

Per l'eterologa tariffe regionali tra 1.500 e 4mila euro e ticket tra 400 e 600 euro

25 settembre 2014

Tariffe tra 1.500 e 4mila euro, sulla base dei differenti «setting assistenziali», cioè secondo la complessità del caso. Mentre il ticket, che non può essere unico sul territorio regionale così come avviene per ogni altra prestazione di specialistica ambulatoriale, corrisponderà alla somma dei ticket per le prestazioni previste e realizzate ai fini del buon esito dell'intervento. In ogni caso l'importo della compartecipazione «varierà tra i 400 e i 600 euro», ha precisato Sergio Chiamparino al termine della riunione di questa mattina, con cui i presidenti hanno recepito le proposte elaborate dalla commissione Salute sui costi dell'eterologa. Chiamparino ha tenuto a sottolineare che «nel giro di un mese e mezzo si è trovata una soluzione che dà certezza, anche economica, alle famiglie italiane. Ci auguriamo adesso che il Parlamento inserisca la fecondazione eterologa nei Lea»

La Conferenza delle Regioni ha fissato quindi la Tuc, la tariffa di compensazione della mobilità regionale per tre diversi setting:

- Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina: € 1.500 (compresi € 500 per i farmaci);
- Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro: € 3.500 (compresi € 500 per i farmaci);
- Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice: € 4.000 (compresi € 500 per i farmaci).

In relazione, invece, alla compensazione riguardante le prestazioni effettuate in mobilità per pazienti provenienti da altre Regioni e Province autonome è stato deciso di proporre, in linea con quanto previsto nel Patto per la salute, che ogni Regione/Provincia autonoma riceverà dalle altre la differenza tra la tariffa convenzionalmente definita e quanto già introitato attraverso i ticket. Ad eccezione della Regione Lombardia, che fa da sé: l'assessore Mantovani ha comunicato che fino a quando le prestazioni di Pma non verranno ricomprese nel Dpcm che individua i Lea, le stesse saranno a carico dell'assistito anche qualora venissero rese da strutture di altre Regioni.

SARDEGNA: ETEROLOGA, VERSO TICKET PIU' BASSO (400 EURO)

(AGI) - Cagliari, 26 set. - Arrivera' presto in Giunta una delibera con cui l'assessore regionale alla Sanita' Luigi Arru proporra' per la fecondazione eterologa il ticket piu' basso, 400 euro, previsto nel range concordato ieri dalle Regioni, che fissa un massimo di 600 euro. Il provvedimento recepira' anche le linee guida nazionali condivise dalle Regioni, in attesa di una legge sulla materia. La fecondazione eterologa sara' inserita nei Lea, i livelli essenziali di assistenza per le donne in eta' fertile. Sono gia' in grado di praticarla i reparti di Ginecologia dell'ospedale Microcitemico e delle cliniche universitarie di Cagliari e Sassari. (AGI)

ETEROLOGA: REGIONI, TICKET SARA' TRA 400 E 600 EURO

(AGI) - Roma, 25 set. - Il ticket per la fecondazione eterologa "variera' tra i 400 e i 600 euro, a seconda della Regione". A rendere noto l'orientamento della Conferenza dei presidenti delle Regioni e' stato il presidente, Sergio Chiamparino, al termine della riunione di oggi. Con questa decisione, ha tenuto a precisare Chiamparino, "diamo certezza alle famiglie italiane che decidono di accedere al servizio. Speriamo che il governo inserisca al piu' presto l'eterologa nei Livelli essenziali di assistenza perche' questo - ha concluso - consentirebbe di eliminare quel margine interpretativo che necessariamente abbiamo dovuto inserire". Nel documento finale, redatto dalla Conferenza, si spiega che "e' stata condivisa la necessita' di completare il percorso iniziato definendo per questa fare transitoria una tariffa unica convenzionale che quantifichi i costi per queste attivita' anche al fine di regolare le eventuali compensazioni relative alla mobilita' interregionale". Sulla compartecipazione della spesa, "e' stato condiviso che riguardera' la somma dei ticket per le prestazioni previste ed effettuate per questa tecnica di fecondazione nel rispetto dell'attuale normativa in materia di specialistica ambulatoriale". I costi, complessivi, individuati per la fecondazione eterologa ammontano a 1500 euro, compresi 500 euro per i farmaci, per l'eterologa da donatore con inseminazione intrauterina; 3500 euro per l'eterologa con seme da donatore in vitro e 4000 euro per eterologa con ovociti da donatrice. Unica Regione a sfilarsi, per ora, e' la Lombardia: niente ticket. "Il nostro dissenso - ha spiegato l'assessore regionale al Bilancio, Massimo Garavaglia - e' sul fatto che una Regione si accolli delle prestazioni non inserite nei Lea. Non si puo' procedere in questo modo, e' una questione di procedure tecniche che pero' ha una sostanza molto rilevante". "Se passa il principio che se c'e' un problema se lo accollano le Regioni - ha aggiunto Garavaglia - non andiamo da nessuna parte. Per il ministero della Salute sarebbe facile risolvere il problema, inserisce l'eterologa nei Lea". Quanto al differente trattamento che questa posizione comporterebbe per i cittadini lombardi, che andando fuori dalla propria Regione dovrebbero pagare comunque la cifra completa, Garavaglia ha concluso: "al momento abbiamo applicazione del costo pieno, non siamo d'accordo che cittadini lombardi abbiano trattamento diverso fuori dalla loro regione". "Non e' piu' questione di centrodestra o centrosinistra, la scelta della Regione Lombardia sull'eterologa e' una scelta isolazionista e incomprensibile", ha attaccato il segretario lombardo del Pd, Alessandro Alfieri: "altro che Regione guida e modello lombardo, la Lombardia di Maroni si arrocca su scelte esclusivamente politiche che nulla hanno

a che fare ne' con la sostenibilita' economica delle prestazioni ne' con la programmazione socio-sanitaria e che appaiono dunque ancora piu' inique e ingiuste". Anche il Movimento 5 stelle giudica "discriminatoria" la delibera della giunta regionale lombarda che stabilisce che le spese per l'eterologa saranno interamente a carico dei cittadini. La Regione Lombardia - lamenta la consigliera Paola Macchi - diventa cosi' "un vero baluardo di Comunione e liberazione", "ostinatamente sola sulle sue rigidissime posizioni". Si tratta, sottolinea, di una "decisione che si configura come una vera e propria discriminazione verso le coppie lombarde meno abbienti che vogliono accedere all'eterologa, ma che non potranno permetterselo. Regione Lombardia dovra' prepararsi ai ricorsi che verranno inevitabilmente fatti dai genitori discriminati". (AGI)

ETEROLOGA: M5S, LOMBARDIA DISCRIMINA, SI PREPARI A RICORSI

(AGI) - Milano, 25 set. - Il Movimento 5 stelle giudica "discriminatoria" la delibera della giunta regionale lombarda in cui si stabilisce che le spese per la fecondazione eterologa saranno interamente a carico dei cittadini (scelta confermata nella riunione odierna della Conferenza delle Regioni). Unica in Italia, la Regione Lombardia - lamenta la consigliera lombarda, Paola Macchi, in una nota - diventa cosi' "un vero baluardo di Comunione e liberazione", "ostinatamente sola sulle sue rigidissime posizioni". Si tratta, aggiunge, di una "decisione che si configura come una vera e propria discriminazione verso le coppie lombarde meno abbienti che vogliono accedere all'eterologa, ma che non potranno permetterselo a differenza di coppie con pari reddito residenti in altre Regioni". "Regione Lombardia - conclude - dovra' prepararsi ai ricorsi che verranno inevitabilmente fatti da questi genitori discriminati riguardo a una decisione iniqua". (AGI)

ETEROLOGA: PD, DA LOMBARDIA SCELTA ISOLAZIONISTA E INCOMPRESIBILE

(AGI) - Milano, 25 set. - "Non e' piu' questione di centrodestra o centrosinistra, la scelta di Regione Lombardia sull'eterologa e' una scelta isolazionista e incomprensibile". Cosi' il segretario lombardo del Pd, Alessandro Alfieri, conferma il duro giudizio del suo partito sulle decisioni della giunta di Roberto Maroni in materia di fecondazione eterologa, dopo che la Regione in Conferenza delle Regioni ha confermato che la Lombardia resta fuori dall'accordo siglato da tutte sul pagamento di un ticket compreso tra i 400 e i 600 euro. "Altro che Regione guida e modello lombardo, la Lombardia di Maroni si arrocca su scelte esclusivamente politiche che nulla hanno a che fare ne' con la sostenibilita' economica delle prestazioni ne' con la programmazione socio-sanitaria e che appaiono dunque ancora piu' inique e ingiuste", aggiunge Alfieri in merito alla scelta della giunta di far pagare la prestazione interamente ai cittadini lombardi. Nella nota poi si ricorda la mozione di Pd e Patto Civico in cui chiedeva di non far pagare l'intero costo della fecondazione assistita eterologa (che si aggira intorno ai 3000 euro) alle coppie sterili, bocciata martedi' dall'aula, e di come il Pd avesse "espresso l'auspicio che Regione Lombardia cambiasse rotta, allineandosi alla scelta delle altre regioni che hanno applicato un ticket".

<http://scm.agi.it/login.phtml>

ETEROLOGA: REGIONI, COSTERA' TRA 400 E 600 EURO

CHIAMPARINO, DEFINITA TARIFFA UNICA; FA ECCEZIONE LA LOMBARDIA

25 settembre

La fecondazione eterologa costerà tra i 400 e i 600 euro. Lo ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni Sergio Chiamparino: "E' stata definita una tariffa unica", ha detto.

"Consideriamo l'eterologa all'interno dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza - ha spiegato Chiamparino - il costo potrà variare tra i 400 e i 600 euro perché dipende dal ticket fissato nelle singole Regioni per le varie prestazioni necessarie ad effettuare la fecondazione (esami del sangue, ecografie, ecc.). Fa eccezione la Lombardia, che ha ritenuto di far pagare interamente il costo della fecondazione eterologa. Ci auguriamo - ha concluso Chiamparino - che il Governo inserisca l'eterologa nei Livelli essenziali di assistenza che saranno pronti entro la fine dell'anno".

L'assessore all'Economia della Regione Lombardia, Massimo Garavaglia, ha chiarito: "Vogliamo che il Governo dica subito se inserisce questa prestazione nei Lea. Se è così se ne assume l'onere e il problema viene risolto alla radice. Non è corretto, infatti, che una coppia lombarda, anche se va in Emilia Romagna, solo per fare un esempio, debba pagare interamente la fecondazione eterologa". Per i lombardi al momento l'eterologa costerà tra i 1500 e i 4000 euro (il prezzo dipende dalla tecnica di fecondazione scelta).

Dopo l'approvazione in Conferenza delle Regioni nella seduta del 4 settembre scorso del documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa, le Regioni sottolineano la scelta della Conferenza di dare indicazioni cliniche ed indirizzi operativi omogenei per garantire sia il diritto alla fecondazione eterologa stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n.162/2014 che la sicurezza e tutela della salute dei soggetti interessati.

In questo quadro, le Regioni ribadiscono il principio di considerare la procreazione medicalmente assistita (PMA), sia l'omologa che l'eterologa, un Lea, in attesa, come richiesto, del loro inserimento nel DPCM sui livelli essenziali di assistenza che, come previsto nel Patto per la Salute 2014-2016, dovrà essere rivisto entro la fine dell'anno.

È stata, quindi, condivisa dai governatori la necessità di completare il percorso iniziato definendo per questa fase transitoria una tariffa unica convenzionale che quantifichi i costi per queste attività anche per regolare le eventuali compensazioni relative alla mobilità interregionale, "continuando a dimostrare un forte senso di unità e capacità di governance del sistema sanitario". Pertanto, considerato che le tecniche di fecondazione eterologa ricomprendono 3 differenti tipologie di attività da effettuarsi in setting assistenziale ambulatoriale, è stata condivisa questa proposta di tariffe convenzionali da utilizzare nelle

Regioni e nelle Province Autonome e per la relativa compensazione della mobilità interregionale: * Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina: euro 1.500 (compresi euro 500 per i farmaci); * Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro: euro 3.500 (compresi euro 500 per i farmaci); * Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice: euro 4.000 (compresi euro 500 per i farmaci).

La Regione Lombardia ha comunicato che fino a quando le prestazioni di procreazione medicalmente assistita non verranno ricomprese nel DPCM che individua i Lea (Livelli essenziali di assistenza), le stesse saranno a carico dell'assistito anche qualora venissero rese da strutture di altre Regioni.

Per quanto riguarda la questione della compartecipazione alla spesa, è stato condiviso che riguarderà la somma dei ticket per le prestazioni previste ed effettuate per questa tecnica di fecondazione nel rispetto dell'attuale normativa in materia di specialistica ambulatoriale.

In relazione, invece, alla compensazione riguardante le prestazioni effettuate in mobilità per pazienti provenienti da altre Regioni e Province autonome, è stato deciso di proporre, in linea con quanto previsto nel Patto per la Salute, che ogni Regione riceverà dalle altre la differenza tra la tariffa convenzionalmente definita e quanto già introitato attraverso i ticket, "ad eccezione di quanto già detto precisato per la Regione Lombardia".

http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/09/25/regioni-eterologa-costera-tra-i-400-ed-i-600-euro_6aca5c83-a6e2-4163-a905-6389164ce3e0.html

quotidianosanita.it

Giovedì 25 SETTEMBRE 2014

Fecondazione eterologa. Conferenza delle Regioni: il ticket sarà tra 400 e 600 euro

Lo ha annunciato il presidente Chiamparino al termine [dell'incontro tra i governatori](#). "Abbiamo fissato un range variabile a seconda delle Regioni. Ora auspichiamo che l'eterologa venga inserita nei Lea entro fine anno". Unica eccezione la Lombardia che farà pagare l'intero costo della prestazione, fissato in circa 3mila euro.

Il prezzo del ticket per la fecondazione eterologa "sarà compreso in un range tra 400 e 600 euro, variabile a seconda delle Regioni, e coprirà gli esami necessari per accedere alla prestazione. La valutazione è stata effettuata sulla base di quanto avviene con l'omologa". E' la rotta tracciata dal presidente del Piemonte e della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**, al termine della riunione in di stamane in cui i governatori hanno accolto le proposte varate ieri dalla Commissione Salute.

La Lombardia ha, invece, espresso una posizione differente "che rappresenta una scelta politica – ha spiegato Chiamparino – e farà pagare ai cittadini l'intero importo della prestazione". Ora l'auspicio è che "l'eterologa venga inserita nei Lea, il cui aggiornamento è previsto entro la fine dell'anno, come definito nel Patto per la Salute".

Le tecniche di fecondazione eterologa includono **tre diverse tipologie di attività da effettuarsi in setting assistenziale ambulatoriale**. La Conferenza ha quindi fissato altrettante tariffe convenzionali da utilizzare nelle Regioni e da adottare per la relativa compensazione della mobilità interregionale:

- Fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina: € 1.500 (compresi € 500 per i farmaci);
- Fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro: € 3.500 (compresi € 500 per i farmaci);
- Fecondazione eterologa con ovociti da donatrice: € 4.000 (compresi € 500 per i farmaci).

Per quanto riguarda **la compartecipazione relativa alle prestazioni effettuate in mobilità**, ogni Regione riceverà dalle altre la differenza tra la tariffa fissata e quanto già incassato tramite il ticket. La Lombardia, come sottolineato da Chiamparino, ha invece stabilito che le prestazioni per la Procreazione medicalmente assistita, finché non verranno incluse nei Lea, saranno a carico dell'utente anche nel caso in cui fossero erogate da strutture di altre regioni. Per i cittadini lombardi il costo del ticket sarà quindi di circa 3mila euro.

"Abbiamo trovato una soluzione con grande rapidità – ha sottolineato il presidente della Conferenza – in modo da fornire certezze, sia a livello procedurale che economico, alle famiglie italiane".

Gennaro Barbieri

Un bambino con l'eterologa? 14mila euro

Regioni: ticket da 400 a 600 euro Tutto il resto a carico dello Stato

EMANUELA VINAI
ROMA

Adesso sappiamo quanto costerà un figlio ottenuto con la fecondazione eterologa. Il ticket unificato che i genitori dovranno pagare sarà compreso, nelle diverse regioni, tra i 400 e i 600 euro. Considerando che la percentuale di successo è stimata al 25% - in media occorrono quattro cicli per ottenere un bambino - la spesa per la coppia si aggirerà nella migliore delle ipotesi sui 2mila euro. Per lo Stato però la spesa sarà ben differente, circa 14mila euro per ogni figlio ottenuto con l'inseminazione artificiale, almeno secondo i calcoli più benevoli, per quanto riguarda quella con ovocita da donatrice. E cioè 4mila euro per quattro cicli che fanno 16mila euro. Meno duemila euro di ticket. Una spesa equa e ragionevole? Vale davvero la pena?

L'accordo sul ticket è stato raggiunto ieri dalla Conferenza delle Regioni. Il presidente Sergio Chiamparino al termine della riunione ha annunciato che l'orientamento comune è «far pagare il ticket per gli esami necessari ad accedere a queste prestazioni, secondo modalità con cui viene già erogata la fecondazione omologa».

L'unica Regione a chiamarsi fuori è stata la Lombardia, che ha deciso di rendere la prestazione totalmente a pagamento, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private. «La nostra posizione è chiara - ha spiegato l'assessore lombardo Massimo Garavaglia - il Governo chiarisca se questo servizio è nei Lea, livelli essenziali di assistenza, assumendosene l'onere, la situazione si risolve». Nel docu-

mento finale redatto dalla Conferenza dei governatori si legge che «è stata condivisa la necessità di completare il percorso iniziato definendo per questa fase transitoria una tariffa unica convenzionale che quantifichi i costi per queste attività anche al fine di regolare le eventuali compensazioni relative alla mobilità interregionale».

Per quanto riguarda la compartecipazione della spesa riguarderà «la somma dei ticket per le prestazioni previste ed effettuate per questa tecnica di fecondazione nel rispetto dell'attuale normativa in materia di specialistica ambulatoriale». I costi complessivi individuati per la fecondazione eterologa si quantificano pertanto a 1.500 euro per ogni ciclo di eterologa da donatore con inseminazione intrauterina, compresi 500 euro per i farmaci; a 3.500 euro per l'eterologa con seme da donatore in vitro e 4mila euro - sempre per ogni ciclo - per eterologa con ovociti da donatrice. In Lombardia la cifra per le coppie sarà mediamente di circa di 3mila euro, totalmente a carico di chi vorrà sottoporsi ai trattamenti e immediatamente sono fioccate le prime polemiche. Lucia Castellano, capogruppo regionale del Patto Civico parla di motivazioni «esclusivamente ideologiche, frutto dell'oscurantismo retrogrado di questo centrodestra». Ha ribattuto Riccardo De Corato, capogruppo di Fratelli d'Italia-An in Regione: «Non vogliamo far gravare sui cittadini le spese dell'eterologa: 15 milioni di euro che non intendiamo far pagare ai lombardi. Noi preferiamo eliminare i ticket sui farmaci». Plauda l'Umi-Unione medici italiani che «approva la decisione della Regione. E non certo per motivi ideologici o religiosi, ma esclusivamente di politica ed economia sanitaria».

Sul problema dei costi a carico del Ssn interviene anche Olimpia Tarzia, presidente del Movimento PER e vice presidente della commissione cultura della Regione Lazio, che de-

nuncia: «Il Lazio nel settore sanitario ha un debito di 10 miliardi di euro, come potrà garantire l'intervento di fecondazione eterologa alle coppie che ne faranno richiesta?».

I numeri

25%

I SUCCESSI CON
L'ETEROLOGA

4

I CICLI DI TRATTAMENTO
PER AVERE UN FIGLIO

16.000

IL COSTO COMPLESSIVO
DELLA FECONDAZIONE

2.000

IL TICKET RIMBORSATO
PER I 4 CICLI

Accordo fatto alla Conferenza delle Regioni. Solo la Lombardia farà pagare l'intera quota E scoppiano le polemiche



Il caso. Intesa tra Regioni (Lombardia no) su ticket e spesa annunciata

Eterologa, 14mila euro E i giovani e chi adotta?

FRANCESCO OGNIBENE

Quanto "costa" un figlio? Un calcolo impossibile, se la pretesa è di ottenere una cifra attraverso una formula matematica. Eppure, da ieri, abbiamo la soluzione. Almeno dal punto di vista del contributo della collettività. Lo dobbiamo alla Conferenza delle Regioni, che si è riunita per individuare una linea comune in tema di fecondazione eterologa. O meglio: visto che ormai è chiaro a tutti (e qualcuno finalmente lo ammette, pur a denti stretti) che la materia è un ginepraio di monumentali interrogativi tra biologia, diritto e psicologia, governatori e assessori alla salute hanno deciso di girare alla larga da temi come la figura del donatore, l'anonimato, la selezione dei gameti, lasciati nel limbo dell'incertezza.

continua a pagina 2

SEQUE DALLA PRIMA

«INCOERCIBILE» PER TUTTI, NO?

E si sono concentrati sui soldi, con l'eccezione della Lombardia che si è sottratta all'intesa avendo deciso di non destinare all'eterologa neppure un euro delle tasse dei cittadini. L'accordo tecnico parla dunque dell'ammontare minimo e massimo del ticket a carico della coppia e della spesa che compete alle casse pubbliche, con un totale che per l'eterologa con seme da donatore in vitro è di 3.500 euro e per quella con ovociti provenienti da donatrice sale a 4.000. La tecnica della fecondazione in provetta con gameti di altre persone garantisce una media approssimata del 25 per cento di successi, ovvero quattro cicli per ottenere un figlio. C'è chi sostiene che gli esiti positivi sarebbero di più, ma già così il calcolo pare in realtà generoso: per la fecondazione omologa - dati 2012 - il rapporto è di 93.634 tentativi e 11.974 "figli in braccio", cioè un tasso di successi pari al 12,8%. La metà. Ma pure assumendo per l'eterologa il rapporto di uno a quattro (si ricorre a gameti di persone senza problemi di fecondità), il "costo" di un bambino è di circa 16mila euro, nel caso - il più frequente - di ricorso a ovociti donati. A questa cifra va sottratto il ticket, tra 400 e 600 euro, secondo l'accordo di ieri: dunque una media di 2.000 euro per il totale di tutti e quattro i tentativi necessari per una riuscita (è chiaro che alcune coppie centeranno l'obiettivo subito, altre purtroppo mai). E i 16mila euro diventano 14mila,

cioè l'ammontare dell'assegno che la mano pubblica deve staccare per garantire un figlio a una coppia sterile. Intendiamoci: in questi conti a tavolino non c'è alcuna intenzione colpevolizzante verso chi soffre la ferita dell'impossibilità di generare un bambino. Il punto - almeno oggi - non è chiedere conto a qualcuno dei soldi spesi o promessi, ma domandare un poco di coerenza ed evitare che per far saltare una possibile discriminazione tra "sterili" e "fecondi" se ne introduca una molto più vistosa. La sterilità è infatti oggi solo una delle cause che impediscono agli italiani di procreare, e l'eterologa solo una delle soluzioni. A limitare le nascite è infatti anzitutto una serie di ostacoli di carattere sociale e soprattutto economico. Le ricerche mostrano un desiderio di mettere al mondo figli ancora significativo e che, se assecondato, garantirebbe al Paese un costante ricambio generazionale salvandolo dalla glaciazione demografica e conseguente crisi economico-sociale in cui è precipitato. Ma quando si passa dalle intenzioni di generare al numero di figli per donna in età fertile i numeri cambiano drammaticamente. Pare persino superfluo dire che un contributo economico di un certo peso per ogni gravidanza potrebbe rimuovere la causa principale della mancata procreazione, come conferma più di un esempio in Europa. Se allora le Regioni si dicono disposte a mettere sul piatto una media di 14mila euro a figlio per ovviare alla sterilità di origine biologica, perché non destinare la stessa cifra per rimuovere la sterilità di matrice economica? Alle prime coppie sì e alle altre no? Non è forse questo diverso trattamento una forma di discriminazione tra tutti coloro che nutrono il medesimo desiderio di mettere al mondo un bambino, e hanno - per dirla con la Corte Costituzionale - lo stesso diritto

«incoercibile» di avere figli? Se poi teniamo presente che il ricorso all'eterologa è un percorso alternativo all'adozione per superare l'ostacolo della sterilità, risulta platealmente iniquo il diverso trattamento delle coppie che davanti all'identica diagnosi scelgono la provetta con gameti donati (potendo contare sui suddetti 14mila euro) e chi invece si inoltra nell'avventura dell'adozione senza un centesimo di sostegno pubblico e, anzi, dovendo dar fondo ai risparmi per spese di decine di migliaia di euro. Alla luce della risoluzione delle Regioni, oggi scegliere di adottare – un gesto di generosità che andrebbe incentivato e che ripara un ingiusto abbandono – diventa una decisione punita con un diverso trattamento che suona come una condanna. L'eterologa ha dunque il merito di metterci davanti a una questione di coerenza. Vogliamo prenderla sul serio, oppure dietro la fretta di aprire alla provetta a ogni costo c'è dell'altro?

Francesco Ognibene

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FECONDAZIONE

Eterologa, ogni Regione col suo ticket

DAI 400 AI 600 EURO DI MEDIA
FINO AI 4.000 IN LOMBARDIA

di **Caterina Grignani**

Tra i 400 e i 600 euro. Sarà questo il costo medio per la fecondazione eterologa in Italia. L'annuncio lo ha fatto Sergio Chiamparino, presidente della Conferenza delle Regioni, dopo la riunione di ieri a Roma.

Il costo preciso dipenderà dalle singole regioni come anche alcune differenze nelle norme che regolano il processo. La Lombardia è l'unica a non essere entrata nel "patto sul ticket": a carico del cittadino lombardo ci sarà il conto più salato di tutti, tra i 1.500 e i 4.000 euro. Sulle ragioni della scelta per alcuni sono economiche, per altri ideologiche. "La Regione si accollerebbe una prestazione non inserita nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Se il Governo la facesse rientrare nei Lea, il problema si risolverebbe" ha dichiarato Massimo Garavaglia, assessore al Bilancio della Regione Lombardia. Per il segretario lombardo del Pd Alessandro Alfieri, invece, è "una scelta isolazionista e incomprensibile". E il M5S annuncia già i ricorsi dei genitori discriminati.



Anche dalla mobilità del paziente la Lombardia resterebbe esclusa. L'obiettivo è arrivare alla definizione di un prezzario omogeneo almeno nella prima fase per regolare più facilmente le compensazioni tre regioni. L'entrata dell'eterologa nei Lea era stata annunciata dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin ma per ora il governo non ha deciso. La Conferenza di ieri ha stabilito anche un costo diverso per differenti tipologie di trattamento con costi diversi. La fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina costerà 1.500 euro. L'eterologa con seme da donatore in vitro ha un costo di 3.500 euro e per quella con ovociti da donatrici si spenderanno 4.000 euro. Le linee guida ci sono, poi ogni Regione le ha recepite e ha iniziato a operare. La necessità di un legge è stata più volte ribadita dal ministro ma anche da diversi direttori di ospedali. Da quando il 9 aprile una sentenza della Consulta aveva definito incostituzionale il divieto dell'etero-

loga le coppie italiane in cerca di un figlio hanno iniziato a mobilitarsi. Sarebbero 9.000 le potenziali famiglie con un reddito basso che non possono espatriare. Oltre 20.000, invece, quelle che hanno già varcato il confine. La situazione attuale è poco unitaria: dal costo, al numero di centri, fino al limite di età.



Gameti a peso d'oro

Eterologa a 400 euro in tutta Italia. Ma la Lombardia ne chiede quattromila

■ ■ ■ La fecondazione eterologa costerà tra i 400 e i 600 euro in Italia. Ovunque, fatta eccezione per la Lombardia, dove serviranno tra i 1.500 e i 4000 euro a seconda della tecnica di fecondazione scelta. «L'orientamento è di far pagare il ticket per gli esami necessari ad accedere a queste prestazioni, secondo modalità con cui viene già erogata la fecondazione omologa. Questo ticket varierà tra i 400 e i 600 euro a seconda della Regione», ha spiegato Sergio Chiamparino, presidente della Conferenza delle regioni, al termine della riunione di ieri. Chiamparino ha chiarito che solo la Lombardia, «per ragio-

ni politiche, ha deciso di rendere la prestazione totalmente a pagamento, sia nelle strutture pubbliche che private».

Nel documento finale si legge che «è stata condivisa la necessità di completare il percorso iniziato definendo per questa fare transitoria una tariffa unica convenzionale che quantifichi i costi per queste attività anche al fine di regolare le eventuali compensazioni relative alla mobilità interregionale». Quanto a queste ultime, «è stato deciso di proporre, in linea con quanto previsto dal Patto per la salute, che ogni Regione e Provincia autonoma riceverà dalle altre la differenza tra la

tariffa convenzionalmente definita e quanto già introitato attraverso i ticket», a eccezione dei cittadini della Lombardia. Per essi, dicevamo, non è previsto alcun ticket: pagheranno interamente il costo della prestazione. «Vogliamo che il governo dica subito se inserisce questa prestazione nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Se è così se ne assume l'onere e il problema viene risolto alla radice», ha spiegato l'assessore al Bilancio della Lombardia, Massimo Garavaglia. «Se passa il principio che se c'è un problema se lo accollano le Regioni, non andiamo da nessuna parte».



Eterologa, nelle regioni ticket a 400-600 euro ma non in Lombardia

► Stabilita la cifra minima e massima. Nel Lazio si pagherà 500
Il Pirellone si dissocia e lascia l'intero costo a carico dei cittadini

L'ACCORDO

ROMA L'accordo c'è. La Conferenza delle Regioni ha deciso: mediamente il ticket per la fecondazione eterologa potrà variare da un minimo di 400 euro a un massimo di 600. Ma non in Lombardia, regione che non offrirà gratuitamente la prestazione ai suoi assistiti. «Consideriamo l'eterologa come se fosse già all'interno dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza - ha spiegato il presidente della Conferenza, Sergio Chiamparino, al termine della seduta - il costo varierà a seconda del ticket fissato nelle singole regioni per le prestazioni necessarie ad effettuare la fecondazione: esami del sangue, ecografie, impianto. Fa eccezione la Lombardia che ha ritenuto di fare pagare interamente il costo dell'eterologa. Ci auguriamo che il Governo inserisca l'eterologa nei Lea che saranno pronti entro la fine dell'anno». Fino ad allora ogni regione dovrà farsi carico dei fondi necessari.

LE CIFRE

Nel Lazio commissariato per il deficit sanitario il ticket sarà di 500 euro, «stesso costo previsto per la omologa», come precisato in serata. La Sardegna proporrà presto all'Esecutivo l'adozione del ticket minimo a 400 euro. Mentre il Friuli Venezia Giulia stabilirà l'ammontare della compartecipazione dei cittadini solo

«dopo un'opportuna valutazione tecnica e un'analisi dei costi». Dopo la riunione di ieri a Roma, le regioni insistono nella loro fuga in avanti per abbattere le barriere che bloccano la fecondazione assistita anche nel caso in cui uno dei partner sia sterile. Stabilendo una tariffa unica a cui attenersi pur in assenza di un quadro normativo nazionale.

L'ECCEZIONE

Non in Lombardia. «Non vogliamo fare gravare sui cittadini le spese dell'eterologa: parliamo di 15 milioni di euro che non intendiamo fare pagare ai lombardi - afferma Riccardo De Corato, capogruppo regionale di Fratelli d'Italia-Alleanza nazionale - Noi preferiamo eliminare i ticket sui farmaci: abbiamo già cancellato quelli per gli anziani, ora il prossimo obiettivo è quello di eliminare definitivamente i ticket per tutti». Subito le critiche. «Una scelta isolazionista e incomprensibile - tuona il segretario lombardo del Pd, Alessandro Alfieri - di una regione che si arrocca su scelte esclusivamente politiche e inique». Per Lucia Castellano, Patto Civico al consiglio regionale lombardo, la decisione «penalizza chi risiede in Lombardia rispetto a tutti gli altri italiani». E Paola Macchi, del M5S, avvisa: «La Lombardia si prepara a un boom di ricorsi». Levata di scudi che, invece, l'Umi-Unione medici italiani difende: «L'erogazione fuori Lea è un grave errore perché si

consumano risorse per prestazioni non dovute e come tali non calcolate sul Fondo sanitario nazionale». Ma chiarisce: «Comprendendo la legittima esigenza delle coppie sterili, chiederemo al ministro competente l'inserimento della fecondazione assistita eterologa nei Lea».

In realtà le Regioni assicureranno la prestazione al costo del ticket solo alle coppie nelle quali la donna ha fino a 43 anni, che si stimano essere tra il 20 e il 30% del totale, le altre dovranno sostenere il prezzo pieno della prestazione che è stato stabilito in 1.500 euro per la fecondazione eterologa con seme da donatore e inseminazione intrauterina; in 3.500 euro con seme da donatore in vitro e in 4.000 euro con ovociti da donatrice. Ieri il ministro della Salute Beatrice Lorenzin era a Washington. Alla vigilia della partenza, aveva ribadito la necessità di «una legge in Parlamento» anche «per riuscire a finanziare l'eterologa in modo equo e sostenibile per tutte le Regioni».

Alessia Marani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ESBORSO
PER LE COPPIE
LOMBARDE
OSCILLERÀ
TRA 1.500
E 4.000 EURO**

I numeri

ALL'ESTERO



4.000

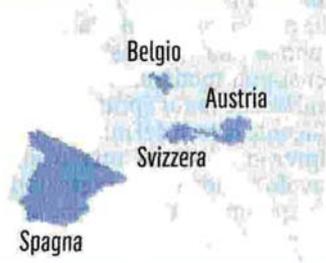
Le coppie che ogni anno vanno all'estero per sottoporsi a fecondazione

50% per l'eterologa



50% per l'omologa

METE PREFERITE



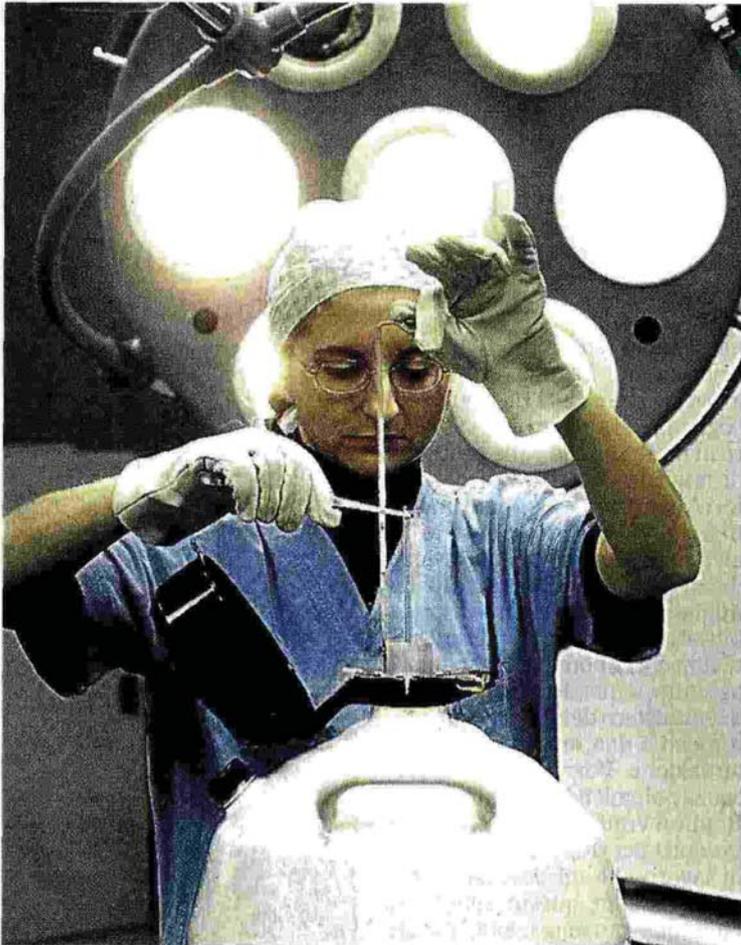
IN ITALIA

348

i centri di Pma (procreazione medicalmente assistita) censiti dall'Istituto superiore sanità

Dati Osservatorio sul turismo procreativo

centimetri



La Conferenza delle Regioni ha stabilito una linea sulla fecondazione eterologa da applicare in tutta Italia

Eticologi, nelle regioni ticket a 400-600 euro ma non in Lombardia

IN CENTRI SUZUKI SUZUKI SUZUKI SUZUKI SUZUKI

HAI VISTO BENISSIMI!

CONTINUA LA BATTAGLIA SUI COSTI

Eterologa, le Regioni si accordano sul ticket

La Lombardia dice no

PAOLO RUSSO
ROMA

Nonostante l'annunciato disbosciamento, sull'eterologa resta in piedi la giungla dei ticket. In conferenza delle Regioni ieri i governatori hanno finito di mettere a punto l'accordo. Chi vorrà spostarsi per avere un bebè, o perché la propria Regione non ha regolamentato l'eterologa oppure perché il ticket è troppo caro, pagherà quanto richiesto dove è «emigrato». La sua Regione coprirà poi la differenza rispetto al costo effettivo della prestazione: se la fecondazione è intrauterina, 1500 euro; 3500 se avviene con seme da donatore in vitro; e 4000 euro nella più complessa pratica con ovociti da donatrice.

Tariffe che non interessano però le coppie che, annunciano i governatori, in media dovrebbero pagare tra i 500 e i 600 euro, anche se per ora i ticket fluttuano dai 1800 euro del Lazio ai 36 del Veneto. Tra i 1500 e i 4000 pagheranno le donne sopra i 43 anni, per le quali le linee guida regionali non prevedono alcuna forma di rimborso e le coppie lombarde, visto che Maroni e la sua

Giunta hanno deciso per il no a qualsiasi compensazione. Decisione giudicata «isolazionista» dal Pd lombardo e «discriminante» dai pentastellati. Maroni e la sua maggioranza per ora tirano dritto, convinti che prima dell'eterologa ci siano molte altre priorità sanitarie per le quali è necessario trovare i soldi. Ma qualche spiraglio si intravede. La Toscana sta pensando di accogliere le coppie lombarde chiedendo loro solo un ticket di 500 euro. Dal canto suo l'assessore lombardo al bilancio, Massimo Garavaglia, fa capire che qualcosa potrebbe cambiare dichiarando: «È sbagliato che i nostri cittadini paghino in altre regioni, ci stiamo lavorando», anche se è «un precedente molto pericoloso» la decisione delle altre regioni «di accollarsi l'eterologa senza averla prima inserita nei Lea, i livelli essenziali di assistenza». Richiesta rivolta al governo e condivisa dal presidente della conferenza, Sergio Chiamparino, per il quale «in tal modo si eliminerebbe quel margine interpretativo che necessariamente abbiamo dovuto inserire». Un modo come un altro per dire che sui ticket per ora prevale il fai da te regionale.



quotidiano**sanità**.it

Giovedì 25 SETTEMBRE 2014

Spending review. Chiamparino: “Dal Governo garanzie che non ci saranno tagli a Fsn”

Sebbene il confronto con il governo sia stato “informale” Chiamparino riferisce che da Palazzo Chigi i governatori hanno “avuto garanzie che non ci saranno tagli sul Fsn”. A questo punto l’auspicio dei presidenti è che le risorse destinate al Fondo diventino esigibili e trasferite il più presto possibile alle Regioni magari con emendamenti nel Dl Sblocca Italia.

Da settimane si parla di ipotetici tagli alla sanità e questa mattina **Sergio Chiamparino**, presidente della Conferenza delle Regioni, ha spiegato che con il Governo “è stato avviato un confronto informale. Vi sono ragionevoli garanzie che non ci saranno tagli al Fondo sanitario 2014, che anzi ci auguriamo diventi esigibile e sia trasferito il più presto possibile alle Regioni”.

E lo strumento ipotizzato affinché il trasferimento sia il più veloce possibile è la “la predisposizione di emendamenti che si possono inserire nel decreto Sblocca Italia”, che di certo taglierebbero i tempi. Per quanto riguarda gli anni futuri, il governatore del Piemonte ha concluso spiegando che “il premier ha chiesto un taglio del 3% di spese ai vari comparti; stiamo avviando un ragionamento”.

Sanita': Regioni, compiti Aifa realizzati solo parzialmente
Rischio diversificazione nell' erogazione del Lea dei farmaci
(ANSA) - ROMA, 25 SET - I compiti previsti dal decreto di istituzione dell' Agenzia Italiana del Faramaco (Aifa), a undici anni dalla sua nascita, sono stati "realizzati solo parzialmente, determinando un progressivo scollamento tra le decisioni di Aifa e le politiche regionali", creando una "situazione che puo' determinare un rischio di frammentazione con comportamenti diversificati nell' erogazione di un LEA quale e' quello dei farmaci". E' il parere delle Regioni, espresso oggi dal portavoce, Carlo Lusenti, davanti alla Commissione Affari Sociali della Camera.

In particolare, ha spiegato l' assessore dell' Emilia-Romagna alle politiche per la salute nel corso dell' audizione che rientra nell' indagine su ruoli e compiti di Aifa, Istituto Superiore di Sanita' e Agenas, "non si sono realizzate le condizioni per la condivisione di decisioni strategiche tra Aifa e Regioni, da un lato per la difficolta' di Aifa a svolgere un ruolo di servizio nei confronti delle Regioni". Dall' altro, per la necessita' da parte della Conferenza delle Regioni di "svolgere un ruolo piu' incisivo sugli indirizzi programmatori". Per questo, "a fronte del mutato scenario dell' assistenza farmaceutica e in coerenza con quanto previsto dalla modifica del titolo V, e' opportuno intervenire sull' assetto istituzionale e organizzativo per migliorare l' efficienza e valorizzarne gli aspetti positivi, nonche' superare le criticita' ad oggi rilevate". In generale, tanto l' Aifa che l' Agenas e l' Iss, secondo le Regioni, "hanno svolto in questi anni un ruolo molto importante per la tenuta del sistema", ma gli sviluppi che hanno investito il servizio sanitario nazionale, "rendono necessario adeguare l' assetto di tali Enti". In particolare, la revisione dovra' preservare l' autonomia di ogni singolo Ente, "definendo in modo piu' puntuale la missione e le competenze di ognuno nelle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi, evitando ridondanze". (ANSA).

YQX

Per l'elenco delle patologie Malattie rare, in Italia bambini discriminati

Rari ma non troppo: in Italia sono 1,4 milioni i bambini colpiti da malattie rare, su un totale di 2 milioni di pazienti, mentre nel mondo i piccoli con tali patologie toccano i 250 milioni. A fronte di questi numeri, ancora tante sono però le discriminazioni, a partire dal fatto che in Italia esiste un elenco ufficiale che contempla però solo alcune centinaia di malattie rare, mentre tali patologie sono ad oggi circa 8 mila. Ad evidenziarlo è il genetista Bruno Dallapiccola, in occasione dell'incontro sul tema promosso al ministero della Salute dalla Federazione italiana medici pediatri (Fimp).

«Quello italiano è un elenco blindato che rappresenta un non-senso in Europa, se si pensa che, al contrario degli altri paesi, non include neppure i tumori rari. L'elenco - afferma l'esperto - deve invece essere aperto a tutti i malati rari, anche ai fini del riconoscimento di esenzioni e ticket; attualmente, invece, si crea una disuguaglianza che contrasta con l'articolo 32 della Costituzione». Altra priorità, rileva Dallapiccola, è individuare i centri di eccellenza che possano entrare nel network europeo dei centri di riferimento che partirà nel 2015. Ma fondamentale, ricorda la responsabile del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità, Domenica Taruscio, sono anche «la prevenzione e la diagnosi, tenendo conto che oggi dal 10% al 30% di tali pazienti sono senza una diagnosi». Per questo,

l'Iss ha promosso una rete con gli Usa per il monitoraggio di questa malattia e Telethon, ha annunciato Dallapiccola, «farà nascere tre poli per la presa in carico dei malati senza una diagnosi».

Di fronte a «patologie complesse come quelle rare - rileva Giampietro Chiamenti, presidente della Fimp che, proprio a tale tema, dedicherà ampio spazio in occasione del prossimo Congresso nazionale a Milano dal 2 al 4 ottobre - è di fondamentale importanza fare rete per garantire ai piccoli pazienti le migliori condizioni di assistenza». Dalla presidente della Federazione italiana malattie rare Uniamo, Renza Galluppi, giunge infine un richiamo: «È necessario anche un maggiore controllo dell'impiego dei fondi da parte del ministero, perché spesso il loro utilizzo non è ottimale né programmato».

Il Piano nazionale sulle malattie rare «è stato trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni e siamo in attesa del parere da parte del ministero dell'Economia ma vorremmo arrivare alla fine di ottobre, quando è previsto un evento sul tema nell'ambito del semestre italiano di presidenza Ue, con il Piano approvato», spiega sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo.

RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci: da biosimilari possibili risparmi 4 mld in 10 anni Risorse da investire in terapie innovative, ma Italia indietro

(ANSA) - ROMA, 25 SET - Con un uso massiccio dei farmaci biosimilari da qui a dieci anni si potrebbero risparmiare 4 miliardi di euro da reinvestire per le nuove terapie e per l'innovazione. Lo hanno affermato gli esperti durante il convegno 'Il decalogo dei biosimilari' oggi a Roma.

Da qui al 2018, ha spiegato Claudio Jommi, coordinatore dell'Osservatorio Farmaci del Cergas, oltre ai farmaci biologici che hanno già un corrispondente biosimilare, perderanno il brevetto 11 terapie, con un mercato potenziale di 1,6 miliardi di euro. "Questo vuol dire che al 2023 il risparmio possibile sarebbe di 800-900 milioni annui - ha sottolineato Jommi -, mentre nei prossimi 10 anni il 'saving' è di circa 4 miliardi".

Per raggiungere l'obiettivo però bisogna aumentare la quota di biosimilari che si usa in Italia, che al momento è sotto il 20% con una grande differenza regionale. "Queste cifre sono plausibili - ha spiegato Armando Genazzani, responsabile scientifico del congresso -, sono risorse che potrebbero essere poi investite per i farmaci innovativi. Serve però un maggiore coinvolgimento dei clinici nella scelta della terapia, mentre nei casi in cui non ci sono evidenze di una diversa efficacia o sicurezza dei biosimilari lo Stato potrebbe intervenire".

La necessità di sostenere l'innovazione anche con i biosimilari è condivisa da Farmindustria. "Dobbiamo lavorare per avere accesso sostenibile all'innovazione - ha affermato Presidente del Gruppo Biotecnologie di Farmindustria, Eugenio Aringhieri -. In questo i biosimilari sono importanti, e noi siamo a favore di un utilizzo appropriato di questi farmaci, che devono essere uno strumento e non un fine. L'unica persona che può usarlo al meglio è il clinico, mentre ci sono Regioni che fissano delle quote di utilizzo a priori, e noi su questo non siamo d'accordo". (ANSA).

Y91-MRI

Tagli. Autofinanziata l'assunzione dei docenti

Spending, 1 miliardo dal Miur: «colpite» università e ricerca

I TAGLI

La scure si dovrebbe abbattere per più di un terzo sugli atenei con una sforbiciata che potrebbe aggirarsi sui 400 milioni

Marzio Bartoloni
Claudio Tucci

ROMA

■ Il miliardo che serve nel 2015 ad assumere gli oltre 148mila docenti precari sarà finanziato anche dallo stesso ministero dell'Istruzione. Con una partita di giro tra tagli di spesa e nuove risorse che potrebbero arrivare in legge di Stabilità. La spending review dovrebbe colpire pesantemente pure i settori università e ricerca dove la sforbiciata potrebbe aggirarsi sui 400 milioni. Il Miur ha consegnato comunque al ministero dell'Economia non solo una lista di tagli, ma anche un pacchetto di misure da inserire in legge di Stabilità sia per le università - c'è da scongiurare il taglio sempre rinviato da 170 milioni ereditato da Tremonti - che per attuare la «Buona Scuola» a partire dal piano di maxi-stabilizzazione di docenti precari, a ulteriori risorse ad hoc per potenziare wi-fi, laboratori e l'alternanza scuola-lavoro.

Sul fronte spending review la scure, per più di un terzo dell'intera fetta di risparmi, dovrebbe colpire come detto le dotazioni relative all'università e alla ricerca. L'idea è quella di spalmare i tagli su più voci per non entrare sui costi vivi puntando sulla razionalizzazione dei consumi intermedi e l'efficientamento. Nel mirino dovrebbero finire comunque sia il fondo (Foe) che ogni anno finanzia con 1,6 miliardi i 12 enti di ricerca pubblici - dal Consiglio nazionale delle ri-

cerche all'Agenzia spaziale fino all'Istituto di fisica nucleare -, sia il fondo delle università (il Ffo) che quest'anno vale in tutto 7 miliardi. Il taglio agli enti di ricerca dovrebbe fare da battistrada anche a un loro riordino e accorpamento (si ipotizza di dimezzarli). La scure riguarderà anche altre voci: dalle giacenze sui fondi destinate ai bandi di ricerca (come il Far) ai finanziamenti previste nel decreto del Fare del Governo Letta destinate alle assunzioni, alle chiamate dirette di ricercatori e alla mobilità degli studenti.

Per il settore scuola si profila invece una riduzione della pianta organica degli Ata, il personale tecnico-amministrativo degli istituti (cioè bidelli, applicati di segreteria, assistenti tecnici dei laboratori). Si ipotizza uno "stop" alle assunzioni per coprire il turnover. Una misura che porterebbe risparmi modesti, circa 30-35 milioni. Ma potrebbe avere ripercussioni negative sulle scuole (apertura e funzionamento dei laboratori). Per attenuare questo taglio il Miur ha chiesto però 20 milioni per la digitalizzazione degli istituti. Si profila poi una riduzione delle supplenze brevissime (quelle di pochi giorni) e si accelera sul restyling delle commissioni degli esami di maturità. Che scatterà già da giugno 2015. La proposta (che dovrà essere contenuta in una norma di legge) è di cancellare i membri esterni, e avere così commissioni composte solo dal presidente e da tutti e sei commissari interni. Anche l'apparato ministeriale subirà un taglio: verrà ridotta la pianta organica, con un dimezzamento delle facoltà assunzionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



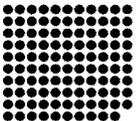
Il medico malato

Dal massimo riconoscimento sociale alle cause per danni, da una solida sicurezza economica a stipendi ridimensionati. Dall'ultima parola sulle diagnosi alla concorrenza di internet. La vita dei camici bianchi non è più la stessa. Così, dicono le stime, uno su quattro se potesse tornare indietro cambierebbe strada

I medici in Italia

109.000

I medici ospedalieri a tempo indeterminato



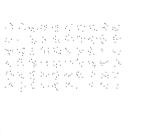
7.000

I medici ospedalieri precari



60.000

I medici di famiglia e le guardie mediche



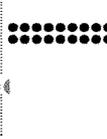
7.000

I pediatri

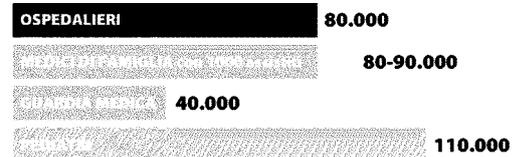


18.000

Gli specialisti ambulatoriali



Quanto guadagna un medico (stipendio annuo lordo in euro)



FONTE: ANAO E FIMMG

MICHELE BOCCI

«Mio nonno era un dio in terra. Nel suo paesino faceva tutto, dai parti al pronto soccorso, e la gente lo amava. Mio padre aveva la stessa passione e 5mila assistiti che chiamavano a tutte le ore. A Natale in casa non si riusciva a camminare da quante ceste di cibo c'erano sul pavimento. Io? Io sono urologo e passo la metà del tem-

po tra scartoffie e moduli. Tra assicurazioni e telefonate all'avvocato. In un anno mi arrivano i regali che mio padre riceveva in un giorno». La storia di una sola famiglia per riassumere la parabola della professione medica: Fulvio il capostipite, Paolo il figlio e Nicola il nipote. In casa Mondaini a Tavarnuzze vicino Firenze hanno visto cambiare un lavoro che un tempo era considerato di prestigio, uno dei pilastri su cui poggiava la comunità.

Un tempo.

Dal massimo riconoscimento sociale alle cause per danni, da una solida sicurezza economica a stipendi non più così alti: la vita dei medici non è più la stessa. E con la società che ha smesso di riconoscere a chi indossa il camice bianco una autorità assoluta, con i pazienti che guardano internet



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

prima di farsi visitare e minacciano esposti per una risposta brusca, anche il dottore ha finito per perdere una parte della sua passione. E diventare anche lui un po' malato. «Mi sono trasformato in un medico che non avrei mai pensato di diventare: impaziente, talvolta indifferente, paternalista. Molti colleghi hanno la stessa preoccupazione per la perdita dei loro ideali professionali». Parla di crisi di mezza età sua e della professione il cardiologo di New York Sandeep Jauhar nel suo libro "Doctored: the disillusionment of an american physician", uscito negli Usa ad agosto sollevando un acceso dibattito nel mondo della sanità. Racconta di tanti medici che si pentono, che se tornassero indietro percorrerebbero una strada diversa. Il 30-40 per cento, dice una ricerca, farebbero altro, molti di più scongiurerebbero di seguire le loro orme a parenti e amici. «Da noi quel dato è più basso, intorno al 25 per cento secondo uno studio di qualche tempo fa, ma il disagio c'è e si sente». Costantino Troise lavora al San Martino di Genova ed è il segretario nazionale del più grosso sindacato di ospedalieri, l'Anaa. Chi per contratto deve curare gli altri è sempre più disilluso. Gli stipendi sono fermi da anni, per circa 2.700 euro al mese bisogna accollarsi responsabilità, rischi e affrontare il dolore e la morte. Negli ospedali sta arrivando pure il precariato, fino a qualche anno fa sconosciuto in questo settore. E i dottori si lamentano. Secondo una recente ricerca svolta dalla stessa sigla sindacale, il 77 per cento sono insoddisfatti della propria progressione di carriera, più o meno

Arriva la disillusione per chi per 2700 euro al mese si accolla responsabilità

e affronta dolore e morte la stessa percentuale ritiene che la retribuzione non sia adeguata.

«La nostra professione è entrata in crisi quando ha preso quota l'aziendalizzazione basata sulle Asl e sono aumentati il controllo delle procedure amministrative, i vincoli e i paletti — dice ancora Troise — Passiamo un sacco di tempo a compilare pratiche e moduli. Negli ospedali si insiste su fattori come la produttività, la velocità, si misurano i volumi di quello che facciamo invece di valutare come lo facciamo. Così, giocoforza, diminuisce il tempo che possiamo dedicare ai pazienti. In media abbiamo solo 10 minuti al giorno per stare con loro». Le visite troppo rapide non danneggiano solo chi è malato, facendolo sentire poco seguito, ma minano anche la passione dei professionisti. «La relazione con i nostri assistiti è il bene più prezioso della sanità — prosegue Troise — Il burn out di tanti colleghi è dovuto anche alla mancanza di tempo per coltivarla». Insiste sul punto anche Lorenzo Speranza, sociologo dell'Università di Brescia che ha scritto tra l'altro "Medici in cerca d'autore" (Il Mulino): «I dottori vedono i manager delle Asl come il nemico peggiore perché piegano la sanità a determinanti economiche. I pazienti invece sono costitutivi non solo dell'attività del medico ma anche della sua identità. Per questo il rapporto con loro è fondamentale. Non per niente è nato un movimento mondiale che promuove la "medicina narrativa", fatta di ascolto di quello che ha da raccontare il malato. E invece in uno studio Usa si è visto che la prima domanda da parte del medico interrompe il paziente appena 17 secondi dopo che ha iniziato a parlare. Così talvolta non si riesce a capire cosa ha davvero».

Il rapporto con gli assistiti non rischia solo di essere troppo breve ma anche conflittuale. «Abbiamo perso il nostro ruolo sociale anche perché spesso veniamo visti con sospetto e diffidenza — dice ancora Troise — Si contesta la nostra autorevolezza magari perché si è andati a prendere informazioni su internet. Tanti arrivano da noi dopo aver letto pagine e pagine in rete, e magari pretendono di farsi da soli la diagnosi. Il passo successivo sono le cause per danni, che sono

in aumento. A volte siamo portati in tribunale perché non soddisfiamo le aspettative, non solo perché commettiamo sbagli».

Le difficoltà e i dubbi che preoccupano chi è già specialista non sembrano toccare chi cerca di far parte della categoria: ogni anno migliaia di giovani fanno i test per entrare a Medicina. «Vedono questo mondo come una delle poche alternative accettabili — dice ancora il sindacalista Anaa — E fanno fatica a comprendere rischi e difficoltà che comportano i 12 anni di studio e soprattutto quello che viene dopo». Fa eco Giacomo Milillo, che invece rappresenta i medici di famiglia come segretario Fimmg. «Il "calo della vocazione", inteso come disillusione e poca voglia di fare certe attività mediche arriva dopo la laurea, al momento dell'iscrizione i giovani non hanno le idee chiare su quello che li aspetta. Cercano un professione che gli permetta di trovare lavoro». I medici di famiglia sono forse i professionisti che hanno visto maggiormente cambiare il loro ruolo sociale. Non sono più i tempi di Fulvio Mondaini, che suo nipote racconta come la «leggenda» del suo paese. «Anche noi abbiamo troppo a che fare con la burocrazia — dice Milillo — e ci siamo un po' persi per strada il nostro ruolo perché siamo stati sostituiti dagli specialisti. Un tempo non c'erano tanti i nostri colleghi si occupavano di tutto. E gli assistiti non si affidano più totalmente alle nostre cure, ma danno suggerimenti e sono molto esigenti. Ma per fortuna, nonostante tutto, siamo la categoria che continua a registrare il minor numero di contenziosi medico-legali, perché sono tanti a darci ancora fiducia». Forse è partendo da qui che c'è ancora speranza per recuperare la passione dei medici. «In fondo c'è ancora una quota importante di ammirazione per questa disciplina, soprattutto quando si coltiva il rapporto con il paziente, che può essere il miglior alleato del medico», chiosa Lorenzo Speranza. Bisogna provare a ripartire dalla fiducia, lavorare sulle relazioni tra professionista e assistito dentro gli ambulatori e gli ospedali. La ricetta per qualcuno è già chiara. «Se non sai parlare con la gente non vai avanti — dice Nicola Mondaini — Ma questo non te lo insegnano all'università, io

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

l'ho capito grazie a mio padre e mio nonno». Fare parte di una famiglia di medici da quasi cent'anni può ancora avere i suoi vantaggi.

Sondaggio tra i medici ospedalieri

25%

Quelli che se tornassero indietro farebbero un altro lavoro

77%

Sono insoddisfatti della propria progressione di carriera

53%

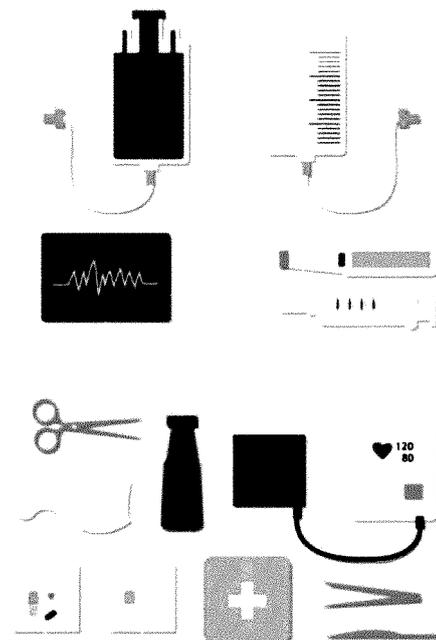
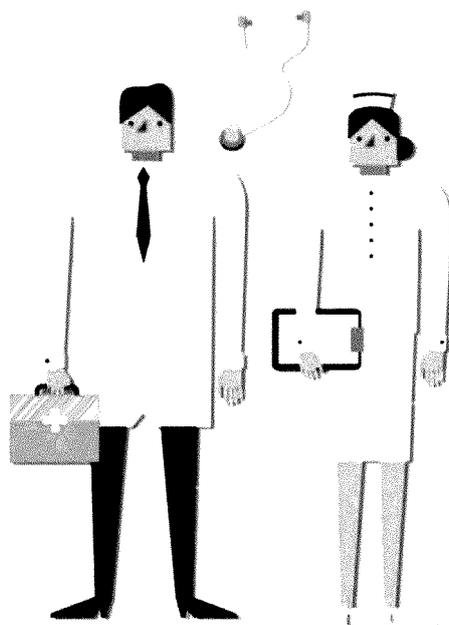
Ritengono che la competenza professionale conti poco rispetto alla politica

75%

Indicano tra le cause di insoddisfazione il livello della retribuzione

66%

Considera buona la qualità dei servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale



Se l'evoluzione delle cure è un boomerang per il paziente

MARCO VENTURINO

TUTTO cambia, tutto si modifica, tutto scorre. A maggior ragione si verificano cambiamenti laddove l'intelletto umano scopre, inventa e crea tecnologie sempre più sofisticate e la medicina, in questi ultimi cento anni, è stato un campo di stupefacente innovazione ed evoluzione.

E il mestiere del medico? Non può che cambiare anch'esso, ovviamente. Ma non sempre l'interpretazione dell'evoluzione sfocia in trasformazioni benefiche. E mi spiego. Il sapere del medico una volta era molto più globale. Oggi si sa molto di più ma sapere di più porta giocoforza a limitare il campo del proprio sapere. Quindi si diventa specialisti e ultraspecialisti. E questo è positivo perché se io so molto posso fare molto. L'errata interpretazione invece è che la super specialità mi può portare a curare la malattia.

Ma il medico deve curare il malato.

Una volta la medicina era solo esperienza. Si procedeva per tentativi. Oggi la cosiddetta medicina basata sull'evidenza porta a cure più precise, protocolli condivisi, risultati che devono essere più scontati. Insomma esistono degli standard di cure che dovrebbero limitare gli insuccessi e le inefficienze. Questo porta con sé il fatto che l'agire del medico può essere controllato, misurato e, conseguentemente, anche giuridicamente vagliato. Ma questo per contro, sia per incapacità dei professionisti a mantenere gli standard che per richieste illegittime di risarcimenti, porta alla cosiddetta medicina difensiva dove l'obiettivo della cura è quello di non incappare in sanzioni o procedimenti penali che possano nuocere al medico.

Ma il medico deve curare il malato.

La medicina antica era un'arte a metà tra la pratica religiosa e la magia e il medico era l'unico officiante del rito. Il malato accettava tutto quello che il medico decideva. Da qui il famoso e mai troppo deprecato paternalismo medico. Oggi la scientificità della medicina, l'aumento del livello culturale e la possibilità di documentarsi hanno tolto al medico quest'aura di grande stregone e hanno, seppure a fatica, introdotto il concetto di autonomia decisionale del paziente. Il paziente è libero di scegliere la propria cura. Ma la libertà è sempre un peso difficile da sopportare, soprattutto quella degli altri. Ci si deve mettere in discussione, ci vuole tempo da dedicare e voglia di ascoltare. Ma solo in questo modo si rispetta il malato. Proprio perché è gravoso e difficile rispettare la libertà altrui spesso il medico diviene sfuggente, sibilli-

no, spiega poco, per salvaguardare più che altro la propria intoccabilità professionale.

Ma il medico deve curare il malato.

Fino a pochi anni fa i successi della medicina in termini di guarigioni e sopravvivenza erano piuttosto scarsi. Oggi si ottengono risultati sicuramente strepitosi. Questo però porta con sé il fatto che la spesa sanitaria sia lievitata e, in un mondo di risorse limitate, diviene necessario che anche i criteri economici vengano considerati. Ma l'attenzione alle risorse non deve trasformare la medicina in una azienda. Se il bilancio diviene la priorità si cura il lucro.

Ma è quindi ineluttabile che la buona evoluzione della medicina porti con sé la possibilità di conseguenze negative per il malato e anche per il medico? Io credo che il punto cruciale sia nell'essenza stessa della medicina. Che non è scienza, non è una pratica giuridica, non è un'ambizione professionale, non è un traguardo economico ma è esclusivamente un servizio per l'altro. E questo non deve né può cambiare.

(Marco Venturino è primario di anestesia e rianimazione dell'Istituto di Milano)



L'ANNUNCIO

Ebola, la Sierra Leone
mette in isolamento
1,2 milioni di abitanti

FREETOWN. Le autorità della Sierra Leone hanno stabilito una nuova misura di isolamento immediato per 1,2 milioni di abitanti. Lo ha annunciato la presidenza del Paese. Il provvedimento riguarda tre regioni e 12 dipartimenti della nazione africana ed è stato stabilito a tempo indeterminato. Parlando in televisione, il presidente Ernest Bai Koroma ha detto che la decisione vale per i distretti di Port Loko, nel nord, Bombali, sempre nel nord e Moyamba, nel sud del Paese.

«Se l'epidemia dell'Ebola non sarà fermata potrebbe esserci una catastrofe umanitaria» nelle aree più colpite di Liberia, Guinea e Sierra Leone ha affermato ieri il presidente americano Barack Obama, sottolineando che «in un'era in cui le crisi regionali possono rapidamente diventare minacce globali, fermare l'Ebola è interesse del mondo intero».





Medicina: sviluppato test del respiro che svela la Tbc

Sperimentato con successo sui conigli, risposte rapide

Roma, 25 set. (AdnKronos Salute) - Ricercatori americani hanno sviluppato il primo breath test per la tubercolosi. L'esame fornisce un'informazione rapida anche sull'eventuale resistenza ai farmaci, contro le sei settimane necessarie con i metodi tradizionali, come sottolineano gli studiosi su 'Nature Communications'. Il batterio emette una traccia gassosa unica entro 10 minuti dall'esposizione ad un antibiotico inalato da alcuni conigli di laboratorio. Il test la cattura e svela anche se si è sviluppata una resistenza nei confronti del medicinale. La Tbc infetta circa 8,6 milioni di persone l'anno nel mondo, uccidendone 1,3 mln. Diagnosi e trattamento precoci sono una priorità nella lotta alla malattia. La ricerca ha utilizzato una forma inalata di isoniazide, un antibiotico comunemente usato per trattare la malattia, attivato da un enzima della Tbc. In pratica, il test sfrutta il fatto che questo enzima è unico, in pratica un'impronta digitale della tubercolosi, spiega Graham Timmins dell'University of New Mexico (Usa) che ha guidato lo studio. "Ci siamo resi conto che il monitoraggio di uno dei gas che si liberano" nel procedimento poteva essere "cruciale". Così i ricercatori hanno somministrato una forma speciale e marcata a livello molecolare di isoniazide a conigli di laboratorio. In presenza della Tbc, l'azoto 'marcato' viene rilasciato dai polmoni degli animali e rilevato da uno spettrometro di massa. Un risultato positivo indica che i bacilli della tubercolosi sono presenti e trattabili con l'isoniazide. Proprio la diffusione di forme multiresistenti di tubercolosi, che in alcuni Paesi sono ormai il 30% dei casi, preoccupa gli esperti. Anche perché sono le più insidiose da curare. Per questo di recente è stata messa a punto una nuova tecnica di analisi del Dna: da un campione di saliva si individua la presenza di Tbc e la resistenza a uno dei medicinali chiave del trattamento, la rifampicina, in circa tre ore. Ma per un'informazione completa sulla farmacoresistenza del paziente occorre più tempo: parliamo di diverse settimane. Il nuovo breath test secondo gli ideatori dovrebbe essere più sensibile dei precedenti, con risultati quasi istantanei. Al momento rileva solo la sensibilità all'isoniazide, "ma siamo appena all'inizio del programma su cui vogliamo indagare", conclude Timmins. Il prossimo passo sarà quello di capire se il test funziona nell'uomo.