

Rassegna del 31/03/2010

AVVENIRE - Perché non basta definirsi "anti-abortisti" - D'Agostino Francesco	1
SOLE 24 ORE - Sulla pillola abortiva giunte subito alla prova - Bartoloni Marzio	2
CORRIERE DELLA SERA MILANO - Ru486, domani il debutto Mangiagalli e San Carlo si muovono per ordinarla - Ravizza Simona	3

LE PAROLE DI SOFRI, IL VERO IMPEGNO PER LA VITA

Perché non basta definirsi «anti-abortisti»

FRANCESCO D'AGOSTINO



Non so se quella dell'aborto possa essere ridotta a una questione "lessicale" e se etichette da tempo consolidate come "pro-vita" o come "abortista" meritino o

no di essere lasciate cadere. Apprendo però con un certo interesse (mettendo tra parentesi il fatto che simili dichiarazioni sono state fatte nelle ultime ore di una campagna elettorale finalmente conclusasi) che Adriano Sofri si offende se lo si qualifica come "abortista" e che egli ritiene che anche Emma Bonino abbia buone ragioni per offendersi (vedi *Il Foglio* di sabato 27 marzo). Per quale ragione? Perché egli ritiene che merita di essere definito "abortista" solo chi apprezza l'aborto «in odio all'umanità e alla vita in genere» o «come strumento di limitazione delle nascite». Sofri si dichiara invece contro l'aborto e ritiene auspicabile e lodevole tutto ciò che aiuta a sventarlo, «con l'unico limite di non coartare la libertà personale delle donne». Sembrerebbe coerente che Sofri (e la Bonino, se è vero che la pensa come lui) fossero allora ostili sia alla pillola del giorno dopo sia alla Ru486. Sappiamo bene che non è così. Eppure la piena disponibilità sia dell'una che dell'altra pillola (senza discutere dei loro specifici effetti, molto diversi tra loro) induce obiettivamente le donne a banalizzarle le loro eventuali scelte abortive; cercare di ridurne l'uso, rispettando oltre tutto i ben precisi paletti previsti dalla legge sull'aborto, sarebbe indubbiamente un modo molto efficace per aiutare a "sventare" quelle scelte abortive che Sofri sembra deprecare. Ma la vera contraddizione di Sofri non è questa. Sappiamo che l'aborto oggi non ha (tranne ipotesi rarissime!) autentiche motivazioni "terapeutiche": esso è di fatto la più comune modalità utilizzata dalle donne

per rifiutare una maternità non voluta. Questo dato di fatto è la più grande piaga aperta del mondo contemporaneo, perché implica una sorta di rifiuto, da parte delle donne, di quanto di più specifico contrassegna la loro identità femminile. Presumo quindi che Sofri percepisca questo come un grande problema e in qualche modo ne soffra, proprio per il fatto che egli rifiuta come insultante la qualifica di "abortista". Egli però coniuga questo rifiuto con un altro esplicito rifiuto: quello di «coartare la libertà personale delle donne». È da più di trent'anni, da quando è entrata in vigore la legge sull'aborto, che la libertà delle donne non è più coartata dalla legge. A quanto mi risulta, non esiste oggi un partito o un movimento di opinione, nemmeno tra quelli che esplicitamente si considerano di ispirazione cristiana, che chiedano che si scelga la "criminalizzazione" legale di chi abortisce: su questo punto tutti - Sofri e Bonino in particolare - dovrebbero sentirsi tranquilli. Ma chi, come Sofri, ritenga offensivo essere qualificato come "abortista", dovrebbe impegnare tutto se stesso in una campagna anti-abortista, di carattere non penale, ma intellettuale e morale: una campagna che operasse nella società civile a favore del rispetto per la vita e dell'identità femminile come identità (almeno potenzialmente) materna. Su questi temi il silenzio non solo dei radicali, ma di tutti i "laici", in Italia così come in altri Paesi, è assordante. Eppure, la questione è elementare: se è lodevole (lo scrive Sofri) sventare l'aborto, non può che essere lodevole la maternità. Siamo in grado di ribadire ad alta voce un concetto nello stesso tempo così profondo e così semplice? Chi voglia sinceramente non essere qualificato come "abortista" dovrebbe sentire il dovere di farlo.



Sulla pillola abortiva giunte subito alla prova

Marzio Bartoloni

Tra i dossier più caldi per i neo-governatori spunta subito una patata bollente: la pillola abortiva. Da domani gli ospedali potranno cominciare ad ordinarla e le prime scatole dovrebbero arrivare dopo Pasqua. Un atteso arrivo che fa tornare alla ribalta il solito dilemma: erogare la Ru 486 in day hospital in modo che la donna possa continuare l'aborto a casa o prevedere un ricovero di alcuni giorni fino all'espulsione del feto?

Le indicazioni del governo e del ministero della Salute in questi mesi sono state molto chiare: tutto il processo abortivo deve avvenire in ospedale. Una posizione netta che qualche regione, dal Piemonte alla Puglia, nelle settimane scorse aveva "sfidato" almeno a parole. Ma che ora la nuova geografia politica uscita dalle urne rimetterà probabilmente in discussione. Come in Piemonte dove, uscita di scena Mercedes Bresso che aveva aperto al day hospital, le posizioni del nuovo governatore Roberto Cota sono di segno contrario. Di sicuro comunque le regio-

ni dovranno subito affrontare il problema facendo chiarezza con linee guida e indicazioni ad hoc, per evitare fughe in avanti di alcuni ospedali. L'Emilia Romagna, a esempio, lo sta facendo in questi giorni. «Come ministero partiremo subito con un attento monitoraggio per vedere come si comportano le regioni e le singole asl», spiega il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella. Che avverte: «Se le regioni decideranno di non optare per il ricovero si dovranno assumere la responsabilità di rischi per la salute delle donne». La Roccella ricorda, infatti, i «tre pareri scientifici» del consiglio superiore di sanità e il «parere legislativo» inviato alla commissione Ue che «dicono chiaramente come l'aborto farmacologico si deve fare per ricovero». Anche se poi nulla vieta alla donna di rifiutarlo, firmando una "liberatoria" per tornare a casa.

Meno intransigente è Giovanni Bissoni, assessore alla salute uscente dell'Emilia Romagna: «Per quanto autorevole il parere del Ciss non è vincolante. Il medico che decidesse in piena

coscienza per una soluzione diversa dal ricovero non viola di certo la legge, visto che le stesse indicazioni fornite dall'Agenzia del farmaco non prevedono l'obbligatorietà del ricovero».

Intanto l'azienda Nordic pharma che si occupa della distribuzione in Italia del farmaco, «in commercio da più di venti anni,

IL DILEMMA

Da domani gli ospedali possono ordinare la Ru 486. Gli enti locali decideranno sul ricovero obbligatorio chiesto dal governo

in trenta paesi nel mondo - fa sapere una nota - e utilizzato da più di un milione e mezzo di pazienti», ha già trasferito duemila scatole nel centro di stoccaggio di Settala, vicino Milano. «Sono già arrivate una ventina di richieste - spiega Marco Durini, il direttore italiano -, ma il via ufficiale alle ordinazioni partirà solo dal primo aprile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il caso Arrivate a Milano 2 mila scatole di pillole abortive Ru486, domani il debutto Mangiagalli e San Carlo si muovono per ordinarla

Ma dal Comitato etico un sì con riserva

La discussione (tra i bioeticisti) e il debutto (domani). L'atteso via libera del comitato etico del Policlinico-Mangiagalli alla pillola abortiva Ru486 è arrivato: sul documento da far firmare alle donne per interrompere la gravidanza con il farmaco, però, lo staff di 17 giuristi, medici e farmacisti dell'ospedale ha sollevato ancora dubbi da risolvere subito dopo Pasqua. Le maggiori perplessità sono state avanzate sulle statistiche internazionali relative agli eventuali effetti collaterali dell'aborto chimico, utilizzato a livello mondiale da più di un milione e mezzo di pazienti.

Alla fine quello che tecnicamente viene definito *consenso informato* è stato approvato, ma — solo — con riserva.

Il viaggio lungo 700 giorni per l'approdo della Ru486 in Italia, comunque, è finito. Lunedì 2.040 scatole di Mifegyne sono state scaricate in un magazzino Dhl di Settala (pronte a ripartire per gli ospedali di tutt'Italia); e ieri lo stesso Policlinico-Mangiagalli e il San Carlo si sono mossi per ordinarla. Or-

La scheda

L'arrivo

Lunedì 2.040 scatole di Mifegyne, la pillola per l'aborto chimico, sono arrivate in un magazzino Dhl di Settala, in provincia di Milano



Le regole

Le donne che abortiranno con la Ru486 in Lombardia saranno ricoverate almeno per tre giorni

Il comitato etico

Il via libera del comitato etico della Mangiagalli al *consenso informato* per la Ru486 è arrivato ieri, ma con riserva

mai sembra solo questione di ore: tra oggi pomeriggio e domani i sette primari di Ginecologia di Milano si riuniranno per approvare un protocollo unico per la sua somministrazione e — salvo sorprese — il farmaco che ha scatenato l'anatema del Vaticano entrerà nei primi ospedali della città dalla prossima settimana.

La pillola potrà essere ufficialmente ordinata a partire da domani: la Nordic Pharma, il distributore esclusivo in Italia della Ru486, la consegnerà poi nel giro di 24-48 ore («Siamo pronti a collaborare con l'Agenzia italiana del farmaco per monitorare gli effetti della sua somministrazione», fa sapere Marco Durini, direttore medico di Nordic Pharma). In linea con le indicazioni del Consiglio superiore di Sanità, le donne che prenderanno la Ru486 in Lombardia saranno ricoverate per almeno 3 giorni (il tempo considerato necessario per completare l'interruzione di gravidanza in ospedale, contro le 6-8 ore di ricovero per l'aborto chirurgico). Il Pirellone ha previsto posti letto ad hoc.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Contratto dei medici. Bloccato dalla ragioneria, soluzione urgente cercasi
La nuova legge. Scioglimento per chi è fuori dai parametri di bilancio

Sanità la prima emergenza

Per i neo-eletti conti in rosso, commissari e ora anche rischio decadenza

DISSESTO SUD

Tra Lazio e Mezzogiorno il «rosso» cumulato è arrivato a quota 3,4 miliardi: Polverini, Caldoro e Scopelliti subito al lavoro

Roberto Turno
ROMA

L'ultima (ma non ultima) grana è stato l'altolà della Ragioneria generale al contratto dei medici: costa troppo, hanno mandato a dire all'Aran i tecnici di Tremonti. Ad ore si vedrà. Ma è solo un campanello d'allarme davanti alla valanga sanitaria che governatori vecchi e nuovi si troveranno subito ad affrontare, a partire dai neo eletti o confermati del Sud. La miccia dei conti di asl e ospedali soprattutto nelle regioni sotto tutela, il mistero del federalismo fiscale e dei costi standard, lo spauracchio del (futuribile) fallimento politico con tanto di decadenza dei governatori con la spesa in rosso. E se non bastasse, i livelli essenziali di assistenza (Lea) da rivedere e una nuova manovra sui farmaci allo studio. La sanità, che vale mediamente l'83% dei bilanci locali, è la vera mina vagante da disinnescare per le regioni.

Con un rosso cumulato - tra Lazio e Sud - di 3,4 miliardi nel 2009 certificati al tavolo con Economia e Salute, la spesa pubblica sanitaria si conferma il nodo irrisolto dei conti regionali. Con le regioni già commissariate (Lazio, Campania, Molise, Abruz-

zo) o sotto "semplice" piano di rientro (anzitutto Calabria, Sicilia e Puglia) prime in lista. Lo sanno bene i tre nuovi eletti del centrodestra al Sud, che non a caso proprio alla sanità hanno subito detto di volersi dedicare, da Renata Polverini (Lazio) a Stefano Caldoro (Campania) a Giuseppe Scopelliti (Calabria).

Scopelliti ha ricordato che il governo - come anticipato una settimana fa da Maurizio Sacconi - ha in mente di commissariare la Calabria. E forse, vista la situazione calabrese, neppure gli dispiacerebbe dover prendere decisioni impopolari sotto l'ombrello del governo. Renata Polverini invece ha ripetuto già in campagna elettorale di voler cambiare il piano di rientro dell'ex giunta laziale. Polverini, che sarà la prima donna commissario per la sanità, ha dalla sua la chance concessa da Finanziaria 2010 e «patto per la salute» ai neo governatori: accettare responsabilità ma solo su un proprio piano di risanamento. Salvo che il governo lo accetti. Significherebbe anche chiudere o riconvertire gli ospedali, come il governo ha chiesto al Lazio anche contro le posizioni del centrodestra locale.

Per dire, sarà una sfida per tutte le parti politiche. Con un arbitro, il governo, che vuole e dovrà essere super partes. Ma con problemi immutati sul tappeto. I piani di rientro sono ancora lontani dal traguardo del risanamento, ha ricordato una settimana fa

Ferruccio Razio a Calabria, Molise, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna, anche se non dappertutto allo stesso modo. Ma le difficoltà incombono anche per le regioni "virtuose".

Senza dimenticare la babele regionale e la scommessa di azzerare i gap: una situazione finanziaria che nel 2001-2009 viaggia dai 1.792 euro di debito pro-capite nel Lazio all'avanzo di 162 euro in Friuli; spese per il personale fino al 2008 cresciute a Bolzano dieci volte più che in Veneto o in Piemonte tre volte più che in Sardegna sui farmaci.

Tirare le somme col federalismo sarà una sfida nella sfida. Con l'aggiunta dell'enigma della Lega tra i governatori: il Carroccio potrebbe chiedere proprio la delega sulla sanità, centrosinistra e Sud permettendo. Intanto la Stato-Regioni deve distribuire i 108 miliardi del fondo 2010 e altri 4 miliardi del federalismo fiscale rimasti ai blocchi di partenza da prima delle elezioni. Forse l'unica nota lieta sanitaria per vecchi e neo governatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

3,4 miliardi
Disavanzo totale 2009
Il «deficit» di asl e ospedali

54,2 euro
Disavanzo pro-capite Italia
Il «rosso» per cittadino nel 2009

252 euro
Disavanzo massimo
Il pro capite massimo realizzato nel Molise nel 2009

11,6 euro
Avanzo massimo
L'attivo massimo realizzato in Umbria nel 2009

1.792 euro
Record disavanzi pro-capite
Dal 2001 al 2009 nel Lazio



“Staminali contro Sla e Parkinson”

“Ecco le strategie per il sistema nervoso”

Medicina

ELISA FRISALDI

Dai laboratori
le terapie
più promettenti

“ Ai pazienti che mi chiedono quali siano le potenzialità e gli utilizzi delle cellule staminali rispondo paragonandole a un atleta promettente, che deve diventare un campione». A parlare è Adriano Chiò, direttore del «Centro regionale esperto per la Sla» del dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino e collaboratore del nuovo laboratorio di «Cell Therapy» realizzato nel Molecular Biotechnology Center di Torino.

Laboratorio di «Cell Therapy»: di che cosa si tratta professore?

«È il primo laboratorio pubblico italiano attrezzato per la raccolta e la preparazione delle staminali secondo gli standard della “Good manufacturing practice”. A scopo di ricerca scientifica la legge prevede l'utilizzo di staminali multipotenti ricavate dal liquido amniotico e di staminali adulte, comprese le emopoietiche adulte presenti nel sangue del cordone ombelicale. Le staminali adulte più studiate sono appunto le emopoietiche, capaci di dare origine a tutte le cellule del sangue, e le mesenchimali, generatrici di cellule appartenenti a diversi tessuti come quello osseo, cartilagineo o adiposo».

Quale tipo è più promettente dal punto di vista terapeutico?

«Per ora nessuno può dirlo. Ma, se in vitro è possibile indirizzare lo sviluppo e la trasformazione di qualsiasi tipo di cellula, in vivo, quando la cellula di partenza si trova all'interno di un tessuto animale o umano, non si sa come intervenire affinché questo accada. Ci sono poi le differenze tra specie: nel caso delle malattie neurologiche il modello più studiato è il topo. Peccato che nel

suo cervello i processi di rigenerazione siano molto più presenti di quanto accade nell'uomo. In generale, quindi, il modello animale fornisce buone indicazioni che vanno, di volta in volta, verificate nell'uomo».

Esistono dei dati a sostegno dell'efficacia terapeutica delle staminali in campo neurologico?

«La maggior parte dei dati si basa su studi preclinici, vale a dire sugli studi fatti in vitro o su animale. Quelli sull'uomo sono pochi e non conosciuti, se non da chi è coinvolto nella sperimentazione. La riservatezza sull'iter e i risultati parziali di un trial clinico è una strategia adottata da medici, pazienti e dalle loro associazioni e consente di ridurre le pressioni di chi segue il percorso dall'esterno. Tra le malattie neurodegenerative, quella che, credo, può trarre il maggior vantaggio dall'uso terapeutico delle staminali è il Parkinson. Il motivo è semplice: è una malattia provocata da una lesione localizzata in un'area circoscritta del cervello, la substantia nigra. Alzheimer e Sclerosi laterale amiotrofica, invece, colpiscono più aree e raggiungerle diventa complicato».

Che ruolo hanno le staminali nelle possibili cure della Sla?

«Nel mio gruppo lavoriamo con staminali dell'adulto, in particolare con le emopoietiche. Stiamo studiando un farmaco in grado di stimolare queste ultime a entrare nel circolo sanguigno e raggiungere il sistema nervoso: una volta lì, pensiamo possano formare un tessuto sano che sostenga quello malato».

A quale fase della sperimentazione siete arrivati?

«Abbiamo pubblicato sulla rivista “Cytotherapy” i dati che attestano la sicurezza della procedura su un piccolo numero di pazienti. Il prossimo obiettivo sarà valutare l'efficacia del protocollo sperimentale. Stiamo organizzando un trial clinico multicentrico che coinvolge neurologi ed ematologi».

Tra 2001 e 2003 fu uno dei test sulla Sla ad accendere grandi dibattiti: si trattò dell'auto-trapianto di staminali su nove pazienti, tra cui

Luca Coscioni, fondatore dell'omonima associazione.

«In quel trial le staminali mesenchimali prelevate dal midollo osseo del paziente venivano iniettate nel suo midollo spinale.

Come si è commentato su “Amyotrophic Lateral Sclerosis” è stata una sperimentazione che ha portato a risultati modesti, sia perché mancavano gli studi pre-clinici sia perché il numero di pazienti era troppo ridotto e mancavano i gruppi di controllo».

L'appuntamento

■ «Cellule staminali nella terapia delle malattie del sistema nervoso»: è il titolo della conferenza di Adriano Chiò, promossa dalla Scuola Interfacoltà di Biotecnologie dell'Università di Torino, sede dell'incontro di oggi alle 18 (sala Darwin di via Nizza 52).

Chi è Adriano Chiò Neurologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL «CENTRO REGIONALE ESPERTO PER LA SLA» DEL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO E COLLABORATORE DEL LABORATORIO DI «CELL THERAPY» DEL «MOLECULAR BIOTECHNOLOGY CENTER» DI TORINO

IL PROBLEMA

«In vitro si sa come farle sviluppare ma nei tessuti no»



SANITA' E DINTORNI

Cancro, una diagnosi aleatoria

di Camillo Valgimigli

L'attendibilità del test del Psa nella diagnosi del cancro alla prostata? "Poco più che tirare una monetina in aria" è la clamorosa dichiarazione sul New York Times del prof. Richard Ablin, che 40 anni fa scoprì questo test per questa forma di tumore, e che ora ammette l'inutilità dell'esame nella quasi totalità dei casi. Accanto all'esplorazione rettale, il test di norma consigliato per valutare la salute della prostata è il dosaggio dei livelli nel sangue di un marcatore, di una spia chiamata antigene prostatico specifico e letteralmente tradotto dall'inglese Psa. Soltanto le ghiandole prostatiche producono il Psa: ecco perché questa sostanza viene considerata specifica. Un incremento nel sangue del Psa viene letto come un indice della presenza di un tumore maligno. Un suo aumento è però pure presente in altre patologie della ghiandola, come l'ipertrofia prostatica benigna e l'infiammazione della prostata. Senza poi contare che il valore del Psa si innalza, anche se in misura modesta, dopo un rapporto sessuale e anche in seguito a una visita medica che preveda l'esplorazione rettale. Da tempo la comunità scientifica internazionale avverte che il Psa non è un marker tumorale puro. Le statistiche riportano infatti che solo in un terzo dei casi con Psa alto, l'esame al microscopio

dei tessuti prostatici evidenzia un cancro. Malgrado il 16% di soggetti abbia possibilità di andare incontro ad una diagnosi di tumore con questo test, solo il 3% muore di questa malattia. Gli ultra 65enni cioè che sviluppano il tumore della prostata hanno più probabilità di morire "con" un carcinoma prostatico che "per" un carcinoma prostatico. Al di là di queste considerazioni, il Psa è rimasto comunque fino ad oggi una bussola diagnostica vantaggiosa, da interpretare in piena sinergia con lo specialista per precisare la diagnosi e quindi stabilire le eventuali misure terapeutiche. La clamorosa dichiarazione del suo scopritore non vuole lasciare alcun dubbio in merito. Per il prof Ablin il test del Psa è appropriato solo dopo una diagnosi di cancro, per valutare il rischio di recidiva, o come campanello d'allarme nelle persone che hanno una storia familiare di carcinoma prostatico. "Ma applicare il test a tutte le persone oltre una certa età - scrive nel New York Times - sarebbe una semplice perdita di tempo e di denaro: non misura il livello di gravità della malattia. Uomini con valori bassi di Psa - continua Ablin - possono comunque sviluppare un cancro della prostata, mentre persone che hanno un valore alto possono essere del tutto sani". È dunque opportuno invitare gli urologi a informare e ridurre il numero di esami e di prescrizioni.



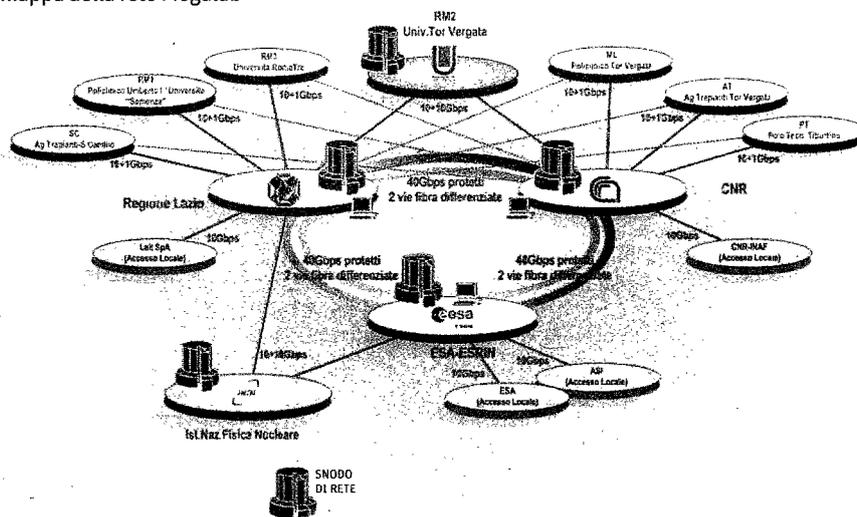
E-government. Un «cervellone» unico per enti di ricerca e atenei romani

Sanità in rete con Megalab

Investimento da 2,7 milioni - Applicazioni anche nella Pa

Un network su cinque snodi

La mappa della rete Megalab



Mila Fiordalisi

Una rete a banda larga a base di 35 chilometri di fibre ottiche attraverso cui far viaggiare, a una velocità fino a 40 gigabit al secondo, i dati raccolti ed elaborati contemporaneamente da centinaia di computer collegati fra loro. Questa l'infrastruttura alla base del progetto Megalab (Metropolitan e-government application laboratory), che mira a dare vita ad applicazioni e servizi innovativi nel campo della sanità, della gestione del territorio e più in generale della pubblica amministrazione nonché a un centro di supercalcolo distribuito fra i centri di ricerca e le università romane.

Promosso dall'assessorato regionale alla Tutela dei consumatori e semplificazione amministrativa della Regione Lazio, il progetto coordinato da Lait Spa (il braccio hi-tech della Regione) - è stato finanziato con fondi regionali (2005-2006)

per un importo pari a 2,7 milioni di euro a cui si aggiungono i 259.300 euro messi in campo dal Cnipa (Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione). Fastweb e Alcatel-Lucent le due aziende vincitrici della gara pubblica d'appalto (indetta a novembre 2008 ed aggiudicata a marzo 2009), finalizzata alla realizzazione della rete a banda larga, che sarà collaudata entro il mese di aprile, e alla fornitura degli apparati di rete necessari a interconnettere i computer in uso presso Cnr (area Tor Vergata), Esa-Esrin (Frascati), l'Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn) di Frascati e l'Università di Tor Vergata, le quattro realtà che compongono l'associazione temporanea di scopo creata ad hoc per il progetto. E hanno già aderito all'iniziativa il policlinico Umberto I e quello di Tor Vergata, il San Camillo-Forlanini, l'Agenzia dei Tra-

pianti, le università La Sapienza e Roma Tre, il Tecnopolo tiburtino, l'Asi e l'Istituto nazionale di Astrofisica.

«Il progetto, il primo in Italia nel suo genere, è fra i più evoluti d'Europa nel settore dell'e-government» sottolinea Anna Salome Coppotelli, assessore regionale uscente alla Tutela dei consumatori e semplificazione amministrativa.

«Abbiamo dimostrato che la sinergia tra enti diversi funziona» aggiunge il presidente di Lait Giancarlo D'Alessandro.

La prima applicazione concreta, sviluppata dall'Infn, riguarda la sanità. «Sarà possibile analizzare pressoché in tempo reale spiega Angela Facci, responsabile del progetto Megalab - Tac polmonari, fornendo quindi un validissimo aiuto al radiologo nella fase di diagnosi precoce e diminuendo i tempi dei referti radiografici».

Per restare alla sanità, il Cnr e l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini utilizzeranno la rete per il progetto e-Dea che prevede l'erogazione di servizi di telemedicina da parte dei dipartimenti di emergenza e accettazione. «E nel 2012 - annuncia Sergio Pillon, responsabile telemedicina del San Camillo-Forlanini - potrebbe nascere il primo ospedale virtuale del Lazio».

Il Cnr è impegnato anche nell'erogazione di servizi di rendering destinati al settore della produzione e post-produzione audiovisiva. Porta invece la firma di Esa-Esrin e dell'università di Tor Vergata, G-Pod, l'applicazione, che permetterà di utilizzare le immagini scattate dai satelliti per analizzare l'erosione delle coste laziali, ma anche monitorare parchi regionali e risorse agricole.

LA SPESA E I PROBLEMI DEL FEDERALISMO**Perequazione difficile senza omogeneità****L'andamento di sette anni**

Regioni	Spesa sanitaria pubblica pro capite (euro)						Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Pil (%)					
	2002	2007	2008	Δ% 07-08	Δ% 02-08	Tassi medi % 2002-2008	2001	2005	2006	Δ% 05-06	Δ% 01-06	Tassi medi % 2001-2006
Piemonte	1.373	1.766	1.843	4,36	34,23	5,03	5,24	6,10	6,26	2,72	19,49	3,63
V. Aosta	1.576	1.969	2.079	5,59	31,92	4,72	5,31	5,73	5,81	1,49	9,47	1,83
Lombardia	1.394	1.685	1.738	3,15	24,68	3,74	4,43	4,82	4,97	2,97	12,22	2,33
Bolzano	1.846	2.170	2.263	4,29	22,59	3,45	5,33	6,00	6,00	-0,03	12,62	2,41
Trento	1.568	1.849	1.948	5,35	24,23	3,68	4,97	5,42	5,61	3,44	12,91	2,46
Veneto	1.377	1.688	1.754	3,91	27,38	4,12	4,97	5,42	5,61	3,44	12,91	2,46
Friuli V.G.	1.403	1.770	1.912	8,02	36,28	5,29	5,54	5,93	5,72	-3,46	3,24	0,64
Liguria	1.506	1.925	1.976	2,65	31,21	4,63	6,68	7,53	7,26	-3,66	8,64	1,67
Emilia R.	1.461	1.795	1.868	4,07	27,86	4,18	4,81	5,47	5,55	1,41	15,28	2,88
Toscana	1.416	1.750	1.816	3,77	28,25	4,23	5,57	5,99	6,14	2,57	10,16	1,95
Umbria	1.422	1.709	1.772	3,69	24,61	3,74	6,15	7,01	7,23	3,16	17,54	3,28
Marche	1.380	1.635	1.707	4,40	23,70	3,61	6,00	6,22	6,62	6,54	10,48	2,01
Lazio	1.433	1.964	2.007	2,19	40,06	5,78	5,67	6,70	6,83	1,84	20,45	3,79
Abruzzo	1.427	1.770	1.775	0,28	24,39	3,70	7,34	8,43	8,56	1,57	16,61	3,12
Molise	1.394	1.941	2.033	4,74	45,84	6,49	8,61	10,95	9,87	-9,89	14,55	2,75
Campania	1.314	1.674	1.670	-0,24	27,09	4,08	9,26	10,49	10,06	-4,10	8,62	1,67
Puglia	1.243	1.657	1.724	4,04	38,70	5,60	8,50	9,42	9,57	1,66	12,68	2,42
Basilicata	1.215	1.642	1.712	4,26	40,91	5,88	7,65	8,88	8,93	0,56	16,66	3,13
Calabria	1.260	1.625	1.658	2,03	31,59	4,68	9,19	9,50	9,34	-1,68	1,61	0,32
Sicilia	1.288	1.658	1.661	0,18	28,96	4,33	8,20	9,85	10,58	7,31	28,97	5,22
Sardegna	1.346	1.627	1.694	4,12	25,85	3,91	7,73	8,54	8,51	-0,36	10,07	1,94
Italia	1.374	1.736	1.787	2,94	30,06	4,48	5,95	6,68	6,79	1,63	14,09	2,67

Il federalismo fiscale (L. 42/2009) ha necessità di perequazione. Un obiettivo già in larga parte raggiunto nei 30 anni di vita del Ssn. Indubbiamente, differenziali nella spesa pro capite continuano a persistere, ma non mostrano un evidente gradiente Nord-Sud: livelli di spesa pro-capite superiori si ritrovano, oltre che nelle Regioni a statuto speciale, anche in Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Molise; livelli inferiori alla media (1.787 euro) caratterizzano le altre Regioni del Sud, ma anche Lombardia, Veneto, Umbria e Marche.

Quali sono le principali criticità del Ssn, sotto il profilo economico-finanziario?

Un primo elemento critico è indubbiamente l'entità del debito pubblico. La recente crisi finanziaria sta naturalmente stravolgendo dati e posizionamenti. Da tempo, però, il nostro Paese è tra i pochi al mondo a registrare un debito pubblico superiore al Pil. Si conferma così il paradosso della politica sanitaria italiana, perennemente dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non tanto per l'entità della spesa stessa, quanto per la difficile situazione complessiva della finanza pubblica.

Una seconda criticità è l'evi-

dente difficoltà di rispettare i tetti di spesa. Il Ssn è sistematicamente in disavanzo (54 euro pro capite nel 2008, 550 euro al lordo dei ripiani nel periodo 2001-08), anche se negli ultimi anni gli squilibri si sono ridotti (i disavanzi pro capite 2005, 2006 e 2007 sono stati rispettivamente pari a euro 98, 76 e 61). Poche aziende raggiungono il pareggio economico. Solo recentemente alcune Regioni sembrano aver trovato un equilibrio sufficientemente stabile. Visti i livelli complessivamente contenuti di spesa, non si può dire che la prassi dei soft budget constraint (ipotesi di forte contenimento ex ante, aspettative di ripiano in itinere, effettivi ripiani ex post) abbia causato l'"esplosione" della spesa stessa. Certo però ne ha risentito la programmazione e: quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione.

In terzo luogo, vanno ovviamente ricordate le forti differenziazioni interregionali. Tra il 2002 e il 2008, la spesa sanitaria pro capite è aumentata mediamente del 4,48% annuo, ma la crescita è stata superiore al 5,5% in Puglia, Lazio, Basilicata e soprattutto Molise, inferiore invece al 4% in Sardegna, Lombardia, Umbria, Abruzzo, nelle Province autonome di Trento e Bolzano e nelle Marche.

Al lordo dei provvedimenti di ripiano, tre Regioni (Lazio, Campania, Sicilia) da sole spiegano il 68% del disavanzo accumulato nel periodo 2001-08. In termini pro capite, disavanzi amplissimi caratterizzano anche il Molise. Tra le cause dei disavanzi, un ruolo significativo ha spesso l'incapacità di trovare un'armonica ed efficiente combinazione tra pubblico, privato non-profit e privato for-profit, a esempio dimensionando correttamente la capacità produttiva pubblica, nonché dotandosi della volontà politica e delle capacità tecniche necessarie per guidare l'operato degli erogatori privati. Il Ssn sta affrontando con vigore il tema della rendicontazione e del successivo contenimento dei disavanzi, imponendo ad alcune Regioni pressanti piani di rientro. I piani sono stati adottati e sistematicamente monitorati. Al rispetto dei piani è stato anche subordinato il parziale ripiano dei disavanzi regionali da parte dello Stato. Resta da valutare la capacità dei piani stessi di incidere selettivamente su inefficienze e inapproprietezza, senza intaccare ulteriormente il livello dei servizi offerti ai cittadini.

Le differenze interregionali, infine, pongono con forza il problema della sostenibilità della perequazione. La relativa omogeneità

interregionale nella spesa pro capite, infatti, ha come inevitabile rovescio una forte differenziazione nel rapporto spesa/Pil - i numeratori sono relativamente omogenei tra le Regioni, ma i denominatori restano molto differenziati. Alcune Regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, ma soprattutto Lombardia) finiscono quindi per poter destinare al proprio Ssn meno del 6% del Pil regionale, mentre altre Regioni (Campania e Sicilia) possono destinare alla Sanità risorse finanziarie che eccedono il 10% del proprio Pil. In un contesto di federalismo maturo, ciò può diventare difficilmente sostenibile. Al riguardo, la l. 42/09 propone una soluzione ragionevole: il diritto di ciascuna Regione al finanziamento integrale dei Lea sul proprio territorio, a prescindere dalla propria capacità fiscale, purché senza inefficienze sul fronte del prelievo tributario (aliquote e basi imponibili uniformi) e dell'eroga-



zione dei servizi (costi e fabbisogni standard). Oltre alle difficoltà concettuali insite nel riferimento ai "costi standard", tuttavia, la legge presenta almeno tre forti rischi. Il primo rischio è la *paralysis by analysis*: se davvero si volesse, per ogni livello e tipologia di bisogni effettivi, determinare quantità e mix di prestazioni standard, da ottenersi attraverso quantità e mix standard di fattori produttivi, valorizzati a prezzi standard, dove "standard" non vuole peraltro necessariamente dire "uniforme in tutto il Paese", si finirebbe inevitabilmente per prorogare sine die l'assetto attuale. Il secondo rischio è che si focalizzi interamente l'attenzione sui criteri di finanziamento e di perequazione ex ante, ignorando la necessità che le Regioni sviluppino autonome capacità di governo e di gestione dei propri Ssr, in modo da utilizzare al meglio le risorse disponibili, garantendo ai propri cittadini i Lea senza generare disavanzi. Malgrado i persistenti e innegabili vincoli normativi, infatti, molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole Regioni e aziende sanitarie; il loro efficace utilizzo dipende dunque, seppur non esclusivamente, dalle capacità gestionali e professionali interne a Regioni e aziende; il divario tra le Regioni più "forti" e quelle più "deboli", in termini di competenze, professionalità, strumenti

manageriali adottati ed effettivamente utilizzati, è indubbiamente elevato e si sta probabilmente ampliando. Il terzo rischio, infine, deriva dall'implicita convinzione che la sola responsabilizzazione finanziaria sia sufficiente ad avviare processi di miglioramento e di accumulo progressivo di know how nelle Regioni in difficoltà. La l. 42/09, infatti, sembra fare esclusivo affidamento sulla volontà politica, prefigurando sistemi di premi e soprattutto di penalizzazioni, sebbene la possibilità di comminare sanzioni trovi un limite invalicabile nella garanzia dei Lea. Accanto alla volontà politica occorrono però anche le capacità tecniche. Al riguardo, un elemento qualificante del federalismo è la possibilità di sperimentare "in parallelo" e "su scala locale" soluzioni diverse, ma anche di confrontarle, valutarle e, se opportuno, estenderle ad altri contesti. Il Ssn dovrà quindi rapidamente sviluppare sistemi di benchmarking interregionale, nonché politiche capaci di trasferire competenze e professionalità dai contesti più avanzati al resto del Paese.

Eugenio Anessi Pessina

*Professore ordinario
di Economia aziendale - Facoltà
di Economia dell'Università
Cattolica e Segreteria scientifica
Osservasalute*

Con un'ordinanza di protezione civile il premier ha fermato la commessa a Novartis

Vaccini H1N1, alt all'acquisto

Va cancellato l'ordine per 11 milioni di dosi - Si tratta con l'azienda

Stop all'acquisto dei circa 11 milioni di dosi di vaccini pandemici prodotti dall'azienda farmaceutica Novartis ma non ancora consegnati: l'ordine, che vale quasi 85 milioni di euro, va cancellato perché i vaccini rimasti inutilizzati sono più che sufficienti a proteggere da eventuali recrudescenze del virus A/H1N1 almeno fino al prossimo autunno.

L'alt è arrivato dall'ordinanza del presidente del Consiglio n. 3860 del 17 marzo, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 22 marzo, che «ridetermina quantitativamente» l'autorizzazione all'acquisto rilasciata con un'altra ordinanza il 31 luglio scorso, quando si pensava di dover vaccinare il 40% della popolazione italiana contro l'influenza A. Su questa base il 21 agosto era stato firmato il contratto con Novartis per la fornitura di 24 milioni di dosi di vaccino Focetria per 184,8 milioni di euro, Iva compresa.

L'ordinanza richiama una relazione del presidente dell'Istituto superiore di Sanità appena redatta, le cui conclusioni sono chiare: «Il quantitativo di vaccini pandemici ancora disponibili nel nostro Paese (circa 8 milioni di dosi) è più che sufficiente a limitare gli effetti negativi di un'eventuale, ulteriore circolazione di A/H1N1 2009 almeno sino all'inizio della prossima stagione influenzale». Di qui il senso del provvedimento che, al di là del burocrate, dispone nei fatti di tagliare del 46% la fornitura complessiva concordata a fine agosto. «Lo stock di vaccini in nostro possesso, che abbiamo recuperato dalle Regioni - ha confermato il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** - è più che sufficiente per garantire un'eventuale nuova campagna vaccinale e quindi gli altri vaccini ordinati non sono necessari. In questa fase è stata avviata una trattativa per chiudere la questione». Fazio gela le polemiche: «Sfido chiunque a trovare un Paese che sulla pandemia si è comportato in modo più virtuoso dell'Italia».

Il confronto con Novartis per decidere la sorte dei vaccini rimasti "in stand-by" è in realtà aperto dall'inizio dell'anno, quando era già parso chiaro il flop della campagna vaccinale: da ottobre si sono vaccinati soltanto 867mila italiani e le dosi effettivamente usate sono state appena 915mila. Sul tappeto c'era inizialmente l'ipotesi di riconvertire l'ordine non più necessario in altri prodotti ma questa strada si è rivelata più ardua del previsto.

L'ordinanza del premier adesso accelera, dando ufficialmente mandato al direttore della Direzione prevenzione del ministero della Salute, **Fabrizio Oleari** (lo stesso che ha firmato il contratto, oggetto di polemiche per alcune clausole ritenute "capestro") di «porre in essere gli atti consequenziali».

Non è tutto: il documento ricorda in premessa che la commissione Affari sociali del Consiglio d'Europa ha aperto un'inchiesta «in merito alle decisioni prese dall'Organizzazione mondiale della Sanità e dagli Stati membri per fronteggiare il rischio della pandemia». Decisioni che, per i fautori dell'indagine, sarebbero state condizionate dalle aziende **farmaceutiche**. Le conclusioni del relatore incaricato, **Paul Flynn**, sono attese entro la fine di aprile. «Resta impregiudicata - si legge nell'ordinanza - ogni determinazione, azione, eccezione a tutela degli interessi pubblici, anche all'esito dell'attività di inchiesta del Consiglio d'Europa». Un monito in piena regola.

Rimangono da verificare le prossime mosse del ministero e della multinazionale di Basilea. E il tema rimane caldo in tutta Europa. Ma anche nell'emisfero Sud, che si prepara all'inverno: il Governo australiano ha già lanciato una nuova campagna educativa sul virus A, esortando i cittadini a vaccinarsi.

Manuela Perrone

È RIPRODOTTA SULLA



E la Francia indennizza Big Pharma per i tagli alla fornitura

L'ordine cancellato val bene un indennizzo. È della scorsa settimana la notizia che la Francia, dove è in corso una commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione della pandemia da parte del Governo, si prepara a versare 48 milioni di euro a Novartis, Glaxo-SmithKline e Sanofi Aventis come indennizzo per aver cancellato di 50 milioni di dosi l'ordine complessivo di 94 milioni di dosi di vaccino pandemico inizialmente effettuato. Un risarcimento concordato a fatica con le aziende dal Dipartimento di preparazione e risposta alle urgenze sanitarie, per un ammontare comunque inferiore al valore degli ordini cancellati, pari a 385 milioni di euro circa. La cifra riconosciuta a ciascun azienda corrisponde al 16% circa del valore della commessa annullata. Chissà che la via francese non faccia scuola anche da noi.

Oltralpe, in ogni caso, la polemica infuria. Ventidue grandi città (tra cui Parigi, Lioné, Strasburgo e Marsiglia e non tutte amministrare dalla sinistra)

reclamano dallo Stato il rimborso delle spese per la campagna di vaccinazione. Il conto presentato all'Eliseo è salato: si aggira sui 4 milioni di euro. I sindaci hanno messo nero su bianco la loro richiesta dopo aver realizzato uno studio sui costi sostenuti dalle comunità locali, in termini di personale, energia elettrica, riscaldamento, organizzazione.

Al di là della provocazione, il Paese sta facendo i conti: secondo le stime diffuse il 25 marzo dai ministeri della Sanità e dell'Interno, la pandemia è costata alla Francia 670 milioni. Ma il ministro della Sanità, Roselyne Bachelot, sentita in audizione in Senato dalla commissione d'inchiesta, ha difeso l'operato del Governo: «Ho fatto la scelta di proteggere la salute dei miei concittadini piuttosto che esaminare il solo aspetto dei costi, di preparare la Francia ad affrontare una minaccia grave invece di improvvisare. Me ne assumo la responsabilità».

