori del mondo - il parlamentare PdL ha rilevato le «carenze nelle Regioni del Sud, anche nella disponibilità territoriale dei farmaci» e ha bacchettato la burocrazia, rea, a suo avviso, di impedire ai malati di conoscere a pieno i loro diritti. Quanto ai possibili effetti negativi della manovra, denunciati subito dagli oncologi dell'Aiom, Palumbo ha garantito l'impegno a tutelare il settore, senza però rinunciare a lavorare «per una migliore e più attenta spesa, cercando di evitare sprechi e doppioni».

Un input forte all'omogeneizzazione delle cure arriva dal Piano oncologico triennale, licenziato dalla commissione oncologica nazionale e attualmente all'esame delle Regioni. A riassumere gli aspetti innovativi è stato **Giuseppe Filippetti**, dirigente medico della Direzione generale prevenzione del **ministero della Salute** e componente della commissione. «Il grande tratto di novità del Piano - ha detto Filippetti - è quello di mettere al centro dell'intervento la persona, e non i servizi». Gli ostacoli per centrare l'obiettivo della presa in carico del paziente non mancano: la difficoltà di assicurare livelli qualitativi adeguati sull'intero territorio nazionale, la carenza di dati epidemiologici, specialmente per alcune Regioni, la resistenza alla gestione multidisciplinare della malattia («Per garantirla davvero - ha evidenziato Filippetti - funziona meglio la programmazione per Area vasta»).

Eppure il modello "simultaneous care" è ormai imprescindibile. Gli stessi oncologi, che sperimentano sulla loro pelle le debolezze di un approccio "monolitico" al cancro, ne sono fermamente convinti. A partire da **Vittorina Zagonel**, direttore dell'Oncologia medica I dell'Istituto oncologico veneto di Padova e anche lei membro della commissione oncologica nazionale, che ha rimarcato la centralità della comunicazione «come atto terapeutico» e della qualità della vita come obiettivo della cura. Ma l'integrazione, fin dall'inizio, di tutte le terapie presuppone un'organizzazione adeguata. «Il Dipartimento oncologico è fondamentale - ha affermato Zagonel - ma purtroppo esiste ancora soltanto nel 38% degli ospedali. Il coordinamento con il territorio resta una grande criticità. E le reti, proposte dal Piano oncologico come il modello principe, sono formalmente presenti soltanto in 13 Regioni». Per l'oncologia, occorre investire. Risparmiando non sui farmaci,

salvavita anche se costosi, ma sui markers, sugli esami e sulla centralizzazione dei servizi.

Un esempio di rete oncologica che funziona, citata anche dalla programmazione nazionale, è quello della Toscana. Il direttore dell'Istituto toscano tumori (che è appunto una rete, non un'istituzione), **Gianni Arunni**, ne è giustamente fiero. «Il network è meglio della singola istituzione - ha spiegato - a patto che ci sia coerenza nel governo di sistema, e non reciproco cannibalismo». In Toscana il percorso di costruzione della rete è avvenuto per fasi («Non si fa una rete dall'oggi al domani»): prima si è proceduto alla valorizzazione della rete, promuovendo un modello organizzativo comune, assicurando sostegno alla ricerca diffusa e favorendo omogeneità e automonitoraggio. Poi si è insistito su infrastrutture e services (Registro tumori, core research laboratory, Centro di coordinamento sperimentazioni cliniche, multivideoconferenze, call center oncologico e così via). Infine si è proceduto alla modulazione degli snodi e del governo del sistema per definire le competenze dell'Irt, i poli oncologici di Area vasta e i rapporti tra Irt e singole Asl: oggi la Regione conta 22 accogliente, vere porte d'ingresso alla rete. Chiaro il messaggio di Arunni: senza una regia decisa la rete non tiene. Non solo: la rete va sostenuta, a esempio prevedendo Dgr di percorso per assicurare rimborsi "pesati" sui nuovi approcci.

Diventa allora cruciale disporre di strumenti di valutazione opportuni per operare le scelte giuste. Come l'Health technology assessment, i cui benefici sono stati illustrati efficacemente da **Lorenzo Mantovani**, ricercatore del Cirff della facoltà di Farmacia dell'Università Federico II di Napoli. «L'economia - ha rammentato - si occupa di valore, non di soldi. In



Sanità è la salute attesa da parte del paziente. Dunque il costo di trattare Tizio si misura in termini di beneficio perduto: è il beneficio che perdo nel non poter trattare Caio o Sempromio». Per decidere razionalmente occorre quindi possedere informazioni sui benefici, sui costi e sui confronti (il benchmarking). «L'Hta è un tentativo di risposta, un criterio razionale di scelta alternativo al censo e al caso: una complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare e multi-professionale delle conseguenze provocate dalle tecnologie sanitarie, esistenti e nuove. Serve a prendere decisioni informate e condivise». La filosofia è quella di Muhammad Ali: «Gli chiesero una poesia e lui rispose: "Me, We", "Io, noi". Più equo e solidale di così».

L'alto costo dei nuovi farmaci biologici anti-cancro è effettivamente un problema per i decisori. «Nel 2009 - ha ricordato **Carmelo Iacono**, presidente Aiom - sono stati spesi per medicinali di competenza oncologica 2,436 miliardi di euro, il 17% in più rispetto al 2008. Con questo tasso di crescita si crea un serio rischio sostenibilità». Di qui la provocazione: «Aumentiamo la durata dei brevetti e abbattiamo i costi. Recupereremo il 50% della spesa e godremo di ricadute benefiche per gli anni successivi, grazie a prezzi di riferimento più bassi per i nuovi farmaci. A una condizione, però: il 50% del risparmio andrebbe re-investito in personale e tecnologia».

Le conseguenze della razionalizzazione della spesa si sentono. **Francesco De Lorenzo**, presidente della Favo (la Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia), ha riproposto alcuni dei dati più eclatanti emersi dal Rapporto Favo-Censis-Aiom sulle condizioni dei malati, che testimoniano le enormi disparità di accesso alle terapie tra le varie Regioni. In alcune le commissioni oncologiche si riuniscono una volta l'anno, e i ritardi nell'introduzione dei farmaci rispetto all'approvazione dell'Aifa si sprecano. Non mancano neanche i "no" secchi. «Diritti negati», ha tuonato De Lorenzo. Che si è detto favorevole all'abolizione dei Pronunci regionali, così come Iacono e Zagonel (meno convinto Amunni).

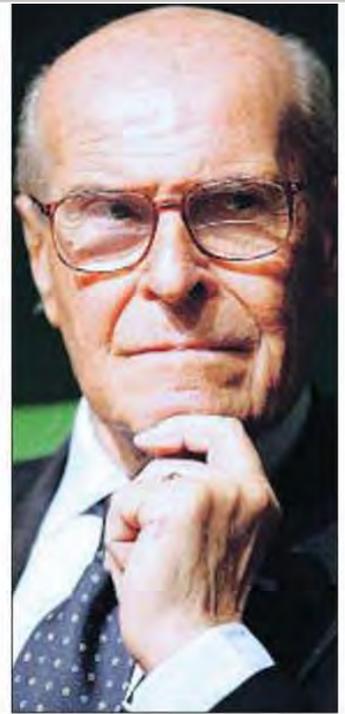
E se **Paola Galli**, dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, ha invitato a tenere conto anche delle differenze di genere, Aldo Sardonì, presidente dell'associazione di malati e volontari "Bianco Airone", ha concluso con un auspicio: «Basta con i verbi coniugati al futuro: faremo, costruiremo. È ora di pensare al presente». È il momento di fare, di costruire. Di garantire al paziente giusto la cura giusta - il suo diritto alla salute - indipendentemente dalla Regione di residenza. Come Costituzione comanda.

Manuela Perrone

02/08/2010 10:00:00

Veronesi verso l'ok Il Governo incassa una doppia vittoria

PASTICCIACCIO. Il "modello Sarkozy" ha funzionato. L'esecutivo scippa il candidato per la presidenza dell'Agenzia per il nucleare al Pd. In una lettera al *Corriere della Sera* l'oncologo conferma che probabilmente accetterà e che si dimetterà da senatore. Il partito di Bersani, che sulle prime era andato in confusione e che poi si era spaccato, ora tace.



DI TONIA MASTROBUONI

■ La mossa "à la Sarkozy" congegnata dal Governo ha funzionato. Con una lettera al *Corriere della Sera* Umberto Veronesi ha sciolto le riserve: il senatore del Pd molto probabilmente accetterà di guidare l'Agenzia sul nucleare. Per un ok definitivo attende garanzie dal Governo su cinque condizioni, ma nel caso di accettazione la nomina ha scritto nero su bianco che si dimetterà dal suo incarico parlamentare.

La scelta di pescare nel campo avversario per la guida di uno degli snodi più importanti della ricostruzione della burocrazia nucleare in Italia, ha dunque già avuto due conseguenze gradevoli, per l'esecutivo.

La prima, la più ovvia, è che a guidare l'Agenzia sarà uno scienziato di fama mondiale che garantirà al ritorno all'atomo uno scudo formidabile contro le obiezioni degli oppositori, soprattutto

tra i gli antinuclearisti del Pd.

Soprattutto, peggio di come avvenne ai socialisti francesi, storditi dallo "scippo" di Balladur e Jack Lang e delle altre personalità di spicco del partito da parte di Sarkozy al suo insediamento all'Eliseo, la candidatura ha immediatamente spaccato il Pd e l'ha gettato nella sindrome da cannibalizzazione.

Nel fine settimana scorso, dopo che Pierluigi Bersani era stato insolitamente duro, chiedendo all'oncologo di rinunciare allo scranno al Senato, nel caso di un sì al Governo, il numero due del partito, Enrico Letta, si è invece schierato a fianco di Veronesi. Secondo il senatore piddino Mauro Zanda la reazione di Bersani si spiega soprattutto con la concomitante norma "ad personam" che era finita sotto forma di emendamento nel decreto energia in discussione al Senato. Una norma che sospendeva l'incompatibilità tra i vertici dell'Agenzia e

incarichi politici elettivi e che sembrava ritagliata su misura per Veronesi. «Quello - osserva Zanda - è stato un momento molto sgradevole della vicenda e forse Veronesi avrebbe potuto dire qualcosa anche allora».

Nel frattempo l'emendamento è stato stralciato, ma l'oncologo ha già deciso, del resto, che non manterrebbe entrambi gli incarichi. E l'aut aut di Bersani ha di fatto dilaniato il partito ai vertici. Tra l'altro, Veronesi ha infilato anche una considerazione piuttosto velenosa sulla vicenda nella lettera al *Corsera*, ricordando ai suoi interlocutori di non essere mai stato iscritto al partito. Sottolineando, in sostanza, di essere una personalità illustre prestata al partito e difficilmente passabile di epurazioni.

Ieri dal partito non è arrivato alcun commento ufficiale sulla lettera dell'oncologo, mentre è durissimo il commento dell'Italia dei Valori. Il partito di Di Pietro ha

fatto sapere, attraverso il responsabile Ambiente, Paolo Brutti, che «le condizioni che il professore Veronesi pone per accettare la nomina a presidente dell'Agenzia per la sicurezza nucleare sono così personali e generaliste che qualsiasi ministro delle Attività produttive o dell'Ambiente le accetterebbe a gran carriera». Secondo Brutti insomma quello dello scienziato «non è un sì condizionato ma un sì tondo tondo».

Netta anche la presa di posizione del presidente dei Verdi, Angelo Bonelli, per il quale «a scelta del professore Umberto Veronesi alla guida dell'Agenzia per il nucleare è una scelta puramente ideologica del Pdl, che non ha fatto nessuna valutazione sulle qualità scientifiche del professore ma che lo ha indicato solo perché era il primo firmatario del documento con cui alcuni esponenti del Pd chiedevano a Bersani di cambiare linea sul nucleare e, quindi, per le sue idee sull'atomo».

Malata terminale chiede assistenza, l'Inps risponde: ripassi tra due mesi

La denuncia del figlio: «Mia madre non può aspettare tanto tempo»

MALASANITÀ

Indennità di accompagnamento negata a una 74enne di Latina

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - Vietato ammalarsi in estate. Perché con il caldo le pratiche burocratiche possono viaggiare a rilento. Tanto a rilento che si rischia addirittura di morire prima di ricevere un servizio di cui per legge si ha pieno diritto in tempi ragionevolmente brevi. In questo terribile limbo sta tentando faticosamente di sopravvivere G.C., una 74enne di Latina, malata oncologica terminale. A segnalarci la sua storia è stato suo figlio Luciano Ridolfi.

«Mia mamma - ci racconta - versa in stato terminale da adenocarcinoma polmonare, la forma peggiore e più aggressiva che non perdona: ha un polmone pieno d'acqua e l'altro che si sta riempiendo di giorno in giorno». E' come morire affogati lentamente. «Pesa 43 chilogrammi e si alimenta solo attraverso flebo. Con questo caldo torrido - continua - manifesta evidenti segni di disidratazione, atonia muscolare e confusione mentale. E' chiaro che non le rimane molto da vivere».

Per legge (80/2006) la signora avrebbe diritto a un'indennità di accompagnamento che, in questo caso, potrebbe aiutarla ad usufruire dell'assistenza di un'infer-

MAMMOGRAFIA

540

I giorni di attesa secondo "Cittadinanzattiva"

SPIROMETRIA

4

I mesi di attesa per un esame di Spirometria

miera specializzata. L'Inps avrebbe l'obbligo di valutare il caso e, scienziata in quelli configurati dalla legge, dare accesso alla donna all'assegno mensile entro e non oltre 15 giorni dalla richiesta. I tempi sono strettissimi, certo. Ma la malattia che sta consu-

mando G.C. non aspetta. Da qui la necessità di rispettare i tempi. Ma d'estate anche i diritti sembrano andare in ferie. «Il 12 luglio - racconta Ridolfi - abbiamo presentato la domanda di accompagnamento. Dopo una decina di giorni di silenzio, il 21 luglio inoltriamo un telegramma di diffida e solo il giorno dopo ci arriva la risposta». Una lettera che fissa la visita dopo circa due mesi dalla richiesta. «La visita medica - si legge nella lettera - è stata fissata per il giorno 3/09/2010 alle ore 15.50». Un appuntamento che va ben oltre i 15 giorni stabiliti dalla legge e purtroppo probabilmente anche ben oltre la speranza di vita della signora.

«Mia mamma - spiega Ridolfi - non può aspettare tutto questo tempo. Forse non ci sarà più per la data della visita e a noi servono adesso i soldi per garantirle un'adeguata assistenza». La famiglia Ridolfi non si è data subito per vinta.

«Abbiamo chiamato centinaia di volte l'Inps di Latina per chiedere spiegazioni - racconta il figlio - ma al telefono non risponde mai nessuno. Un paio di volte ha risposto il metronotte che ci ha detto di chiamare il numero verde dell'Inps. Questo però è servito solo a spendere soldi per le lunghe attese al telefono». Anche noi abbiamo provato a chiamare più volte il centralino dell'Inps di Latina, ma nessuna risposta.

«Sono andato anche di persona», racconta Ridolfi. «Ho parlato con una responsabile. Mi ha detto: "Ma lei è il figlio, fa parte degli eredi, stia tranquillo che i soldi li prenderà anche lei». Inoltre, mi ha detto che nella stessa situazione di mia madre ci sono almeno una novantina di persone nella nostra Provincia. Le ferie estive hanno ritardato le procedure». Per Roberto è stato «come una coltellata». «Quei soldi servono per aiutare mia madre - dice - a morire con dignità. Senza la pratica non può avvalersi neppure delle esenzioni speciali. Le ultime analisi le sono costate 316 euro, cioè metà della pensione».

Adesso la pratica di G.C. è al vaglio dell'Inps nazionale, la quale ci ha assicurato di voler arrivare fino in fondo alla faccenda. Anche Cittadinanzattiva che più volte ha denunciato gravi disattese alla legge 80/2006 si è interessata al caso.

«Sono indignato - commenta Giuseppe Scaramuzza, segretario regionale di Cittadinanzattiva - per la drammatica situazione della signora di Latina. Purtroppo è evidente che persistono enormi incongruenze in alcune amministrazioni locali. Nel Lazio soprattutto, dove tra le altre cose l'assistenza domiciliare è ancora molto scarsa».

LA LEGGE IGNORATA

Avrebbe diritto all'assegno entro 15 giorni dalla richiesta



'Corte dei conti: Salute, extraspesa per i vaccini

Secondo la relazione sul rendiconto dello Stato, il bilancio del ministero della Salute è aumentato del 35% per le esigenze legate alla pandemia. (Servizio a pag. 7)

CORTE DEI CONTI/ Il bilancio 2009 del ministero tra contenimenti e spese extra

Salute: +35% di fondi ai vaccini

Al netto della pandemia le risorse sarebbero aumentate della metà

Gli stanziamenti per il ministero della Salute erano previsti in calo nel 2009 rispetto al 2008, ma la pandemia influenzale ha invertito il trend: la competenza per lo scorso anno è salita del +35% per l'acquisto dei vaccini. Se si esclude questo evento però, la variazione registrata tra versione iniziale e definitiva si dimezza (+17,4%) e il dato definitivo risulta quasi pari a quello registrato nel 2008.

L'analisi è della Corte dei conti che nella relazione sul rendiconto generale dello Stato 2009 mette sotto la lente il bilancio della Salute accorpando le due situazioni dello scorso anno, prima e dopo cioè che rinascesse un ministero autonomo. E questo perché, spiega la relazione, «nonostante le due strutture siano, nei fatti, rimaste distinte nei compiti e nell'organizzazione (a novembre 2009 non era stato adottato un nuovo provvedimento di organizzazione) per quanto riguarda gli oneri relativi alle due missioni trasversali, i servizi istituzionali e generali alle amministrazioni pubbliche e i Fondi da ripartire, la gestione è stata comune.

Il 96% degli stanziamenti definitivi del ministero della Salute è classificato come spesa corrente, mentre solo il 3,9% (era l'1% nel 2008) è rappresentato da spese in conto capitale.

Il 37,7% della spesa è costituito da trasferimenti ad amministrazioni pubbliche, il 28,6% da trasferimenti a famiglie e istituzioni sociali, il 21,6% da consumi intermedi

(8,8% nel 2008) e il 6,5% da redditi da lavoro dipendente.

Rispetto alle previsioni iniziali di competenza risultava non rimodulabile circa il 90%. Questa quota si riduce in modo significativo considerando gli importi definitivi: la

percentuale non rimodulabile si riduce al 60,2%. Un risultato legato alle caratteristiche dei nuovi stanziamenti attribuiti, ma che deriva anche dal cambiamento di destinazione di parte degli stanziamenti iniziali. Le spese non rimodulabili infatti si riducono, dagli iniziali 1.215 milioni a 1.104 milioni.

La crescita degli stanziamenti ha effetti anche sull'aumento degli impegni totali che passano dai 1.511,4 milioni del 2008 ai 1.862 milioni del 2009. Si tratta di una crescita che riguarda soprattutto i consumi intermedi.

La conferma dell'aumento, spiega la relazione, si ha dall'esame dell'indice impegni su massa impegnabile: per i consumi intermedi si passa dall'80,7% del 2008 al 98,8%, in crescita anche i trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche.

Tuttavia nonostante il forte aumento delle autorizzazioni di cassa, i pagamenti complessivi si confermano sui livelli assoluti dello scorso anno. Al netto delle somme destinate ai pagamenti dei vaccini per la pandemia influenzale (circa 84 milioni contro gli oltre 250 autorizzati e i 248 impegnati) il volume dei pagamenti si riduce passando dai 1.413 milioni del 2008 ai 1.336 del 2009.

Nel complesso i pagamenti sulla massa spendibile si riducono dal 51,6 al 46,6%: in flessione tutte le principali categorie di spesa (consumi intermedi, trasferimenti correnti a famiglie e istituzioni sociali); in aumento invece il rapporto nel caso dei contributi agli investimenti e trasferimenti correnti all'estero.

Le spese sostenute dal ministero della Salute riguardano soprattutto le convenzioni con le Università, gli Istituti di ricerca e le Regioni in materia di ricerca scientifica, gli inden-

nizzi per gli emotrásfusi, le campagne pubblicitarie di informazione su argomenti di Sanità pubblica, i trasferimenti alle Regioni per la preven-

zione sanitaria, i trasferimenti per il funzionamento degli enti vigilati, i rimborsi di spese sanitarie per i cittadini temporaneamente all'estero oltre alle spese di funzionamento dello stesso ministero sia a livello centrale che periferico.

«Negli ultimi anni - spiega la relazione - gli accreditamenti emessi a favore dei funzionari delegati dell'Amministrazione, sempre più frequentemente, sono stati oggetto di accantonamenti e sospensioni presso le Tesorerie provinciali dello Stato a seguito di atti di pignoramento, riferibili in gran parte a indennizzi e risarcimenti dovuti ai sensi della legge n. 210/1992 a soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. Sul punto è

da evidenziare che, pur avendo la Finanziaria 2006 sottratto alle procedure esecutive i fondi messi a disposizione dei funzionari delegati dell'ex ministero della Salute, la problematica è però rimasta di fatto insoluta in quanto la predetta disposizione non conteneva anche il divieto esplicito di accantonamento preventivo di somme da parte delle Sezioni della Banca d'Italia».

Per evitare difficoltà nella gestione degli uffici periferici e garantire la disponibilità dei fondi loro destinati, a questi è stata estesa già dal 2007 la possibilità di utilizzare alcune forme di pagamento tipo quelle dell'Amministrazione centrale: gli uffici periferici delle Amministrazioni statali possono provvedere al pagamento delle conseguenti spese mediante la diretta emissione dei titoli di spesa sottoposti al controllo preventivo delle Ragionerie territoriali dello Stato.

E problemi sono nati anche, secondo la relazione, sia per capire la gestione che l'organizzazione con l'aumento dei cosiddetti "macro-capitoloni" come aggregazioni di più voci di spesa per consentire maggiore flessibilità nella gestione delle risorse: «Ogni piano gestionale, all'interno di ciascun "capitolone" - afferma la Corte - costituisce una componente autonoma, con cassa e competenza propria e, in alcuni casi, è gestito da uffici o direzioni generali diverse con inevitabili, conseguenti problemi gestionali».

P.D.B.

© Repubblica/Infocoll/AGF/ANSA



Il bilancio della Salute: variazioni percentuali 2008-2009

Voci	Residui definitivi iniziali	mento iniziale di	mento definitivo di	Scanzia- mento iniziale	Scanzia- mento definitivo	Impegni totali (Rgs)	Pagato totale (Rgs)	Economie totali (Cdc)	Residui finali totali (Cdc)
Redditi da lavoro dipendente	-1,9	21,0	19,2	20,9	13,4	19,0	8,1	-10,6	75,0
Consumi intermedi	-36,8	-33,1	182,2	-40,0	162,9	244,8	39,5	-47,1	136,8
Imposte pagate sulla produzione	-5,4	18,3	16,0	18,3	10,4	16,3	7,1	2,6	67,6
Trasferimenti correnti ad amministrazioni pubbliche	16,3	-7,5	-9,4	-14,4	2,0	5,2	-8,2	-14,4	15,0
Trasferimenti correnti a famiglie e istituzioni sociali private	111,5	-10,4	-4,2	-13,7	-5,5	-4,8	-2,6	1.280,3	8,5
Trasferimenti correnti a estero	0,0	2,8	2,5	2,8	2,5	9,6	9,6	-32,3	0,0
Investimenti fissi lordi e acquisti di terreni	-98,5	-30,1	23,0	-98,8	-92,8	-56,5	-87,4	-100,0	-33,4
Contributi agli investimenti	-56,8	-22,8	342,9	-71,6	-27,9	224,7	2,7	-18,7	-73,7
Altri trasferimenti in conto capitale	-100,0	-31,1	3.444,3	-31,1	278,8	258,7	252,4	-76,3	-
Totale	6,1	-8,5	15,1	-20,1	14,8	23,2	0,5	38,3	16,8

Fonte: Corte dei conti, Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2009

SPESA LOCALE

Nelle Regioni farmaceutica virtuosa ma cresce l'incidenza di beni e servizi

I costi del Ssn per funzioni di spesa: variazioni 2008-2009

Regioni	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								Totale da enti convenzionati e accreditati	Totale costi senza scudi di mobilità interregionale e verso Sarrubino Gestù
	Beni e servizi	Personale	Costi straordinari e variazione delle rimanenze	Totale da enti a gestione diretta	Medicina generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	integrativa e protesica	Altra assistenza	Ospedaliera			
Piemonte	3,0	3,6	-76,7	2,8	4,0	0,4	4,2	9,6	0,3	10,7	0,2	3,4	3,0	
V. Aosta	3,9	-0,8	-82,0	1,1	16,9	0,1	12,1	-0,3	0,7	5,3	27,1	6,1	2,1	
Lombardia	2,0	2,7	-68,7	2,0	8,0	-0,8	1,9	1,3	7,0	5,2	3,5	3,3	2,5	
Pa Bolzano	2,1	4,7	180,1	5,1	5,1	1,3	4,5	1,7	7,4	-45,8	2,0	-15,4	-0,1	
Pa Trento	6,1	5,2	297,1	6,1	3,5	0,8	28,7	-1,5	6,6	0,5	2,8	2,8	5	
Veneto	4,3	2,2	-10,2	3,1	6,4	0,8	3,0	5,9	8,1	3,3	3,6	3,4	3,2	
Friuli	3,5	6,6	-60,4	4,3	6,8	-1,4	12,8	6,0	-17,5	19,8	-2,0	1,7	3,7	
Liguria	2,6	3,0	-99,7	2,5	4,3	-4,8	3,8	8,0	-1,3	9,6	6,4	2,7	2,6	
Emilia R.	2,7	2,3	182,1	3,4	7,3	-1,2	5,3	-2,8	2,8	8,4	2,7	3,8	3,5	
Toscana	1,6	3,6	-28,2	2,3	2,8	-3,7	4,0	0,5	10,9	11,2	5	2,6	2,4	
Umbria	4,9	2,0	-90,5	2,6	6,6	-3,3	8,7	7,1	8,3	7,4	1,6	2,7	2,7	
Marche	3,6	5,6	26,3	4,8	5,4	-1,8	2,2	6,2	-16,8	18,4	6,4	3,4	4,4	
Lazio	2,4	0,9	-14,6	1,3	6,6	-6,6	14,0	-2,5	6,2	3,1	-6,8	-1,4	0,2	
Abruzzo	0,9	0,2	12,5	0,9	-0,9	-2,1	-0,9	-4,3	-9,3	7,0	5,8	0,1	0,6	
Molise	3,1	2,8	-21,7	2,3	6,8	-1,9	18,4	-12,9	-34,4	22,1	3,3	3,2	2,7	
Campania	-5,7	1,8	-9,5	-2,2	2,8	-0,5	5,4	1,9	-0,4	19,8	2,6	2,6	-0,4	
Puglia	4,8	2,4	-76,0	-1,4	1,8	2,5	-0,3	3,2	0,4	12,3	0,3	2,2	0,0	
Basilicata	-2,6	3,9	-82,6	-0,1	3,2	0,4	-15,3	15,3	19,0	10,1	-17,9	3,8	1,2	
Calabria	9,9	2,0	-33,0	3,8	3,6	-6,3	9,5	-19,1	-2,0	29,1	-0,6	0,1	2,3	
Sicilia	8,7	-0,1	-0,4	3,4	3,1	-5,2	0,2	2,0	0,8	0,0	-0,3	-1,1	1,6	
Sardegna	7,0	3,2	-42,9	3,5	6,1	0,8	24,2	-8,8	-2,7	12,3	-2,8	4,0	3,6	
Totale	2,7	2,5	-28,7	2,0	4,9	-2,0	5,1	1,4	2,2	6,2	0,7	1,9	2,0	

Fonte: Corte dei conti, Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2009

L'analisi della Corte nella relazione sul rendiconto dello Stato 2009, approfondisce anche nel capitolo "Tutela della Salute" l'esame fatto nella memoria del procuratore generale. I dati sono gli stessi (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 27/2010), ma con alcuni punti di vista di lettura ampliati. A esempio, nella relazione dettagliata la Corte evidenzia che sul fronte dell'assistenza gestita direttamente dal pubblico, l'aumento è legato soprattutto alla spesa per acquisti di beni e servizi, che registra in media un incremento del 2,7%. In tre Regioni (Calabria, Sicilia e Sardegna) il tasso di variazione è superiore al 7% (v. tabella a fianco). Solo Campania e Basilicata segnano una flessione della spesa rispetto al 2008.

Per quanto riguarda invece gli altri capitoli di spesa, l'esame degli andamenti nei costi, distinti nelle principali componenti, conferma la rilevazione a livello di contabilità nazionale. La farmaceutica convenzionata continua ad avere un trend positivo al contenimento della spesa, con una flessione del 2% su base nazionale. Diversa però la situazione nelle varie Regioni: in calo di oltre il 5% la spesa nel Lazio (-6,6%) e in Sicilia (-5,2%) a cui si aggiunge la Calabria (-6,3%), mentre Puglia (+2,5%), Veneto e Sardegna (+0,8%) segnano una ripresa della spesa anche se minima.

In lieve crescita anche la spesa per l'assistenza ospedaliera convenzionata e accreditata (+0,7%). Anche in questo caso, l'andamento è diverso tra Regioni. Nelle Regioni in cui l'ospedaliera privata rappresenta una quota significativa della spesa incide per circa il 3% circa. Solo il Lazio, tra queste Regioni, presenta una riduzione significativa (-6,8%). Tra quelle con una limitata presenza di assistenza privata, la Corte evidenzia la forte riduzione della Basilicata (-17,9%) e sul versante opposto l'incremento della Liguria (+6,4%), delle Marche (+6,4%) e della Toscana (+5%).



Il caso

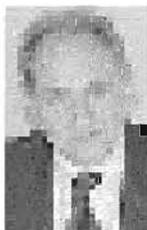
Sarà tutto online, al paziente basterà la tessera sanitaria Addio alle ricette scritte a mano arriva la prescrizione elettronica

ADDIO ricette scritte a mano (e spesso con la illeggibile calligrafia dei medici), da ottobre le prescrizioni saranno solo elettroniche. Il medico di base, con il computer, le inserirà nel sistema online, e per acquistare medicine o prenotare gli esami e le visite specialistiche al paziente basterà la tessera sanitaria. Si dividono i medici di base: per alcuni la Lombardia è in grado di sperimentare per prima questo sistema rivoluzionario, per altri la sperimentazione dev'essere graduale per evitare blackout e disagi ai pazienti.

LAURA ASNAGHI
A PAGINA VII

Medicinali, addio ricette di carta

Tutto si farà online e per ritirare il farmaco basterà la tessera sanitaria



FAVOREVOLE
Fiorenzo Corti,
segretario
della Fimmg



IL FORUM
Sul sito
milano.repub
blica.it i vostri
commenti
alle nuove
ricette online

**La rivoluzione elettronica da ottobre in Lombardia
Il nuovo sistema servirà a controllare meglio le spese**

Medici divisi, per i favorevoli la Regione è pronta, per i contrari i rischi di blackout sono troppo elevati

LAURA ASNAGHI

ADDIO alle ricette scritte a mano, arrivano quelle elettroniche. La Lombardia sarà la prima Regione in Italia a prescrivere farmaci e, in seguito, anche visite specialistiche online. Quindi, sparirà la ricetta "rossa", quella cartacea e tutte le prescrizioni delle terapie viaggeranno online. Questa rivoluzione, che consentirà un controllo in tempo reale della spesa sanita-

ria, è prevista a partire dal primo ottobre. Da quella data, il paziente dopo aver ottenuto la prescrizione online, potrà andare in farmacia e presentando la sua tessera sanitaria elettronica potrà ottenere i farmaci senza più bisogno di presentare la ricetta. Questa innovazione che coinvolge, in prima battuta, i medici di famiglia, non li vede uniti sullo stesso fronte. Anzi la divisione è netta. Mentre la Fimmg, guidata da Fiorenzo Corti, sostiene che la Lom-



bardia è pronta per dare il via alle ricette elettroniche perché «ha alle spalle un sistema informatico ormai rodato da anni», lo Snam che fa capo a Roberto Carlo Rossi, è molto perplesso. «Le innovazioni — dice — vanno fatte gradualmente e dopo aver verificato che tutti siano pronti. Lastoria dei certificati di malattia online insegna». E aggiunge: «È vero che in Lombardia l'80 per cento degli 8 mila medici di famiglia sono informatizzati e usano il computer per scrivere le ricette. Ma solo il 70 per cento è collegato al Siss, il Servizio informativo socio-sanitario, non sempre affidabile e funzionante». Rossi ricorda che all'inizio dell'anno il Siss è rimasto bloccato a Milano per due settimane e che dal 19 luglio il sistema registra forti rallentamenti. Il motivo? Rossi sostiene che il sistema si inceppa perché sono sempre più numerosi i medici che devono certificare via Internet i permessi legati alla malattia. «Se ci mettiamo tutti quanti a compilare ricette online, cosa succede? Il disastro». Su una cosa però Snam e Fimmg sono d'accordo. «Servono risorse aggiuntive — dice Fiorenzo Corti — e poi secondo noi, occorre una revisione delle convenzioni per permettere ai medici di famiglia di continuare a fare il loro lavoro, ovvero curare e visitare i pazienti. I amici bianchi non possono essere ridotti a operatori informatici della salute». E Rossi, da parte sua, ribadisce che la rivoluzione elettronica delle ricette deve prevedere anche una trattativa economica. «La regione Lombardia si vanta di essere la più virtuosa ed efficiente però intanto scarica sulle spalle dei medici molte incombenze. Il tutto senza che i medici abbiano un compenso. Il ritornello è sempre lo stesso: mancano i soldi ma le innovazioni devono procedere». Secondo i calcoli fatti dallo Snam «un medico che lavora nella ricca Lombardia guadagna anche la metà di un collega piemontese o campano, dove le attività aggiuntive sono retribuite a parte».

Rimpiazzate 16 mln di tessere sanitarie

Occhio alla buca delle lettere: una montagna di tessere sanitarie è in arrivo nelle case degli italiani. Entro la fine dell'anno scadranno infatti la bellezza di 16 milioni di tessere sanitarie, documento indispensabile per avere diritto alle prestazioni del Ssn, che saranno presto sostituite dalle nuove card in partenza dagli uffici dell'Agenzia delle entrate.

È quanto emerge dal calcolo sulle tessere sanitarie in scadenza nel 2010 elaborato dall'Agenzia delle entrate. «In prossimità della scadenza indicata sul tesserino, senza che i cittadini ne facciano richiesta, viene automaticamente inviata una nuova tessera a tutte le persone alle quali non sia decaduto il diritto a usufruire dei servizi erogati dal Ssn». «Tutte le tessere sanitarie scadute, o in scadenza entro la fine del prossimo mese di agosto» sottolinea l'Agenzia, «sono state già prodotte e spedite. Quelle che scadranno da settembre a dicembre 2010 (circa 16 milioni al netto di quelle prodotte dalle regioni che ne curano la diretta emissione) vengono progressivamente rimesse in tempo utile per garantirne la consegna entro la data di scadenza».

La tessera, distribuita a partire dal 2004, riporta i dati anagrafici e il codice fiscale del proprietario e, sul retro, i codici necessari per garantire a ogni cittadino italiano l'assistenza sanitaria anche nei paesi dell'Unione europea. Oltre a essere lo strumento per usufruire delle prestazioni del Ssn, ha inoltre la stessa validità del codice fiscale.



I NUOVI CONFINI DELLA MEDICINA

Ecco il "medico" robot
che può operare da solo

"Vede" in 3D e interviene con grande precisione

ROMA. I chirurghi stanno imparando solo ora a operare con "aiutanti" robot, ma già si affaccia all'orizzonte un automa pronto a sostituirli in toto. Si tratta del braccio meccanico realizzato dalla Duke University (Nord Carolina), che in un esperimento descritto dalla rivista *Ultrasonic Imaging* hanno fatto compiere una biopsia senza nessun intervento umano.

Il robot è stato in grado di localizzare una lesione in un organo umano simulato, in questo caso una prostata fatta di carne di tacchino con all'interno un acino d'uva, e di effettuare una biopsia in otto diversi punti con un tasso di accuratezza

sulla posizione del 93%. «In uno studio precedente avevamo dimostrato che era possibile fare una biopsia singola, utilizzando una riproduzione di un tumore al seno - spiega Kaicheng Liang, autore della ricerca - in futuro robot autonomi come questo saranno in grado di effettuare tutti gli interventi più comuni, con più sicurezza».

Alla base del dispositivo messo a punto dai ricercatori americani c'è un programma di intelligenza arti-

ficiale in grado di "leggere" un'ecografia in 3D, e individuare eventuali anomalie come lesioni o tumori. Il programma comanda il braccio meccanico, che è in grado di manipolare lo stesso strumento usato dai chirurghi veri per questo intervento, e gli dice dove effettuare i prelievi. Per questi test è stata scelta la carne di tacchino perché la sua immagine agli ultrasuoni è molto

simile a quella della carne umana, ma l'esperimento proseguirà su un manichino, utilizzando un organo simulato poi su un vero seno umano. La realizzazione del robot, spiegano i ricercatori, è stata resa pos-

sibile dal passaggio alle tre dimensioni dell'ecografia, ottenuto per la prima volta proprio nel laboratorio dell'università del nord Carolina.

In attesa che arrivino quelli in grado di fare tutto da soli, i robot sono già presenti nelle sale operatorie: secondo i dati presentati al Congresso europeo di laparoscopia di Roma solo in Italia ce ne sono 45, record europeo, e ogni anno effettuano qualche migliaio di interventi, soprattutto su reni e prostate.



Il braccio meccanico del chirurgo robot che opera da solo



Bressanone Il direttore Gatscher: «Operazione durata otto ore, la paziente ora sta bene e parla normalmente»

Ricostruzione della lingua, intervento riuscito

BOLZANO — Per la prima volta in provincia di Bolzano i reparti di chirurgia plastica ed otorinolaringoiatria dell'ospedale di Bressanone hanno effettuato un intervento chirurgico che è durato otto ore ad una paziente alla quale era stata asportata metà della lingua e l'intero pavimento della bocca a causa di un tumore maligno.

«L'intervento è stato effettuato il 27 aprile di quest'anno — spiega il direttore generale del comprensorio della val d'Isarco, Siegfried Gatscher — Non è la prima volta che il reparto di chirurgia plastica effettua degli interventi insieme ad un altro reparto. Di solito i due medici di Bressanone lavorano a stretto contatto con ginecologia. Basta pensare che sono loro che ricostruiscono il seno o la mammella alle pazienti colpite da un tumore al seno. Ma l'intervento di aprile è di tutt'altro tipo. Primo in assoluto nella nostra provincia». Gat-

molto complesso. Però il direttore della ripartizione Orl, il dottor Paul Goller, e il collega, dirigente della struttura organizzativa di chirurgia plastica, il dottor Alexander Gardetto, sono riusciti nel proprio intento».

Il reparto di chirurgia plastica nasce tre anni fa e al momento sono due i medici che operano. Si tratta dell'unico reparto di questo tipo in tutta la provincia. «I due medici — precisa il direttore del comprensorio della val d'Isarco — operano anche a Bolzano, Brunico e Merano. Si devono spostare per gli interventi. Ma il reparto si trova a Bressanone ed è destinato a crescere ulteriormente. Siamo molto soddisfatti della strada intrapresa e del successo che l'intervento ha avuto». Ulteriori dettagli verranno dati in una conferenza stampa che si terrà il 10 agosto presso l'ospedale di Bressanone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

scher è soddisfatto del lavoro svolto: «Il difetto risultante è stato ricostruito con tessuto trapiantato dall'avambraccio della paziente. Questo tipo di intervento, ribadisco, è il primo in Alto Adige. La paziente è tutt'ora libera di recidive, può mangiare e parlare normalmente». Gli esperti dell'Azienda sanitaria hanno atteso qualche settimana prima di dare la buona notizia, un po' per scaramanzia e un po' per dare alla paziente il tempo di riprendersi e di verificare che tutto era filato liscio. «Otto ore — dice Gatscher — È stato un intervento



Professionali Medici mentre operano un paziente

Collaborazione

Il reparto di Chirurgia plastica ha lavorato insieme ai colleghi di Otorinolaringoiatria. Usato anche il tessuto di un braccio