

# Nascere CHE RISCHIO

**L'otto per cento dei bambini italiani viene al mondo in centri che non garantiscono gli standard di sicurezza. Sono 158. E vanno chiusi, dicono i ginecologi. Ma...**

DI LETIZIA GABAGLIO

**V**i fareste operare da un chirurgo che esegue poco più di un intervento al giorno? O più banalmente, vi affidereste a un dentista che vede in media 10 pazienti alla settimana, considerando che nei weekend non lavora? Domande retoriche, s'intende. La capacità di un chirurgo si misura anche sul numero di operazioni che esegue. Eppure in Italia l'8 per cento dei parti avviene in ospedali o cliniche dove si registrano meno di 500 nascite in un anno, cioè in media poco più di una al giorno. Dove ginecologi, anestesisti, ostetriche non sono reperibili 24 ore su 24, o non sono presenti in numero adeguato: le poche prestazioni, infatti, non giustificano la presenza di nutrite équipe di professionisti, che sono però indispensabili per gestire i casi di emergenza o, più semplicemente, se si dovessero presentare due parti complicati contemporaneamente.

Insomma, l'Italia è piena di punti nascita troppo piccoli per assicurare standard di sicurezza ed efficienza adeguati. E gli addetti ai lavori ripetono che vanno chiusi dal dicembre 2010, da quando, cioè, la conferenza Stato Regioni ha approvato le "Linee di indirizzo per il percorso nascita". Ma, dopo un anno e mezzo, nel concreto sono poche le regio-

ni che le hanno messe in pratica. Eppure, secondo la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), applicandole aumenterebbe la sicurezza delle madri e dei nati, ci sarebbe un risparmio della

spesa pubblica e si aprirebbero nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi, dove aumenterebbe il numero delle nascite e servirebbe più personale. Non solo, l'accorpamento degli organici, potrebbe rappresentare una soluzione al problema della cronica carenza di specialisti in ginecologia. Insomma, ci si guadagnerebbe, tutti.

Intendiamoci, non è una questione di

accanimento contro i piccoli centri, vicini ai tanti paesini che popolano l'Italia. «È una questione di sicurezza sia per le madri sia per i bambini», spiega Nicola Surico, presidente Sigo: «I cambiamenti che conseguiranno all'applicazione del decreto potrebbero realizzare un sistema più moderno e più adatto alle esigenze delle madri. Circa il 67 per cento delle nascite

avviene in ospedali con almeno mille parti annui. Dovremmo aumentare questa percentuale almeno fino al 90». In concreto, secondo l'Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva, dei 559 punti nascita presenti sul territorio, 158 dovrebbero chiudere. In prima fila fra le Regioni che dovrebbero snellire il numero di centri c'è la Sicilia, dove su 75 punti nascita ben 38 eseguono meno di 500 parti l'anno. In Campania sono invece 22 e nel Lazio 10, tanto per fare dei numeri. Ma gli assessori regionali che stanno provando a mettere in pratica l'accordo per la razionalizzazione dei punti nascita si trovano spesso a combattere contro proteste vibranti. «I cittadini sono contrari perché l'accordo si applica solo in una sua parte, quella di tagli alle



strutture», spiega Francesca Moccia, vice segretario generale di Cittadinanzattiva: «Se fosse applicato nella sua interezza dovrebbe garantire

anche il potenziamento delle strade, dei trasporti, e di altri servizi territoriali».

Ma non sfugge a nessuno che la resistenza passiva degli ospedali e delle regioni mette le radici in due malattie originarie della sanità italiana: da un lato ogni ginecologo di provincia cerca di difendere il suo, anche se troppo piccolo, regno chiedendo aiuto alle pazienti e alimentando quella opposizione di base già protagonista di tutte le battaglie (per fortuna perse per lo più) contro la chiusura dei piccoli ospedali e la razionalizzazione della rete in molte regioni; e dall'altro il grande business dei parti, e dei cesarei, che nutre schiere di piccole case di cura convenzionate, tutte in pressing sulle amministrazioni. Certo è, però, che di lobby in lobby ci rimettono le donne.

Che spesso, peraltro, non sono ben informate sui rischi che potrebbero correre a partorire in un piccolo centro. ▶

«Questi punti nascita non hanno il servizio di rianimazione neonatologica, così se i bambini hanno bisogno della terapia intensiva devono essere trasferiti ai centri più grandi», spiega Massimo Moscarini, ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università La Sapienza di Roma e presidente dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (Agui): «Proprio il trasporto determina un aumento statistico di mortalità». Gli fa eco ancora Surico: «Le criticità sono evidenti: ad esempio, il parto per via chirurgica è spesso utilizzato per compensare le carenze di personale. Il tasso dei cesarei nel nostro Paese, pari al 38 per cento, è il più alto d'Europa ed è il chiaro segno di problemi organizzativi».

In altri termini, visto che non si possono pagare i professionisti per essere presenti quando la donna partorirà, anziché programmare le presenze si

stabilisce il giorno e l'ora del parto, eseguendo un cesareo. I dati del Rapporto sull'evento nascita in Italia pubblicato dal ministero della Salute mettono bene in chiaro il legame fra grandezza del punto nascita e parto chirurgico: nei centri con meno di 500 parti l'anno la percentuale dei cesarei arriva al 48,8 per cento, scende al 45,4 nei centri con 500-1000 parti, per arrivare al 33 negli ospedali con più di 2.500 parti.

## NEI PUNTI NASCITA PIÙ PICCOLI E INADEGUATI SI FANNO PIÙ CESAREI. CON GRAVE SOFFERENZA DI MAMMA E BIMBO

Ma il ricorso all'intervento chirurgico, se non giustificato da una sofferenza del feto o della madre, mette a rischio la salute della partoriente. Come ben dimostra lo studio portato avanti da Oronzo Ceci, dell'Università di Bari: «Tutto è partito dall'osservazione, fatta per primo da Luigi Selvaggi, direttore della I Clinica Ostetrica e Ginecologica del nostro ateneo, di donne che venivano a eseguire un'isteroscopia diagnostica a seguito di un fastidioso sanguinamento in fase post-mestruale». Parlando con queste pazienti, i ricercatori si sono accorti che nella maggior parte dei casi si trattava di donne che avevano partorito con taglio cesareo. Cosa era successo? «In corrispondenza della cicatrice si era creata una specie di nicchia dove si raccoglieva sangue mestruale che veniva eliminato in seguito dalla paziente», spiega Ceci. Da qui è partito uno studio per analizzare il processo di guarigione del taglio cesareo da cui è emersa un'indicazione importante: il tipo di sutura che guarisce meglio e con meno complicazioni è quella a punti staccati, da preferirsi quindi alla sutura in continuo.

Alle donne che hanno già fatto un cesareo e che vogliono fare un altro figlio o sono già incinte bisognerebbe poi dire che non è detto che debbano di nuovo fare un parto chirurgico. L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato un documento ad hoc su questo, ma il concetto stenta ancora a farsi strada: «Il parto vaginale dopo cesareo è una scelta ragionevole e sicura nella maggioranza delle donne e ci sono evidenze che dimostrano



gravi danni secondari ai cesarei ripetuti», si legge in un documento stilato da una commissione di esperti.

L'opportunità di un servizio di qualità dovrebbe essere un diritto di tutte le donne, qualunque sia la loro storia medica. La realtà è che le future madri sono poco informate e i medici arroccati in posizioni di medicina difensiva: la ginecologia è infatti la terza specialità per casi denunciati di malpractice, dopo ortopedia e oncologia. «Il pericolo è che anche in Italia si instauri un circolo vizioso negativo», commenta Adolfo Bertani, presidente del Cineas, il consorzio universitario specializzato nello studio e nella formazione sulle tematiche legate alla ge-

stione del rischio: «Già oggi molti ospedali non hanno la copertura assicurativa e i medici agiscono preventivamente per mettersi al riparo di eventuali cause. Ma se negli ospedali esistesse un risk manager le situazioni che espongono a un rischio troppo elevato sarebbero gestite diversamente». Forse, quindi, sarebbero gli stessi centri a chiedere di spostare il servizio a un ospedale maggiormente attrezzato. Importante sarebbe anche avviare un sistema di certificazione delle strutture ospedaliere partendo da un rating per ogni reparto specialistico. A livello internazionale esistono organismi che valutano l'organizzazione sanitaria rispetto a standard specifici e stilano classifiche. Peccato che gli ospedali italiani che si sottopongono a questo rating si contino sulle dita di una mano. ■

## E io le faccio partorire a casa

«Prima ancora di rimanere incinta, l'idea che il parto avvenisse in ospedale mi sembrava strana. Per me il ricovero è associato a una malattia. E la nascita di un figlio non lo è». Per Elena, 39 anni, partorire in casa era davvero importante e per farlo - per ben due volte - si è dovuta industriare. Come tutte le donne che decidono di intraprendere questa strada, infatti, non ha ricevuto informazioni nei consultori o dal ginecologo, se le è cercate da sé. E si è scontrata con la burocrazia: nel Lazio, quando Elena ha partorito Martino e Alessio, nel 2007 e nel 2009, non c'era ancora la delibera che prevede un parziale rimborso della prestazione. Ed è così ancora nella maggioranza delle regioni italiane: chi decide di non andare in ospedale deve pagare le ostetriche per l'assistenza, una cifra che invece il sistema sanitario si accollerebbe se la madre fosse ospedalizzata. La delibera

della giunta Polverini che prevede il rimborso è del marzo 2011 e si aggiunge a quelle di Emilia Romagna, Marche, Piemonte e provincia di Trento. Per tutte le italiane che vivono altrove l'alternativa è mettere mano al portafoglio.

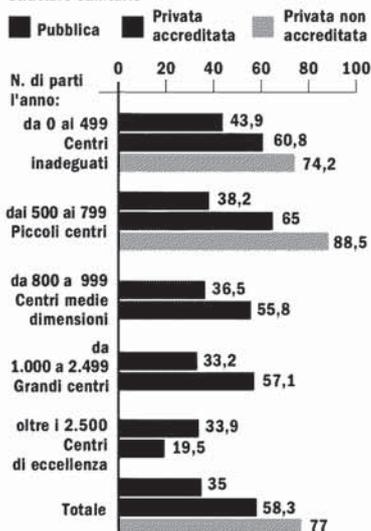
Ma partorire in casa è sicuro? È questa la domanda intorno a cui ruotano timori e resistenze. «Quello della sicurezza è un problema sopravvalutato: le ostetriche sono le prime a non voler correre rischi e sanno capire se una donna è nelle condizioni fisiche e psicologiche per affrontare il parto in casa», spiega Ivana Arena, ostetrica autrice di due libri sull'argomento ("Dopo un cesareo" e "La raccoglitrice di bambini"): «La decisione viene presa negli ultimi giorni e non è detto che chi si prepara possa poi effettivamente farlo». Che le ostetriche abbiano tutte le competenze necessarie per garantire la sicurezza del parto lo

dimostrano gli studi condotti in Olanda o nel Regno Unito, dove la nascita a casa è un fenomeno più diffuso: la mortalità perinatale, cioè il numero di bambini morti fra la ventiduesima settimana di gestazione e la prima dopo il parto, è simile sia per le nascite a domicilio sia per quelle in ospedale.

In Italia, gli unici dati disponibili sugli esiti delle nascite domiciliari sono quelli della provincia di Trento, perfettamente in linea con gli studi internazionali. Tra i 135 nati fra il 2000 e il 2005 si è verificato un solo caso di nato pretermine (0,7 per cento contro il 7,3 dei nati in ospedale), certifica l'Osservatorio epidemiologico trentino. In più, le donne che partoriscono a domicilio effettuano in media più visite ostetriche prima del parto ma fanno meno ecografie, in linea con quelle che sono le linee guida internazionali sulla gravidanza. E allattano di più al seno. Merito del fatto che le ostetriche seguono madre e bambino anche immediatamente dopo la nascita.

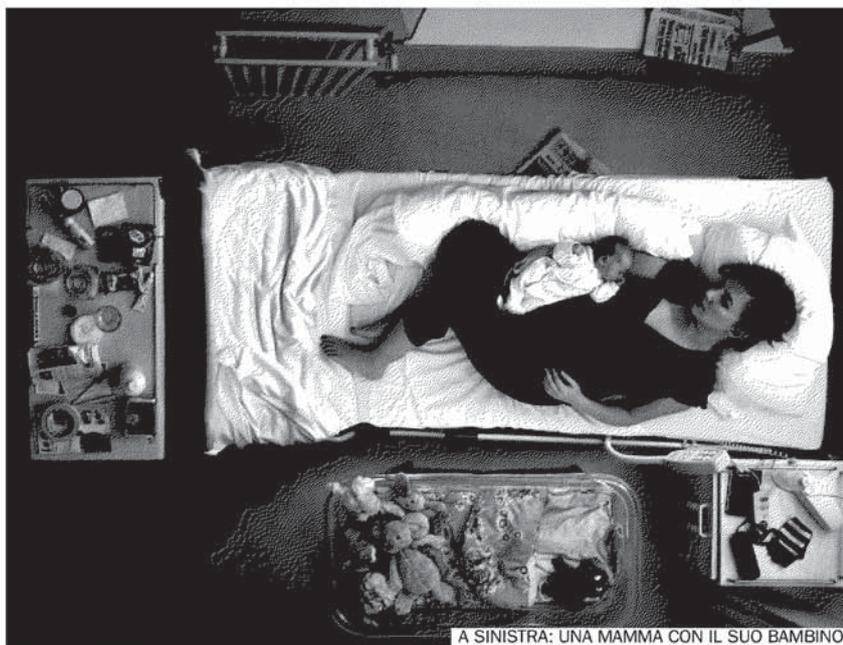
## Cesarei a go go

Percentuale dei parti cesarei nelle diverse strutture sanitarie

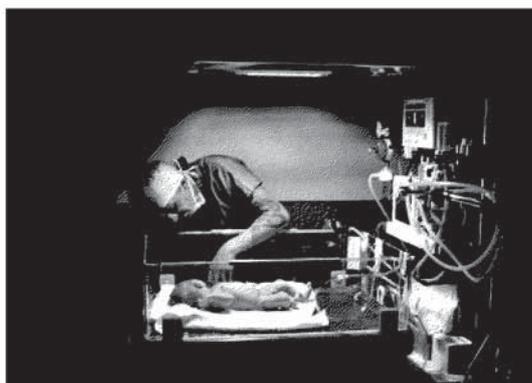


Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute. Rapporto CeDAP, maggio 2012





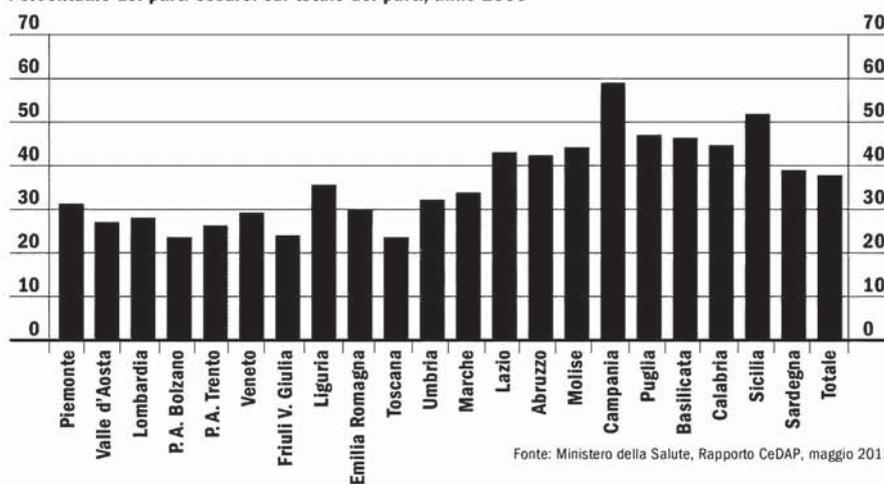
A SINISTRA: UNA MAMMA CON IL SUO BAMBINO: IL CESAREO PUÒ DANNEGGIARLI



NICOLA SURICO, PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

## Campania record

Percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti, anno 2009



Fonte: Ministero della Salute, Rapporto CeDAP, maggio 2012



**Teramo****BABY IN PROVETTA  
SENZA PERMESSI  
E IL PM CHIUDE  
IL REPARTO**

Teramo. Il caso dei medici prestati alla politica a Teramo e dei loro reparti «promossi» in blocco si arricchisce di un nuovo capitolo. Della vicenda aveva già parlato il *Venerdì* del 5 ottobre. Adesso la procura di Teramo ha disposto il sequestro dell'intero reparto di Fisiopatologia della procreazione assistita dell'ospedale Mazzini. A dirigerlo era Francesco Ciarrocchi, medico e anche consigliere comunale di maggioranza in quota Pdl. Il reparto, secondo gli inquirenti, operava senza regolari permessi: a un anno e mezzo dalla sua istituzione, non risultava ancora iscritto nel registro nazionale dell'Istituto superiore di sanità, voluto proprio dal governo Berlusconi con la discussa legge 40 del 2004, che rende obbligatoria la registrazione per poter eseguire interventi

di fecondazione assistita. Oltre a Ciarrocchi e al direttore generale Asl Giustino Varrassi, sono indagati tre alti dirigenti dell'azienda sanitaria. A dare impulso alle indagini sembra sia stato un blogger locale, Giancarlo Falconi: già in agosto aveva parlato di irregolarità nella gestione. (antonio storto)



**SANITÀ**

## Il decreto Balduzzi verso il voto finale

► pagina 30

**Dal Parlamento.** L'approvazione dovrebbe avvenire entro martedì o mercoledì della prossima settimana

# Decreto sanità verso la fiducia

I partiti insoddisfatti chiedono rapide modifiche tramite un successivo Ddl

**Roberto Turno**

ROMA

■ Col secondo voto di fiducia in meno di due settimane – il 41° negli 11 mesi e mezzo del Governo dei professori – il **decreto sanitario** del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, corre rapido verso la conversione in legge. Niente modifiche, blindatura anche al Senato del testo approvato dalla Camera. Il sì finale arriverà tra martedì e mercoledì in aula a palazzo Madama, a dispetto delle modifiche che pure erano state concordate più o meno all'unanimità tra i partiti della "strana maggioranza" che sostiene il Governo. Tropo elevato il rischio che il Dl 158 (in scadenza il 12 novembre) possa inciampare in modifiche che ne metterebbero a repentaglio il nuovo cammino alla Camera in un calendario parlamentare fin troppo ingolfato. E così il Governo ha scelto la strada della fiducia.

Una scelta non indolore per i partiti. Che da Balduzzi hanno incassato la promessa di inserire le modifiche in cantiere in un Ddl risalente all'ex ministro Ferruccio Fazio, cui da martedì potrebbe essere assegnata la corsia veloce della sede deliberante. Promessa da verificare alla prova dei fatti, naturalmente. Tanto che soprattutto nel Pdl cresce la fronda, rilanciata in una conferenza stampa sostenuta dal capogruppo Maurizio Gasparri. Michele Saccomanno (uno dei due relatori del decreto), Raffaele Calabrò, Luigi D'Ambrosio Lettieri e Stefano De Lillo hanno dichiarato ieri che non

voteranno la fiducia. A meno che non ci sia «un impegno forte» in prima persona da parte del premier Mario Monti che garantisca «un prossimo provvedimento, in tempi molto stretti, in grado di tradurre le indicazioni per le quali abbiamo a lungo lavorato». Ha spiegato Calabrò: «Contavamo di poter migliorare il testo, che in alcuni punti rischia di essere inapplicabile». Smorza invece i toni il presidente della commissione Sanità, anche lui del Pdl, Antonio Tomassini: «Sono sorpreso, sarebbe un gravissimo errore far decadere il decreto».

L'obiettivo, ha spiegato la capogruppo Pd in commissione, Fiorenza Bassoli, è di inserire nel Ddl sulle sperimentazioni cliniche e sulle professioni i capitoli sulla gestione del rischio clinico (l'obbligo per le Asl di assicurarsi), la modifica dei Lea, il problema dei precari, il Prontuario farmaceutico, l'uso più estensivo off label dei farmaci. E forse anche di più. «Martedì voteremo la fiducia accogliendo l'impegno del **ministro Balduzzi**», ha detto Bassoli. Mentre il ministro chiedeva intanto un «ulteriore atto di fiducia: il lavoro svolto non è perduto. C'è il mio impegno – ha garantito – a portarlo avanti per un'altra via». Il Ddl con corsia veloce, appunto.

Prima del voto di fiducia, però, ci sarà domani un'altra giornata campale per la sanità pubblica: tutte le sigle sindacali dei medici, che hanno già ricevuto il sostegno del segretario del Pd, Pier Luigi Bersani, saranno in piazza a Roma per

una manifestazione nazionale in difesa del Ssn. «La sanità è a un punto critico di non ritorno e il rischio è di vedere spazzato via il servizio sanitario pubblico». Un allarme in piena regola, per denunciare il rischio di ritrovarsi in prospettiva con «un sistema pubblico povero per i poveri». «Con l'alibi della neutralità tecnica – ha dichiarato il segretario Anao, Costantino Troise – il Governo nasconde un'operazione politica che frantuma il Ssn».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Le principali novità

#### 01 | CURE PRIMARIE

I medici di famiglia possono aggregarsi tra loro e integrarsi con pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali per garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ma possono farlo anche in studi "monoprofessionali" in rete. Le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie, poliambulatori territoriali

prevedere oltre la copertura del compenso dei professionisti anche tutti i costi a carico dell'azienda

#### 03 | RESPONSABILITÀ

Il medico che ha svolto la prestazione professionale secondo linee guida e buone pratiche accreditate sarà responsabile penalmente solo in caso di dolo o colpa grave, ma resta la responsabilità amministrativa

#### 02 | LIBERA PROFESSIONE

È permessa solo in strutture interne alle aziende o da queste acquistate o affittate. In caso non sia possibile si possono autorizzare studi professionali collegati in rete grazie a un'infrastruttura telematica organizzata dalle regioni in cui non siano presenti medici privati. Le tariffe a carico dei pazienti sono concordate da aziende e medici e devono

#### 04 | GOVERNO CLINICO

Nomine più trasparenti per i direttori generali delle Asl: le Regioni attribuiscono le cariche attingendo da un elenco di idonei. Paletti anche per l'incarico di primario, che sarà assegnato dal direttore generale scegliendo tra una terna di candidati selezionati da una commissione. Gestione più partecipata con il Collegio di direzione

**Inchiesta** La mappa dei trattamenti evidenzia differenze inaccettabili. Ma anche una soluzione

# Bypass, ricoveri e ossa rotte spaccano l'Italia ospedaliera

Interventi superflui, parti cesarei in eccesso, diabetici trascurati: gli sprechi e la moltiplicazione della spesa sanitaria servono male la **nostra salute**. Ma c'è differenza fra le Regioni. E un metodo per migliorare esiste

di **Franca Porciani** e **Ferruccio Pinotti** - illustrazione di **Beppe Giacobbe**

**C**ome sapere se quel bypass che mi vogliono installare in una delle 22 cardiocirurgie della Lombardia (che da sola ne ha più di tutta la Francia) è necessario? E chi mi dice se quella protesi d'anca proposta dalla clinica accreditata è urgente? E come mai al Sud mia moglie la fanno partorire col cesareo e al Nord no? Sono questi i problemi che ogni cittadino si pone di fronte a una sanità allo sbando, sprecona, disorganizzata: salvare la pelle (solo alla clinica Santa Rita di Milano sono stati 79 gli interventi toracici dannosi, con relative condanne) di fronte alle inefficienze che danneggiano la sua salute e le casse dello Stato. L'idea della spending review è quella dei "tagli": tagli ai posti letto, che in Lombardia e in Emilia Romagna, dove abbondano, potrebbero scatenare una specie di tsunami; tagli di risorse e di servizi, "rinascita" del ruolo centrale del medico di famiglia, impresa non facile. Che ci sia bisogno di ricreare un passo "nazionale" della Sanità lo dimostrano le pagelle degli ospedali elaborate da Agenas, l'agenzia dei servizi sanitari regionali, per conto del **ministero della Salute**. Si riferiscono al 2011 e mettono a confronto la qualità dell'assistenza sanitaria erogata da 1.500 strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate. Misurata secondo parametri di efficienza, o meglio di *performance*, la pagella è chia-

ra: le strutture al Sud zoppicano più che al Nord. Così come si conferma la Toscana e, in media, il Centro Italia, l'area del Paese con la migliore capacità di rispondere al bisogno sanitario del cittadino. Fa eccezione il Lazio, dove imperversa da molti anni un'inefficienza stagnante che lo assomiglia alle regioni meridionali, Campania e Sicilia. «La probabilità per una donna di partorire col taglio cesareo è maggiore di cinque volte a Napoli che a Monza, fermo restando che si tratta di percentuali superiori a quel 20% di bisturi in sala parto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità auspica, inascoltata, da una decina d'anni», racconta Elena Cantù, esperta di economia, coordinatrice dell'osservatorio del Cergas, il centro di ricerca sulla gestione

dell'assistenza sanitaria dell'università Bocconi di Milano.

Secondo i medici sono le donne a chiederlo, eppure una delle pochissime inchieste fatte in Italia ha rivelato che il 70% di quelle che hanno fatto il cesareo avrebbe preferito il parto naturale. Clamorosa la morte, nel 2010, di Rosalba Pascucci, deceduta per questo tipo di intervento all'ospedale Giovanni Paolo II di Policoro (Matera).

Altro esempio, le fratture del femore. Perché non comportino conseguenze e non venga compromesso il recupero, dovrebbero essere operate entro 48 ore dalla caduta/incidente (è un dato valido per tutto il mondo occidentale). E di

vittime di questa attesa è piena la cronaca: nel 2005 a Roma la signora Iole di 77 anni rimane per 12 giorni in corsia in attesa di accertamenti; a Milano, lo stesso anno, una donna ottantenne dopo una caduta passa attraverso due ricoveri in Pronto Soccorso (le viene soltanto suturato il sopracciglio) prima che un terzo scopra che ha il femore rotto. E che dire del caso degli interventi al cuore effettuati dell'ex responsabile di cardiocirurgia dell'Istituto Humanitas di Rozzano, Roberto Gallotti, condannato nel marzo 2012 in via definitiva a 4 anni e 5 mesi per la morte di un paziente e per 7 casi di "lesioni volontarie" a persone operate al cuore tra il 2001 e il 2005 nonostante l'opzione chirurgica non fosse necessaria ma anzi tale da "mettere in pericolo la vita della persona"? Casi limite, certo, ma i dati ci dicono che in Italia, se scivoli sulla buccia di banana e ti rompi l'anca a Brescia, ti va abbastanza bene, la tua prospettiva di cura si avvicina alle condizioni ideali; se succede a Varese, ti va ancora benino, ma se ti capita a Lecce o a Napoli, nessuno ti mette al riparo da giorni e giorni in un letto in attesa dell'operazione, con il rischio di un'infezione ospedaliera.

**Gli esami che non servono.** «Ancora più inquietante la variabilità all'interno della stessa regione, fra ospedali a pochi chilo-



metri di distanza; se scivolo sulla "famosa" buccia a Treviso, mi va molto peggio che a Padova», aggiunge Sabina Nuti, docente di management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. «La variabilità è importante perché è l'indizio chiave di quella che noi "esperti" chiamiamo appropriatezza, la capacità del sistema di dare la risposta giusta a un certo bisogno del paziente. Più alta è la variabilità della stessa procedura fra un ospedale e un altro più forte è la probabilità che ci sia un eccesso di prestazioni. Di cui una parte è inutile». Dito nella piaga, quello della professoressa Nuti, perché se è vero che la struttura sanitaria si muove male, spesso fa anche troppo o, meglio, "strafà", sperperando soldi in prestazioni inutili, talvolta dannose per la salute dei cittadini, visto che basta un banale mal di schiena perché ci venga "regalata" di corsa una Tac, con le radiazioni che comporta, o una risonanza magnetica, inutile e pesante per la casse del servizio sanitario (il numero di questi esami è cresciuto in modo esponenziale negli ultimi dieci anni).

Soprattutto al Sud, dove l'eccesso di esami di ogni tipo e genere non ha portato a un miglioramento dello stato di salute della gente. Come sottolinea Walter Ricciardi, docente di igiene all'università Cattolica di Roma e direttore di *Osservasalute*, un ente indipendente di monitoraggio della salute degli italiani cui collaborano gratuitamente più di 300 ricercatori (dell'università, degli organismi regionali, dell'Istat, del ministero): «Nonostante la medicalizzazione della vita, il ricorso, cioè, a indagini di ogni tipo per qualsiasi disagio, nel Meridione i cittadini negli ultimi 10 anni hanno perso tutto il vantaggio in aspettativa di vita che avevano accumulato dal dopoguerra in poi. Mangiano troppo e non più gli alimenti sani della dieta mediterranea (che è la loro "storia"), fanno poca attività fisica e fumano. Oggi, fra un trentino e un calabrese, fra un piemontese e un siciliano, la differenza nella probabilità di arrivare a tarda età sfiora i quattro anni. Mentre la qualità dei servizi sanitari, sia ospedalieri, sia territoriali, è degradata. Non a caso è vistoso il numero di ricoveri inappropriati, messi in atto per interventi che ormai, altrove, si fanno in *day surgery*; clamoroso il caso della cataratta e

dell'asportazione delle vene varicose».

**Conflitti di interessi.** Ci sono poi fenomeni legati al conflitto di interessi fra pubblico e privato dei medici; fatti che pesano, anche questi, sui servizi. E non poco. La degenza media prima dell'intervento chirurgico (di tipo programmato e non d'urgenza) in alcune regioni, il Lazio, il Molise, la Basilicata, la Liguria, è straordinariamente e incomprensibilmente alta. In realtà ha un suo perché. Il chirurgo svolge attività privata in *intramoenia* (all'interno dell'ospedale, ndr), la legge glielo consente, ha i "suoi" pazienti e quando deve operarli li ricovera in modo da avere il letto che altrimenti viene "soffiato" dai malati urgenti che premono in Pronto Soccorso.

«In media la degenza preoperatoria in queste regioni supera i due giorni; uno spreco di risorse inaccettabile visto che non dovrebbe superare la singola giornata ritenuta, a livello internazionale, più che sufficiente per svolgere gli esami», commenta Sabina Nuti.

Ma se è vero che la trasparenza e il confronto sono due antidoti potenti al conflitto di interesse, alla disorganizzazione/confusione e alla gestione clientelare delle risorse e degli uomini, c'è chi ha cercato di inventare una strategia di correzione che, dove è stata applicata, si è rivelata efficace. Il gruppo di management sanitario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha intrapreso dal 2004 un progetto di misurazione dei risultati del servizio sanitario su cui basare l'adeguamento progressivo a standard di qualità: la Regione Toscana l'ha fatto proprio nel 2004, successivamente la Liguria e l'Umbria, poi nel 2010 la Valle d'Aosta, le Marche, la Provincia autonoma di Trento e quella di Bolzano e dal 2012 la Regione Veneto. Il **ministero della Salute** (all'epoca di Ferruccio Fazio) ha fatto elaborare al gruppo pisano dati a confronto tra tutte le regioni, per gli anni 2008 e 2009, ma poi sono stati pubblicati sul suo sito soltanto quelli del 2008. Totale il "buio" delle altre regioni, Lazio, Sicilia, Campania, delle quali non scaturisce nessuna proposta. Ce ne parla Sabina Nuti, che guida la *task force*. «Le rilevazioni che noi facciamo non sono sganciate dagli obiettivi, anzi, noi calcoliamo città per città, ospedale per ospedale, qual è l'obiettivo da raggiungere e lo proponiamo al governo della Regione, che, se vuole, lo fa suo (per ora è sempre successo) emanando una delibera in tal senso. Funziona? Sì, perché se risulta chiaro dove si vuole arrivare, sia le strutture, sia i professionisti hanno il desiderio di uscire bene dal confronto. Si avvia un processo di competizione sulla qualità che funziona».

Qualche esempio? Il ricovero breve per accertamenti diagnostici: è opinione condivisa che sia spia dell'incapacità delle Asl e dei medici di famiglia di dare risposte ai bisogni di cura dei cittadini. Gli ultimi dati ci dicono che la percentuale di questi ricoveri varia dal 40% e oltre della Campania al 21% della Toscana, al 15 del Veneto, in questo caso la regione più virtuosa, insieme alla Provincia autonoma di Trento. Quindi c'è bisogno di dare degli obiettivi per portare tutte le situazioni allo stesso livello.

**Sanità ecclesiastica vicina al crac.** Sabina Nuti prosegue: «Possiamo dire che la Regione Toscana, la prima ad aderire a questo metodo, sta assistendo a un livellamento verso l'alto della propria offerta sanitaria. Questo esempio mi fa sperare in una progressiva adesione a questa idea che si possa governare la Sanità. Con risorse pubbliche: il nostro lavoro qui al Sant'Anna è finanziato dalla Regione, non ci sono enti privati».

A divorare enormi risorse, in Lazio e in Sud Italia, è anche la sanità ecclesiastica, totalmente rimborsata ma di fatto privata. La Regione Lazio e il Policlinico Gemelli hanno una vertenza aperta: l'ospedale del Papa - abituato a spese pazze e rimborsi a piè di lista - lamenta crediti per circa 800 milioni di euro (200 secondo la Regione) mentre in Puglia annaspiano l'ospedale di Padre Pio a San Giovanni Rotondo, l'ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti (Bari) e la Pia Opera Don Uva (Bisceglie, Foggia e Potenza).

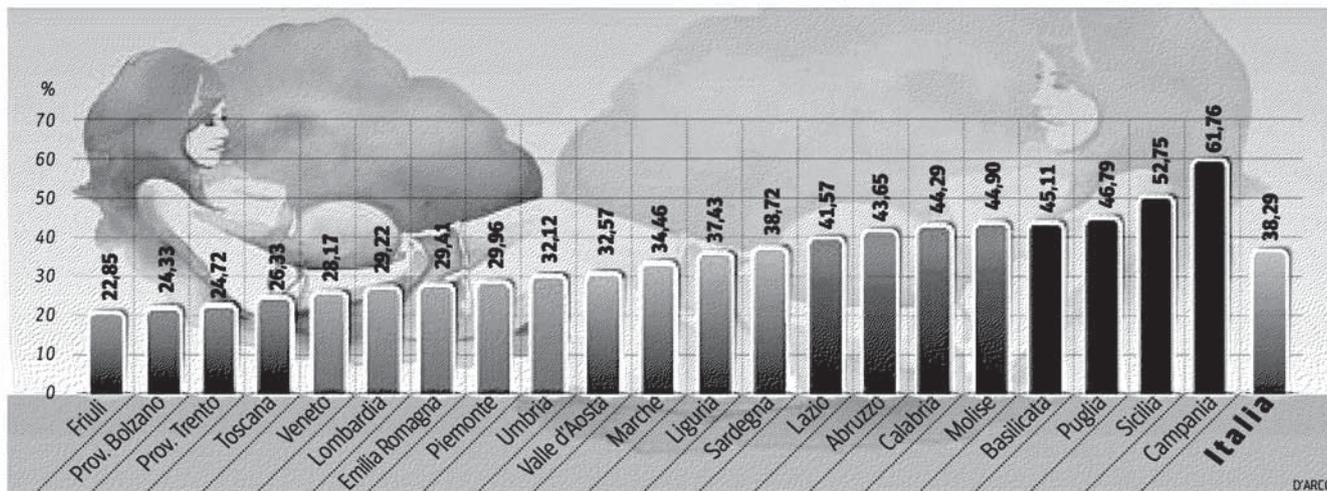
È evidente che qualcosa deve cambiare. Urgono trasparenza, obiettivi condivisi, metodi di analisi efficaci e alla fine semplici. Che sia questa la ricetta per trovare una via di uscita dalla Sanità con i conti in rosso e che spesso danneggia il cittadino?

Franca Porciani e Ferruccio Pinotti

**La degenza preoperatoria media in Lazio è il doppio delle Marche. In Campania il 61,7% dei parti è col cesareo, in Friuli soltanto il 22,8%**

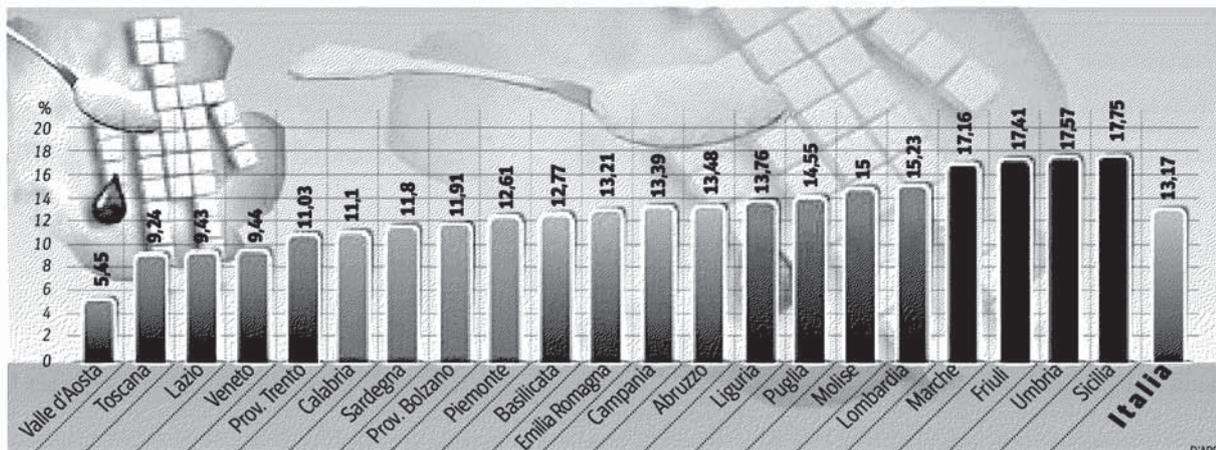


## Il cesareo secondo l'Oms non dovrebbe superare il 20% dei parti



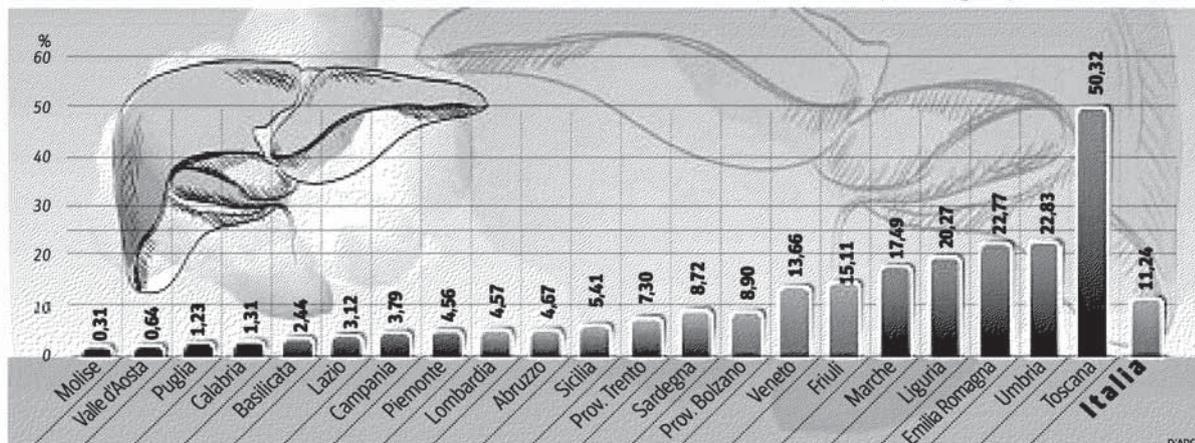
PERCENTUALE DEI CESAREI SUL TOTALE DEI PARTI NELLE VARIE REGIONI

## Il rischio di amputazione dovuto a una cura inefficace del diabete



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONI PER AMPUTAZIONE IN DIABETICI PER 100MILA ABITANTI

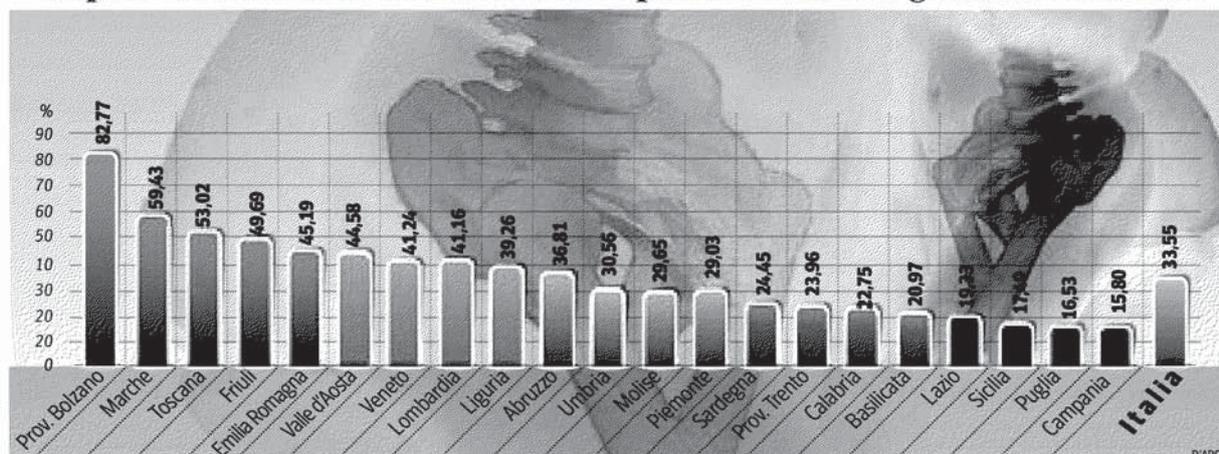
## Percentuale di interventi alla cistifellea in "day surgery"



SOLO IN TOSCANA OLTRE IL 50% DEGLI OPERATI SE LA CAVA CON UN GIORNO DI RICOVERO

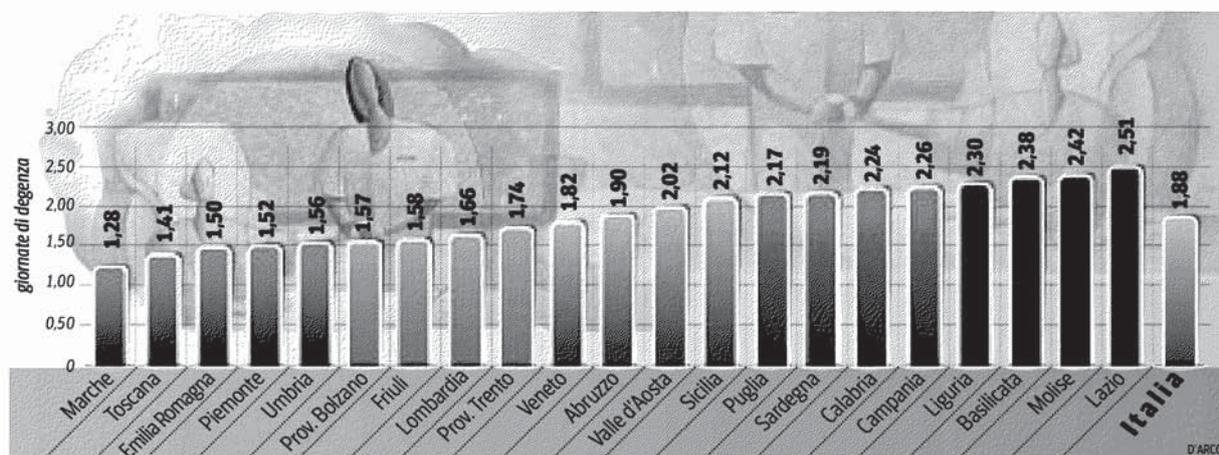


## La percentuale di fratture di femore operate entro due giorni dal ricovero



LA TEMPESTIVITÀ DELLE REGIONI NEL CURARE UN PROBLEMA TIPICO DELL'ANZIANO

## Quanti giorni si trascorrono in ospedale prima dell'intervento programmato



DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA: PER L'OMS L'IDEALE È 1 GIORNO, IN LAZIO QUASI 3



## “Io, vaccinata prima dello stop ho febbre e dolori ovunque e ora non sanno come curarmi”

**ELSA VINCI**

ROMA — «Gola gonfia, collo rigido, febbre. Dolori muscolari e un gran mal di testa. Le vene delle mani sono grossissime, sento il sangue pulsare e questo mi fa molta impressione». Lina Agostini, 73 anni, giornalista in pensione, meno di 24 ore dopo avere fatto il vaccino antinfluenzale “Influpozzi adiuvato” della Novartis, uno di quelli messi al bando dal ministero della Salute, si sente «esattamente» come recita il foglietto delle avvertenze alla voce “effetti collaterali”. Ce li ha tutti. «Sono un po' spaventata — dice — Data l'età, sa com'è». Ma ha disobbedito al medico curante, che l'ha subito spedita al pronto soccorso. «Non ci sono andata. Vedo come va la notte. Se non peggiora, vorrei evitare il ricovero». Lina Agostini, che di solito gode di ottima salute, non ha patologie legate all'età e va da sola in America, è stata particolarmente sfortunata. Era dal medico alla Asl RME a fare la puntura proprio nei minuti in cui le agenzie di stampa battevano la notizia sul divieto. «Misteriosa vicenda».

**Perché misteriosa?**

«Erano giorni che cercavo il vaccino, ma in farmacia non si

trovava. “Non arriva, non c'è”, dicevano. Un mistero, appunto, ho pensato. Mi è sembrato un po' strano, ecco».

**Quando ha saputo che le avevano iniettato il vaccino appena vietato?**

«Diverse ore dopo aver cominciato a star male. Me lo ha detto mio figlio, ieri mattina. Ma nella notte mi ero svegliata molto sudata, indolenzita. Non potevo muovere il collo, le gambe».

**E ha pensato al farmaco della Novartis?**

«No, ho pensato che stavo male, che forse mi stava prendendo un colpo. Perché avrei dovuto pensare al vaccino? L'avevo fatto anche l'anno scorso e non era successo niente, non mi è venuta in mente nemmeno la possibile reazione allergica. Poi mio figlio mi ha chiesto quale prodotto avessi preso e mi ha detto che era il terzo nella lista di quelli bloccati dal ministero della Salute, che ho subito chiamato».

**Al ministero le hanno risposto, ha ricevuto indicazioni, un aiuto?**

«No. Quindi ho chiamato il medico curante, la dottoressa era preoccupatissima: “Venga subito che la visito”, mi ha ordi-

nato. Ma una volta lì, misurata la pressione, non sapeva che fare o meglio che darmi perché il ministero non lo ha detto. Il giorno prima aveva vaccinato sette pazienti, anche bambini. Era avvilita».

**Il medico non ha potuto aggredire il suo malessere perché il ministero della Salute non ha fornito indicazioni?**

«Esatto. Mi ha spiegato che nessuno di loro aveva ricevuto indicazioni».

**Non le ha potuto dare alcun farmaco?**

«No, come faceva? Si preoccupava per il cuore. Mi ha prescritto una serie di esami, soprattutto sulla coagulazione del sangue. Li farò domani, oggi sto troppo male. Ho brividi, pruriti dappertutto. La dottoressa mi ha spedita in ospedale ma io non ci sono andata. Magari muoio di vaccino».

**Almeno non lo ha pagato.**

«In Italia si muore gratis».



## Il caos vaccini



12-14 milioni

le dosi di vaccino influenzale normalmente utilizzate in Italia

487 mila

le dosi Novartis che erano già state consegnate alle Asl e alle farmacie e vanno ritirate

3 milioni

le dosi della Novartis bloccate dall'Aifa

2 milioni e 350 mila

le dosi della Crucell bloccate la settimana scorsa dalla stessa azienda dopo i test di sicurezza

15 ottobre

La data di inizio della vaccinazione indicata dal ministero

2 mesi

la durata della campagna vaccinale



### I vaccini sequestrati

- Agrippal
- Fluad
- Influpozzi sub unità e adiuvato

1500

il numero verde del **ministero della Salute** per informazioni sul ritiro dei vaccini antinfluenzali



## Effetti collaterali

Gola e vene gonfie, collo rigido e un gran mal di testa: ho tutti gli effetti collaterali ma il ministero non ha detto cosa fare



# «Mai più in vendita i vaccini pericolosi»

## I Nas: influenza, farmacie al setaccio

ROMA - Bloccati i vaccini «pericolosi», in alcune regioni d'Italia slitta il via della campagna antinfluenzale anche se il **ministro della Salute** Balduzzi rassicura: «Al buco di 5,3 milioni di dosi stiamo facendo fronte». Federfarma Servizi dice di aver stoppato le fiale dei vaccini antinfluenzali Novartis Agrippal, Flud e Influpozzi sub unità e adiuvato, bloccando 9177 confezioni di vaccino in Lombardia, 384 in Emilia Romagna, 97 in Toscana, 721 in Lazio, 304 in Abruzzo, 566 in Puglia e 200 in Sicilia. Ma tocca ai Nas, i carabinieri per la tutela della Salute, controllare che i vaccini non arrivino nelle mani dei consumatori.

**Comandante Piccinno, passerete al setaccio le farmacie per evitare che le fiale vengano vendute?**

«Abbiamo ricevuto dal Ministero il compito di verificare che tutte le farmacie che in tutta Italia hanno già ricevuto le 175.000 dosi di vaccino prodotto dalla Novartis lo tengano lì in stand-by perché non può essere

utilizzato».

**I vaccini verranno distrutti?**

«Siamo in attesa di ulteriori controlli specifici, nel frattempo verifichiamo che non escano dalle farmacie».

**Dai vaccini «pericolosi», agli alimentari scaduti o alterati. Quanti controlli effettuate?**

«Sono stati 38.700 i controlli durante lo scorso anno, con un bilancio che parla di 38 milioni di chili o litri di alimenti sequestrati perché non in linea con le normative».

**Accade che la gente vada al ristorante, come a Piacenza, e dopo aver mangiato cozze, muoia. Perché?**

«Il pesce crudo va trattato a -20 gradi, e se il ristoratore etnico o italiano non lo sa trattare, possiamo avere degli effetti letali. Abbiamo sequestrato 300 chili di cibo e stiamo lavorando con la magistratura per capire cosa sia successo a Piacenza».

**Le famiglie per la crisi fanno la spesa nei discount e nei negozi di frutta e verdura low cost. Le melanzane a 50 centesimi al chilo sono**

**sicure?**

«Distinguiamo la salubrità e l'igiene degli alimenti dal loro prezzo, e la melanzana low cost comunque deve avere il cartellino che spiega da dove arriva. Ma l'olio extravergine a 1,99 euro, ad esempio, non è olio extravergine sicuro: è olio vecchio, forse extracomunitario, che ha subito sbalzi termici».

**A cosa dobbiamo stare attenti quando facciamo la spesa?**

«Leggiamo bene le etichette su tutti i prodotti. La brina sui surgelati, ad esempio, può essere indice di un'interruzione della catena del freddo e questo può creare dei problemi».

**Ci avviciniamo al Natale, cosa controllerete?**

«I cibi tipici del Natale, non solo i panettoni. Poi, passeremo al setaccio le strutture che accolgono gli anziani, le persone più a rischio in questa stagione».

**IL GENERALE COSIMO PICCINNO**

«In un anno 40.000 controlli attenzione al low cost Pronti all'operazione Natale verifiche su cibi e panettoni»

**1500**  
il numero verde sull'emergenza virus



**LA SOLITA EMERGENZA** Crolla la fiducia della gente nei confronti della prevenzione

# Il caos vaccini fa salire la febbre al governo

*Il ministro prima rassicura, poi ammette: mancano 5 milioni di dosi. La risposta all'allarme? Un numero verde...*

**Enza Cusmai**

■ La parola chiave è «allarmismo». Giustificata quando siamo davanti ad una pandemia ma non di fronte a un lotto di vaccino venuto male. Che, se dobbiamo stare alle parole della Novartis, produttrice del lotto incriminato, è blindato nei suoi laboratori dal luglio scorso e mai, assicurano, mai, messo in commercio. E quel mezzo milione di vaccini distribuiti in 7 regioni (tra cui Lombardia, Veneto, Toscana) e ritirati dal ministero della Salute in tutta fretta? Sono perfetti e non hanno alcun problema dicono sempre alla Novartis. Parole non confermate né smentite dal ministero, che a scopo cautelativo ha requisito tutto e già bloccato l'arrivo di nuovi vaccini. Basta questo rimpallo di dichiarazioni a mandare in palla i giornalisti e in bestia i cittadini. A chi dobbiamo credere? Cos'è successo veramente? E la vaccinazione ce la dobbiamo fare quest'anno?

Se lo chiedono milioni di persone che ormai ci pensano tre volte a farsi sparare sotto cute una fiala antinfluenzale. Il segretario naziona-

le della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) Giacomo Milillo, parla già di un calo di fiducia dei cittadini nei confronti della vaccinazione stimabile attorno a un 20-30%. E potrebbe andare anche peggio. «Questo crollo di consensi - ha aggiunto - ci farebbe tornare indietro rispetto ai traguardi già raggiunti nella prevenzione delle complicanze legate all'influenza». Il medico è preoccupato.

Meno il ministro della Sanità che dopo il caos creato dal sequestro cautelativo dei vaccini, dichiara candidamente: «La campagna vaccinale va avanti normalmente» salvo poi ammettere che nell'approvvigionamento di vaccini antinfluenzali «c'è un buco di 5,3 milioni di dosi, a cui stiamo facendo fronte attraverso contratti con altre aziende». Ma, c'è da chiedersi, come

può partire una campagna «norma-

le» quando è in arrivo il freddo gelido nordico e mancano le dosi necessarie per garantire la vaccinazione di massa? Balduzzi dovrà cercare risposte convincenti e sollecite così come dovrà parare critiche sollevate dal professor Fernando Aiuti secondo cui «le notizie sulla situazione dei vaccini antinfluenzali ritirati dal commercio suscitano perplessità e pongono interrogativi non risolti». Il presidente della commissione Politiche Sanitarie di Roma Capitale, incalza il ministro. «Non sono chiari i motivi del ritiro che stanno creando tanta apprensione in piena campagna vaccinale visto che l'azienda dichiara che le anomalie sono state rilevate solo su un lotto di vaccino e che tutti gli studi in corso dimostrano un profilo di sicurezza e immunogenicità simile a quello degli anni precedenti». Dunque, Aiuti chiede a Balduzzi più trasparenza e «chiarimenti o consigli utili alla popolazione per evitare una diminuzione delle vaccinazioni antinfluenzali». Anche Antonio Palagiano, Presidente della Commissione d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari pretende «chiarezza sui motivi del ritiro delle dosi che potrebbe influire sull'efficacia complessiva della campagna vaccinale e potrebbe portare a un aggravio di spesa a carico del Servizio sanitario nazionale». Inoltre, vuole sapere quali sono «gli effetti sulla salute dei cittadini che si fossero già sottoposti alla vaccinazione».

Tutti, dunque, aspettano che il ministro dica cose concrete. Chi si accontenta di un «surrogato» può comunque chiamare al numero verde 1500 del ministero e fare domande sui vaccini. Per ora, però, non è successo nulla: né l'Aifa né l'Istituto superiore della sanità ha

**imprecise ed equivoche»**

avuto segnalazioni di vaccinazioni anomale o reazioni avverse. Né per i grandi né per i piccini. E gli stessi pediatri si espongono per tranquillizzare le famiglie sostenendo che «i vaccini sono sicuri, efficaci ed estremamente controllati». Di diverso avviso è il Codacons che ha presentato un esposto alle Procure di Torino, Varese e Milano contro Novartis e Crucell. El'ultima tegola per Novartis arriva dall'estero: Germania, Austria e pure la Svizzera, patria del colosso farmaceutico svizzero, hanno ritirato dal mercato i vaccini.

**BASSO PROFILO**

**Né Aifa né Istituto superiore della Sanità segnalano anomalie**

**BACCHETTATA**  
L'immunologo Aiuti:  
«Diffuse notizie



## I conti non tornano

### Il fabbisogno

Si aggirano tra i 12 e i 14 milioni le dosi di vaccino influenzale utilizzate in media ogni anno nel nostro Paese

### Le dosi della Novartis

Le dosi dei vaccini della Novartis bloccate dall'Aifa. Oltre alle 487mila già state consegnate alle farmacie che vanno ritirate

### Le dosi della Crucell

Le dosi della Crucell che sono state bloccate dalla stessa azienda, la settimana scorsa, dopo i test di sicurezza



**15 OTTOBRE** La data di inizio delle vaccinazioni



**Il caso** I Nas controllano l'azienda di Siena. Attivato un numero verde per i cittadini

# Giallo sul ritiro dei vaccini

## Dati segreti per settimane

### Il ministro sulla Novartis: doveva avvertire prima

MILANO — Il caso dei vaccini della Novartis, ritirati dal mercato per grumi dentro le fiale, diventa un giallo. È mercoledì mattina quando Giorgio Ciconali, alla guida della Prevenzione dell'Asl di Milano, vede svanire in un colpo solo il rifornimento di un terzo dei vaccini. Ben 75 mila dosi di antinfluenzale, tutte del tipo *Fluad*, una delle vaccinazioni bloccate dalla Novartis (insieme con l'*Agrippal*, l'*Influpozzi adiuvato* e l'*Influpozzi subunita*). Un fulmine a ciel sereno, come lo è stato per il **ministero della Salute** che, fino al 18 ottobre, è rimasto all'oscuro dei problemi di sicurezza che hanno portato allo stop di 3 milioni di vaccini (in aggiunta ai precedenti 2,3 della Crucell). Ma, mentre le autorità non sapevano nulla delle difficoltà della Novartis, c'è chi da quasi 20 giorni era al corrente per lo meno degli intoppi di produzione sul *Fluad*. Sono le farmacie. «Si informano i clienti che l'Azienda Novartis Vaccines Italia ha reso noto che, per il periodo 2012/2013, non produrrà il vaccino *Fluad* e posticiperà la produzione di *Agrippal* a fine ottobre». E quanto scritto dall'Unione farmaceutica milanese, un'azienda di distribuzione, alle farmacie che doveva rifornire.

La lettera è datata 2 ottobre. Ma com'è possibile che chi deve vendere i vaccini fosse informato sui problemi delle fiale

Novartis prima di chi deve vigilare sulla loro sicurezza? Succede che una parte di vaccini è venduta dalle farmacie a pagamento al singolo cittadino, mentre un'altra (12 milioni di dosi in totale) serve per vaccinare prevalentemente gli over 65enni e i malati cronici. E sono le Asl a scegliere con gare pubbliche da quale azienda farmaceutica comperare. Su questo fronte, i dati sono stati tenuti segreti per settimane dalla Novartis. I motivi restano da chiarire. Può essere stato un semplice disagio (magari nella convinzione di risolvere la situazione) o può avere giocato un ruolo il timore di pregiudicarsi il mercato.

Per ora gli unici dati di fatto sono due. Il primo è cosa ormai nota: Novartis sapeva delle anomalie di alcuni lotti dall'11 luglio scorso. Il secondo è la dichiarazione del ministro alla Salute, **Renato Balduzzi**: «Il ministro ha stigmatizzato il comportamento di Novartis nella vicenda dei vaccini — si legge nella nota stampa —. L'azienda, pur ribadendo che i suoi vaccini sono sicuri e che l'efficacia delle dosi non è comunque compromessa, ha ammesso le proprie responsabilità in ordine dapprima alla mancata e poi all'imperfetta comunicazione all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)

circa i controlli eseguiti su lotti della produzione».

Su mandato della stessa Aifa ieri i Nas si sono recati allo stabilimento Novartis di Siena. Ora l'obiettivo delle autorità pubbliche è verificare la documentazione e analizzare i campioni di vaccino con le anomalie. Per informare i cittadini è stato

attivato il numero verde 1500 (in funzione sette giorni su sette dalle 9 alle 18). Chi ha dubbi può consultare anche il sito [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

#### La lettera

Inviata ad alcune farmacie milanesi, è datata 2 ottobre

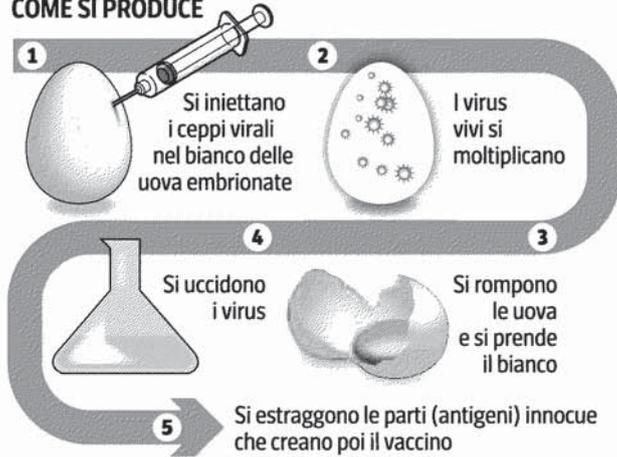


# L'antinfluenzale



Il substrato per tutti i vaccini antinfluenzali italiani è il liquido allantoideo delle uova embrionate di pollo

## COME SI PRODUCE



## Le cifre

**5 milioni**

I casi di influenza registrati nella stagione 2011-12

**60%**

I vaccinati nel 2011-12 su un totale di 8 milioni di persone a rischio

## La composizione del vaccino antinfluenzale 2012-2013

Ceppo A/Victoria/361-2011 di sottotipo A (H3N2)

Ceppo B/Wisconsin/1-2010

Ceppo 2010-11 A/California/7-2009 (H1N1)



CORRIERE DELLA SERA



**Tecnologia** DOPO IL VIA DEL GOVERNO

# Che rebus l'AGENDA DIGITALE

**L**a promessa è allettante: far risparmiare alle famiglie 2 mila euro all'anno e allo Stato una cifra che varia, a seconda dei calcoli, da 4 a 13 a 19 miliardi. Questo grazie alla maggiore diffusione della Rete e alle efficienze permesse dalle nuove tecnologie, in sostanza l'impegno preso dal governo il 4 ottobre con il via libera all'Agenda digitale. Sì, perché anche l'Italia ha ora la sua Agenda, come già gli altri Paesi europei, anche se va visto quanto ciò che è stato scritto nero su bianco sarà veramente realizzato. Il punto di partenza è l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri del decreto Crescita 2.0: «È il primo piano sistematico per fare entrare davvero il digitale nelle strutture dell'amministrazione pubblica e nella vita degli italiani», spiega Francesco Sac-

**Dalla banda larga alle ricette via Web, si cambia. Ogni famiglia risparmia duemila euro. Se la burocrazia non si mette di traverso**

DI ALESSANDRO LONGO

co, direttore del centro di ricerca EntER dell'Università Bocconi e uno dei massimi esperti di questi temi. «In precedenza l'Italia ha avuto solo interventi sparsi e separati in tema di digitale», conferma a "l'Espresso" Roberto Sambuco, capo dipartimento Comunicazioni al ministero dello Sviluppo economico e una delle

figure chiave per l'Agenda digitale italiana. «Il decreto è rivoluzionario perché crea due mondi omogenei e istituisce gli strumenti per metterli in comunicazione. Da una parte, un'identità digitale unica per il cittadino. Dall'altra, un sistema unificato della pubblica amministrazione. Dove tutto, dal Nord al Sud, dal

## Obiettivi e limiti del grande piano

Ecco le nuove norme (sulla base del decreto Crescita 2.0, del Piano nazionale banda larga, delle misure Smart cities e Scuola digitale del Miur) e i loro limiti.

### BANDA LARGA

600 milioni di euro per coprire con la banda larga (almeno 2 Megabit) tutta la popolazione entro il 2013 e per portare banda larghissima (100 Megabit, in fibra ottica) nel sud Italia. Previste semplificazioni normative e l'esenzione della tassa comunale per chi posa fibra ottica.

**Limiti** manca una pianificazione per la banda larghissima a livello nazionale (a differenza di altri Paesi europei). Le Pa locali faranno resistenza ad accettare le semplificazioni e a non poter applicare la tassa comunale.

### SCUOLA E COMPETENZE DIGITALI

Nascerà il Fascicolo elettronico dello studente universitario dal 2013-2014. Dall'anno prossimo le scuole medie e superiori potranno usare solo libri digitali o misti (di carta con alcune parti in digitale).

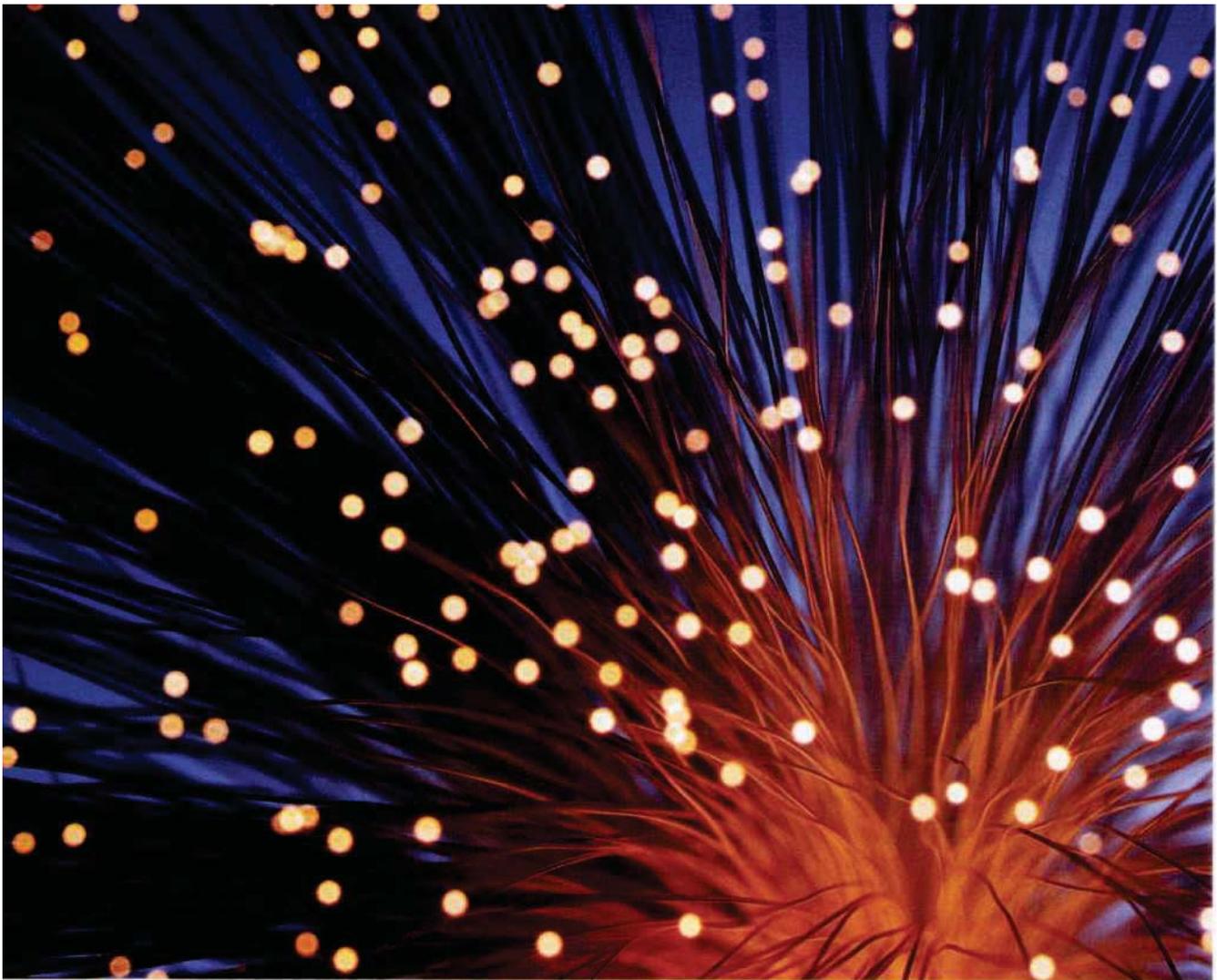
Per le scuole elementari il termine è 2014-2015. Un accordo tra ministero dell'Istruzione e Regioni mira inoltre a diffondere Internet, tablet, computer nelle classi (con 40 milioni di euro).

**Limiti** l'editoria scolastica è in larga parte impreparata a fare testi digitali veri e propri. Manca un programma extra scolastico per diffondere la cultura del digitale.

### DOCUMENTO DIGITALE UNIFICATO

Nella primavera 2013 (salvo rinvii) nascerà un documento unico, che accorperà





centro alla periferia parla la stessa lingua digitale», riassume Sambuco. È un impegno che sfiora a oggi i tre miliardi di euro di fondi pubblici (perlopiù comunitari), secondo i calcoli de "L'Espresso", mettendo insieme tutto quanto già stanziato nelle varie misure di Agenda digitale: non solo il decreto (che di per sé pesa circa 500

milioni), ma anche i bandi di gara per le "smart cities" (tecnologie per rendere le città più efficienti e ordinate), il Piano nazionale banda larga (per diffonderla ovunque e aumentarne la velocità), azioni già messe in campo dal Miur (ministero dell'Istruzione, università e ricerca) per le scuole. Molte iniziative scatteranno nel

2013. Quelle più complesse dal 2014.

Per esempio dalla prossima primavera cominceremo ad avere in tasca il documento unificato, con microchip. Servirà da carta d'identità, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi. Sarà gratuito e, a regime, soppianderà del tutto le attuali carte d'identità. Potremo usarlo per esempio ▶

la tessera sanitaria, la carta d'identità e la carta nazionale dei servizi. Sarà gratuito per il cittadino. Con una sola tessera dotata di chip potremo farci riconoscere dalle pubbliche amministrazioni non solo negli uffici ma anche nei loro siti Internet per usarne i servizi on line.

**Limiti** Le precedenti esperienze di carta d'identità elettronica sono state disastrose e sono ancora in alto mare aspetti fondamentali: come si dovrà produrre il nuovo documento e con quali servizi annessi.

#### SANITÀ DIGITALE

Ognuno di noi avrà un fascicolo sanitario elettronico, con la nostra storia clinica. Qualunque ospedale italiano potrà leggerla, facendo una ricerca in un database. Così non dovremo portare in giro la cartella medica cartacea con gli esami fatti. Le ricette digitali gradualmente sostituiranno quelle cartacee, nei prossimi anni il medico caricherà su un server le prescrizioni e la farmacia le leggerà da lì.

**Limiti** Sarà un iter complesso, che dovrà passare anche dal vaglio delle Regioni, dove

finora le esperienze digitali in Sanità sono molto discontinue e gli investimenti limitati.

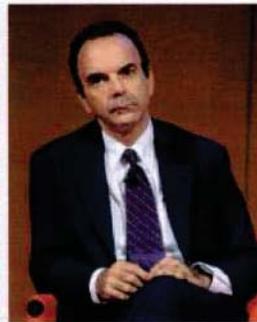
#### MONETA ELETTRONICA

Da gennaio 2014 i negozi saranno obbligati ad accettare pagamenti anche via bancomat e carta di credito. Le Pa dovranno permettere già da quest'anno anche pagamenti via Internet.

**Limiti** rispetto alle ultime bozze, sono state stralciate dal decreto Crescita 2.0 tutte le misure a favore dell'e-commerce, fortemente richieste dalle Pmi. ▶

per chiedere un documento sul sito del Comune o per pagare una multa on line. Già, perché secondo le norme dell'Agenda, le pubbliche amministrazioni saranno costrette ad accettare anche pagamenti a distanza. Con il documento andremo in farmacia a chiedere i **farmaci**: senza bisogno di ricetta cartacea. Il medico infatti caricherà su Internet le nostre prescrizioni e il farmacista le leggerà da lì. «Ma chi ha un po' di confidenza con le tecnologie non avrà tanto bisogno del documento unico: potrà fare molte cose, con la pubblica amministrazione, tramite e-mail, con una casella di posta certificata (la Pec, attivabile da [www.postacertificata.gov.it](http://www.postacertificata.gov.it), ndr.)», aggiunge Sambuco.

Il decreto stabilisce infatti che possiamo eleggere la nostra casella come domicilio ufficiale e costringere la Pa a comunicare con noi solo in questo modo. E se siamo tra quei circa tre milioni di italiani non raggiunti da reti Internet banda larga? La buona notizia è che ci sono già fondi per risolvere il problema entro dicembre 2013. Grazie a bandi di gara dove le risorse pubbliche incentiveranno gli operatori a mettere la banda larga laddove ora manca. I fondi stanziati serviranno anche a dare Internet alle scuole e così supportare una rivoluzione digitale ora nella testa di Francesco Profumo: diffondere tablet, computer, e-book nelle classi. Secondo il decreto, tutte le scuole eccetto le materne già dal 2013-2014 dovranno adottare testi che abbiano almeno alcune parti in digitale. E fin qui solo le novità più tradizionali: l'innovazione è affidata infatti ai bandi per le smart cities (già stanziati dal Miur circa 900 milioni, di origine comunitaria), che introdurranno tecnologie per esempio per ridurre i



DALL'ALTO, IN SENSO ORARIO: ROBERTO SAMBUCCO, STEFANO PARISI E FRANCESCO SACCO

consumi energetici degli edifici o creare reti di sensori per gestire il traffico.

C'è chi ha calcolato i benefici di questa conversione digitale dell'Italia. «Una famiglia italiana tipo risparmierebbe duemila euro l'anno facendo su Internet quello che ora fa di persona, grazie per esempio a e-banking ed e-commerce, secondo nostre elaborazioni basate su dati di Boston Consulting Group», dice Stefano Parisi, presidente di Confindustria Digitale. Acquistare sul web fa risparmiare mediamente il 20 per cento, se si parla di assicurazioni e abbigliamento lo «sconto» sale al 25 per cento. Le offerte Groupon sono molto aggressive e fanno dimezzare i costi di una vacanza o di una cena. Con l'e-banking possiamo azzerare i costi di un conto corrente e di un bonifico. Secondo un recente studio I-Com,

la digitalizzazione della Pa farebbe risparmiare sette euro all'anno per ogni famiglia italiana, con un beneficio di quattro miliardi per il Paese. Se la Pa comunicasse e lavorasse solo in digitale, ridurrebbe il deficit italiano di 19 miliardi, secondo la School of Management del Politecnico di Milano.

Bello e possibile? «Molte norme non hanno tempi certi e vincolanti per costringere la Pa a passare al digitale», ammonisce Parisi. «Gran parte dei provvedimenti del decreto non stabiliscono un termine di passaggio al digitale, quindi è forte il rischio di rinvii», conferma Sacco. «La sfida sarà superare le inerzie della nostra Pa. Ci vorrà un programma di formazione dei nostri funzionari pubblici e forti piani attuativi delle misure», aggiunge Andrea Rangone, a capo degli Osservatori Ict del Politecnico di Milano. Tutto questo è affidato ai decreti attuativi e ai regolamenti del governo, che dovrebbero portare nel mondo reale le misure del decreto. «Una grossa lacuna è l'assenza di misure a sostegno dell'innovazione nelle Pmi», aggiunge. «Nel decreto abbiamo messo norme per facilitare l'accesso al credito bancario, tra l'altro», risponde Giuseppe Tripoli, nominato Garante delle Pmi e uno degli autori dell'Agenda, presso il ministero dello Sviluppo. «Adesso sono in previsione norme per la semplificazione burocratica e per incentivare le Pmi ad aprire un negozio on line e-commerce tramite uno sconto fiscale», continua. Tanti aspetti fondamentali sono consegnati a promesse di futura realizzazione. La strada per l'Agenda digitale italiana è tracciata, questo sì. Ma sarebbe un errore crederla in discesa. Che sia tutto già fatto. ■

**SMART CITIES & COMMUNITIES**

C'è un bando nazionale del ministero dell'Istruzione da 665,5 milioni, in corso, e uno già completato per il Sud, da 240 milioni. Altri analoghi sono previsti nei prossimi mesi, con fondi europei, intorno al tema delle "smart cities & communities". Finanzia progetti che rendano "più intelligenti" (smart), grazie alla tecnologia, città e comunità di vario tipo. Per esempio servizi di cura dei pazienti a distanza, gestione intelligente del traffico tramite sistemi informatici comunali,

riduzione dei consumi energetici degli edifici, uso di fonti di energia rinnovabile, servizi e-government.

**Limiti** nel decreto Crescita 2.0 si dice che sarà l'Agenzia per l'Italia Digitale a mettere a sistema, a livello nazionale, i diversi progetti che ora nascono su base locale. Ma sarà un passaggio complesso, dato anche che l'Agenzia deve ancora partire.

**START UP INNOVATIVE**

Viene introdotta nel nostro ordinamento la definizione di impresa innovativa: stabilite

agevolazioni fiscali e semplificazioni che toccano tutte le fasi del ciclo di vita di una start up: dalla nascita alla fase di sviluppo, fino alla sua eventuale chiusura.

**Limiti** non ci sono le norme attese per incentivare, con fondi pubblici, il mercato finanziario che dovrebbe mettere soldi nelle start up. Su questo punto per ora c'è la promessa del ministero dello Sviluppo economico di mettere a disposizione i fondi di Cassa depositi e prestiti. Mancano inoltre misure a sostegno della crescita delle piccole e medie imprese.