

Sanità Protesi al seno Balduzzi: «In Italia impiantate 3.911 Pip»

ROMA. Sono ufficialmente 3.911 le protesi di marchio francese Pip impiantate in Italia, sulla base dei dati comunicati da tutte le Regioni al ministero della Salute. Lo ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, durante una registrazione della trasmissione 'Porta a porta'. Tuttavia potrebbero essere state impiantate qualche ulteriore centinaio di protesi sfuggite al 'censimento' voluto dal ministero. Queste protesi sono state impiantate sia in strutture pubbliche sia private. Balduzzi invita le donne portatrici a contattare il proprio medico, anche non ci sono evidenze sul fatto che le Pip siano cancerogene. «No all'espianto generalizzato, ma bisogna valutare caso per caso», dice il ministro.



Protesi al seno Pip, finito il censimento Sono 4mila i casi

È finito il censimento delle protesi al seno Pip. Il ministro della Sanità Balduzzi ha detto che sono 4mila i casi in Italia. «Al momento non c'è evidenza che le portatrici corrano pericoli di vita».

PINO STOPPON
ROMA

Sono ufficialmente 3.911 le protesi di marchio francese Pip impiantate in Italia, sulla base dei dati comunicati da tutte le Regioni al ministero della Salute. Lo ha reso noto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, durante una registrazione della trasmissione Porta a porta. Tuttavia potrebbero essere state impiantate qualche ulteriore centinaio di protesi sfuggite al censimento voluto dal ministero. Gli impianti sono stati effettuati in strutture sia pubbliche, sia ambulatoriali.

Per il censimento degli impianti Pip, ha sottolineato in ministro, «abbiamo seguito un criterio cautelativo e ragionevole». Balduzzi ha quindi precisato che non sono previste procedure speciali per gestire i casi di impianti Pip, tuttavia le Regioni possono, se lo ritengono opportuno, individuare dei piani specifici nei quali individuare dei centri di riferimento. Il ministro ha quindi ribadito come i casi di impianto Pip vadano considerati situazione per situazione: un'indicazione questa, ha detto, confermata anche dall'organismo scientifico della Comunità europea.

Le donne portatrici di tali impianti, ha inoltre ribadito Balduzzi, «devono rivolgersi al medico per una valutazione della situazione; il medico può dunque procedere alla valutazione clinica, ecografica e se necessario può utilizzare la risonanza magnetica». Nel caso di situazione di rottura o sospetta rottura della protesi, ha detto il ministro, «il medico propone l'espianto, che non ver-

rà invece proposto se non emergono irregolarità». Balduzzi ha confermato inoltre che l'espianto può essere proposto alla donna anche nel caso di serie condizioni di difficoltà psicologica. Ad ogni modo, ha aggiunto il ministro, «non c'è evidenza che le portatrici di Pip corrano rischi di vita e non è dimostrato un effetto cancerogeno di tali protesi».

Il caso delle protesi Pip era scoppiato alcune settimane fa quando il fondatore Jean Claude Mas era stato arrestato e poi rilasciato dopo aver pagato una cauzione da 100mila euro. La sua azienda, la Poly Implant Prothese (Pip) ha chiuso i battenti nel 2010. Non pri-



Un'operazione di rimozione delle protesi

Il ministro Balduzzi «Niente allarmismi I casi vanno valutati volta per volta»

ma però di aver esportato molte di queste protesi in giro per il mondo. L'allerta è cresciuta quando, a dicembre scorso, il governo francese ha sollecitato 30mila donne con protesi Pip a rimuoverle.

Il problema era sorto nel 2009 e riguardava le protesi introdotte nel mercato dal 2001 quando è cominciato ad emergere che queste protesi avevano una facilità di rottura maggiore rispetto alle altre. Naturalmente tutte le protesi possono rompersi, ma con gli impianti di ultima generazione la percentuale di rottura è bassa, intorno all'1%. Non solo, dai controlli è emerso che la Pip usava non il silicone «medicale» ma il silicone «industriale» che costa molto meno. ♦





Flash

La sanità

CHIRURGIA AL TOP NELLE RICHIESTE DANNI

Quanto è il valore assicurativo di un posto letto negli ospedali pubblici italiani? In media quasi 2.700 euro. E in media avvengono 10 sinistri ogni 100 posti letto: così l'analisi condotta da MedMalClaims di Marsh, azienda di intermediazione assicurativa e consulenza rischi. L'indagine ha riguardato 28 mila richieste di risarcimento danni (2004-10), su un campione di 80 aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche. Là dove ci sono forti specializzazioni, il rischio di sinistri si riduce da 4,35 ogni 1.000 ricoveri a 3,62 ogni 1.000 ricoveri. Le specialità con maggior numero di richieste di risarcimento danni sono chirurgia generale, ortopedia, ostetricia/ginecologia. A livello nazionale un posto letto costa poco più di 3.000 euro, un ricovero 82 euro. Ortopedia poco di più 4.000 euro. Assai più elevati i costi per posto letto di ostetricia e ginecologia (oltre 6.740 euro). In cima alle richieste di risarcimento ci sono le lesioni, 79% delle domande. Nella hit degli eventi denunciati ci sono errori chirurgici, seguiti dai diagnostici e terapeutici. Maggiori incidenti nel Centro Italia *(al. mar.)*



Sanità. Secondo le prime indiscrezioni relative ai bilanci 2011 in aumento il rosso di Asl e ospedali

In attivo solo tre Regioni

Il disavanzo della spesa pubblica potrebbe superare 2-3 miliardi

SUL TERRITORIO

Conti positivi per Lombardia, Toscana e Basilicata, ma le manovre locali di aggiustamento potrebbero modificare i risultati finali

Paolo Del Bufalo

Roberto Turno

ROMA

Le verifiche del Governo, analitiche e minuziose, sono ancora in corso. Ma, come gli stessi governatori da tempo avevano messo in guardia, anche per i bilanci del 2011 di Asl e ospedali il barometro dei conti è destinato a segnare "maltempo". Secondo le primissime e ufficiose indiscrezioni, sembra che il deficit totale del 2011 del pianeta della **sanità pubblica** sia destinato a superare ancora una volta i 2-3 miliardi di euro. Se non qualcosa di più. Con un ulteriore dato negativo che sta affiorando ai tavoli col ministero dell'Economia: solo tre Regioni sarebbero in attivo, anche se di pochissimo, ossia Lombardia, Toscana e Basilicata. Tutte le altre – e anzitutto le cinque con piano di rientro e commissariate e le altre tre "soltanto" sotto piano di rientro dal disavanzo – navigano in segno negativo. Questo, almeno, pri-

ma delle verifiche finali ai tavoli di monitoraggio. Anche se scontando le manovre locali i conti per alcune regioni potrebbero stingersi dal rosso al nero.

Un risultato, se confermato, fondamentale per le scelte a venire in tempi anche relativamente brevi. Nel 2013, infatti, scatteranno i costi standard, da applicare proprio sulla base dei risultati d'esercizio del 2011, secondo parametri indicati dal decreto legislativo sul federalismo fiscale. Che tra l'altro dispongono la scelta concordata tra Stato e governatori delle regioni benchmark tra le tre con il miglior risultato: da scegliere appunto in una rosa che comprenda una realtà del Nord, una del Sud e una del Centro Italia, con la presenza di una regione di piccole dimensioni. E così, se i conti finali del 2011 confermeranno le indiscrezioni, le regioni benchmark a questo punto potrebbero essere proprio Lombardia, Toscana e Basilicata. Sempreché i governatori concordino.

Nel 2010 era andata decisamente meglio, con nove regioni che dopo le manovre locali avevano chiuso i bilanci in pareggio o in attivo. Quasi tutte del centro-nord. I conti "migliori" nel 2010 sono sta-

ti quelli di Marche (con un avanzo di 27,6 milioni) ed Emilia Romagna (26,5). I conti "peggiori" nel Lazio con un deficit di poco superiore al miliardo e in Campania che ha chiuso a -496.

Sui piani di rientro, tuttavia, le regioni hanno chiesto di prevedere nel Patto per la salute 2013-2015, che stanno trattando in queste settimane con il Governo, nuove regole per le regioni in rosso in grado di assicurare comunque l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa.

E sui conti si apre domani un'altra partita: quella del riparto del fondo sanitario 2012: 108,8 miliardi, su cui le regioni sono divise tra quelle che vorrebbero nuovi indici come quello della situazione socio-economica locale (sud) e quelle (nord) che preferiscono i vecchi criteri in attesa del cambio di rotta che ci sarà col federalismo fiscale. E con l'outsider della Toscana che ha chiesto – e in questo senso anche scritto a Mario Monti – di obbligare tutte le aziende sanitarie italiane a presentare bilanci certificati per non avere sorprese di fine anno che si ripercuotono, con i tagli, anche su chi i conti li ha in regola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

The thumbnail shows the article's title and a table with the following structure:

Regione	Stato	Indiscrezione
Lombardia	Attivo	...
Toscana	Attivo	...
Basilicata	Attivo	...
...

Un quadro critico

01 | IL NODO

I bilanci regionali alla voce spesa sanitaria 2011, al netto di interventi d'aggiustamento successivo, dovrebbero chiudersi tutti in rosso. Secondo alcune indiscrezioni che starebbero emergendo nell'ambito dei tavoli aperti con il ministero dell'Economia, soltanto Lombardia, Toscana e Basilicata presenterebbero conti in attivo, un numero più basso rispetto all'anno precedente

02 | LA PREVISIONE

Se i dati del bilancio 2011 saranno confermati - per ora si parla di indiscrezioni - la sanità pubblica nazionale potrebbe chiudere con una perdita stimabile tra i 2 e i 3 miliardi di euro, una cifra forse anche superiore a qui 2,3 miliardi con cui era stato chiuso il 2010. Scontando le manovre locali è tuttavia possibile che i conti di alcuni Regioni al capitolo sanità possano stingersi dal rosso al nero

03 | FONDO SANITARIO

Sui conti della sanità si aprirà domani un'altra importante partita riguardante il riparto del fondo sanitario 2012. Si tratta di 108,8 miliardi su cui le Regioni si dividono in due fronti. Quelle del Nord vorrebbero mantenere i vecchi criteri di riparto in attesa del cambio di rotta collegato all'avvio del federalismo fiscale, quelle del Sud vorrebbero nuovi indici come quelli della situazione socio-economica locale

Così nel 2010

Avanzi e disavanzi nella spesa sanitaria contenuti nei bilanci 2010 delle Regioni italiane (in milioni di euro) e risultato pro capite del territorio (in euro)

Note: in nero le Regioni con piano di rientro e commissariate; in grigio le Regioni con piano di rientro

Regioni	Avanzo/ disavanzo milioni euro	Risultato procapite euro	Regioni	Avanzo/ disavanzo milioni euro	Risultato procapite euro
Piemonte	8,84	2,00	Marche	27,59	18,00
Valle d'Aosta	-6,92	-54,00	Lazio	-1.043,83	-184,00
Lombardia	10,58	1,00	Abruzzo	-19,11	-14,00
Bolzano	1,95	4,00	Molise	-53,46	-167,00
Trento	-10,81	-21,00	Campania	-495,79	-85,00
Veneto	-72,67	-15,00	Puglia	-335,38	-82,00
Friuli V. G.	8,63	7,00	Basilicata	-35,33	-60,00
Liguria	-88,58	-55,00	Calabria	18,26	9,00
Emilia R.	26,45	6,00	Sicilia	-61,97	-12,00
Toscana	14,22	4,00	Sardegna	-228,72	-137,00
Umbria	10,42	12,00	Italia	-2.325,58	-39,00

Fonte: relazione sulla situazione economica del Paese 2010

IL BUSINESS DELLA SALUTE

La Sanità vale
l'11% del Pil

► pagina 49

Sanità. Il valore aggiunto diretto e indiretto sfiora i 153 miliardi di euro

La filiera della salute vale l'11% del Pil

Roberto Turno

ROMA

Con un valore aggiunto diretto e indiretto di 152,6 miliardi e 1,5 milioni di occupati tra pubblico e privato, la filiera della salute vale da sola l'11,2% dell'intero Pil nazionale. Al netto dell'indotto è ormai la quarta forza dell'economia italiana dopo commercio, trasporti e comunicazioni e servizi alle imprese. Ma prima di costruzioni, banche, energia. E per questo l'industria di settore, che vale un terzo dell'intera filiera, chiede un riconoscimento adeguato al suo ruolo determinante per la salute e per il contributo alla ricchezza nazionale. Dalla farmaceutica al biomedicale ai servizi, con le eccellenze nella ricerca, nell'export, nella capacità industriale. Rivendicando un ruolo di piena integrazione col Ssn. Che però va riorganizzato profondamente e che deve battere senza più indugi la strada della lotta a sprechi, inefficienze, lottizzazioni e puntare a «ticket intelligenti», fondi integrativi, bilanci certificati.

È quasi un manifesto dell'"orgoglio industriale" quello che emerge dal rapporto «Struttura e performance della filiera della salute 2007-2020» del Comitato tecnico sanità di Confindustria, curato dal professor Nicola Quirino della Luiss. Un rapporto che arriva proprio mentre Governo e Regioni sono alle prese con quel «Patto per la salute» che deciderà la rotta futura alla quale le imprese chiedono di poter contribuire. «Confermiamo il sostegno al Ssn come asset irrinunciabile - spiega il presidente del comitato, Guido Riva - ma continuare a sostenere caparbiamente che il governo del Ssn corrisponda a go-

vernare l'intera sanità del Paese, è una grave miopia».

I numeri del rapporto - anticipato dal settimanale «Il Sole 24 Ore Sanità» - indicano chiaramente punti di forza e di debolezza dell'economia della filiera della salute. Col Nord che detiene la leadership sia per il valore aggiunto diretto (47,5 miliardi su 90,1 totali, pari al 52,7%) che per l'occupazione (826mila addetti, il 53% del totale nazionale). Mentre nel 2010 il valore aggiunto per occupato è stato in media per l'intera filiera di quasi 60mila euro (3mila in più del totale dell'economia), che salgono a 76mila nell'industria con la punta di 104mila della farmaceutica, contro i 58mila euro nei servizi al Ssn. Segno di un'industria che tira, anche se nel periodo ha perso l'1,1% di addetti. E che intanto, su una produzione diretta e indiretta di 278,5 miliardi di euro (56,6 miliardi nell'industria), ha realizzato il 9,7% dell'intera produzione dell'economia nazionale. Con l'eccellenza della ricerca che pesa per il 9,5% sul reddito prodotto e che vede l'industria farmaceutica seconda (dopo i trasporti) nella classifica nazionale con un'incidenza delle spese per R&S dell'11,7%, mentre l'industria dei dispositivi medici è quarta col 5,5 per cento.

Numeri da primato, segno della vivacità dell'economia del settore sanitario, tipicamente anticiclico, nel freddo della grande crisi. Una vitalità e una presenza industriale che però in Italia sono sempre più a rischio. Col dramma dei ritardati pagamenti per oltre 20miliardi di euro che in media superano l'anno. Con la politica dei «tetti» di spesa che raffredda impieghi e occupazione. Col conti-

nuo cambio di regole che impedisce la programmazione e scoraggia gli investitori. Mentre i tagli alla spesa sanitaria e il ridimensionamento dell'assistenza imporranno a breve politiche dagli effetti imprevedibili, ma sicuramente negativi, per l'intera economia di settore, che proprio in virtù dei suoi numeri da primato rigetta la tesi secondo cui le spese per l'assistenza sono «improduttive e a fecondità semplice».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RUOLO STRATEGICO

Il comparto occupa 1,5 milioni di addetti e chiede un maggiore riconoscimento, adeguato al contributo alla ricchezza nazionale

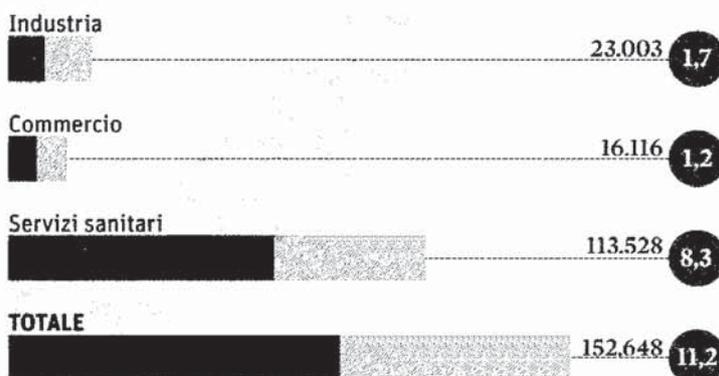


Le performance del settore

LA FILIERA

Dati in milioni di euro e peso percentuale sull'intera economia

■ Val. aggiunto diretto ■ Val. aggiunto indiretto ● % intera economia



LE AREE GEOGRAFICHE

Il comparto sanitario in Italia

Regioni	Valore aggiunto diretto		Addetti	
	In milioni di euro	Quota percentuale	In migliaia	Quota percentuale
Nord-Ovest	29.656	32,9	491,6	31,6
Nord-Est	17.849	19,8	334,5	21,5
Centro	17.846	19,8	312,6	20,1
Mezzogiorno	24.801	27,5	416,4	26,8
Italia	90.152	100	1.555,10	100

Fonte: Istat



Più ricette ma i numeri complessivi restano bassi

Le terapie contro il dolore cominciano ad aumentare

Marzio Bartoloni

■ La lotta al dolore comincia a dare i primifrutti. A quasi due anni dall'approvazione della legge 38/2010 le vendite di **oppioidi** - i medicinali necessari per lenire il dolore e ora prescrivibili con una semplice ricetta medica - sono cresciute del 30 per cento. Un bel balzo in avanti che però non basta ancora per metterci in linea con i Paesi più sviluppati. Ancora da completare, invece, la rete di servizi e assistenza di cure palliative e terapie del dolore promesse dalla legge agli almeno 250mila malati terminali e ai milioni di pazienti che soffrono di patologie croniche: diverse le Regioni in ritardo.

A fare il nuovo tagliando alla legge 38 è il ministero della Salute nel nuovissimo rapporto che ha inviato nei giorni scorsi al Parlamento (il testo è disponibile su www.24oresanita.com). Un documento di un centinaio di pagine - approfondito su «Il Sole 24

Ore Sanità» n. 8/2012 - che fotografa lo stato dell'arte sulla lotta al dolore inutile. A cominciare dal ricorso dei medici agli oppioidi per i quali si registra «un incremento decisamente apprezzabile»: tra il 2010 e l'anno scorso (a confronto i primi sei mesi) le confezioni sono passate da 3,6 milioni di confezioni ai 4,7 milioni. Una crescita importante che comunque va contestualizzata: l'Italia è da sempre agli ultimi posti nella loro prescrizione e quindi l'aumento va proporzionato al fatto che il nostro Paese partiva quasi da zero. Infatti nel confronto europeo siamo ancora tra i fanalini di coda, anche se facciamo segnare la crescita più significativa. Il neo sta nel fatto che c'è un grande divario tra regione e regione. A esempio se si valuta il consumo pro-capite degli oppioidi forti si registra che a fronte di un valore medio di 1,17 euro spesi a persona per queste terapie c'è un gruppo di regioni che

si trova ben al di sotto: in particolare Lazio (0,89 euro), Campania (0,73), Basilicata (0,73) e Calabria (0,75). Al contrario, ben al di sopra della media si trovano invece Valle d'Aosta (1,66 euro pro-capite), Friuli-V.G. (1,89 euro) e Liguria (1,73). Nella lotta al dolore le cure più prescritte rimangono comunque gli analgesici non oppioidi, con 9,10 euro di consumo pro-capite.

Il rapporto tenta, poi, di fare il punto sull'attuazione della rete delle cure palliative e di quella di terapia del dolore. In particolare per la prima il Ministero scrive che a oltre 10 anni dai primi stanziamenti «la realizzazione del programma non è ancora completa». Anche per la rete sulla terapia del dolore ci sono alcune Regioni che devono adeguarsi: hanno deliberato finora solo Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia, Lazio, Basilicata, Calabria e Sicilia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In attivo solo tre Regioni

Regione	Consumo pro-capite (€)
Valle d'Aosta	1,66
Friuli-V.G.	1,89
Liguria	1,73
Lazio	0,89
Campania	0,73
Basilicata	0,73
Calabria	0,75
Media	1,17

SALUTE

Malattie rare
e medicina
narrativa,
attori in campo

PAGANELLI E SALMI

Medicina narrativa

Dal web il racconto del pianeta malattia

Sono state quattromila le risposte ai questionari pubblicati su Repubblica.it. Ora Asl 10 di Firenze e Iss sono al lavoro per valutare le storie di patologie croniche e rare raccolte. E per elaborare linee guida e raccomandazioni

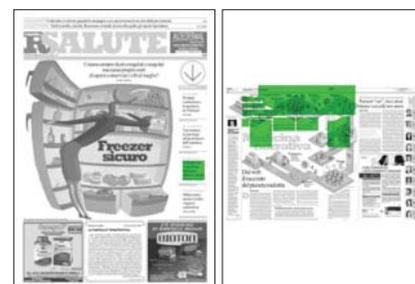
MAURIZIO PAGANELLI

D

alla raccolta delle risposte all'elaborazione: la prima ricerca nazionale via web di medicina narrativa avviata da *Repubblica.it* dopo 180 giorni di partecipazione al questionario con storie di pazienti e familiari chiuderà la fase di raccolta dati a inizio marzo. Quasi quattromila risposte (2500 da malati in prima persona) sono un "bottino" insperato per i ricercatori del Laboratorio di medicina narrativa della Asl10 di Firenze e del Centro malattie rare dell'Istituto Superiore di Sanità. Si viaggia su centomila mila pagine visitate (70 mila solo quella iniziale del questionario). E ora le dieci storie di malattie rare portate sul video, con la Fondazione Barbareschi, da dieci attori e attrici (vedi articolo qui a fianco, ndr).

"Viverla tutta", l'iniziativa realizzata da *Repubbli-*

ca.it anche con l'aiuto di Pfizer, ha ora altre tappe. Il comitato di esperti dell'Istituto superiore di sanità sta testando i software migliori per estrapolare il maggior numero di dati significativi dalla marea di materiale a disposizione. Già è emerso che gran parte delle risposte e racconti sono al femminile; malattie rare e oncologia sono le patologie più presenti. «Il nostro cronogramma parlava di due anni di lavoro per arrivare ad elaborare delle raccomandazioni utili a medici, infermieri e servizi», racconta Stefania Polvani della Asl 10 di Firenze e promotrice anche del Laboratorio fiorentino, «un altro step sarà



a giugno, con il convegno dell'Iss, e poi nei 12 mesi successivi il lavoro per analisi specifiche, noi della Asl sulle malattie croniche e il Centro dell'Iss su quelle rare. L'obiettivo è chiarire e allertare i servizi segnalando i nodi, criticità e momenti significativi (per esempio nel caso dell'infarto finora è la dimissione del paziente), per poi arrivare a settembre 2013 alla elaborazione di questionari ad hoc per patologie e raccomandazioni nell'approccio».

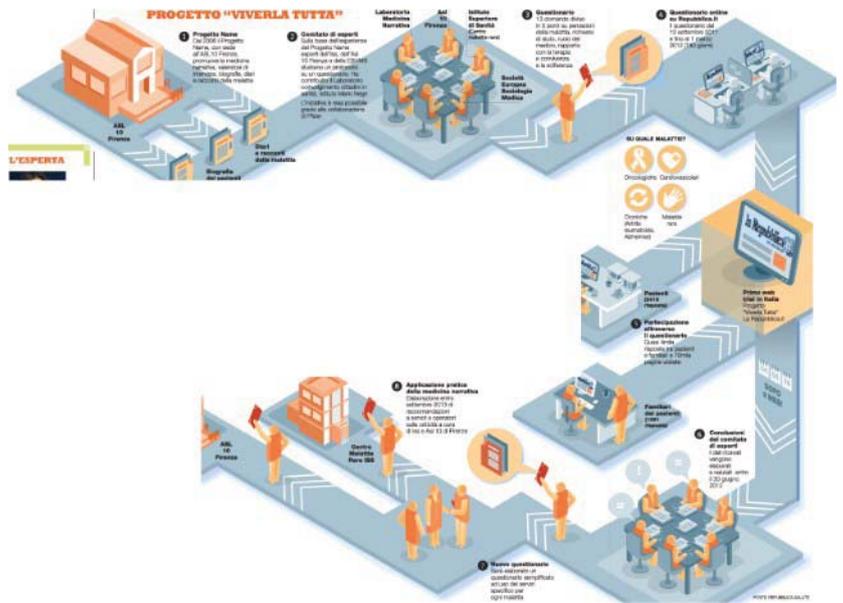
Molti gli spunti emersi dalle migliaia di testimonianze (tra cui quasi mille brevi e, a volte, davvero toccanti racconti): l'ascolto reciproco (quello del medico, ma anche quello del paziente e familiare); l'interazione con internet e la valanga di informazioni (vere e false) che se ne traggono; l'aderenza alle terapie. Anche al recente convegno nazionale organizzato dalla Asl di Firenze sulla medicina narrativa è emerso, ricorda Polvani «il diritto/dovere reciproco all'ascolto, un ascolto duale, non unidirezionale».

Il rapporto con la figura dei medici/sanitari, ma anche con i familiari, sembra essere un altro aspet-

to su cui focalizzare l'attenzione. Le

13 domande del questionario proposto, divise in 5 punti, rappresentano bene cosa si andrà ad indagare: sintomi e percezioni delle malattie (l'inquadramento, storia e diagnosi); le richieste di aiuto; il ruolo dei sanitari; difficoltà nel seguire le terapie nel tempo; convivenza con la malattia e sofferenza.

Su questo cammino complesso e intrecciato, che sposa la medicina basata sull'evidenza con la narrazione e il valore del singolo individuo (personalizzazione), si sta formando una Rete di servizio che vede coinvolti, oltre alla Asl di Firenze e al Centro malattie rare dell'Iss, la Asl di Foligno, la fondazione Istud, l'università di Catania e di Bari (reumatologia, professor Giovanni Lapadula), diversi ospedali pubblici, e, a Bologna, l'Agenzia regionale di sanità. Dalla ricerca sul web emerge comunque una forza e un coraggio inaspettati, nonostante le tante pecche del servizio sanitario. «Avere un tumore può essere un'opportunità», scrive una paziente oncologica. E una ventenne affetta da forme croniche e rare: «Bisogna avere la forza di andare avanti, perché dopo una malattia una persona diventa forte di carattere...».



Gli ultimi nodi. Il rapporto tra esercizi e abitanti salirà a circa 3.300

Si punta a 5mila nuove farmacie

CAMBIO IN EXTREMIS

Abbandonata la norma che disponeva una sorta di "reddito minimo garantito" per i professionisti destinati ai piccoli centri

Roberto Turno

ROMA

■ L'aveva promesso il Governo che non avrebbe ceduto di un millimetro: servono 5mila farmacie in più, costi quel che costi. E quasi 5mila farmacie private in più il decreto legge sulle liberalizzazioni finirà per portare con sé nel testo che domani sbarcherà in aula a palazzo Madama. In una estenuante trattativa proseguita anche ieri fino a notte inoltrata, dentro e fuori la commissione Industria sempre assediata dalle lobby, il nodo delle farmacie è stato pressoché l'ultimo a tentare di essere sciolto in attesa dell'arrivo al Senato del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**. Con una soluzione che, ancora una volta, finirà per scontentare tutti, tante e tali erano le differenti richieste delle parti in causa. I farmacisti privati da una parte, i parafarmacisti e le parafarmacie dall'altra. Col Pdl sensibile ai desideri dei titolari, il Pd dall'altra e il Governo più vicino alle sue posizioni, benché disposto (ma non troppo) a mediare sul suo testo iniziale.

La soluzione è legata anzitutto al quorum del rapporto tra farmacie e abitanti: il testo del decreto indica una farmacia ogni 3mila abitanti. Si arriverà invece intorno a una farmacia ogni 3.300 abitanti, e

non ogni 3.500 come era previsto con un altro emendamento che ha continuato a "ballare" per tutta la giornata. Un quorum di mediazione, appunto. Che è legato a un'altra modifica spuntata in giornata in commissione: l'abbandono della norma prevista dal Governo che disponeva una sorta di "reddito minimo garantito", a carico della solidarietà di categoria, in favore dei farmacisti che finora hanno sempre rifiutato le sedi poco remunerative nei centri con meno di mille abitanti. Si calcola che si tratti di oltre mille esercizi, sulla cui apertura pressoché scontata con l'arrivo di farmacisti disponibili, a questo punto, non si potrebbe più contare. E senza questa norma (il comma 11 dell'articolo 11), giudicata incostituzionale da Federfarma e contestata dal Pdl, il numero di nuove farmacie si abbasserebbe. Di qui, appunto, la decisione di "manovrare" sul quorum farmacie/abitanti, che abbassandosi porterebbe automaticamente a un aumento dei nuovi esercizi. Per arrivare appunto alla faticosa soglia delle 5mila farmacie in più posta come spartiacque dal Governo.

Le modifiche, d'altra parte, non si fermano qui. Un altro capitolo importante è stato quello dei concorsi straordinari per la copertura delle nuove sedi **farmaceutiche**, riservati ai farmacisti non titolari e ai titolari di farmacie rurali sussidiate. Un altro capitolo spinoso, con i parafarmacisti che il testo del decreto penalizza pre-

vedendo per loro un punteggio più basso. Di qui la prima ipotesi di riservare loro una quota di nuove farmacie, che però è stato deciso di abbandonare: i parafarmacisti otterranno tuttavia un punteggio più alto, e meno penalizzante (se mai loro basterà), rispetto a quelle inizialmente previsto dal decreto legge.

Mentre alle parafarmacie, rimaste all'asciutto col decreto di dicembre per la mancata e piena liberalizzazione della vendita anche extra farmacia dei **farmaci C** con obbligo di ricetta, l'intesa finale prevede di concedere qualcosa in più su cui far concorrenza alle farmacie: la vendita dei **farmaci veterinari** e anche dei preparati galenici senza ricetta, ma garantendo i necessari requisiti tecnici e gabinetti d'analisi ad hoc. Sempre nel testo dell'intesa tra i partiti e in discussione fino all'ultimo nella notte, ecco infine l'apertura sponsorizzata dall'Udc per il via libera alle confezioni monodose di **farmaci**: dovranno però essere sigillate singolarmente ed essere distribuite nella quantità indicata sulla ricetta medica per i giorni di cura giudicati necessari per l'assistito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il contenzioso. Ordine di somministrazione alla Asl di Bari

Giudice prescrive la cura «Di Bella»

■ «È una vicenda che si è già definita. Non credo di dover fare alcun commento». Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, è lapidario sulla **cura Di Bella**, tornata alla ribalta grazie a un giudice di Bari che ha accolto il ricorso di un malato di tumore.

Il magistrato Maria Procoli, della sezione lavoro del tribunale del capoluogo pugliese, ha ordinato all'Asl di Bari l'erogazione immediata e gratuita della terapia a base di somatostatina inventata dal professor Luigi Di Bella (il "dottor speranza", come lo soprannominò NewsWeek), morto nel 2003. Ma il direttore generale dell'Asl ha subito dato mandato ai legali di opporsi alla decisione, l'ultima di una lunga serie: la sperimentazione della multiterapia era stata avviata nel 1998 proprio sull'onda del clamore suscitato da un'ordinanza del pretore di Maglie. Ma dopo il fallimento dello studio il vento è cambiato: anche la Cassazione, da ultimo con le sentenze 23671 e 24569 del 2011, ha negato l'erogabilità della cura a carico del Ssn.

A fare fede, sostiene la Suprema Corte, sono i pareri degli organi tecnico-scientifici, ormai compatti. «Non bisogna riaccendere false speranze», dicono gli oncologi **Aiom**. Il "de profundis" è stato intonato a fine 2005 dal Consiglio superiore di sanità: in una lettera all'allora ministro Francesco Storace gli esperti sostenevano di «non avere elementi che dimostrino l'efficacia della multiterapia Di Bella» e sconsigliavano una nuova sperimentazione. La ragione? «Potrebbe essere non solo inefficace ma anche nociva per i pazienti, negando a essi (o procrastinando) l'accesso a farmaci neoplastici di dimostrata efficacia».

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SE IL GIUDICE ORDINA LA CURA DI BELLA E MANCANO I SOLDI PER TERAPIE EFFICACI



Ci risiamo. Alla fine degli anni Novanta Carlo Madaro, pretore a Maglie, in Puglia, aveva emanato un'ordinanza che imponeva all'Asl salentina di somministrare la cura Di Bella (una politerapia anti-cancro inventata dal modenese Luigi Di Bella) a un giovane paziente. E aveva dato il la a un dibattito sul diritto alle cure (anche non «certificate» dalla ricerca scientifica) e alla loro rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale (Ssn). In questi giorni un altro giudice di Bari, Maria Procoli, ha riaperto la questione, su ricorso di un malato di tumore, e ha ordinato all'Asl di fornire i farmaci al paziente gratuitamente, cioè a carico del Ssn.

Si pongono adesso due problemi, uno vecchio e uno nuovo. Quello vecchio è: i giudici possono trasformarsi in medici e prescrivere una terapia? Il buon senso e le regole della medicina scientifica dicono di no. Oggi si somministra una terapia quando gli studi scientifici dicono che può avere un effetto benefico, per esempio, in termini di aumento della sopravvivenza. Queste prove non sembrano esistere per la cura Di Bella.

L'altro problema, nuovo, è quello delle

risorse economiche. Oggi le terapie anti-cancro sono sempre più costose. I nuovi farmaci «personalizzati», capaci cioè di aggredire particolari tumori a seconda della loro carta di identità genetica, hanno costi esorbitanti. E i sistemi sanitari dei Paesi occidentali stanno facendo due più due. Oggi, tanto per fare un esempio, un farmaco anti-melanoma, efficace nell'aumentare la vita dei pazienti, secondo la letteratura scientifica, rischia di non essere disponibile perché costa troppo.

E allora. Dobbiamo sacrificare questo tipo di farmaci a favore di una terapia Di Bella che non ha conferme scientifiche? Dove dobbiamo «allocare» (brutto termine tecnico) le risorse?

Certo, l'ideale sarebbe dare tutto a tutti (anche quando l'effetto è placebo, cioè determinato dalla suggestione, perché il benessere di una persona può dipendere anche da cure alternative). Ma oggi come oggi i sistemi sanitari devono basarsi su criteri oggettivi per la dispensabilità delle cure e per la rimborsabilità. Perché non si può più dare tutto a tutti.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per i farmacisti arrivano turni e orari liberi

di GIUSY FRANZESE

ROMA - Ce ne saranno di più. Non quante ne avrebbe voluto il governo, ovvero una farmacia ogni tremila abitanti. Così giusto per tentare di avvicinarci a Paesi come la Spagna che ne ha una ogni duemila abitanti, o la vicina Francia dove il rapporto è una farmacia ogni 2.800 abitanti. Alla fine Monti dovrà accontentarsi di un quorum diverso (attualmente è una farmacia ogni 4-5.000 abitanti a seconda della grandezza del centro), ma in ogni caso, anche se la battaglia è stata vinta solo a metà, entro due anni in Italia ci saranno più farmacie a presidiare il territorio. Per i cittadini è un vantaggio, ma non è certamente l'unico che il vento delle liberalizzazioni porterà nel settore. Il provvedimento, infatti, prevede anche turni e orari liberi, sconti, ricette con l'indicazio-

ne anche del generico equivalente, possibilità per i neolaureati di associarsi per concorrere con maggior punteggio alla gestione di una delle nuove farmacie che andranno a concorso.

Ed ecco che presto - se per caso vi dovesse servire urgentemente un farmaco in orario notturno - potrebbe non essere più necessario consultare come dei forsennati i vari siti web o addirittura girare per la città e i comuni limitrofi alla ricerca della farmacia aperta: il provvedimento stabilisce che c'è la possibilità di tenere aperte le farmacie «anche oltre gli orari ed i turni di apertura». Naturalmente non è detto che ci sia la corsa da parte dei farmacisti a stare aperti di notte. Ma almeno adesso la possibilità esiste.

Concorrenza vuol dire anche sconti: da quando è entrato in vigore il decreto le farma-

cie possono praticarli sui medicinali pagati direttamente dai cittadini. Quelli di fascia C (a carico del cittadino ma con obbligo di ricetta) in ogni caso continueremo a trovarli solo nelle farmacie. Per compensare i parafarmacisti di questa decisione, a loro dovrebbe essere riservata una quota delle nuove farmacie messe a concorso.

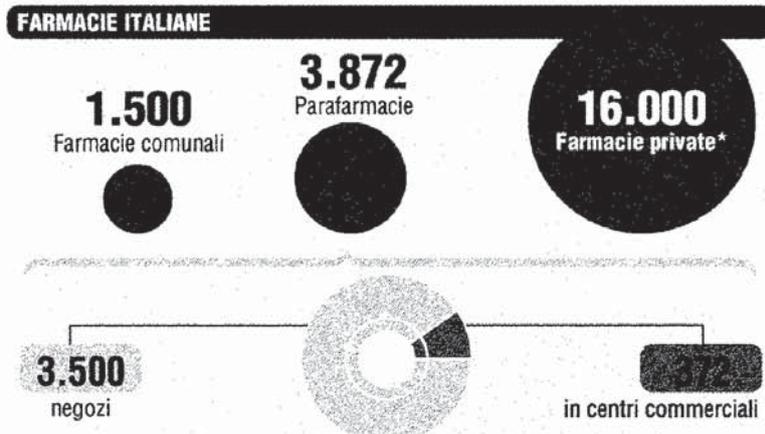
Per dare qualche chance ai giovani neolaureati di conquistare una fetta delle nuove farmacie, è stabilita la possibilità di concorrere per la gestione associata. In questo modo i giovani in possesso dei requisiti di legge possono sommare i titoli posseduti. In tale caso la titolarità della sede farmaceutica assegnata è condizionata

nel tempo alla sua gestione associata da parte degli stessi vincitori su basi paritarie, fatta salva i casi di morte prematura di uno dei soci o sopravvenuta incapacità.

Infine, viene ridotto da due anni a sei mesi il tempo concesso agli eredi del farmacista titolare o socio di società titolare di farmacia per vendere, rispettivamente, la farmacia o la quota di partecipazione alla società. La norma ha lo scopo di abbreviare il periodo in cui una farmacia privata può appartenere a persone prive dei requisiti professionali, in deroga alla disciplina generale.

Più facile vincere i concorsi per i neolaureati che si associano

La situazione



RAPPORTO NEGOZI/ABITANTI



* ottenute da concorso e poi diventate di proprietà del farmacista

ANSA-CENTIMETRI



MARIO
CALABRESI

LETTERE AL DIRETTORE

Sanità italiana, basta un caso
e si scorda quello che funziona

Gentile Direttore, dopo la bufera proporrei di ragionare con maggior serenità sullo «scandalo Pronto Soccorso». Bisogna infatti fare attenzione a non buttare via il bambino con l'acqua sporca. Difetti nel sistema ce ne sono, e occorre intervenire per correggerli. Le polemiche e il caricare di colpe l'una o l'altra categoria professionale sono però controproducenti. Le storture paradossalmente emergono perché il nostro è un Servizio Sanitario tra i più efficienti del mondo.

La domanda di prestazioni è molto alta perché alta e qualificata è l'offerta che il Servizio è in grado di offrire. Anzi uno dei problemi che va affrontato è proprio quello di una richiesta di prestazioni sanitarie esagerata, che impedisce a chi ha un reale bisogno di trovare la strada sgombra per ottenere nei tempi e modi più adeguati ciò di cui necessita. In questo senso i cittadini stessi sono vittime di martellanti spinte al consumo da parte di chi investe, anche legittimamente, in sanità. Questo però è un settore che non può rispondere alle stesse regole di mercato di altri, perché dedicato a tutelare un bene primario, quello della salute, che deve essere anteposto a tutto, in particolare a interessi personali, di azienda, politici ed economici.

Nella bufera è stato trascinato anche il medico di famiglia descritto come un professionista dai lauti guadagni in cambio di uno scarso impegno lavorativo. La tesi avanzata, in fondo, è quella già sentita in passato e infondata, e cioè che se il medico di famiglia lavorasse di più i cittadini non si recherebbero a intasare il Pronto Soccorso. I presunti lauti guadagni sono in realtà ricavi pesantemente ridimensionati dagli altissimi costi di produzione del nostro lavoro: studio, personale, auto, imposte. Anzi il costante aumento del costo della vita e dei fattori di produzione, in concomitanza con il blocco dei contratti, rende i compensi che percepisce inadeguati. Il numero di visite eseguite dai medici di famiglia, in una città come Torino,

è valutabile in circa 15000 al giorno, almeno 300000 al mese, senza contare i contatti telefonici, le visite domiciliari, gli accessi in studio per semplici atti prescrittivi. E i cittadini lo sanno bene. La Assistenza domiciliare integrata (ADI) e quella programmata (ADP) consentono di curare a domicilio moltissime persone con patologie gravi e invalidanti. Le associazioni di medici di famiglia consentono di tenere aperti molti studi anche per otto e più ore al giorno. E sono tutte realtà già consolidate.

Ho letto persino una accusa ai medici del territorio di inviare i pazienti in Pronto Soccorso per abbreviare i tempi per ottenere gli esami: invece i Colleghi ospedalieri sanno bene che la maggior parte degli accessi in Pronto Soccorso dipendono da scelte spontanee da parte dei cittadini. Gli invii dei medici sono per lo più appropriati e corrispondono ad un utilizzo corretto del servizio.

ALDO MOZZONE MEDICO DI FAMIGLIA

Ho pubblicato questa lunga lettera perché spesso ci dimentichiamo tutto quello che funziona, perché viviamo in un Paese in cui non ci si rende più conto dell'importanza e del valore di un'assistenza sanitaria universale e perché la denuncia dei malfunzionamenti non può cancellare tutto il resto.

Anche questa storia degli scandali al Pronto Soccorso mostra come in Italia ci sia bisogno di più senso di responsabilità: sia da parte di chi lavora nella sanità, sia da parte dei cittadini che non possono intasare gli ospedali quando non hanno un'urgenza.

Ma anche da parte del mondo dell'informazione che deve sempre tener presente i contesti e non può trasformare pochi casi nella norma: vi ricordate quando poco più di un anno fa venne fuori la sindrome: «È pericoloso partorire in Italia»? Allora andai a cercare il tasso di mortalità infantile del 1950: per 908.620 nati vivi, nel primo anno morivano per complicazioni 58mila bambini, cioè 63 bambini su mille. Nel 1970 erano quasi dimezzati e nel 2008 sono stati 1.896 e cioè 3,3 su mille. Siamo, con la Francia, il Paese più sicuro al mondo dove mettere al mondo un figlio, col tasso di mortalità più basso. Il punto è che erano bastati quattro casi per generare una sorta di delirio collettivo, perché nessuno si era preoccupato di spiegare i numeri. Un errore da non ripetere.

www.lastampa.it/lettere

