

## Rassegna del 14/07/2010

---

IL FATTO QUOTIDIANO - Pillola abortiva, il decalogo del ministero spinge per il ricovero - 1  
Paolin Chiara

# Pillola abortiva, il decalogo del ministero spinge per il ricovero

di Chiara Paolin

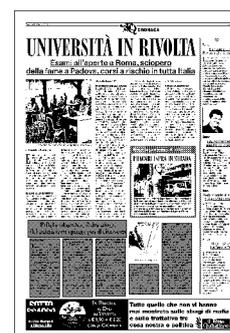
**R**ispettiamo l'autonomia delle amministrazioni. Noi segnaliamo però che chi dovesse applicare protocolli clinici che ammettono le dimissioni volontarie della donna dopo l'assunzione della prima pillola vanno incontro a irregolarità". Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, ha commentato così le linee guida sulla pillola abortiva Ru486 ufficializzate ieri dal ministero, e il tono non è affatto conciliante: il ricovero di tre giorni deve essere rigorosamente rispettato dalle Regioni. Se i governatori non dovessero sostenere i protocolli ministeriali potrebbero pagarla cara, e non in senso figurato. Aggiunge infatti la Roccella: "Abbiamo comunicato alle Regioni che esiste una criticità amministrativa che potrebbe determinare dei problemi sul piano del rimborso della prestazione da parte del servizio pubblico". Ovvero, se la donna sceglie l'aborto farmacologico e poi firma per andare a casa il giorno stesso si profilano grane per l'ospedale nell'ottenere il rimborso.

"Follia pura, sono semplicemente basito - risponde Massimo Cozza, medico della Funzione Pubblica Cgil -. Per diritto costituzionale tutti i cittadini hanno sempre e comunque libera scelta sulle cure. Tranne l'eccezione delle cure obbligatorie, e non è certo questo il caso. Quindi ogni singolo paziente decide in piena autonomia se accettare una cura o no, se restare in ospedale o uscire. Il medico ha l'obbligo di spiegare esattamente quali sono i rischi e le condizioni. ma la deontologia

prevede la necessità assoluta di rispettare la libera decisione della donna".

Eppure la Roccella arriva a segnalare la possibilità di "contenziosi legislativi" con le strutture che dovessero ignorare le linee guida. "Questo è un approccio ideologico che non ha nulla a che vedere con la salute psicofisica della donna - conclude Cozza -. E oltretutto va in totale controtendenza rispetto a tutte le indicazioni della sanità odierna, che prevedono le cure in day hospital quando possibile".

Tra le altre indicazioni fornite dal ministero, per gli aborti delle minorenni viene data preferenza al permesso dei genitori anziché del tribunale, quindi si chiede la disponibilità della paziente a un controllo successivo all'aborto (dopo 14-21 giorni) e un'attenzione particolare alle donne straniere perché possano comprendere la dinamica dell'aborto. Ma nel complesso tutta l'attenzione è concentrata sulla visione della pillola come foriera di quell'"aborto a domicilio" che il sottosegretario Roccella evoca come uno sfregio alla dignità della vita. Insiste infatti l'esponente di governo rifacendosi al ministro Maurizio Sacconi, che già lo scorso novembre si era espresso sul tema: "Il parere del ministro era che il farmaco venisse riconosciuto solo prevedendo il ricovero delle pazienti per tutta la procedura. Se sul lungo periodo si vedrà che questo criterio non è applicato, il governo ne dovrà tenere conto. Noi ci siamo presi la nostra responsabilità emanando le linee guida, ora le Regioni si assumeranno la loro".



## Aborto Roccella: «Niente rimborsi a chi non rispetta le regole»

Roma. Le linee guida per la pillola abortiva che da qualche giorno sono sul tavolo delle Regioni suonano come monito. Il sottosegretario al **ministero della Salute, Eugenia Roccella**, l'ha detto: «Rispettiamo l'autonomia delle amministrazioni. Noi segnaliamo però che chi dovesse applicare protocolli clinici che ammettono le dimissioni volontarie della donna dopo l'assunzione della prima pillola vanno incontro a irregolarità». Il timore della Roccella è «lo scivolamento verso l'aborto a domicilio». Dunque l'impegno delle Asl dovrebbe essere quello di seguire le indicazioni del documento dove viene ribadito un principio: la Ru486 ha lo stesso livello di sicurezza dell'aborto chirurgico se viene somministrata in ospedale, in regime di ricovero ordinario (tre giorni) e sotto controllo sanitario, in accordo con la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza.

**SANITÀ.** Il documento diffuso alle Regioni non è però vincolante. «Massima informazione, evitare dimissioni volontarie»

# Pillola abortiva, le linee del ministero: chiarezza e sì dei genitori per le minori

**Il sottosegretario Roccella:** «Rispetto per l'autonomia delle Regioni, ma se non seguiranno la guida, se ne assumeranno le conseguenze amministrative e pratiche».

ROMA

\*\*\* Dimissioni anticipate sconsigliate, accertamento della comprensione linguistica per le donne straniere, no alla Ru486 per le minorenni senza il consenso dei genitori: sono alcuni dei punti contenuti nelle linee di indirizzo elaborate dalla commissione del ministero della Salute per l'utilizzo della pillola abortiva, inviate in questi giorni alle Regioni e presentate ieri dal sottosegretario Eugenia Roccella.

«Da questo momento - ha detto Roccella - c'è una chiara indicazione del ministero su come utilizzare la Ru486. Si tratta di linee guida di massima, in considerazione dell'autonomia delle Regioni, non sono vincolanti», ma le Regioni che non le seguiranno «se ne assumeranno la responsabilità» sia in caso di problemi amministrativi sia nel caso di «eventi avversi». Ecco gli aspetti principali tracciati dal ministero guidato da Ferruccio Fazio.

## Criteri di somministrazione

I criteri di somministrazione della pillola abortiva si dividono in clinici e non clinici. Dei primi fanno parte i problemi psicologici o la difficoltà a raggiungere la cavità uterina ed eventuali controindicazioni

mediche, come allergie o altre malattie. Fra i criteri non clinici, invece, quello principale è che la donna abbia chiaramente compreso il percorso ed abbia la possibilità di aderirvi compiutamente. Per le donne straniere, in particolare, si deve accertare l'avvenuta comprensione linguistica della procedura e dei sintomi, mentre per le minorenni l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica è sconsigliata, ed è ammessa solo con il consenso dei genitori.

## No a dimissioni volontarie

Secondo le linee guida, nell'informazione utile al consenso, deve essere spiegato in modo chiaro che l'aborto farmacologico potrà essere effettuato soltanto in regime di ricovero ordinario, nella maggior parte dei casi della durata di tre giorni, fino cioè all'espulsione del materiale abortivo. È infatti fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici, prima del completamento di tutta la procedura.

## Pareri e lettera del ministro

Le linee guida si basano su un «doppio binario», come l'ha definito il sottosegretario Roccella. Da una parte ci sono tre pareri del Consiglio superiore di sanità, che ha deliberato che «al fine di garantire il rispetto della legge 194 il percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza medica deve

avvenire in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento». Il parere è stato ripreso dall'allora ministro della Salute, Maurizio Sacconi, nella sua comunicazione alla Commissione Europea, in cui affermava che il mutuo riconoscimento della Ru486 era condizionato al fatto che «l'intera procedura abortiva, e fino all'accertamento dell'avvenuta espulsione dell'embrione, deve essere effettuata in regime di ricovero ordinario».



Il ministro Ferruccio Fazio



# Allunga la vita di due mesi ma per gli inglesi quel farmaco costa troppo

*Trentacinquemila euro per un malato terminale non sono convenienti per la mutua. Ed è polemica*

**Enza Cusmai**

■ Sessanta giorni di vita in più non valgono 35 mila euro. È la conclusione a cui è arrivata il Nice, National Institute for Health and clinical Excellence inglese che ha rifiutato di somministrare ai pazienti inglesi, attraverso il servizio sanitario nazionale, l'Avastin, un farmaco anti-tumorale, perché è antieconomico. La decisione ha già suscitato un mare di polemiche ma il Nice tira dritto. Con questa motivazione: "un ciclo di terapia costa circa 35.000 euro per singolo paziente con un impatto sulla sopravvivenza di solo alcuni mesi, cioè per un mancato costo-beneficio del trattamento stesso". Tecnicamente l'Avastin è un farmaco antiangiogenesi che blocca la produzione dei nuovi vasi tumorali nella mammella. Attualmente è approvato e tutt'ora in uso in alcuni paesi europei, Italia compresa. Ma questa scelta viene criticata anche da esperti italiani, come Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di oncologia medica dell'Istituto nazionale tumori di Aviano. "Questo farmaco è molto costoso e ha un impatto minimo sulle malattie tumorali come il carcinoma alla mammella. Bisognerebbe seguire l'esempio britannico anche in Italia ed essere più rigidi nell'approvazione di questi medicinali". Parole dure, che potrebbero suonare ciniche. Ma Tirelli avverte: "Sia chia-



Il Giornale

**Allunga la vita di due mesi ma per gli inglesi quel farmaco costa troppo**

Trentacinquemila euro per un malato terminale non sono convenienti per la mutua. Ed è polemica

Enza Cusmai

Sessanta giorni di vita in più non valgono 35 mila euro. È la conclusione a cui è arrivata il Nice, National Institute for Health and clinical Excellence inglese che ha rifiutato di somministrare ai pazienti inglesi, attraverso il servizio sanitario nazionale, l'Avastin, un farmaco anti-tumorale, perché è antieconomico. La decisione ha già suscitato un mare di polemiche ma il Nice tira dritto. Con questa motivazione: "un ciclo di terapia costa circa 35.000 euro per singolo paziente con un impatto sulla sopravvivenza di solo alcuni mesi, cioè per un mancato costo-beneficio del trattamento stesso". Tecnicamente l'Avastin è un farmaco antiangiogenesi che blocca la produzione dei nuovi vasi tumorali nella mammella. Attualmente è approvato e tutt'ora in uso in alcuni paesi europei, Italia compresa. Ma questa scelta viene criticata anche da esperti italiani, come Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di oncologia medica dell'Istituto nazionale tumori di Aviano. "Questo farmaco è molto costoso e ha un impatto minimo sulle malattie tumorali come il carcinoma alla mammella. Bisognerebbe seguire l'esempio britannico anche in Italia ed essere più rigidi nell'approvazione di questi medicinali". Parole dure, che potrebbero suonare ciniche. Ma Tirelli avverte: "Sia chia-

L'EFFICIENZA È ANCORA PIÙ ACCESSIBILE.

IN INGHILTERRA ELIMINATO FARMACO ANTICANCRO

Ma sono troppi 35mila euro per due mesi di vita?

# Tutti siamo pronti a pagare per un solo minuto in più

*Un mese di respiro affannoso non vale migliaia di euro, ma quando sei alla fine capisci che la voglia di vivere non ha prezzo*

di Luca Doninelli

■ L'Agenzia del Farmaco inglese ritiene che allungare di due mesi la vita di un uomo non valga trentacinquemila euro, che sono in effetti una bella cifra. Ma dire che due mesi di vita non valgono trentacinquemila euro significa, gira e rigira, un'altra cosa: significa che l'uomo ha un prezzo - altro che la vita non ha prezzo!, ce l'ha eccome - e che tutti gli sforzi (...)

(...) che l'umanità ha compiuto per eliminare la schiavitù sono serviti a poco. Gli uomini si sono sempre comprati e venduti, e così sarà per i secoli dei secoli. Le nostre cronache non parlano forse, e da molti anni, della tratta delle bianche dall'Est europeo?

Ma aggiungiamo un'altra considerazione e domandiamoci: entro quale cifra due mesi di vita possono essere, per così dire, finanziati con denaro pubblico? Trentacinquemila sono tanti, d'accordo. Ma la cifra-soglia quale sarà? Esisterà pure un prezzo di mercato. Ventimila euro? Quindici-mila?

Il mio sospetto è che anche cinquemila siano troppi. Magari per cinquemila il Ssn inglese chiude un occhio e dice di sì, ma se lo fa è per bontà sua, perché fatti due conti la spesa ci può stare, la casa farmaceutica si è dimostrata ragionevole, e così via. Anche se si tratta pur sempre di prolungare di due mesi il rantolo di un morente. di un essere

improduttivo: una voce comunque negativa nel Pil.

Ma resta il fatto che due mesi di vita, due mesi di respiro strascicato non valgono quei soldi.

Cerchiamo di non essere ipocriti: tutti, più o meno, la pensiamo così, e questo è il vero problema, altro che Servizio sanitario inglese. Sono conti che facciamo tutti, per una ragione o per l'altra. E lo facciamo

magari anche con i nostri padri e le nostre madri. Con le migliori intenzioni, s'intende: però lo facciamo.

Io lo dico chiaro e tondo: dovesse toccare a me, risparmiatemi quei trentacinquemila euro, usateli per fare una donazione e non regalatemi due mesi di vita in più, che saranno in ogni caso due mesi penoso e doloroso, abitato da pensieri cupi e spesso anche malevoli, perché il molto soffrire tende a rendere l'uomo cattivo.

Va detto, però, che io dico tutte queste cose mentre sto bene. Se stessi male, ma proprio male male male, le direi lo stesso? Cerco di immedesimarmi con le volte in cui mi sono sentito molto male, ma la verità è che ho dimenticato come stavo: so che stavo male, questo sì, malo so astrattamente, perché il mio corpo non conser-

va una reale memoria di quel dolore, esistono sostanze endocrine in grado di cancellare quella ferita.

E allora mi chiedo: se avessi davanti a me solo pochi giorni di vita, e questo farmaco potesse concedermi due mesi in più, sarei così certo di voler devolvere quei trentacinquemila euro in opere meritevoli? O li spenderei per me, per quei maledetti (ma anche benedetti) sessanta giorni?

Se mi pongo questa domanda, allora il quadro si complica. C'è un imprevisto con il quale il pensiero statistico del Ssn inglese, che poi è anche il nostro

pensiero, deve fare i conti. Questo imprevisto è la nostra voglia di vivere, il nostro attaccamento alla vita, che d'un tratto, nel momento estremo, ci svelano quanto sono importanti anche soltanto cinque minuti, cinque secondi, un respiro in più. Se dal punto di vista esterno un mese di vita in più non vale certo trentacinquemila euro, da quello interno chi potrà conoscere il prezzo anche di un solo istante, di un solo respiro?

Questi due punti di vista esistono entrambi: da un lato il mondo continuerà e esistere senza di noi, dall'altro noi vogliamo comun-

que esserci, a tutti i costi. E quest'ultima è la parte più misteriosa, e quindi anche più scomoda e spesso antipatica della vita, perché questa odiosa voglia di vivere, anche quando la vita sembra non avere più senso, non ce la toglie di dosso nessuno.

La tragedia sta nel fatto che, dei due termini è rimasto solo il primo. Il linguaggio moderno ha smarrito le parole del mistero. Chi difende questa testarda, straziante voglia di essere, e di essere per sempre, passa per retrogrado, moralista, ipocrita, e magari finisce per crederci anche lui.



# “I tumori senza segreti”

E' l'ora di una nuova scienza, l'oncologia molecolare clinica

## Intervista

”

GABRIELE BECCARIA

**L**ei ha un tumore: iniziamo la terapia e ci rivideremo tra qualche settimana per verificare l'esito del primo ciclo». Questa frase standard, tremenda per chi l'ascolta e avvolta da un'incertezza che ne accresce gli strascichi angosciosi, è destinata a tramontare. La sostituiranno altre formule, finalmente nitide, ancora da inventare: personalizzate, anziché anonime, e quindi più rassicuranti, elaborate da una nuova scienza e da una nuova generazione di medici: i camicci bianchi-scienziati che hanno familiarità con l'oncologia molecolare clinica e sanno bene quanto fragile sia la psicologia dei pazienti.

Non è una promessa qualunque. Di casa nei laboratori, questa disciplina emergente si affaccia negli ospedali e rivoluzionerà tut-

to e tutti, chi cura e chi è curato. Anche se ci vorrà tempo, l'Airc - l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro - accelera e ha deciso di utilizzare i fondi del 5 per mille per un bando che ha selezionato 5 progetti d'avanguardia: «Sono 60 milioni - si spiega - che permetteranno un balzo in avanti, allineando l'Italia alla ricerca oncologica più competitiva».

**Professor Paolo Comoglio, lei è direttore scientifico della Fondazione del Piemonte per l'Oncologia, responsabile della ricerca clinica dell'Ircc di Candiolo e il suo istituto è uno dei vincitori, con l'assegnazione di fondi più alta: che cos'è l'oncologia molecolare clinica?**

«E' una scienza di frontiera che travalica i limiti tradizionali tra la ricerca di base e la ricerca clinica. Concretizza l'auspicato passaggio dal banco di laboratorio al letto del malato, con la possibilità di passare da diagnosi e terapie basate sull'osservazione -

sia pure accurata - dei segni esteriori della malattia all'identificazione dei meccanismi genetici e molecolari che la causano e la sostengono. La più importante conseguenza di questo approccio - culturale e scientifico prima di tutto - è la possibilità di disegnare interventi farmacologici mirati, capaci di spegnere quei processi

attivati in modo anomalo».

**Perché si tratta di una logica inedita per i medici?**

«Perché cambia l'appoggio alla comprensione della malattia. L'oncologia molecolare, attraverso l'analisi strumentale del genoma di ogni singolo malato, identifica le 3-5 lesioni genetiche concomitanti che scatenano la crescita incontrollata della cellula cancerosa, lesioni che possono essere diverse anche in pazienti portatori di un tumore nello stesso organo. E' a partire da queste conoscenze che stanno nascendo farmaci per le terapie mirate, cioè individualizzate».

**E dal punto di vista del**

**paziente che cosa cambierà?**

«Sarà protagonista di 3 momenti: la diagnosi molecolare (che identifica la lesione genetica responsabile della malattia), la prognosi (con cui si elabora una previsione dell'evoluzione della malattia) e la terapia, mirata alla lesione».

**Conoscere in anticipo l'evoluzione di un tumore significherà, nei casi peggiori, una sentenza anticipata e senza appello: è così?**

«In realtà, la diagnosi - soprattutto quella molecolare - è frutto di un'analisi oggettiva, relativamente certa, mentre la prognosi è una previsione dell'evoluzione della malattia e, come tutte le previsioni, è soggetta a elementi di probabilità e incertezza. Tuttavia, basandosi anche sull'analisi

Chi è  
Paolo Comoglio  
Oncologo

RUOLO: E' PROFESSORE  
DI ISTOLOGIA ALL'UNIVERSITA'  
DI TORINO E DIRETTORE  
SCIENTIFICO  
DELL'IRCC-FONDAZIONE  
DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA



si dell'espressione dei geni della cellula neoplastica, è destinata ad affinarsi progressivamente: così il cancro da "male oscuro" diventerà sempre di più una malattia "qualunque" priva di angosce irrazionali».

Queste sono le prospettive, ma negli ospedali restano quasi fantascienza: quanto si dovrà aspettare per il «cambio di paradigma»?

«Il processo è inarrestabile. Oggi l'oncologia molecolare clinica coinvolge un numero relativamente ri-

dotto di istituti nel mondo, ma in pochi anni tecnologie e competenze saranno disponibili ovunque. L'accade-

mia ha recepito la novità e in molte università - a cominciare da Torino - sono stati attivati master di secondo livello».

A Candiolo avete ottenuto un «grant» di 15 milioni per 5 anni: come li spenderete?

«Vogliamo portare risultati concreti al letto del paziente entro la durata del progetto. L'impegno è condiviso dagli altri istituti che hanno ottenuto un finanziamento analogo, il San Raffaele, l'Istituto Nazionale Tumori di Milano e le Università di Roma e Firenze. A Candiolo ci concentreremo sullo studio della resistenza alle terapie convenzionali nel cancro del colon e speriamo di sviluppare un farmaco mirato, nato "in casa", basato su un anticorpo monoclonale».

#### PROGETTO ALL'IPCC DI CANDIOLLO

«Grant da 15 milioni per studiare una terapia contro il cancro al colon»

La manovra 2011-2012 verso la doppia fiducia in Parlamento con grandi partite ancora aperte

# Farmaci e Regioni, i tagli scottano

Industrie e farmacisti spaccati sui margini, governatori in ansia - E il Sud respira

**C**ontrasti laceranti nella filiera del farmaco dopo l'approvazione in commissione Bilancio, al Senato, dell'emendamento che distribuisce fifty-fifty il taglio del 3,65% su farmacie e imprese.

Il presidente Farindustria, Sergio **Dompé** accusa: «È appropriazione indebita».

Le Regioni intanto incontrano il Governo per cercare di far quadrare i conti e ridurre il taglio a carico dei loro bilanci, ma Palazzo Chigi, che pure apre al dialogo, è fermo: saldi e destinazione delle misure non si toccano. E la manovra è già pronta per due fiducie.

A PAG. 9-10

MANOVRA/ La commissione Bilancio del Senato spalma i tagli: 1,82 alle farmacie; 1,83% alle imprese

## Farmaci, modifiche corrosive

Sacrifici "sine die" - Via le gare - Tutti contro tutti - Testo già blindato

**U**n sacrificio che per essere davvero a metà ci manca solo quello 0,01 per cento che lascia sbilanciata di un'inezia la spalmatura a carico di chi (forse) non se l'aspettava proprio.

È una data cancellata, che "scippa" l'ultima speranza trasportando il sacrificio in questione sul pianeta del "sine die".

Le parti si invertono facilmente quando si gioca il tutto per tutto ai tavoli della politica e della manovra. Così, nel giro di una settimana, le farmacie hanno risalito mezza china; le farmaceutiche sono scivolate un po' lungo un piano inclinato. E la settimana s'è chiusa con l'approvazione di un emendamento-mediazione che scontenta tutti, con una manovra già virtualmente blindata dalla promessa di due fiducie (sia al Senato che alla Camera) e con commenti "roventi" come da tempo non se ne sentivano.

I contenuti della modifica presentata dal Relatore della manovra in Commissione Bilancio al Senato, Antonio Azzollini (Pdl), sono

relativamente semplici. In attesa che venga adottata una nuova modalità di remunerazione delle farmacie per la dispensazione dei farmaci a carico del Ssn i margini dei grossisti restano al 3%, quelli delle

farmacie al 3,35%: la trattenuta del 3,65% che ne resta per l'1,82% a carico delle farmacie e per l'1,83% a carico delle aziende. Esenti dal ricarico le farmacie rurali e a basso reddito, l'ossigeno terapeutico e i medicinali equivalenti con prezzo al pubblico pari a quello di rimborso. Le aziende farmaceutiche verseranno il loro obolo direttamente alle Regioni, in base a tabelle predisposte dall'Aifa, tenendo conto dei fatturati realizzati localmente da ciascun produttore e dovranno attendere i frutti del tavolo che sarà avviato a settembre sulla revisione dei criteri di remunerazione per uscire dal guado. Intanto però non dovranno seguire le gare al ribasso, cancellate dall'emendamento che affida all'Aifa il compito di individuare un prezzo massimo di rimborso per ciascuna lista di riferi-

mento sulla base di una ricognizione dei prezzi vigenti nei Paesi Ue, con l'obiettivo di ottenere un risparmio non inferiore a 600 milioni di euro l'anno.

Misure divaricanti. Esplose sulla testa di una filiera che aveva i nervi tesi e che - come accennato - non ha mancato l'occasione del reciproco sfogo.

La cosa più carina che il presidente di Farindustria **Sergio**

**Dompé**, ha mandato a dire ai farmacisti e al Governo è che i titolari incassano margini assai superiori a quelli dei colleghi dell'Uc, che la scelta di far pagare alle imprese metà del taglio è una «appropriazione indebita» e che «in un Paese senza cultura imprenditoriale non si può lavorare».

La cosa più carina che Federfarma ha mandato a dire alle aziende è che in cambio di mezzo sacrificio loro hanno incassato la cancellazione delle gare. E qualche fendente i titolari di farmacia lo hanno tirato anche ai taciturni grossisti, che solo martedì, dopo

settimane di bagarre su una norma rimasta fino ad allora inalterata, hanno deciso di lanciare il guanto dello stop ai riformimenti in farmacia.

Spontanea la replica di Federfarma («La manovra fotografa una situazione reale quel 3,65 già prima andava alle farmacie: lo dicono anche gli studi di settore») che ha trasformato il tanto discusso "extrascotto" in un banale fatto contabile.

E intanto dalle aziende proteste e ancora proteste.

Hanno contestato i genericisti (**Giorgio Foresti**, Assogenerici: «Ancora una volta nessuna rifor-



ma: solo misure palliative che fanno più danno che altro); si sono sdegnate le aziende biotecnologiche (**Alessandro Sidoli**, Assobiotec: «Paradossale: il Ssn assegna a chi è chiamato semplicemente a spostare una scatola dallo scaffale al bancone oltre il 30% di quanto paga per un farmaco»). Accanto a **Farmindustria** s'è schierata due volte in una settimana anche Confindustria: «Ancora una volta s'è deciso di colpire le aziende farmaceutiche per aumentare redditi e rendite dei farmacisti: questo non ci piace e va detto», ha ribadito la presidente **Emma Marcegaglia**. E il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, non s'è stancato neanche lui di ripeterlo: «Secondo me quell'emendamento non è giusto ma è chiaro che si rispetterà la volontà del Parlamento».

Ma a quest'ultimo forse non resta granché da fare. Il Dl 78/2010 arriverà in Aula al senato martedì 13 per essere sottoposto a voto di fiducia il 15. Tempi tecnici e approdo alla Camera il 23 per la votata verso un nuovo voto di fiducia entro il 26 luglio. Tre giorni prima della scadenza.

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Epigrafe di un presunto «disastro colposo»

«**G**iovedì 8 luglio 2010, dopo oltre 2 anni dalle gravissime imputazioni della Procura di Torino di "disastro colposo" - per ritardato aggiornamento dei bugiardini di 20 specialità medicinali in commercio in tutti i Paesi europei da 20 anni (!) - e dal mio allontanamento dall'Aifa, il Giudice delle udienze preliminari (Gup) di Roma ha stabilito il "non luogo a procedere", perché il fatto non costituisce reato, dichiarando pertanto insussistenti e prive di fondamento le accuse e le imputazioni che mi erano state rivolte.

Ho sempre creduto in un esito positivo di questa vicenda grottesca e surreale, anche se la sentenza del Gup non cancella i danni arrecati all'Aifa e al suo progetto, e non cancellerà mai la violenza mediatica subita, l'isolamento professionale e l'amarrezza della vicenda personale e umana.

Dedico questa sentenza alle persone che direttamente o indirettamente hanno dovuto pagare duramente le conseguenze di questa vicenda, a quelli che ci hanno creduto fino in fondo e non hanno mai mollato e a quanti, per ragioni nobilissime o per opportunismo, hanno staccato la spina».

**Nello Martini**



## I costi standard secondo Fazio

«Una variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dall'efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori interferenti, quali la differente composizione per età della popolazione e la diversità dei contesti economico-sociali regionali». Il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** spiega in un suo intervento il meccanismo con cui realizzare i costi standard messo «a verbale» durante la presentazione della relazione del ministro Tremonti sul federalismo fiscale.

A PAG. 11

LA POSIZIONE DELLA SALUTE

# «Costi standard modellati su aree di best practice»

DI FERRUCCIO FAZIO \*

Con lo schema di Relazione al Parlamento sul processo attuativo del federalismo fiscale, illustrato al Governo dal ministro Tremonti, si è aperta una fase nuova e decisiva che nelle prossime settimane vedrà affrontato in maniera specifica il tema dei costi standard per il superamento del concetto di spesa storica. In questo quadro acquisterà grande rilevanza l'approfondimento relativo al settore sanitario, che, come è noto, assorbe circa l'80 per cento delle risorse regionali.

In questa finale sarà importante attenersi ad alcuni elementi di fondo che rendono peculiare il tema dei costi standard nel settore sanitario. Si deve ricordare che per il Servizio sanitario nazionale:

a) il concetto di spesa storica è superato da molti anni (2001) e, infatti, da allora annualmente non si opera più un riparto di un Fondo nazionale, ma, sulla base di un fabbisogno finanziario nazionale calcolato in base ai Lea da garantire e alle compatibilità economico-finanziarie nazionali, si determina un fabbisogno finanziario per singola Regione adeguato per assicurare i Lea sul proprio territorio;

b) se, nell'anno, la singola Regione per garantire i Lea ha una spesa maggiore del fabbisogno finanziario riconosciuto, il disavanzo deve (ed è) essere totalmente coperto dalla Regione stessa, con meccanismi vari (fiscalità regionale aggiuntiva, aumento dei ticket, risorse da bilancio regionale);

c) in questo senso si può affermare, che essendo tutti i disavanzi regio-

nali obbligatoriamente coperti, da anni il Servizio sanitario nazionale non ha in alcun modo contribuito a incrementare il debito pubblico nazionale:

d) la spesa sanitaria nazionale a differenza di altri settori della spesa pubblica, grazie a un complesso sistema di governance Stato-Regioni ha rallentato fortemente il suo incremento annuo passando da un 7-10 per cento al 3 per cento degli ultimi due anni.

Prendendo come riferimento l'anno 2009 si può evidenziare che annualmente le Regioni per il settore sanitario si sono viste riconosciute un fabbisogno finanziario per garantire le prestazioni dei Lea di 103 miliardi di euro facendo registrare una spesa di 111 miliardi di euro ma nel 2010, la differenza di 8 miliardi di euro è totalmente ripianata dalle Regioni con i meccanismi sopra ricordati.

Il tema dei costi standard, assumendo che in base al Patto per la salute 2010-2012 il fabbisogno finanziario complessivo nazionale per il Ssn rimarrà sostanzialmente quello programmato nella legge Finanziaria 2010 e confermato nel DI 78/2010, dovrà misurarsi con questo tema del disavanzo annuo delle singole Regioni, evidenziando, che nel formarsi di tali disavanzi vi sono quattro componenti che agiscono in maniera diversa Regione per Regione:

a) un effetto legato a cattiva gestione amministrativa, gestionale e contabile dei fattori di produzione



impiegati dalle aziende sanitarie, in primo luogo gestione del personale dipendente e acquisto di beni e servizi; sono qui che si annidano i cosiddetti sprechi;

b) una componente legata all'appropriatezza prescrittiva per farmaci, prestazioni specialistiche e ricoveri ospedalieri;

c) una parte legata a modelli organizzativo-assistenziali ormai superati, a partire dal problema delle reti ospedaliere enfatiche con presenza di piccoli ospedali costosi e inefficienti;

d) una parte, infine, in alcune Regioni è legata alla volontà della Regione di garantire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dai Lea nazionali.

In questa situazione, per affrontare il

tema dei costi standard ogni Regione dovrà essere posizionata rispetto ai 4 elementi sopra ricordati, soprattutto i primi tre.

Osservando i macrodati economici delle singole Regioni e il set di indicatori già individuati dal Patto per la salute 2010-2012, si potrà operare un aggiustamento del fabbisogno riconosciuto fino a oggi alle singole Regioni, in modo che il nuovo fabbisogno rideterminato costituisca per la singola Regione la spesa programmata alla quale allineare la spesa tendenziale eventualmente più alta attraverso piani di convergenza (che rappresenteranno la forma verso cui evolveranno gli attuali piani di rientro).

In questa situazione è fondamentale, se si vuole garantire la sostenibilità del sistema, accompagnare le misure di determinazione del costo standard, con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi, in modo che le nuove risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio sanitario nazionale, individuati congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni.

In questo senso, per razionalizzare l'offerta sanitaria e renderla omogenea quali-quantitativamente in tutte le aree del Paese, già da alcuni anni si stanno portando avanti varie linee prioritarie di sviluppo del sistema che consentano una reingegnerizzazione dei processi di cura centralizzando sul cittadino e i suoi bisogni sanitari: la promozione dell'attuazione dei livelli essenziali, con particolare riguardo all'assistenza socio-sanitaria e alla rete della non autosufficienza, la prevenzione attiva, la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione di un reale governo clinico che veda i vari attori del sistema direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Fondamentale sarà garantire un sistema di governance Stato-Regioni-Aziende sanitarie. I

costi standard non vanno solo definiti ma gestiti. Ciò comporta che nelle singole Regioni e nelle singole aziende sanitarie siano implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il fatto che il sistema di contabilità del Ssn sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione parimenti caratterizzati da un forte decentramento, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili. D'altra parte un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

Infine occorrerà tener presente che una variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dalla efficienza allocativa e realizzata, ma anche da fattori interferenti, quali:

a) la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari;

b) la diversità dei contesti economico-sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti spesa pubblica e spesa privata;

c) la possibilità da parte delle Regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle Regioni di minori dimensioni.

\* *Ministro della Salute*

**I costi standard  
non vanno solo definiti  
ma gestiti: Regioni  
e aziende devono  
implementare  
sistemi di controllo  
e contabilità analitica  
e colmare ogni  
carenza di dati su  
flussi di produzione e  
sistemi gestionali**

Per 19 strutture che fanno ricerca 30 milioni

## La Regione premia con i super-rimborsi la sanità eccellente

LAURA ASNAGHI A PAGINA VII

# Sanità, un premio alle eccellenze

*Dalla Regione 30 milioni all'anno per 19 strutture lombarde*

### La riforma



30 mln

Costo annuo per la Regione



+ 25%

Aumento massimo del rimborso a prestazione per ospedali universitari



+ 19%

Aumento massimo del rimborso a prestazione per Irccs



19

Gli ospedali interessati dagli aumenti



OSPEDALI UNIVERSITARI

IRCCS

Privato Pubblico

VARESE  
Ospedale di circolo

San Gerardo  
MONZA

MILANO

Rozzano S. Donato

Humanitas

Policlinico San Donato

PAVIA

Fondazione Maugeri

Istituto neurologico Mondino

Policlinico San Matteo

Sacco

San Paolo

Casa di cura Multimedita

Centro cardiologico Monzino

San Raffaele

Istituto per lo studio e la cura dei tumori

Istituto Carlo Besta

Policlinico Mangiagalli e Regina Elena

Auxologico italiano

Istituto Europeo di oncologia

Galeazzi

BRESCIA

Poliambulanza

### NUOVI CRITERI

Il direttore generale della sanità Lucchina terrà lunedì una prima riunione per precisare i parametri dei nuovi rimborsi

### LAURA ASNAGHI

LA REGIONE Lombardia premia le eccellenze sanitarie lombarde. Sta infatti per varare i "super Drg", ovvero i rimborsi maggiorati destinati alle aziende ospedaliere universitarie e agli Irccs, sigla che sta per Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Una operazione che coinvolge 19 grandi centri, come Policlinico di Milano, l'Istituto europeo di Oncologia e il San Raffaele, solo per citare alcuni nomi. Il tutto comporta una spesa di 30 milioni di euro, già messi in bilancio quest'anno visto che si tratta dell'attuazione di una legge decisa nel 2009. Ma come si giustificano i "super Drg"? «La maggiorazione è legata a un dato storico — spiega Carlo Lucchina, il direttore generale dell'assessorato alla

Sanità — le strutture sanitarie che fanno attività di ricerca e di didattica devono sostenere costi maggiori rispetto alle strutture ordinarie. Ecco perché il Pirellone ha deciso di varare rimborsi differenziati». Le strutture universitarie avranno diritto ad aumento massimo del 25 per cento, mentre gli incrementi destinati agli Irccs si manterranno sotto il tetto del 19 per cento. Per definire nel dettaglio tutti i nuovi rimborsi, lunedì prossimo è prevista in Regione la prima seduta operativa. Il varo dei nuovi Drg, è stato annunciato ieri al termine della presentazione della "Confindustria Lombardia sanità servizi", il coordinamento, unico in Italia, a cui fa capo la sanità privata, una realtà che conta 222 imprese e riunisce Irccs, ospedali, laboratori, poliambulatori e residenze sanitarie assisten-

ziali, con oltre 32 mila dipendenti, un fatturato di 2,8 miliardi di euro, 12.500 posti letto (pari al 35 per cento del totale) e il 42 per cento delle prestazioni ambulatoria-



li offerte in Lombardia. Il nuovo coordinamento, è stato presentato da Renato Botti, il manager che lo guiderà e Alberto Meomartini, il presidente di Assolombarda. Tra le varie iniziative previste la verifica dei costi della sanità con un confronto tra i Riuniti di Bergamo e il San Raffaele. Sotto i riflettori finiranno le sale operatorie. «Confronti di questo genere

fanno bene a tutto il sistema sanitario — ha spiegato Carlo Lucchina — perché servono a individuare i punti di forza e di debolezza sia degli ospedali pubblici che di quelli privati». Tra gli scopi del Coordinamento quello di dare dignità alla sanità privata di alto livello. «Tropo spesso si associa il privato a imprenditori senza scrupoli attenti solo al guadagno ma non è così — ha ricordato Botti — siamo noi i primi a chiedere controlli seri, uguali per tutti, utili per isolare comportamenti sbagliati». In Lombardia le strutture private garantiscono il 29 per cento dei 2 milioni di ricoveri che si fanno in tutta la regione, contro il 71 per cento gestito dal pubblico. Ma se si considerano i valori di mercato le percentuali cambiano: il 64 per cento del volume di affari è pubblico e il 36 per cento è privato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**Lucchina: "È giusto che chi fa ricerca e didattica riceva di più"  
Intanto nasce un coordinamento tra oltre 200 ospedali privati**

---

**Il rapporto** Qualche eccellenza fra inefficienze e disagi. La Polverini: «Serve coraggio, credo di averlo»

# Sanità del Lazio, ecco la radiografia

*I dati dell'indagine Aduc: la vera emergenza è l'assistenza domiciliare*

Inefficienze e disagi, l'assistenza domiciliare da ripensare, qualche reparto o servizio di eccellenza che convive con situazioni di degrado, se non proprio di fatiscenza: la sanità del Lazio è lontana dalla promozione, a sentire il rapporto Aduc, realizzato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, in collaborazione con la Regione Lazio.

Volontari e operatori hanno esaminato un totale di 111 strutture sanitarie, dagli ospedali agli ambulatori, ai Sert. Il risultato non è positivo: in particolare l'associazione si prepara a chiedere alla Regione di intervenire sull'assistenza domiciliare, particolarmente carente soprattutto nei festivi e prefestivi, quando i pazienti e i loro familiari sono costretti a rivolgersi agli ospedali oppure a servizi privati e costosi. Ma Renata Polverini, governatore del Lazio, parla di cambiamenti e opportunità: «L'aria è diversa, serve coraggio per ristrutturare l'intero sistema e io credo di averlo. Ci serve tempo, ma ce la faremo».

A PAGINA 2

Ester Palma

**L'indagine** Presentato il Rapporto Audit: accanto a sacche di eccellenza, situazioni di inefficienza e disagio

## I cittadini bocciano la sanità laziale

*Ancora indietro sull'assistenza domiciliare, ospedali spesso in degrado*

Bocciata, o al massimo rimandata. Ma a chissà quando. La sanità del Lazio non ha passato l'esame del II Rapporto Audit civico del Lazio, realizzato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, in collaborazione con la Regione Lazio.

L'indagine è stata condotta da equipe composte da cittadini e operatori appositamente formati, e ha coinvolto 120 volontari, che hanno analizzato 111 strutture sanitarie; in dettaglio, 29 ospedali, 18 distretti, 34 poliambulatori, 18 centri per la salute mentale e 12 Sert, per un totale di 20 aziende di riferimento tra Asl, Aziende ospedaliere e Ircss. Le falle maggiori della sanità laziale riguardano l'assistenza domiciliare, ma anche una distribuzione disomogenea di servizi di qualità. Accanto a sacche di eccellenza insomma convivono situazioni di

totale inefficienza, nella stessa Asl, nello stesso ospedale, nello ambulatorio perfino.

«Dai dati del nostro rapporto emerge che la vera emergenza nella regione è l'assistenza domiciliare», commenta Giuseppe Scaramuzza, segretario regionale di Cittadinanzattiva, «Viene garantita in minima parte solo nei giorni feriali, mentre nei festivi e prefestivi non resta che l'ospedale. Come se i malati di Alzheimer o di tumore, gli anziani e i disabili mentali guarissero miracolosamente il venerdì sera e si riammalassero solo il lunedì mattina. Anche nel caso di una banale emergenza, non restano che due possibilità: andare al Pronto Soccorso chiamando un'ambulanza o ricorrere a alternative private spesso molto onerose». Per questo Scaramuzza e i suoi si preparano a

chiedere «con urgenza» alla Regione di strutturare un'assistenza domiciliare 7 giorni su 7. «Ciò significa - spiega - evitare non solo ricoveri impropri, ma sgravare le famiglie da un onere economico e assistenziale, oltre che umano, pesantissimo. Chiederemo poi alla Regione di prevedere nuove modalità di accoglimento per i cittadini di diverse religioni e culture».

Fra gli altri problemi rilevati dal rapporto ci sono l'insufficienza nell'informazione e comunicazione, nel comfort e nella personalizzazione delle cure e dell'assistenza sul territorio. In molti ospedali ci sono ancora strutture degradate fino alla fatiscenza, come all'Umberto I, al San Filippo Neri, all'Oftalmico o al Grassi di Ostia. Sul fronte della sicurezza per i pazienti, va male la Asl di Roma F, mentre hanno un punteggio alto le Asl B, C,

H e di Viterbo, oltre al Gemelli e al Bambino Gesù.

Lo studio rileva poi che con qualche importante eccezione, non esiste una politica di reale coinvolgimento delle associazioni dei cittadini, sia nelle scelte aziendali che nella possibilità di verificare e intervenire sulla qualità delle forniture. Inoltre, ancora troppo poco si fa per quanto riguarda la gestione del dolore, in questo senso l'attenzione per i pazienti oncologici o affetti da patologie croniche è ancora non sufficiente.

**Ester Palma**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La presidente**

# La Polverini non ci sta: «L'aria è cambiata, serve coraggio»

«Puntiamo sull'accuratezza delle prescrizioni e delle prestazioni. E comunque ormai qui l'aria è cambiata, tutti devono concorrere per il bene della sanità con l'impegno e il lavoro comune». Anche Renata Polverini, presidente della Regione, per parlare della nuova fase per la sanità regionale che vorrebbe avviare, coglie l'occasione della presentazione del rapporto dell'Audit presentato da Cittadinanzattiva. «È un'occasione che non dobbiamo lasciarci sfuggire, una fase storica, serve coraggio e io credo di averlo».

Il governatore torna volentieri sulle vicende degli ultimi giorni, che hanno visto scontri tra Governo e Regioni per questioni economiche: quelli più gravi hanno visto protagoniste quelle più in difficoltà per ragioni di bilancio, come il Lazio. Ma la Polverini preferisce gettare acqua sul fuoco delle polemiche: «Con il ministro dell'Economia Giulio Tremonti - spiega - c'è grande disponibilità e collaborazione. Ci sono tre Regioni, attualmente, con tre governatori giovani e appena eletti che hanno una grande voglia di fare». E aggiunge: «Non abbiamo chiesto al ministro dei soldi, ma solo del tempo, per poter intervenire in modo strutturale sui nostri sistemi. Insomma, anche con il ministero della Salute, con cui in questi giorni siamo impegnati in tavoli tecnici, non parliamo solo di cifre e tagli, perchè il nostro piano di rientro punta a riorganizzare l'intero sistema. Ci riusciremo, ma serve la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nel complesso processo della sanità».

**E. Pa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Governatore** Renata Polverini



**Rivoluzione a Londra.** Il governo annuncia una riforma radicale

# Meno stato e burocrazia per la sanità britannica

**Nicol Degli Innocenti**

LONDRA

Chi è a favore lo definisce un cambiamento necessario, chi è contrario parla invece di rischiosa scommessa. Da qualsiasi parte si guardi, comunque, la riforma del servizio sanitario nazionale annunciata dal governo britannico rappresenta una vera e propria rivoluzione, la più radicale dei 62 anni di storia del National Health Service (Nhs). L'intenzione di Londra è di ridurre drasticamente la burocrazia, eliminando interi stadi intermedi di gestione delle risorse, per tagliare i costi e rendere più efficiente il sistema.

L'aspetto più controverso del Libro bianco presentato dal ministro della Sanità Andrew

## RISORSE DECENTRATE

I medici di base gestiranno direttamente gran parte del budget destinato al settore, che entro il 2014 sarà tagliato di venti miliardi di sterline

Lansley è la decisione di trasferire molti poteri ai medici di base, dando loro anche la responsabilità di gestire 80 miliardi di sterline, gran parte del budget annuale dell'Nhs in Inghilterra. Saranno i 35mila *general practitioner* (Gp) a decidere come e quando spendere le risorse a loro disposizione, quali apparecchi medici o farmaci acquistare e come stabilire le priorità di spesa. Entro il 2013 i Gp dovranno obbligatoriamente raggrupparsi in circa 500 consorzi operativi. Un nuovo ente indipendente dal governo controllerà il loro operato e la capacità di gestione finanziaria.

Verranno quindi eliminati tutti e 152 i Primary care trust, gli attuali enti di gestione del servizio sanitario nazionale, co-

si come le dieci Health authorities di supervisione della spesa. Tra i 20 e i 30mila manager perderanno il posto di lavoro. I licenziamenti sono «inevitabili», ha detto Lansley, ma «i malati non devono pagare i debiti lasciati dal governo precedente. Dobbiamo riformare l'Nhs per usare le risorse in modo più efficiente a beneficio dei pazienti». L'altra promessa di Lansley ai pazienti è che avranno più scelta su dove essere curati e avranno il diritto di accesso alle informazioni che li riguardano, compreso l'accesso online alle cartelle mediche.

I Foundation trust, gli ospedali autonomi, avranno ancora più libertà di azione e potranno decidere di aprire ai pazienti privati facendosi pagare per i servizi erogati. L'obiettivo è trasformare i trust in enti del tutto privati e autogestiti. Entro il 2013 tutti gli ospedali saranno indipendenti e non più controllati da Londra. Il mio mondo ideale, ha dichiarato Lansley, è uno in cui «gli ospedali non appartengono al ministero della Sanità».

La British Medical Association (Bma) ha accolto con cautela la riforma, sottolineando che vanno evitati «disagi per i pazienti o perdite di tempo prezioso per i medici». Molti dottori hanno anche espresso riserve sul fatto che la riforma coincide con grossi tagli al budget dell'Nhs, e costringerà quindi i Gp a fare scelte difficili. Il governo ha imposto tagli di almeno 20 miliardi di sterline entro il 2014. I sindacati sono sul piede di guerra, sia per i cambiamenti che verranno introdotti sia per i licenziamenti che questi comportano. Unison, il maggiore sindacato del settore, ha criticato la riforma definendola «una ricetta che comporta più privatizzazione e meno stabilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## NUMERI

**1,5 milioni**

I dipendenti del sistema sanitario nazionale britannico (Nhs), che è il maggior datore di lavoro in Europa

**35 mila**

I medici di base che avranno la responsabilità di gestire il budget

**20-30 mila**

I manager che perderanno subito il posto di lavoro in seguito alla riforma

**110 miliardi**

Il budget annuale attuale (in sterline) dell'Nhs

**80 miliardi**

Il budget in sterline che sarà sottratto ai manager e dato in gestione ai medici di base

**20 miliardi**

I tagli in sterline imposti dal governo al sistema sanitario nazionale entro il 2014

**1 miliardo**

I tagli immediati alla burocrazia chiesti da Londra

**152**

I primary care trust, o enti di gestione, che verranno eliminati con la riforma

**10**

Le Health authorities, gli enti di supervisione della spesa, che verranno eliminati con la riforma



# La sentenza Nessun disastro colposo Prosciolto Martini, ex direttore dell'Aifa

## L'accusa

Il medico era accusato del mancato aggiornamento dei foglietti dei medicinali

MILANO — Adesso si congratulano tutti, da destra e da sinistra. Ma due anni fa Nello Martini, allora direttore dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, era finito nel mirino del Procuratore di Torino Raffaele Guariniello, che lo aveva accusato di disastro colposo per un ritardo nell'aggiornamento dei foglietti illustrativi di alcuni farmaci. E il Ministro del Welfare Sacconi lo aveva licenziato.

Ora Martini è stato prosciolto perché «il fatto non costituisce reato» e qualcuno, come il senatore Pd Ignazio Marino, ne chiede il reintegro ai vertici dell'istituzione da cui era stato rimosso. «Sono contento di questa decisione, per me termina un calvario giudiziario e personale durato due anni» dice l'ex direttore dell'Aifa.

Martini, 63 anni, originario di Legnago, in provincia di Verona, ha lavorato per oltre vent'anni al Policlinico Borgo Roma del capoluogo veneto. Alla fine del luglio 2004 aveva preso in mano le redini dell'Aifa, nata sulle ceneri del servizio farmaceutico nazionale (quello diretto da Duilio Poggolini, finito poi nel ciclone Tangentopoli) e legata al Ministero della Salute, ma con una sua autonomia.

Martini da direttore generale aveva accentrato su di sé molti poteri, riuscendo però a contenere la spesa farmaceutica, «agendo sui generici, che nel 2008 rappresentavano il 30 per cento della spesa» precisa lui stesso. E a mettere in piedi un sistema per il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci, promuovendo anche

l'informazione sul farmaco.

Poi è arrivato Guariniello che, nell'ambito di un'inchiesta sulla corruzione nel settore farmaceutico, ipotizzava il reato di disastro colposo per Martini e un altro funzionario dell'Aifa, Caterina Guarano, entrambi prosciolti.

Secondo il procuratore torinese il mancato aggiornamento, in tempi rapidi, del foglietto illustrativo di 20 specialità medicinali poteva mettere in pericolo la pubblica incolumità.

Successivamente però la vicenda è andata chiarendosi: un documento di esperti farmacologi e clinici avevano escluso questi rischi e lo stesso aveva fatto una commissione del ministero della Salute e infine anche esperti internazionali si sono espressi favorevolmente sull'operato dell'Aifa. «Ho sempre creduto nell'esito positivo di questa vicenda grottesca e surreale — conclude Martini che attualmente è direttore della Ricerca e Sviluppo dell'Accademia Nazionale di Medicina — anche se la sentenza non cancellerà mai i danni all'immagine dell'Aifa e al suo progetto, l'isolamento professionale e l'amarezza personale».

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il rettore scrive al Senato Accademico e annuncia azioni disciplinari: non starò fermo

# Ricerca, Frati: punirò i fannulloni

La Sapienza, a Giurisprudenza il record di improduttività e a Psicologia la media più bassa

Il 9,3% dei ricercatori della Sapienza non ha inserito nessun lavoro scientifico o, comunque, meno di due nell'apposita banca dati predisposta dall'ateneo. In 340 (il 7,4% del totale), poi, non hanno risposto all'appello del rettore Luigi Frati di presentare la relazione triennale sulla ricerca scientifica da loro condotta prevista per legge. Il rettore ha espresso la volontà di fare "pulizia" dei fannulloni, di chiamarli a rapporto e chiedere spiegazioni. Su 428 "fannulloni" quasi 300, la maggioranza, sono ricercatori propriamente detti, persone che dovrebbero, insomma, dedicarsi per lo più al lavoro scientifico. A Giurisprudenza c'è il record di improduttivi, mentre a Psicologia si registra la media più bassa.

Ricci all'interno

## Frati: azioni disciplinari per i ricercatori fannulloni

Nel mirino 428 "improduttivi". Record a Giurisprudenza

Lettera del Magnifico al Senato Accademico I "buoni" a Psicologia I

di ILARIA RICCI

Il 9,3% dei ricercatori della Sapienza (dove per ricercatori si intendono tutti coloro che sono tenuti a fare attività scientifica, dunque, anche i professori) non ha inserito nessun lavoro scientifico o, comunque, meno di due nell'apposita banca dati predisposta dall'Ateneo. Il che vuol dire che nell'ultimo quinquennio (2004-2008) ha fatto poco o nulla. La percentuale di improduttivi più alta, 28,9%, si registra a Giurisprudenza. Seguono Medicina I (13,8%), Scienze Statistiche (13,6%), Psicologia (13,3%), Medicina II (13%). In tutto ci sono 428 fra

professori associati e ordinari e ricercatori propriamente detti che non si sono impegnati tanto nel periodo preso in considerazione e che rischiano di penalizzare il loro ateneo, visto che il ministero attribuisce sempre più fondi in base alla produttività e al merito. In 340 (il 7,4% del totale), poi, non hanno risposto all'appello del rettore Luigi Frati di presentare la relazione triennale sulla ricerca scientifica da loro condotta prevista per legge.

Tutti questi dati ieri sono arrivati sul tavolo del Senato Accademico. Ce li ha portati il rettore stesso insieme ad una lettera corposa in cui ha riepilogato le misure prese finora a favore dei meritevoli (sia studenti che docenti) ma ha anche espresso la volontà di fare "pulizia" dei fannulloni, di chiamarli a rapporto e chiedere spiega-

zioni. Nei giorni scorsi il Magnifico è passata ai fatti. Anche perché, come spiega nella sua lettera, «gli inattivi producono un danno finanziario all'Ateneo». E a chi lo ha bacchettato per aver tirato fuori certi numeri sugli inadempienti proprio a ridosso delle proteste contro i tagli del governo il rettore risponde che sarebbe «irresponsabile rifugiarsi nel silenzio a tutela di un privilegio ugualitario quando nel paese vi sono situazioni drammatiche sotto il profilo occupazionale e della mera sussistenza. Non esistono diritti senza aver prima dato prova di aver adempiuto ai doveri». Per il rettore «è interesse dei docenti che si impegnano chiedere atti e non solo parole che differenzino chi fa il proprio dovere da chi no». Di qui la tabella con i "buoni e i cattivi".

Spulciando i dati si scopre che su 428 "fannulloni" quasi 300, la maggioranza, sono ricercatori propriamente detti, persone che dovrebbero, insomma, dedicarsi per lo più al lavoro scientifico. C'è da dire che, spesso, queste figure sono impegnate impropriamente nella didattica. E che coprono il 40% dei corsi. Il che può averli "distratti" dalla loro attività principale. Secondo i numeri presentati ieri dal rettore tra le facoltà che si



impegnano di più ci sono Psicologia I (0% di fannulloni), Psicologi II (1,9%), Architettura Quaroni (2,5%), Studi Orientali (2,7%), Farmacia (3,6%), Filosofia (3,7%), Scienze umanistiche (3,4%). Frati ha annunciato che ora «il rettore deve fare la sua parte. A titolo d'esempio può-deve essere iniziata una azione disciplinare nei confronti di chi non ha prodotto la dovuta (per legge, ndr) relazione triennale, non ha conferito pubblicazioni scientifiche nella banca dati Saperi (quella che raccoglie questo tipo di dati, ndr) e non ha presentato la propria programmazione didattica. Non starò fermo». E sulle proteste in corso, come gli esami di notte o fuori dalle aule, Frati nella sua lettera ha scritto che «la protesta risulta credibile se si ha il coraggio di dire con forza che c'è anche chi appartiene all'università solo il 27 del mese. Per questo i dati non vanno sottaciuti». Via, dunque, «all'operazione trasparenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il rettore Frati a Lettere e gli esami in notturna per protestare contro i tagli  
Foto Toiati/Audisio

L'Osservatorio della Regione sui costi della radiologia: +93% per la risonanza

## La spesa per la Tac lievita del 46,4%

Il privato è più capace di acquistare beni e servizi. E alla fine, spunta prezzi migliori.

Lo rivela una ricerca sui costi sostenuti dalle strutture sanitarie, pubbliche e private, per la radiologia: costi di produzione delle prestazioni, che nel 2009 sono stati pari a 499 milioni di euro, a fronte di oltre 9 milioni di prestazioni tra lastre, Tac, Rmn (risonanza magnetica), ecografie e radiografie. Una ricerca condotta dall'Osservatorio epidemiologico e sistemi di remunerazione della Regione, che monitorizza i "costi" di produzione nel settore sanitario. Finalizzata, in primis, alla re-

visione delle tariffe regionali che regolano i rimborsi regionali alle strutture pubbliche e i pagamenti ai privati. Normale routine, dunque, ma i risultati - presentati in una conferenza tecnica sui costi in Veneto - sono interessanti. Uno dei primi dati che salta agli occhi è la lievitazione della spesa in sette anni: un balzo di ben il 40% dal 2002 al 2009, a fronte di un aumento numerico delle prestazioni del 16,9.

«L'incremento - spiega Carlo Zocchetti, ingegnere e dirigente dell'Osservatorio - è motivato dalla crescita numerica delle prestazioni e da quella del valore delle tariffe, ma soprattutto dal

fatto che si è modificato il mix delle prestazioni, con un notevole incremento di quelle più costose».

Un boom che ha fatto lievitare i costi di produzione della risonanza magnetica (+93% in sette anni) e quelli della Tac (+46,4%).

E veniamo al confronto tra pubblico e privato: il primo ha speso nell'anno 322 milioni, a fronte di ricavi per 270 milioni, con un rosso dunque del 16%. A quota 125 milioni invece i costi di produzione per i privati, con ricavi (121 milioni) quasi in linea con la spesa sostenuta per erogare le prestazioni.

Quali sono le voci più pesanti? In entrambi i casi,

pubblico e privato, risulta essere quella per il personale (44 e 46%), mentre le differenze riguardano l'acquisto di apparecchiature (16% nel pubblico e 26% nel privato), ma soprattutto l'acquisto di beni e servizi: per lastre e materiale di consumo il pubblico spende il 25% del totale costi, mentre il privato si limita al 17. «Il privato riesce a trovare modalità e leve di acquisto che gli consentono di avere prezzi migliori - dice Zocchetti - mentre il pubblico è spesso penalizzato dai tempi più lunghi di pagamento nei confronti dei fornitori».

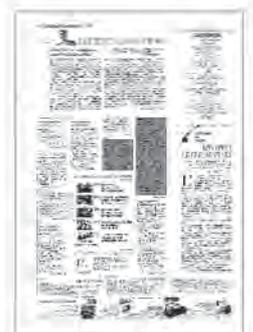
**Si.Spe.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Meningiti: i vaccini sono attivi e servono

■ In riferimento alla morte della piccola Olivia Fabi per meningite, nella mia veste di rappresentante dei Pediatri di famiglia piemontesi vorrei rassicurare le mamme sull'utilità della vaccinazione contro i principali ceppi batterici responsabili di meningiti. Nello specifico, è probabilmente microbiologicamente vero - come ha sostenuto il professor Di Perri nell'intervista su *La Stampa*, che i vaccini contro le malattie batteriche sono lievemente meno attivi di quelli contro le malattie virali, ma da quando è stata introdotta la vaccinazione con l'esavalente per tutti i bambini nel primo anno di vita (che immunizza anche contro l'*Haemophilus*, il batterio responsabile di meningiti così come il meningococco e il pneumococco) i casi di meningite dovuti a questo agente infettivo si sono di fatto azzerati. A proposito della questione vaccinazione di massa nei confronti di tali malattie, poi, vorrei ricordare come molti Paesi europei la praticano da anni. Infine, sebbene il numero di casi sia lievitato, stiamo parlando della vita dei nostri figli.

**DOTT. NICO SCIOLLA** SEGR. REG.  
FEDERAZIONE IT. MEDICI PEDIATRI



# Radio Vaticana, le accuse della perizia

## “Quelle leucemie causate dalle antenne”

**RORY CAPPELLI**

**A**CESANO ieri sera non si parlava d'altro: Augusto Rossi, che una decina di anni fa fondò il comitato "Bambini senza onda" e che ha avuto la figlia malata di leucemia, stava lì, nella sua casa affacciata sui "mostri" - gli enormi ripetitori vaticani, 60 antenne tanto potenti, raccontano, da far "parlare" le grondaie, gli scaldabagni elettrici, i citofoni - con l'amico Walter Zangheri. Commentavano la perizia; la leggevano. Ancora sperano «di avere giustizia», dicono.

**Studiati 137 decessi degli anni 1997-2003 per l'emittente e 141 per MariTele**

«In ragione della opportunità di valutare in modo indipendente il possibile rischio di morte associato alla presenza nell'area in studio delle strutture di comunicazione (antenne), vuoi di Radio Vaticana, vuoi di MariTele» sono stati avviati «due studi di mortalità in due aree di studio che, per la vicinanza tra le strutture, in parte dividevano uno stesso territorio» si legge nella perizia redatta dal dottor Andrea Micheli (dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano) insieme a un'altra serie di periti che hanno partecipato ad alcune fasi o all'intero lavoro, tra cui Paolo Baili, Elisa-

betta Meneghini, Franco Berrino, Arduino Verdecchia, Marco Baldini. «Il primo studio di mortalità - che interessava una popolazione di 102 mila abitanti (al 2001) - per investigare il rischio morte per tumore emolinfopoietico associato alla presenza delle strutture di comunicazione di Radio Vaticana, corretto per gli effetti dovuti alla vicinanza a MariTele». E il secondo «che interessava» quasi 125 mila «abitanti per investigare» il rischio di morte per lo stesso tumore «associato alla presenza delle strutture di comunicazione di MariTele, corretto per gli effetti dovuti alla vicinanza a

Radio Vaticana». Cioè, a dire: quanto hanno inciso sull'insorgenza delle leucemie le antenne di Radio Vaticana e quanto quelle di MariTele?

Sono stati studiati tutti i 137 decessi «nell'area di studio» degli «anni 1997-2003» per il primo caso, e i 141 decessi per il secondo caso, considerando «fumo attivo, esposizione occupazionale ed esposizione residenziale». I periti hanno cercato di «saggiare l'ipotesi a priori» circa il «ruolo dei campi elettromagnetici emessi dalle strutture di comunicazione» per «eccessi di casi di leucemia, linfomi e in generale di tu-

mori emolinfopoietici». Arrivando alla conclusione che «vi sia stata un'associazione importante, coerente e significativa tra esposizione residenziale all'emittente (Vaticana) ed eccesso di rischio di morte per leucemia». Mentre la stessa cosa non è stata verificata per quanto riguarda MariTele. Concludendo che «che l'esposizione alle antenne di Radio Vaticana, per importanti tempi di vita dei bambini sino ai 14 anni d'età, sia associata a un eccesso di incidenza di leucemie e linfomi». Ri-

**L'IMPIANTO**

A sinistra, le antenne di Radio Vaticana sotto accusa per l'insorgere di leucemie

sultati che rivestono «un primario e assoluto interesse per le per-

**Le zone interessate sono quelle di Cesano l'Ogliata, la Storta Anguillara e Santa Maria di Galeria**

sone coinvolte e per la giustizia».  
E se, con le parole di padre Lombardi, direttore dell'emit-

tente della Santa Sede, «Radio Vaticana apprende con stupore» i risultati della perizia, anche perché «non è stata ancora resa pubblica dal Tribunale». E se, ancora, presenterà «al più presto le contro deduzioni dei propri consulenti tecnici, il professor Umberto Veronesi e la dottoressa Susanna Lagorio», a Cesano, girando le pagine della perizia, ci sperano. Soprattutto per quelle parole finali. Che si arrivi il processo. «Che si faccia giustizia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le tappe**

**2005**

Il Gip affida la perizia per stabilire se c'è nesso tra epidemia di leucemia a Roma Nord e antenne di Radio Vaticana

**2010**

La perizia stabilisce un nesso tra i tumori e l'esposizione alle antenne di Radio Vaticana

L'inchiesta sui casi di leucemie e linfomi tra i bambini esposti alle onde

# Le antenne dei tumori

*Sotto accusa Radio Vaticana. La perizia: c'è un nesso*

**ROMA.** C'è stata «un'associazione importante, coerente e significativa, tra esposizione residenziale alle strutture di Radio Vaticana ed eccesso di rischio di malattia per leucemia e linfomi nei bambini». All'incremento di questo rischio potrebbero aver «plausibilmente contribuito» anche le strutture di Maritele, sia pure «in modo limitato e additivo». Sono queste alcune delle conclusioni cui è giunta la perizia firmata dal professor Andrea Micheli e affidata in sede di incidente probatorio dal gip Zaira Secchi cinque anni fa perché si accertasse l'eventuale nesso di causalità tra le onde elettromagnetiche emesse dalle antenne di Radio Vaticana, a Cesano, e quelle del Quartier Generale della Marina Militare, in località La Storta.

La Radio Vaticana ha reagito alle novità della perizia «con stupore» perché - commenta il direttore padre Federico Lombardi - «la perizia non è stata ancora resa pubblica dal tribunale». «La Radio Vaticana - assicura padre Lombardi - presenterà al più presto le proprie considerazioni e le controdeduzioni dei propri consulenti tecnici, il prof. Umberto Veronesi e la dott.ssa Susanna Lagorio».

L'inchiesta è quella della procura di Roma che vedeva indagate sei persone per omicidio colposo in relazione a decessi per leucemia avvenuti tra il '94 e il 2000. Stando alla perizia, poiché la leucemia è una patologia «relativamente rara» negli adulti, l'esposi-

zione di lungo periodo (oltre dieci anni) alle antenne di Radio Vaticana per i bambini sino a 14 anni di età, che hanno abitato nella fascia tra 6 e 12 km, ha determinato un ecces-

so di incidenze di leucemie e linfomi. Nei casi di decessi di adulti, invece, gli esperti nominati dal giudice hanno evidenziato «un'associazione importante, coerente e significativa» tra i malati e quelli che hanno abitato a poca distanza da Radio Vaticana, associazione che non sembra sia stata supportata da prove decisive nel caso della Marina.

Nelle 140 pagine di accertamento peritale gli esperti danno conto degli aspetti anagrafici della popolazione investigata, della storia di tabagismo, dell'esposizione da alcol sulle patologie familiari e sui decessi complessivamente avvenuti negli ultimi anni nelle

aree vicine a Radio Vaticana (137 morti) e a Maritele (141). L'inchiesta della procura, prima che venisse affidata la perizia, chiamava in causa Roberto Tucci, Pasquale Borgomeo e Costantino Pacifici (responsabili dell'emittente della Santa Sede) e Gino Bizzarri, Vittorio Emanuele Di Cecco e Emilio Roberto Guarini, della Marina Militare. Pacifici, però, era stato assolto in primo grado, mentre per Tucci e Borgomeo (poi deceduto) la corte d'appello, dopo una prima assoluzione annullata dalla Cassazione, aveva dichiarato il «non doversi procedere» per prescrizione del reato. (a.g.)

