

FECONDAZIONE
 COSA DIVIDE
 L'ITALIA
 DALL'EUROPA

VLADIMIRO ZAGREBELSKY
 A PAGINA 33

FECONDAZIONE, COSA DIVIDE L'ITALIA DALL'EUROPA

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Il sintetico comunicato stampa con cui la Corte costituzionale ha dato notizia della restituzione degli atti ai giudici che hanno sollevato questione di costituzionalità del divieto di fecondazione assistita di tipo eterologo (con gameti di persona estranea alla coppia), intendeva certo corrispondere all'attesa ansiosa dei molti che sono oggetto di quel divieto e che speravano che esso fosse levato. Accanto a costoro, ma con speranza opposta, stavano gli altri, che ritengono fondamentale mantenere in Italia quel divieto. E le dichiarazioni rese dagli uni e dagli altri, oltre che le posizioni espresse dai commentatori, hanno spesso riempito di contenuti opposti quelle poche righe di comunicato, interpretando la decisione della Corte alla luce delle proprie speranze.

Ma a ben vedere la decisione interlocutoria della Corte è affatto neutra e non lancia segnali circa il suo orientamento sul merito della questione. Ed è persino possibile che un orientamento non si sia ancora formato e maturi solo quando le eccezioni di costituzionalità della legge 40 del 2004 verranno riproposte e riprese in esame. L'unica cosa che si può ora dire è che la Corte non ha deciso. Si può aggiungere che avrebbe potuto farlo, in un senso o nell'altro, ma non è contrario alla prassi il fatto di restituire gli atti ai giudici remittenti quando nel frattempo si sia verificato un fatto nuovo e potenzialmente rilevante.

Nel caso specifico il fatto nuovo è formalmente di grande rilievo. Tutti i giudici che avevano posto alla Corte costituzionale il quesito di costituzionalità del divieto di quel particolare tipo di fecondazione medicalmente assistita, si erano riferiti anche al tenore di una sentenza della Corte euro-

pea dei diritti dell'uomo, richiamandola a sostegno della tesi della incostituzionalità. Ma la sentenza citata non era ancora divenuta definitiva e nel frattempo è stata riformata dalla Grande Camera della Corte. Venuto meno il punto d'appoggio di uno degli argomenti sviluppati dai giudici remittenti, si può comprendere che la Corte costituzionale attenda la riconsiderazione del quadro di riferimento per pronunciarsi sul fondamento delle eccezioni di costituzionalità.

Il fatto nuovo è però solo formalmente rilevante. Nella sostanza invece credo che lo sia ben poco. Le due sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo riguardano la condizione di due coppie che, secondo la legge austriaca, non possono ricorrere in patria all'inseminazione eterologa, unico modo per esse di procreare. La legge austriaca applicata a quei ricorrenti non è identica a quella italiana, che prevede un generale divieto di fecondazione eterologa. Non solo, ma la differenza di valutazione che ha portato la Corte europea prima a pronunciarsi nel senso che il divieto ledeva il diritto dei ricorrenti al rispetto della loro vita privata e familiare e poi, con la successiva sentenza definitiva, a negare invece che l'Austria avesse violato quel diritto, riguarda il cosiddetto «margine di apprezzamento nazionale» nella protezione dei diritti fondamentali della persona. Un margine che la prima sentenza aveva ritenuto oltrepassato nel caso concreto e che invece la Grande Camera ha giudicato compatibile con il sistema della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Le particolarità dei diversi casi concreti sono quindi di speciale importanza.

Naturalmente la questione del margine di discrezionalità lasciato ai singoli Stati nella scelta delle modali-

tà di protezione dei diritti e delle libertà che essi hanno «riconosciuto» ratificando la Convenzione europea, è tutt'altro che irrilevante. Per un suo allargamento anzi premono gli Stati per svincolarsi quanto più possibile dal controllo che in sede europea svolge la Corte. Ma ciò che in proposito ha detto la Corte europea nel caso austriaco, non può avere meccanica trasposizione nella situazione italiana. Toccherà invece alla Corte costituzionale valutare se, con riferimento alle norme costituzionali italiane, il complessivo sistema della legge n.40, con i valori e le esigenze che essa esprime, sia equilibrato e proporzionato nella limitazione del diritto individuale al rispetto delle scelte di vita privata e familiare che si proiettano nelle scelte procreative (quanto alle restrizioni possibili la Convenzione europea richiede che esse siano «necessarie di una società democratica»).

Ciò che invece vincola la Corte costituzionale è il principio di diritto affermato dalla Corte europea, quando ha detto che rientrano nell'ambito della vita privata e familiare protetta dalla Convenzione le decisioni di diventare o non diventare genitori. Si tratta di affermazione che la Corte ha fatto nella prima, come nella seconda e definitiva sua sentenza nel caso austriaco (richiamando anche suoi precedenti in casi relativi all'Irlanda e al Regno Unito). Nello stesso senso si era pronunciata la Corte costituzionale austriaca e il principio non era stato negato dal governo austriaco nello svolgimento della procedura davanti alla Corte europea. E' difficile immaginare che la Corte costituzionale italiana vada in altra e contraria direzione su questo punto.

Dunque la Corte costituzionale esaminerà la questione del divieto

imposto dalla legge italiana in rapporto ai diritti fondamentali riconosciuti dalla Costituzione e anche in relazione alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Quest'ultima - ha già detto la Corte costituzionale - va intesa «come interpretata dalla Corte europea». E a questo proposito - se non altro per non esporre l'Italia al rischio di una sentenza di violazione della Corte europea - la Corte costituzionale terrà certo conto dei criteri seguiti in sede europea nella gestione del difficile criterio del margine di apprezzamento nazionale. Nel definire i limiti della discrezionalità nazionale, la Corte europea fa sempre riferimento al «consenso europeo», per come esso emerge dalle legislazioni e dalle prassi dei quarantasette Paesi del Consiglio d'Europa. Più chiaro l'orientamento europeo, più ristretto l'ambito della discrezio-

nalità dei singoli Stati nel separarsene, e viceversa. Non solo, ma la Corte europea sottolinea sempre che la sua giurisprudenza è evolutiva e cerca di seguire le dinamiche culturali e sociali che emergono dagli Stati europei. Nel caso austriaco la Corte europea, invitando gli Stati europei a un costante aggiornamento, ha riconosciuto che è evidente una tendenza europea nel senso di autorizzare pratiche di fecondazione eterologa. Un orientamento che non è smentito da differenze riguardo ai limiti alla possibilità di conoscere l'identità del donatore e talora alla diversa considerazione della donazione di sperma maschile o di ovuli femminili. Oggi un divieto come quello posto dalla legge italiana è presente solo in Lituania e Turchia. In questo quadro europeo dovrebbero essere molto forti le esigenze nazionali italiane, per separar-

si dall'orientamento che assolutamente prevale in Europa. Tanto più che quel tipo di fecondazione è facilmente disponibile in tanti Paesi a noi vicini e quindi utilizzabile, sol che se ne abbiano le possibilità economiche e pratiche. Il divieto, che si giustificerebbe per la «non naturalità» del procedimento e per l'inusuale rapporto che si instaurerebbe tra il nato e coloro che hanno contribuito a generarlo, resta quindi sterile questione di principio. Essa è imposta da chi la condivide a coppie che già soffrono della infertilità e che vorrebbero realizzare il loro legittimo desiderio di divenir genitori usufruendo, come è garantito dal Patto internazionale dei diritti economici e sociali delle Nazioni Unite, della possibilità di «godere dei benefici del progresso scientifico e delle sue applicazioni».



GLI ESPERTI DI GENTE



ALLARME AIDS IN ITALIA I GIOVANI IN PERICOLO

Nel nostro Paese avvengono in media undici contagi al giorno. I più a rischio sono i ragazzi, che sottovalutano i reali danni del virus

Di Aids si sente parlare molto meno di quanto non avvenisse in passato. Questo calo di attenzione nei confronti del problema, però, non significa affatto che esso sia stato superato, né tantomeno che il diffondersi della malattia non rappresenti più un pericolo concreto. È facile pensare, anzi, che la minore risonanza data all'argomento abbia fatto abbassare il livello di guardia e causato un incremento nel propagarsi del virus. D'altronde i numeri presentati nel corso di un recente convegno, tenutosi a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, illustrano chiaramente una situazione tutt'altro che rassicurante: in Italia avvengono in media undici contagi al giorno, per un totale di circa 4mila

nuove infezioni ogni anno. Sono sempre più frequenti i casi di trasmissione attraverso rapporti sessuali non protetti, sia etero che omosessuali.

RAPPORTI SEMPRE PROTETTI

La questione è resa ancora più complessa dal fatto che un sieropositivo su quattro non sa di esserlo e può, dunque, infettare inconsapevolmente altre persone. A rischio sono soprattutto i giovani, che fanno sesso sempre più presto, cambiano partner con facilità e senza precauzioni. Non essere stati sottoposti a una campagna informativa e preventiva contro l'Aids, simile a quella che aveva preso forma ai tempi dell'insorgenza dell'epidemia, li ha resi incauti. Molti di essi, infatti,

LA SESSUOLOGA



ALESSANDRA BIOLCATI
Psicologa, psicoterapeuta
e sessuologa clinica

DEVO AMARLO DI PIÙ?

DOPO NUMEROSE AVVENTURE, STO VIVENDO LA MIA PRIMA RELAZIONE SERIA. AMO, RICAMBIATA, IL MIO COMPAGNO E DAL PUNTO DI VISTA SESSUALE MI SENTO APPAGATA. ANCHE LUI SI DICHIARA SODDISFATTO, MA IO HO LA SENSAZIONE CHE A LETTO POTREI DARGLI QUALCOSA DI PIÙ, PROCURARGLI MAGGIORE PIACERE.

Liliana, Macerata

È talmente grata al suo uomo per ciò che le sta facendo vivere che le sembra di dovergli continuamente dimostrare il suo amore e la sua riconoscenza con "effetti speciali". Invece io credo che per lui, proprio come per lei, il piacere derivi dal fatto di stare bene insieme, dal sentimento che vi lega: questo a letto funziona meglio di qualsiasi performance eclatante.

pur sapendo che l'Hiv si contrae per via sessuale e che l'unico modo per proteggersi è il profilattico, non considerano la malattia un vero pericolo e non credono di doversi davvero tutelare. Dimenticando, purtroppo, che se il virus fa meno notizia non per questo fa meno danni. È necessario sensibilizzare quanto più possibile i ragazzi sulla reale portata del fenomeno.

SE VOLETE CONTATTARE IL NOSTRO ESPERTO
Gente-La Sessuologa, viale Sarca 235, 20126 Milano o rubriche.sessuologa@hearst.it

IL SESSO È MIGLIORE QUANDO LUI AIUTA IN CASA

Uomini, volete un valido motivo per aiutare la vostra compagna nelle faccende domestiche? Ve lo fornisce Joshua Coleman, psicologo dell'Università Riverside della California. Secondo il ricercatore americano, infatti, la

condivisione delle attività di casa ha un effetto benefico sull'armonia di coppia e, di conseguenza, sulla vita sessuale. In particolare, quando lui collabora nella gestione dei gravosi compiti quotidiani lei è meno stanca, più rilassata e meglio disposta

verso il proprio uomo, anche sotto le lenzuola. Sempre a patto che entrambi i partner non si facciano prendere troppo la mano dalla ricerca dell'ordine perfetto e dalla pulizia impeccabile e, tra un lavoro e l'altro, si ritaglino del tempo per "svagarsi" insieme.



La mannaia di Bondi sulle forniture alla Sanità

Dossier da 1,5 miliardi

Il commissario: approvvigionamenti da rivedere

Retrosцена

ROBERTO GIOVANNINI
ROMA

Sulla carta Enrico Bondi, il commissario straordinario nominato dal governo per la razionalizzazione della spesa pubblica per acquisti di beni e servizi, parte già con un ritardo di qualche giorno rispetto al «cronoprogramma» stabilito dal decreto Monti sulla «spending review». Ma da Palazzo Chigi assicurano che questa settimana arriverà la sua prima relazione al Comitato interministeriale, che si attende contenga almeno i 4,2 miliardi necessari per evitare lo spauracchio del rincaro dell'Iva.

L'idea di fondo è che tutti i centri di spesa (ministeri, Regioni, Enti locali ed enti pubblici) debbano approvvigionarsi di ciò che è necessario per il loro funzionamento al miglior prezzo disponibile. Un'operazione che era già stata tentata a suo tempo attraverso l'istituzione della Consip, la centrale unica di acquisti, che però evidentemente non è sufficiente.

Il vero nodo, non è un segreto per nessuno, è quello della sanità, che rappresenta non solo la fetta più significativa (forse insieme alla Difesa e agli Interni) della spesa per acquisti pubblici. Ma è anche l'area in cui maggiormente si addensano sprechi ed inefficienze.

È facile prevedere che la mannaia di Bondi calerà in modo pesante proprio sulla spesa sanitaria. Non è un caso che proprio martedì scorso nel corso della Conferenza Stato-Regioni il governo ha annunciato di rinviare il riparto dei 108 miliardi del Fon-

do Sanitario Nazionale tra le Regioni, che pure era all'ordine del giorno. Dietro le motivazioni tecniche con cui è stato giustificato il rinvio del riparto, hanno spiegato i presidenti delle Regioni, si nasconde proprio la volontà dell'Esecutivo di sforbicare la spesa per beni e servizi nella sanità di almeno 1,5 miliardi.

Come detto, in realtà Bondi ha già accumulato un certo ritardo rispetto alla tabella di marcia. Il decreto, infatti, prevedeva la presentazione del primo programma di lavoro entro 15 giorni dalla pubblicazione del provvedimento sulla Gazzetta Ufficiale, avvenuta il 7 maggio scorso. In ogni caso, a quanto dicono i bene informati l'ex amministratore straordinario di Parmalat in questi giorni ha avuto decine di incontri sia con i ministri che con personalità politiche, ed è stato visto molte volte in Parlamento.

Si è parlato di resistenze e proteste da parte di alcuni ministri del governo Monti; da Palazzo Chigi smentiscono. E affermano al contrario che - come prescritto dalla direttiva emanata a suo tempo dal premier (assolutamente inequivoca) - i titolari dei dicasteri coinvolti

dall'operazione tagli alla spesa hanno già fatto arrivare sul tavolo del settantottenne manager aretino diverse proposte di intervento sugli acquisti di beni e servizi. Magari

«prestazioni» mugugnando, ma i ministri sembrano star collaborando. Del resto, il decreto che stabilisce tempi e modalità della «spending review» (ora all'esame del Senato) prevede che entro fine mese i singoli dicasteri elaborino un proprio piano di tagli per dar modo al commissario di intervenire.

I tempi sono molto stretti: come spiegano fonti di governo, a disposizione ci sono poche settimane per poi tirare le somme ed emanare i provvedimenti necessari ad evitare il paventato incremento dell'Iva a partire da ottobre. In tutto bisogna reperire almeno 4,2 miliardi: «non sono in grado di dire - ha detto il presidente del Consiglio sabato - che non porteremo l'Iva al 23 per cento ad ottobre. Lo abbiamo dovuto decidere per rendere credibile l'impegno ad azze-



rare il disavanzo nel 2013. Non vendo promesse. Anche se c'è ancora la speranza di evitare l'aumento». Sulla carta, le attese sulla revisione della spesa pubblica vanno ben oltre: molte le sollecitazioni a reperire più risorse, non solo per evitare l'aumento della pressione fiscale, ma anche per dare nuovo ossigeno all'economia favorendo la crescita.

Obiettivo ambizioso, perché già sarebbe una mezza impresa riuscire ad evitare l'aumento dell'Iva, dicono gli addetti ai lavori. Bondi è l'ultimo di una lunga lista di persone che hanno tentato di mettere le mani nelle risorse spese (sprecate, dicono molti) per gli acquisti di beni e servizi della pubblica amministrazione.

Venti anni di sforzi hanno prodotto risultati anche paradossali, con uffici pubblici dove i bagni non hanno carta igienica, commissariati dove le denunce vengono raccolte sul retro dei fogli già utilizzati, amministrazioni dove non si accende quasi più il riscaldamento. Intanto, altrove, montagne di soldi vengono gettati al vento per ristrutturazioni delle stanze dirigenziali, assunzioni di costosissimi «consulenti» e mille altri sprechi.



(C) Il Messaggero S.p.A. | D: 00188264 | IP: 03.53.249.125

Dai primi interventi
i 4,2 miliardi necessari
a evitare l'aumento Iva



TAGLI

Saranno poi trovate
con la legge di stabilità
le risorse per il 2013

Sanità, enti e ministeri parte la cura dimagrante

Più poteri alla Consip per uniformare i costi di beni e servizi

di LUCA CIFONI

ROMA – I primi interventi della spending review assomiglieranno un po' ai vecchi e deprecati tagli lineari: per il 2012 saranno fissati dei livelli di spesa, in particolare per la sanità e i ministeri, ai quali poi le amministrazioni interessate dovranno far seguire le conseguenti scelte concrete. Difficile fare diversamente, vista l'urgenza di assicurare intanto, in tempi rapidi, i 4,2 miliardi necessari a scongiurare l'aumento dell'Iva, che in base alla legge vigente, dovrebbe scattare dal primo ottobre.

Il governo conferma dunque la strategia in due tempi: subito le risorse necessarie per il 2012, mentre i restanti 10-12 miliardi relativi al gettito Iva del prossimo anno saranno individuati in autunno con la legge di stabilità. In quella sede - e ancora di più in vista del 2014 - sarà probabilmente possibile affinare un po' il lavoro, passando dai soli risparmi classificati dal ministro Giarda di tipo A e C (ossia relativi alla riduzione degli sprechi e la ridefinizione dei confini dell'intervento pubblico) a quelli di tipo B e D (riorganizzazione delle attività e revisione del perimetro del settore pubblico).

Per ora quindi si punta sulla ricognizione di Bondi, concentrata sugli acquisti di beni e servizi, e sui piani elaborati dai vari ministeri. La prima relazione del commissario straordinario dovrebbe arrivare in tempi rapidi: questa setti-

mana, ma forse già oggi o domani. Tecnicamente, come previsto dal decreto di nomina, si tratterà di un cronoprogramma, presentato al comitato interministeriale di cui fanno parte anche il ministro della Pubblica Amministrazione Patroni Griffi e Vittorio Grilli, vice ministro dell'Economia.

Le grandi linee del lavoro di Bondi sono fissate nello stesso decreto, che rafforza il ruolo della società pubblica Consip quale punto di riferimento per i prezzi pagati dalle varie amministrazioni per l'acquisto di beni e servizi. È previsto in particolare che queste debbano applicare «parametri prezzo-qualità migliorativi» rispetto a quelli indicati nei bandi Consip. Insomma un macchinario per la Tac o un contratto di pulizie dovrebbero avere tendenzialmente prezzi simili in tutta Italia, e possibilmente i più bassi, a parità di altre condizioni: cosa che attualmente non avviene.

Una grossa parte dell'intervento, almeno un terzo (dunque qualcosa come 1,3-1,5 miliardi) dovrà venire dalla sanità. Non è sorprendente: nella relazione del ministro Giarda

presentata a fine aprile questa voce rappresenta il 33,1 per cento dei 295 miliardi di spesa potenzialmente aggredibili. Somma che poi si riduce al 30 per cento, poco meno di un centinaio (quelli di cui ha parlato il ministro ieri), se si considerano solo le possibilità di risparmio immediato.

Che il governo intendesse andare in questa direzione era risultato chiaro quando è stato bloccato il riparto del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni. Tecnicamente era quasi un atto dovuto, visto che i governatori si erano già messi d'accordo fra loro su come dividere i 106,9 miliardi assegnati quest'anno dallo Stato; l'ammontare del Fsn e le eventuali riduzioni vengono definiti in anticipo, stavolta invece si taglierà in corso d'anno, con la necessità di redistribuire poi il sacrificio a livello locale.

Gli interessati ovviamente non sono d'accordo: le Regioni hanno annunciato l'intenzione di interrompere i rapporti con il governo. I risparmi comunque non riguarderanno il capitolo dei farmaci, ma quello degli altri acquisti di beni e servizi: settore che nella sanità è molto ampio e variegato visto che si va da prodotti quali una garza o una siringa ai più sofisticati macchinari di analisi.

Nel comparto ministeri la sforbiciata potrebbe toccare anche qualche spesa sensibile per l'opinione pubblica, come ad esempio quella relativa alle auto blu. Ma il lavoro più serio, per il quale serviranno probabilmente tempi più lunghi, è quello relativo alla razionaliz-

zazione degli uffici periferici dello Stato sul territorio. Tendenzialmente, le varie articolazioni delle amministrazioni

centrali (Inps, Inail, uffici del lavoro e così via) dovrebbero essere concentrate per quanto possibile in una sola struttura

a livello provinciale. Ai notevoli risparmi per lo Stato (affitti, manutenzione, pulizia, ottimizzazione del personale) si

aggiungerebbero anche vantaggi per il cittadino che con un solo viaggio potrà seguire pratiche diverse.

La spesa pubblica "rivedibile"



	Stato	Altri Enti A.C.	Enti pubblici	Regioni	Province	Comuni	Sanità	Università, altri enti	Totale
● Retribuzioni lorde	61.8	2.6	2.2	4.5	1.9	12.8	28.3	7.8	122.1
● Consumi Intermedi	21.3	3.9	2.9	5.5	3.1	25.3	69	4.7	135.6
● Contributi alla Produzione	2.9	0.1	0	6.3	1.6	2.6	0	0.7	14.2
● Contr. Istit. Sociali	2	0	1	0.7	0.1	0.7	0	0.1	4.8
● Contr. Famiglie Correnti	1.9	0	1.2	0.5	0.3	1	0.1	1.5	6.5
● Contributi Imprese correnti	0.1	0.3	0.1	0.4	0	0.3	0	0.2	1.3
● Contributi Imprese c/capit.	5.2	0.4	0	1.6	0.2	0.9	0	0.3	8.6
● Contributi famiglie c/capit.	0.6	0	0	0.6	0	0.6	0	0.1	1.9
● Tot spesa Rivedibile	95.9	7.2	7.4	20.2	7.3	44.2	97.6	15.4	295.1
● % spesa rivedibile	32.5	2.4	2.5	6.8	2.5	15	33.1	5.2	100

Tabella elaborata dal Ministero rapporti con il Parlamento (le cifre sono espresse in miliardi di euro)

CENTIMETRI.IT



Spending review: prime rilevazioni sui prezzi di riferimento di dispositivi medici e farmaci ospedalieri

Nella sanità una giungla di costi

Sulle siringhe differenze di prezzo del 135%, sulle protesi fino a 12 volte

■ Per una stessa siringa una Asl può arrivare a spendere il 135% in più di quella vicina. Per una protesi al ginocchio la differenza tra prezzo minimo e

massimo pagato sfiora le 12 volte. Sono i primi risultati della rilevazione dei prezzi minimi e massimi delle gare nella sanità, compiuta dall'Autorità di

vigilanza sui contratti pubblici.

Turno e Uva ▶ pagina 9

Spending review LA SANITÀ

I primi dati del monitoraggio

Per una protesi all'anca da 284 a 2.575 euro
Scostamenti più contenuti per i medicinali

I servizi

Da luglio sarà disponibile online
anche il costo medio dei pasti ospedalieri

Garze, siringhe, farmaci: prezzi in libertà

Nei valori rilevati dall'Autorità sui contratti pubblici differenze territoriali fino al 1.200 per cento

Valeria Uva

■ Una siringa per insulina può costare tre centesimi ma c'è anche chi, Asl o ospedale, senza badare a spese è arrivato a sborsare 65 centesimi a pezzo. Gli inserti in ceramica per le protesi alle anche oscillano dai 284 euro fino all'astronomica cifra di 2.575 euro a pezzo, con uno scarto dell'800 per cento. E che dire degli inserti tibiali utilizzati per restituire mobilità al ginocchio? Qui la differenza è abissale: c'è chi li ha acquistati a 199 euro e chi è stato disposto a pagarli 12 volte tanto, 2.479 euro per l'esattezza.

Sono i primi dati sui prezzi di acquisto di farmaci e dispositivi medici della rilevazione che sta facendo l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici e che il Sole 24 Ore del lunedì è in grado di anticipare. Quello che emerge, in prima battuta, è che nelle forniture sanitarie la giungla dei prezzi sul territorio è molto fitta.

Le tabelle pubblicate qui a destra sono solo un "assaggio" del lavoro dettagliato che l'Autorità, guidata da Sergio Santoro, sta svolgendo. L'obiettivo è arrivare in tempo con la scadenza fissata

dalla legge: dal primo luglio prossimo l'Authority deve fornire online i prezzi di riferimento per alcuni farmaci, apparecchiature mediche e persino per i servizi ospedalieri. Lo prevede una delle ultime manovre Tremonti (il Dl 98/2011, articolo 17) che aveva iniziato a tracciare un percorso di monitoraggio della spesa pubblica sanitaria. L'Autorità, insieme con l'Agenas (l'agenzia nazionale sanitaria per i servizi regionali) ha elaborato una serie di schede statistiche per la rilevazione a campione, prendendo come riferimento le gare aggiudicate nel 2010-2011.

E oggi sono arrivati i primi dati sui prezzi minimi, medi e massimi. Che dimostrano appunto quanta strada ci sia ancora da fare per arrivare a parametri standard o quantomeno non così disallineati sugli acquisti sanitari. «Vogliamo fornire in questo modo - spiega il presidente Sergio Santoro - uno strumento di analisi utile per una eventuale revisione dei processi di spesa». Un'arma in più, in pratica, per il neo-commissario agli acquisti, Enrico Bondi. Nessuna informazio-

ne, invece, sarà resa pubblica sulle amministrazioni analizzate («La legge non lo prevede» spiegano dall'Autorità): impossibile quindi capire, almeno per i cittadini contribuenti, dove sul territorio si annidano gli sprechi.

La rilevazione è quantitativa: misura cioè il prezzo unitario di un bene, non la qualità (anche se una certa uniformità è garantita dalle specifiche tecniche molto dettagliate). E bisogna tener conto che i prezzi sono molto influenzati dalla quantità di stock richiesto e dalla durata del contratto. Cosa che non può emergere in questa circostanza. «Ma la nostra analisi serve anche a questo - spiegano dall'Osservatorio studi e mercati dell'Authority - a far emergere le differenze di prezzo, per spingere le amministrazioni a centralizzare gli acquisti».

Per quanto riguarda i farmaci, alcuni hanno un prezzo imposto dall'Agenzia del farmaco e quindi non si riscontrano differenze. Ma per altri il divario è grande. Il record va alla «Epoetina alfa», utilizzata per combattere gli effetti collaterali della chemioterapia, che raggiunge un'oscillazione del 365 per cento.

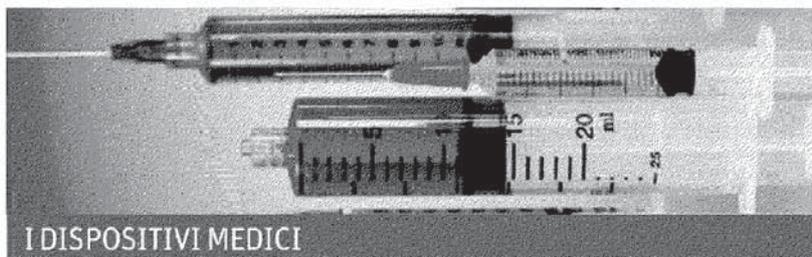
La lista completa sarà disponibile da luglio e comprende circa 200 farmaci e altrettanti dispositivi. Ma soprattutto misura, per la

prima volta in modo così dettagliato, il costo di alcuni servizi chiave per gli ospedali. Sapremo, ad esempio, quanto vale un pasto

"low cost" e quanto invece uno "di lusso". A prescindere dalla "bontà" della cucina.

Le spese di Asl e ospedali

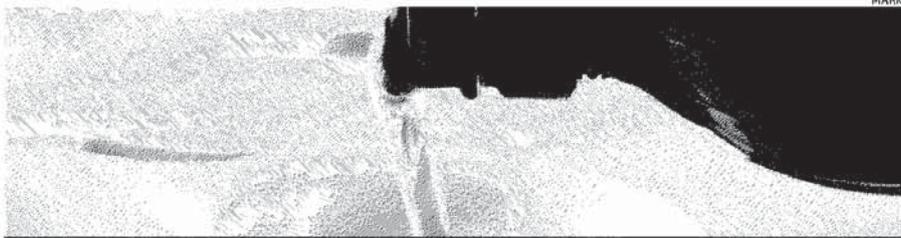
I prezzi minimi, medi e massimi di alcuni farmaci ospedalieri e di alcuni dispositivi medici rilevati attraverso le gare aggiudicate nel 2010-2011 (*)



Descrizione principio (specifiche tecniche)	Prezzi in euro			Diff. % Min/Max
	Min	Medio	Max	
Aghi ipodermici sterili monouso (G18 ÷ G 25)	0,009	0,013	0,025	177
Siringhe plastica sterili monouso con luer eccentrico con ago (ml 20)	0,05	0,082	0,118	135
Siringhe plastica sterili monouso per insulina 100UI/ml senza spazio morto con ago (ml 0,3)	0,03	0,045	0,065	116
Suturatrici lineari articolate monouso senza lama per chirurgia aperta (Linea di sutura: 55mm, altezza punto 3,5-4,8 mm)	188	320,504	520	176
Caricatori per suturatrici lineari per chirurgia aperta senza lama (lunghezza linea da 30 a 60 mm, altezza punto da mm 3,5 a 4,8)	75	100,92	170	126
Caricatori per suturatrici lineari per videochirurgia (lunghezza linea 35, altezza punto 2,5-3,5)	96,32	173,703	242,72	151
Garze in cotone tagliate non sterili senza filo radiopaco (Titolo 12/8 cm 10x10 in confezione da 1 Kg)	2,89	4,67	7,47	158
Garze in cotone tagliate non sterili senza filo radiopaco (Titolo 12/8 cm 20 x 20 in confezione da 1 Kg)	2,89	4,817	7,47	158
Medicazione sterile in idrocolloidi autoadesiva senza bordo (circa 20 x 20 cm)	1,82	2,473	3,07	68
Stent coronarici (nudi in acciaio inossidabile)	150	328,483	669,24	346
Inseriti per protesi di anca (in materiale ceramico)	284,2	620,542	2.575,00	806
Steli femorali per impianto primario non modulari anatomici (non cementati)	1.200,00	1.481,94	2.100,00	75
Teste femorali per protesi totali (in materiale ceramico)	220	409,652	1.100,00	400
Inseriti tibiali per impianto primario bicompartimentali (mobili)	199	557,033	2.479,00	1145
Inseriti tibiali per impianto primario bicompartimentali (fissi)	199	444,038	1.152,00	478

(*) Alcuni farmaci non presentano variazioni perché il prezzo è imposto dall'Aifa





I FARMACI

Descrizione principio (composizione e specifiche tecniche)	Prezzi in euro			Diff. % Min/Max
	Min	Medio	Max	
Antitrombina Iii Umana (1.000 Ui - Flacone)	145	266,844	330	127
Antitrombina Iii Umana (1.500 Ui - Flacone)	432	456	480	11
Antitrombina Iii Umana (500 Ui - Flacone)	78,37	148,686	290	270
Darbepoetina Alfa (20 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	23	28,368	39,15	70
Darbepoetina Alfa (30 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	34,5	42,088	58,72	70
Darbepoetina Alfa (300 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	345	395,51	460,27	33
Darbepoetina Alfa (40 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	46	56,394	78,3	70
Darbepoetina Alfa (50 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	57,5	71,693	97,88	70
Darbepoetina Alfa (500 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	575	659,184	767,12	33
Darbepoetina Alfa (80 Mcg - Fiala/Siringa/Penna)	92	111,59	148,8	61
Epoetina Alfa (1.000ui - Fiala/Siringa)	1,6	3,676	7,44	365
Epoetina Alfa (3.000ui - Fiala/Siringa)	5,16	11,465	21,6	318
Epoetina Alfa (40.000ui - Fiala/Siringa)	64	148,965	276,13	331
Epoetina Zeta (10.000ui - Fiala/Siringa)	19,3	30,48	46,9	143
Epoetina Zeta (1.000ui - Fiala/Siringa)	2,29	3,333	4,69	104
Albumina Umana Soluzione (20% 50ml - Flacone)	20,32	28,043	33,1	62
Albumina Umana Soluzione (20% 100ml - Flacone)	42,4	55,675	62	46
Albumina Umana Soluzione (5% 500ml - Flacone)	53	62	68	28
Albumina Umana Soluzione (5% 100ml - Flacone)	11,85	16,588	19	60
Alemtuzumab (30 Mg/MI 1ml - Fiale)	363,68	363,686	363,69	0
Bevacizumab (25 Mg/MI 16 MI - Fiale)	1.224,50	1.224,55	1.224,55	0
Cetuximab (2 Mg/MI 50 MI - Fiale)	179,598	179,6	179,6	0
Rituximab (100 Mg/10 MI - Fiale)	263,676	263,687	263,69	0
Lenograstim (263 Mcg - Fiala/Siringa)	45,99	63,085	79,38	72
Olanzapina (10 Mg - Fiale)	2,86	2,979	3,041	6

Fonte: Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture



Sulla salute nemmeno un euro va speso male

Spendere meno, spendendo meglio. Ovvero, pagare meno per avere lo stesso servizio. Chissà, magari per averlo migliore e per averne addirittura di più nel futuro. Il sacro fuoco della spending review, in fondo, è per il Governo un impegno con gli italiani, quelli almeno che pagano le tasse: eliminiamo sprechi, inefficienze, spese fatte con contratti sopra le righe. Per non dire allegrie talvolta truffaldini. Un principio sacrosanto, tanto più quando tocca un settore di spesa pubblica (108 miliardi nel 2012) che più di tutte sta a cuore alla gente: la salute. Dove ogni centesimo di spreco, di ruberie, di disservizi, significa un centesimo in meno di salute per tutti. Sommati, miliardi di centesimi, miliardi di cure negate a chi ne ha bisogno. Per questo, le differenze rilevate dall'Authority per i contratti pubblici nei prezzi d'acquisto per farmaci ospedalieri e dispositivi medici, devono far riflettere. Pagare dieci volte tanto, ma anche sei, quattro, o il doppio, per uno stesso prodotto, o nasconde la frode, o è frutto di (colpevole) incapacità ad amministrare. Ma chiarendo se il raffronto è tra appalti per identiche quantità di pezzi, se riguarda la manutenzione di un macchinario, se il prodotto è migliore e innovativo. Il raffronto va fatto insomma tra contratti identici. Così come sarebbe interessante sapere dove si spende peggio. Il che non significa che Stato e Regioni possono in ogni caso risparmiare. Spendendo meno, ma spendendo meglio.

**Roberto
Turno**

L'ANALISI



Risparmi, scure su Sanità e ministeri

Dall'assistenza dovrà arrivare almeno un terzo dei soldi previsti

Luca Cifoni

ROMA. I primi interventi della spending review assomiglieranno un po' ai vecchi e deprecati tagli lineari: per il 2012 saranno fissati dei livelli di spesa, in particolare per la sanità e i ministeri, ai quali poi le amministrazioni interessate dovranno far seguire le conseguenti scelte concrete. Difficile fare diversamente, vista l'urgenza di assicurare intanto, in tempi rapidi, i 4,2 miliardi necessari a scongiurare l'aumento dell'Iva, che in base alla legge vigente, dovrebbe scattare dal primo ottobre.

Il governo conferma dunque la strategia in due tempi: subito le risorse necessarie per il 2012, mentre i restanti 10-12 miliardi relativi al gettito Iva del prossimo anno saranno individuati in autunno con la legge di stabilità. In quella sede - e ancora di più in vista del 2014 - sarà probabilmente possibile affinare un po' il lavoro, passando dai soli risparmi classificati dal ministro Giarda di tipo A e C (ossia relativi alla riduzione degli sprechi e la ridefinizione dei confini dell'intervento pubblico) a quelli di tipo B e D (riorganizzazione delle attività e revisione del perimetro del settore pubblico).

Per ora quindi si punta sulla ricognizione di Bondi, concentrata sugli acquisti di beni e servizi, e sui piani elaborati dai vari ministeri. La prima relazione del commissario straordinario dovrebbe arrivare in tempi rapidi: questa settimana, ma forse già oggi o domani. Tec-

nicamente, come previsto dal decreto di nomina, si tratterà di un cronoprogramma, presentato al comitato interministeriale di cui fanno parte anche il ministro della Pubblica amministrazione Patroni Griffi e Vittorio Grilli, vice ministro dell'Economia.

Le grandi linee del lavoro di Bondi sono fissate nello stesso decreto, che rafforza il ruolo della società pubblica Consip quale punto di riferimento per i prezzi pagati dalle varie amministrazioni per l'acquisto di beni e servizi. È previsto in particolare che queste debbano applicare «parametri prezzo-qualità migliorativi» rispetto a quelli indicati nei bandi Consip. Insomma una macchina per la Tac o un contratto di pulizie dovrebbero avere tendenzialmente prezzi simili in tutta Italia, a parità di altre condizioni: cosa che attualmente non avviene.

Una grossa parte dell'intervento, almeno un terzo (dunque qualcosa come 1,3-1,5 miliardi) dovrà venire dalla sanità. Non è sorprendente: nella relazione del ministro Giarda presentata a fine aprile questa voce rappresenta il 33,1 per cento dei 295 miliardi di spesa potenzialmente aggredibili. Somma che poi si riduce al 30 per cento, poco meno di un centinaio (quelli di cui ha parlato il ministro ieri), se si considerano solo le possibilità di risparmio immediato.

Che il governo intendesse andare in questa direzione era risultato chiaro

quando è stato bloccato il riparto del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni. Tecnicamente era quasi un atto dovuto, visto che i governatori si erano già messi d'accordo fra loro su come dividere i 106,9 miliardi assegnati quest'anno dallo Stato; l'ammontare del Fsn e le eventuali riduzioni vengono definiti in anticipo, stavolta invece si taglierà in corso d'anno, con la necessità di ridistribuire poi il sacrificio a livello locale.

Gli interessati ovviamente non sono d'accordo: le Regioni hanno annunciato l'intenzione di interrompere i rapporti con il governo. I risparmi comunque non riguarderanno il capitolo dei farmaci, ma quello degli altri acquisti di beni e servizi: settore che nella sanità è molto ampio e variegato visto che si va da prodotti quali una garza o una siringa ai più sofisticati macchinari di analisi.

Nel comparto ministeri la sforbiciata potrebbe toccare anche qualche spesa sensibile per l'opinione pubblica, come ad esempio quella relativa alle auto blu. Ma il lavoro più serio, è quello relativo alla razionalizzazione degli uffici periferici dello Stato sul territorio. Tendenzialmente, le varie articolazioni delle amministrazioni centrali (Inps, Inail, uffici del lavoro e così via) dovrebbero essere concentrate per quanto possibile in una sola struttura a livello provinciale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le corsie Il reparto di un'ospedale: sull'assistenza pubblica si prevedono nuovi tagli

La burocrazia
Sforbiciata sui fondi per la gestione e una diversa organizzazione degli uffici periferici



► *L'Italia è ancora indietro*

Terapia del dolore Poche strutture

RANIERO NANNI

Roma

L'Italia è ancora indietro per la terapia del dolore. A due anni dall'entrata in vigore della legge 38 del 2010, rimangono poche le strutture dedicate ed è addirittura diminuito il numero di quelle più specializzate, in grado di diagnosticare e trattare tutte le forme di dolore. Il dolore cronico, poi, non sempre viene diagnosticato rapidamente, a volte anche dopo 56 mesi (e in alcuni casi addirittura dopo 23 anni) dalla comparsa dei sintomi. In Italia ne soffrono 2 italiani su 10 per lunghi periodi della vita, e particolarmente colpito è il sesso femminile. Mettere al centro dell'attenzione la persona sofferente e informare i cittadini della legge 38, che garantisce l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative, è l'obiettivo dell'11/ma Giornata nazionale del sollievo, promossa da [ministero della Salute](#), Conferenza delle regioni e delle Province Autonome e dalla Fondazione "Gigi Ghirotti", che si è celebrata ieri. Un'occasione, per Nopain onlus, associazione italiana per la cura della malattia dolore, per presentare il secondo Libro Bianco sulle strutture in Italia. La prima cosa che emerge dal rapporto è l'aumento complessivo delle strutture che dal 2009 al 2012 passa da 158 a 190 di cui 161 pubbliche. Tale incremento è però determinato solo dall'aumento delle strutture di primo livello, adatte a curare solo le forme di dolore più lieve.

Cassazione e sanità. La Corte punisce anche il dentista per il decesso di un paziente dimesso dall'ospedale senza intervento

Il medico deve «seguire» le cure

Non basta consigliare il ricovero, occorre rendere nota ai colleghi l'urgenza

Selene Pascasi

Consigliare al paziente di rivolgersi a una struttura non esonera il medico dalla responsabilità per il decesso dell'utente, se omette di trasmettere ai colleghi una valutazione specialistica, utile a inquadrare la situazione clinica e a evitare ritardi nella cura. Il sanitario che non può erogare la prestazione richiesta, infatti, deve fare tutto il possibile per salvaguardare l'integrità del malato. Lo afferma la Corte di cassazione, sezione quarta penale, con la sentenza 13547, depositata lo scorso 11 aprile.

Nel caso esaminato dalla Suprema corte, sono accusati di omicidio colposo alcuni medici ritenuti responsabili della morte di un ragazzo, avvenuta in seguito a un grave shock settico e a stasi ematica acuta. In particolare, ai professionisti si addebita il decesso di un diciannovenne che, affetto da un grave ascesso dentario, si reca in ospedale in preda a forti dolori. Ma il sanitario del pronto soccorso, pur riscontrando una seria patologia, inefficace alla terapia antibiotica, lo dimette senza effettuare o disporre l'incisione della parte infettata. Sofferente, l'uomo decide di rivolgersi al suo dentista, il quale - non potendo intervenire, per mancanza di strumenti e personale adeguati - lo invita a rivolgersi a una struttura ospedaliera. Dopo essere stato ricoverato due volte, e subito dimesso, il ragazzo perde la vita. Di qui, la condanna dei medici che l'avevano seguito, colpevoli dell'omessa incisione dell'ascesso, degenerato in mediastinite, con conseguente sofferenza cardiaca diffusa ed edema polmonare emorragico. Assolto, invece, il dentista, non colpevole, secondo i primigiudici, della morte del paziente perché lo ha correttamente indirizzato a un ricovero, vista la mancanza delle condizioni a operare.

Ma la Corte d'appello mescola le carte: conferma la condanna dei sanitari, per la prevedibili-

tà dell'aggravarsi della prima patologia, e ribalta la posizione processuale del dentista. Quest'ultimo, secondo i giudici di secondo grado, non si doveva limitare a consigliare il ricovero, ma seguire il percorso di cura del suo paziente, fornendo opportuna valutazione specialistica ai colleghi che l'avrebbero preso in cura.

La Cassazione concorda con i giudici di merito: il professionista doveva «assicurarsi che i medici di destinazione fossero informati in modo preciso della gravità della situazione». Nel sostenerlo, il collegio di legittimità coglie l'occasione per ricordare come in tema di colpa medica «in presenza di una condotta colposa posta in essere da un determinato soggetto, non può ritenersi interruttiva del nesso di causalità una successiva condotta parimenti colposa posta in essere da altro soggetto, quando essa non abbia le caratteristiche dell'assoluta imprevedibilità». E questa condizione, aggiunge la Suprema corte, non si può configurare nell'ipotesi di inosservanza, da parte di un sanitario successivamente intervenuto, di regole dell'arte medica già disattese dal precedente collega. Ebbene, nel caso esaminato, non ci sono dubbi circa la responsabilità, per colpa generica e specifica, dei professionisti che avevano omesso di operare il ragazzo. Ciò precisato, la Suprema Corte, pronunciandosi sulla condotta del dentista, puntualizza che l'addebito colposo ravvisato a suo carico discende dalla circostanza che l'imputato, pur avendo le competenze per riconoscere la gravità della patologia, non ha redatto - e trasmesso ai colleghi - un'analitica certificazione medica inerente le condizioni del malato, utile ad agevolare i successivi interventi e a segnalarne l'urgenza. E ha così contribuito a ritardare l'erogazione di quell'assistenza diagnostica e terapeutica «che avrebbe evitato il decesso». Va affermato, dun-

que, il principio per cui «una volta che un paziente si presenta presso una struttura medica chiedendo l'erogazione di una prestazione professionale, il medico, in virtù del contatto sociale, assume una posizione di garanzia della tutela della sua salute e anche se non può erogare la prestazione richiesta deve fare tutto quello che è nelle sue capacità per la salvaguardia dell'integrità del paziente».

I punti chiave

01 | IL PRINCIPIO

Risponde del decesso del paziente il medico che lo indirizza a un ospedale senza trasmettere ai colleghi un'analitica valutazione specialistica, che li informi dell'esatta patologia e della gravità della situazione clinica

02 | IL PRECEDENTE

In materia di colpa professionale medica, l'instaurarsi di una relazione terapeutica medico-paziente origina una posizione di garanzia assunta dal primo, da cui discende l'obbligo di attivarsi a tutela della salute e della vita del secondo (Cassazione, sezione IV, 4 marzo 2009, n. 10819)



Falso ideologico. Condannato il camice bianco che diagnostica la malattia senza visitare l'assistita

Stop ai certificati al telefono

Patrizia Maciocchi

Condanna per falso ideologico a carico del medico di famiglia che prolunga la malattia senza visitare il paziente. La Corte di cassazione censura il comportamento del camice bianco che fa diagnosi via telefono fidandosi di quello che viene riferito dall'assistito, censurato a sua volta per l'uso del **certificato falso**. La Suprema corte, con la sentenza 18687 del 15 maggio, non fa sconti a nessuno e decide di mettere uno stop alla possibilità di attestare malattie accertate in precedenza o solo descritte.

Il caso riguardava un medico di base che aveva chiesto per la sua assistita un ulteriore periodo di riposo basandosi sulle dichiarazioni di quest'ultima, senza visitarla in studio né a casa. A sua discolpa il medico aveva affermato di aver visto la donna quattro giorni prima e di ritenere compatibile il racconto con il naturale evolversi della malattia che l'aveva costretta

LA DIFESA

Respinta la giustificazione del dottore che ha visto la donna quattro giorni prima e ha ritenuto naturale l'evoluzione del malanno ad assentarsi dal lavoro.

Anche la signora aveva le sue giustificazioni per aver usato il certificato finito nel mirino dei

giudici. Atto che, a suo avviso, non poteva essere considerato un falso perché redatto dal medico curante in scienza e coscienza, sulla scorta di un'esperienza pluridecennale e a poco tempo di distanza da una visita domiciliare in cui erano stati acquisiti gli elementi diagnostici che rendevano superflua un'altra verifica "sul campo".

Per la Cassazione si tratta però di eccezioni che non risolvono il problema da cui ha origine la contestazione. Il problema, spiegano i giudici, non riguarda le condizioni di salute della paziente ma la mancata verifica oggettiva di queste, perché «al sanitario non è consentito effettuare valutazioni o prescrizioni semplicemente sulla base delle dichiarazioni effettuate al telefono dai suoi assistiti». Una considerazione che rende del tutto irrilevante l'effettiva esistenza della patologia o un'eventuale induzione in errore da parte del paziente, come affermato dal difensore del medico.

Né passa il tentativo di confinare la condotta negli spazi del reato colposo, inesistente nel falso documentale. Secondo i giudici di piazza Cavour non è, infatti, sostenibile la tesi che il dottore potesse non essere consapevole che stava certificando una patologia non accertata «nell'immediatezza».

La sentenza della Cassazione

arriva a poco più di due mesi di distanza dalla decisione 3705 del 9 marzo, con cui i giudici della terza sezione avevano avallato la sospensione di un mese dall'esercizio della professione per il dottore che aveva giustificato, questa volta con il paziente in studio, un'assenza dal lavoro avvenuta nei giorni precedenti. Secondo il camice bianco si trattava di un tipo di certificato «anamnesico», che non conteneva dati clinici ma dichiarazioni: l'unica documentazione possibile per garantire il rientro in attività a posteriori.

L'attenzione della Cassazione ha fornito l'occasione per aprire il dibattito tra favorevoli e contrari al giro di vite. Una spaccatura da cui non sono andati esenti i sindacati di categoria divisi tra chi sostiene la necessità della verifica sempre e comunque (però con il paziente in studio) e chi la considera inutile se per riscontrare le malattie lamentate non basta una semplice visita. Prende la palla al balzo l'Ordine dei medici che sollecita il Governo - anche alla luce dei circa 600 mila certificati spediti online ogni anno all'Inps - a prevedere l'autocertificazione breve come avviene in Europa. Soluzione che permetterebbe di uscire dall'impasse che si crea quando l'assistito chiede la "giustificazione" per essere rimasto a casa con un forte mal di testa.



Attacchi di panico ad ogni nuova scossa Così saltano i nervi

Anziani e bimbi più suscettibili. Crisi di pianto

L'assistenza sanitaria alle popolazioni colpite dal sisma in Emilia è sotto pressione. La macchina dei soccorsi si sta muovendo. Sono gli attacchi di panico la patologia più diffusa

Alessandro Malpelo

L'ANSIA E LA PAURA assillano le popolazioni emiliane colpite dal sisma. Lo conferma, per l'emergenza e pronto soccorso dell'Area Nord modenese, **Carlo Tassi**: «È in atto una grande prova di solidarietà, da parte di colleghi delle altre provincie e di tantissimi operatori del volontariato — afferma il dirigente sanitario — anche a fronte di criticità da risolvere. Con i sanitari di Ferrara, i colleghi del territorio e il 118 la collaborazione è eccezionale. Non ho visto gravi malattie da raffreddamento. Sono le crisi d'ansia, la paura di chi ha vissuto e sta vivendo momenti difficili, a tenere banco: vediamo continuamente persone colpite da attacchi di panico, anziani con manifestazioni acute, e bambini terrorizzati». L'Ausl di Ferrara, così come quella di Modena, si riorganizzano per visite, prelievi e screening.

LO SFACELO materiale e lo spaesamento hanno effetti deprimenti: «Una terribile esperienza mai provata prima — così la definisce **Nunzio Borelli**, presidente della cooperativa Medibase Area Nord — intanto medici di famiglia e pediatri di libera scelta continuano a prestare la loro opera ancorché abbiano gli studi inagibili (una

quindicina) presso gli ambulatori dei colleghi e nei centri allestiti». Occorre però che questi professionisti, aggiungiamo noi, possano svolgere la loro missione: una volta mappati i danni, è urgente che le istituzioni reperiscano locali dove poter esercitare, anche nell'ottica di evitare il sovraffollamento nelle sedi di pronto intervento.

«Siamo presenti nelle tendopoli — conclude il dottor Borelli — la gente è scappata lasciando in casa tutto, compresi i farmaci salvavita. E qui vorrei citare il caso di un giovane di 24 anni che durante la notte va in apnea, cioè smette di respirare, per cui è vitale avere oltre alla ventilazione anche l'ossigeno. Di fronte a questa emergenza la ditta ha recapitato le bombole direttamente nella struttura di accoglienza.

«DAREMO SUPPORTO psicologico nei campi di assistenza — risponde **Francesco Rocca**, commissario straordinario della Croce Rossa Italiana, in visita nei paesi colpiti — ho visto le fragilità, e un bisogno sociale destinato ad aumentare». La Cri schiera 180 volontari con 50 mezzi e copre tut-

BOCCATA D'OSSIGENO
Un ragazzo di 24 anni vive grazie a un respiratore trasferito nella tendopoli

ti i 16 campi allestiti dalla Protezione civile. Per la gestione dell'emergenza, a livello locale, sono stati costituiti centri di coordinamento soccorsi

a Modena, Ferrara, Bologna e Mantova. Alle colonne della Protezione civile si sommano i volontari delle associazioni locali, Caritas, Misericordia, Alpini, Pubbliche assistenze, Cri, Unitali, e l'elenco non finisce qui. Ma come assistere in concreto gli sfollati?

IL MINISTRO della Salute, **Renato Balduzzi**, ha autorizzato l'invio di carabinieri dei Nas, dopo l'esperienza maturata in Abruzzo, per vigilare su condizioni igieniche e salubrità dei rifornimenti idrici e alimentari. E c'è bisogno nei reparti ospedalieri. L'Avis da parte sua rassicura: abbiamo disponibilità di sangue e derivati per trasfusioni, ma i punti prelie-

vo sono impraticabili. Il sisma innervosisce pure gli animali. «Negli allevamenti — avverte **Sergio Marini**, presidente Coldiretti — si è ridotta del 10% la produzione di latte, uno degli effetti dalle continue scosse che impediscono il ritorno alla normalità».

DRAMMA nel dramma, il polo biomedicale modenese rischia la paralisi. Lo rileva **Stefano Rimonti**, presidente Assobiomedica-Confindustria. Emblematico il caso di un'azienda, la Artech di Cavezzo. Ha contribuito, tra mille peripezie, a importare il cuore artificiale che ha salvato un bambino di 16 mesi operato per miocardiopatia dilatativa, all'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Oggi Artech è alle prese con le conseguenze del terremoto: i suoi uffici sono inagibili.

alessandro.malpelo@quotidiano.net

5.300

Sfollati per il sisma nei campi della Protezione civile, sono 3.200 nella provincia di Modena, 1.600 nel Ferrarese, circa 300 in provincia di Bologna e 200 nella zona di Mantova

I RISCHI PER LA SALUTE



DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS).

Difficoltà al controllo delle emozioni, irritabilità, rabbia improvvisa o confusione emotiva, depressione e ansia, insonnia.

Dal punto di vista fisico, alcuni sintomi sono:

- dolori al torace
- capogiri
- problemi gastrointestinali
- emicranie
- indebolimento del sistema immunitario



IPOTERMIA

Rischio di malattie da raffreddamento e polmoniti per esposizione alle intemperie, problemi di igiene e precaria alimentazione

INFOGRAFICA A CURA DI [CENTIMETRI.IT](http://centimetri.it)



NELLE EMERGENZE È NECESSARIO SAPERSI INTEGRARE IN ÉQUIPE INTERDISCIPLINARI CHE «PARLINO LA STESSA LINGUA», AFFIATATE ANCHE SOTTO IL PROFILO ORGANIZZATIVO-LOGISTICO

Calamità, i medici come forze speciali

Addestrati al pronto intervento

Enrico Bernini Carri*

LE CATASTROFI che percorrono il pianeta rendono attuale la necessità di intervenire con rapidità ed efficienza in scenari di cooperazione internazionale. In quest'ottica si rende indispensabile sapersi integrare in equipe multinazionali, saper parlare lo stesso linguaggio non solo sotto l'aspetto comunicativo, ma anche sotto quello organizzativo-logistico derivante da una formazione comune.

È questa la filosofia del Cemec, Centro europeo per la medicina delle catastrofi, presieduto dal Professor Alessandro Barelli, Segretario Generale il Prof Giovanni Galassi.

NELL'AMBITO del mio ruolo di segretario didattico responsabile organizzativo dei corsi di formazione ho selezionato un gruppo limitato di enti e istituzioni di alto profilo, interessate a un accordo di partnership. La sede dei convegni e corsi sulle emergenze nelle calamità naturali è nella Repubblica di San Marino. Abbiamo si-

glato a suo tempo un protocollo d'intesa con la Protezione Civile Russa per la formazione dei loro sanitari e tecnici. Altri accordi sono intercorsi con l'Università Bocconi-SDA di Milano, con il Cimic South (cooperazione Civile-Militare) di Motta di Livenza, con la Sanità Militare Italiana, la Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza-118, il Centro Epsilon Meteo dell'Aeronautica Militare. Nel 25° anno di attività, il

Cemec prosegue la sua missione in termini di formazione permanente, di educazione sanitaria, di divulgazione, di presenza attiva nel Consiglio d'Europa e nell'Accordo Parziale Aperto per i Rischi da disastri naturali e tecnologici.

OGNI ANNO il Cemec organizza corsi di formazione rivolti a medici, infermieri, soccorritori e operatori degli enti coinvolti nella gestione delle emergenze e delle catastrofi. Un evento di particolare rilevanza è costituito dal

corso per la gestione dell'Ospedale da campo realizzato in collaborazione con l'Istituto per la Sicurezza Sociale e Pronto Soccorso del Ospedale di San Marino, nonché grazie alla preziosa disponibilità della CRI di Pisa e di San Marino.

GLI OPERATORI

Ogni anno il Cemec allestisce a San Marino corsi specifici sull'organizzazione degli aiuti

Un altro focus dell'anno è rivolto verso la simulazione avanzata e la gestione di crisi in collaborazione con il Centro di Simulazione Avanzata della Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

(*) Segretario didattico CEMEC - Centro Europeo Medicina delle Catastrofi - S.Marino

81/2001

La normativa vigente (Decreto 116 G.U. n.81/2001) prevede che sul luogo dell'evento sismico un dirigente medico del 118 o il responsabile del Dipartimento Emergenza e Accettazione svolga il ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS)



PRESIDENTE CEMEC

Alessandro Barelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



CROCE ROSSA ITALIANA

Francesco Rocca, commissario straordinario Cri, nell'area di crisi

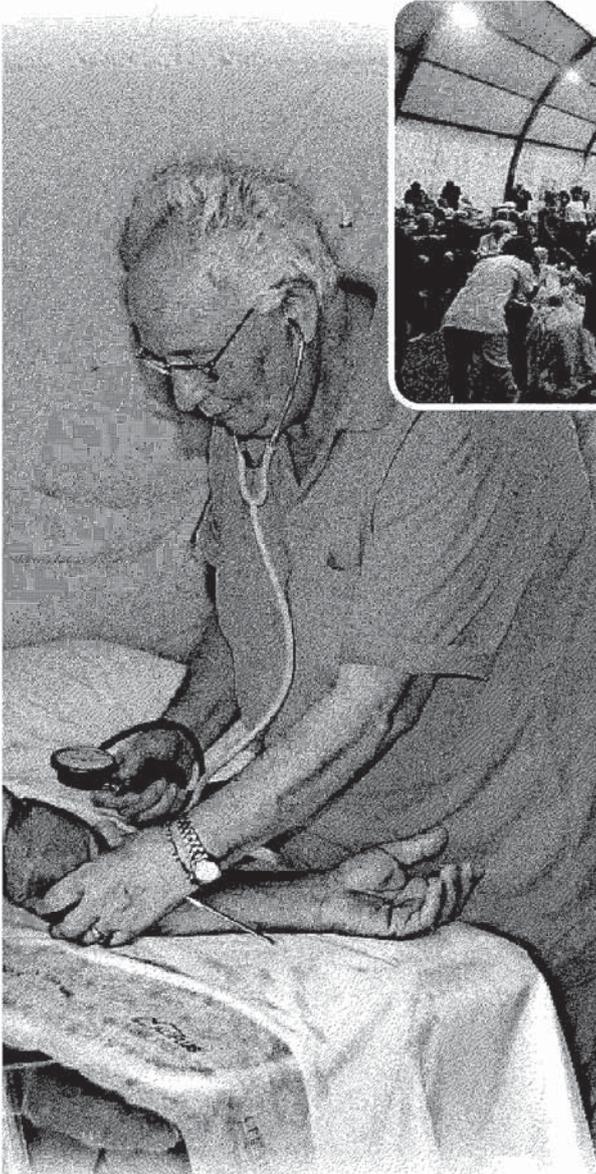


MINISTRO DELLA SALUTE

Renato Balduzzi invia un nucleo di salvaguardia dell'igiene alimentare



LE AREE DI PROTEZIONE CIVILE



Con la definizione di Aree di Protezione Civile si intendono tutti quegli spazi o luoghi che sono considerati "sicuri" per la popolazione, nel momento in cui si verifica una situazione di emergenza.

1.500

VOLONTARI

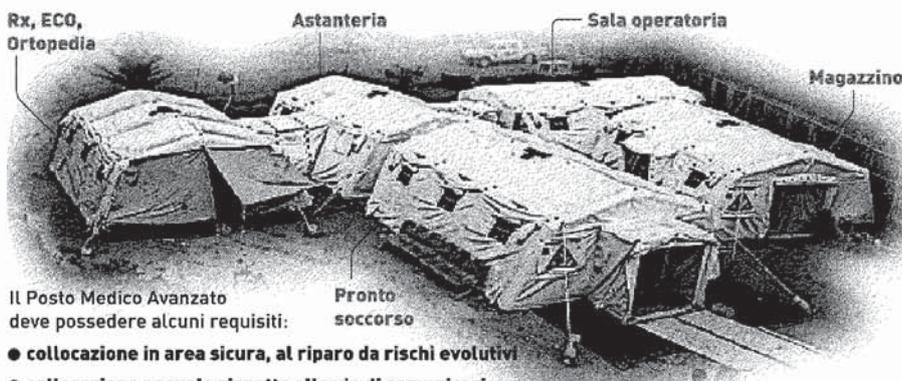
Impegnati nelle zone colpite dal terremoto in Emilia Romagna

118

CENTRALE OPERATIVA

E' il numero unico delle emergenze, coordina ambulanze e missioni di pronto soccorso

IL PMA: POSTO MEDICO AVANZATO



Il Posto Medico Avanzato deve possedere alcuni requisiti:

- collocazione in area sicura, al riparo da rischi evolutivi
- collocazione agevole rispetto alle vie di comunicazione
- adeguata segnalazione con accesso e deflusso separati
- caratteristiche ottimali di temperatura, luminosità e climatizzazione

All'interno del PMA operano medici ed infermieri, ma possono trovarvi collocazione anche soccorritori non sanitari che espletano funzioni logistiche.

81/2001

La normativa vigente (Decreto 116 G.U. n.81/2001) prevede che sul luogo dell'evento sismico un dirigente medico del 118 o il responsabile del Dipartimento Emergenza e Accettazione svolga il ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS)

