

La salute

Cancro e chemio
diventare mamme
è possibile

AVA ZUNINO

UNA delle più importanti riviste americane di medicina, il Journal of American Medical Association, ha pubblicato ieri il risultato di una ricerca italiana sulle donne malate di carcinoma mammario. La ricerca, coordinata dall'Ist di Genova e realizzata in 16 centri italiani, ha valutato l'efficacia di un farmaco nel ridurre l'incidenza della menopausa precoce nelle donne sottoposte a chemioterapia. Per l'Ist il lavoro è stato condotto dalla dottoressa Lucia Del Mastro. La valenza della ricerca, che ha testato gli effetti di un farmaco che mette a riposo le ovaie e dunque consente alle giovani donne di non rinunciare poi a diventare madri, riguarda grandi numeri di popolazione femminile: ogni anno, in Italia, oltre 38 mila donne si ammalano di tumore al seno che colpisce in prevalenza prima dei 40 anni, costringendo ad una menopausa precoce 4 donne su 10. Lo studio è stato condotto dal 2003 al 2008 in 16 centri aderenti al Gruppo Italiano Mammella. A 281 donne è stata somministrata per 30 giorni la triptorelina, un ormone. «Appena l'8,9 per cento è andato incontro a menopausa precoce rispetto al 25,9 per cento di chi aveva ricevuto cure standard», spiega il professor Marco Venturini, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, uno degli autori della ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scoperta Tumore al seno «Ovaie a riposo, fertilità salva»

STUDIO ITALIANO
Sarà possibile diventare mamma dopo un tumore al seno



ROMA. Sarà possibile diventare mamma dopo un tumore del seno. Le gravidanze dopo le cure non saranno più eccezioni ma la 'normalità' per chi guarisce. Il tutto grazie a una scoperta interamente italiana che nasce a Genova: il segreto è mettere a riposo le ovaie durante la chemioterapia per preservarle dall'attacco dei farmaci. La funzione riproduttiva rimane intatta e si evita la menopausa precoce, che ora si verifica per 4 pazienti su 10. Lo studio di un gruppo di oncologi italiani, coordinati dall'Ist di Genova, è stato pubblicato sulla rivista *Jama*.



La manovra

Nuovi ticket Al via il tavolo con le Regioni

ROMA — Per ora sui ticket sanitari le Regioni procedono in ordine sparso, ma presto partirà un tavolo tecnico col **ministro della Salute** per rimodulare i ticket sulla base del modello lombardo (ticket sulla specialistica non fisso a 10 euro ma proporzionato alla prestazione richiesta) oppure sul concetto di «appropriatezza», caro al **ministro della Salute**. Questo il risultato della riunione, ieri, tra lo steso **Ferruccio Fazio** e gli assessori regionali alla Sanità. Si tratta, ha detto Fazio, di trasformare il ticket da balzello per fare cassa a strumento per ridurre le prestazioni inappropriate. Intanto, il Friuli Venezia Giulia annuncia che impugnerà davanti alla Corte Costituzionale la manovra finanziaria per la parte riguardante i ticket. Critiche arrivano anche dalla Cgil, non solo per i nuovi ticket ma anche perché il decreto non ha risolto il problema dei lavoratori in mobilità che a causa della finestra mobile (12 mesi di attesa per ottenere la pensione) introdotta l'anno scorso rischiano di restare senza indennità di mobilità e senza pensione. La franchigia di 10 mila lavoratori esentati dalla finestra mobile prevista un anno fa non basta più perché i lavoratori in mobilità sono almeno 40 mila, dice la Cgil, e il governo non ha adeguato il tetto con la manovra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

Ticket, tavolo tecnico tra governo e Regioni

ROMA — Per il momento sui ticket sanitari le Regioni andranno avanti in ordine sparso, scegliendo se farli pagare ai cittadini o se applicare misure compensative alternative, come previsto dalla manovra. Nel frattempo, però, partirà un tavolo tecnico ministero della Salute-Regioni

per provare a rimodulare i ticket sulla base del "modello lombardo": nessun ticket per le ricette al di sotto dei 5 euro, il 30% del valore della ricetta, fino ad un massimo di 30 euro, al di sopra dei 5 euro. Il percorso è stato concordato dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, con gli assesso-

ri Regionali alla Sanità, che chiedono «un'applicazione più equa» della manovra. Da parte loro le Regioni si sono mantenute caute incassando «la disponibilità del ministro a cercare un percorso diverso» anche se il Friuli annuncia che impugnerà le norme davanti alla Corte Costituzionale.



Sanità. Il ministro rivela i dati nazionali dell'esenzione: il 31% per ragioni di reddito

Un italiano su due esente da ticket

TAVOLO CON LE REGIONI

Fazio propone ai Governatori di trovare altre soluzioni per rimodulare la partecipazione dei cittadini: si punta sul modello della Lombardia

Roberto Turno

■ Ben 27,6 milioni di italiani, quasi uno su due, sono esenti dal ticket sulla specialistica. Il 46% degli assistiti riceve così del tutto gratis le prestazioni di Asl e ospedali e intanto "consuma" il 61% delle ricette per visite e analisi, quelle colpite dal superticket da 10 euro appena tornato in vita con la manovra. Un vero e proprio esercito di assistiti "ticket free", che in buona parte sono potenzialmente anche evasori fiscali: il 31% sono infatti esenti per reddito, mentre il 15% non pagano perché affetti da patologie croniche e un altro 15% perché invalidi. Tutto questo nel bel mezzo di controlli incrociati che non bastano e di autocertificazioni da mettere alla prova.

A fornire i primi dati della geografia delle esenzioni dai ticket - una mappa tutta da costruire che vede in testa il Sud, con la Sicilia che sarebbe al 63% di esenti e la Lombardia al 33% - è stato ieri il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, a margine dell'incontro che ha avuto con gli assessori regionali sulla delicatissima partita del superticket. Cifre che Fazio ha elencato senza commenti, ma che dimostrano le difficoltà di applicazione della manovra e la delicatezza della situazione che s'è aperta tra Regioni e Governo.

Ieri il ministro ha aperto un canale di confronto, che naturalmente non potrà risolvere subito, o chissà quando, la partita: l'apertura di un tavolo tecnico con i governatori per «rimodulare» i ticket sanitari, sia quelli già scattati per effetto della manovra sia quelli previsti dal 2014. Una rimodulazione, ha detto Fa-

zio, per evitare che i ticket sulla specialistica «siano per così dire lineari, ma modulati per fasce di spesa oppure, meglio, sul concetto di appropriatezza», sulla falsariga di quanto ha deciso martedì la Lombardia e che presto potrebbe essere replicato in altre Regioni. «L'ideale sarebbe garantire anche ai non esenti le prestazioni urgenti e "colpire" le prestazioni inappropriate per ridurre: una sorta di tassa di scopo, come per i ricoveri inappropriati», ha aggiunto Fazio ribadendo quanto anticipato in un'intervista al nostro giornale.

Il «tavolo» con le Regioni, naturalmente, non potrà portare risultati immediati. Il ticket intanto si deve applicare. Anche se, quando l'Economia accoglierà le loro proposte, per il ministro «le Regioni sono libere di applicare le manovre che ritengono più opportune in alternativa al ticket».

Del resto le Regioni continuano ad andare in ordine sparso. Alla lista di chi già sta applicando il superticket (Lombardia, Lazio, Basilicata, Puglia, Liguria, Sicilia) presto se ne aggiungeranno altre. Forse già da oggi la Calabria, ma sistano preparando anche Campania, Piemonte, forse il Friuli che ha annunciato un ricorso alla Consulta. In stand by restano Emilia, Toscana, Veneto, Umbria e Sardegna, che prendono più tempo, almeno altri 10-15 giorni, prima di decidere come recuperare le risorse da coprire nonostante il rischio di essere chiamate in causa per danno erariale. Ieri il governatore della Toscana, Enrico Rossi, contro una manovra «iniqua e insostenibile che tagli i servizi», ha anticipato che la Regione punterà sui redditi più alti e sul contrasto ai falsi esenti. Ma la scelta di "spalmare" diversamente il superticket, ormai è chiaro, sarà presa in tutta Italia. Con tutto il Sud, Sicilia in testa, che si sente più penalizzato.

LA MAPPA

27,6 milioni

Ticket esenti
sono gli italiani, il 46% della popolazione, che a vario titolo beneficiano dall'esenzione dal pagamento della compartecipazione sul superticket da 10 euro.

31%

Esenti per reddito
È la percentuale degli esenti per ragioni di reddito; il 15% lo sono perché affetti da patologie croniche e il 15% per invalidità.

61%

Le ricette prescritte
Ai 27,6 milioni di italiani esenti vengono prescritte nel complesso 6 ricette su dieci per analisi e visite specialistiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La manovra Il ministro Fazio con gli assessori alla sanità. Per ora Regioni in ordine sparso

Ticket, si pensa al modello lombardo

Luca Cifoni

ROMA. Per il momento sui ticket sanitari le Regioni andranno verosimilmente avanti in ordine sparso, scegliendo in autonomia se farli pagare ai cittadini o se applicare misure compensative alternative, come previsto dalla manovra. Nel frattempo, però, partirà a breve un tavolo tecnico ministero della Salute-Regioni per provare a rimodulare i ticket sulla base del modello lombardo (nessun ticket per le ricette al di sotto dei 5 euro, il 30% del valore della ricetta, fino ad un massimo di 30 euro, al di sopra dei 5 euro), oppure sul concetto di appropriatezza, tema da tempo caro al ministro della Salute, Ferruccio Fazio.

Sono queste le indicazioni che arrivano dalla riunione della Commissione Salute che ieri ha visto riuniti intorno a un tavolo Fazio e gli assessori Regionali alla Sanità, venuti a Roma per chiedere «un'applicazione più equa» della Manovra economica.

«Fermo restando che il ticket è già partito e che non si tratta di una nuova legge ma di una copertura di una legge del 2007 - ha spiegato il ministro al termine dell'incontro - abbiamo concordato con gli assessori di aprire subito un tavolo per poter rimodulare sia questo ticket sia quelli che partiranno nel 2014, in modo tale che non siano ticket aperti a tutti ma che ci siano delle modulazioni che potranno essere o sul modello della Lombardia per fasce di spesa oppure, meglio ancora, sul concetto di appropriatezza».

La strada per raggiungere questa via «è complessa», ha aggiunto lo stesso Fazio, ma gli obiettivi fissati dal ministro appaiono chiari: in previsione anche della nuova ondata di ticket previsti per il 2014 (la manovra prevede la possibilità che siano istituiti prelievi sull'assistenza farmaceutica, aggiuntivi rispetto a quelli già adottati dalle Regioni) l'obiettivo è provare a trasformare il ticket sanitario da semplice balzello per fare cassa a una sorta di tassa di scopo

che miri a ridurre le prestazioni inappropriate.

Non a caso Fazio ieri è tornato a parlare, in prospettiva, anche della possibilità di introdurre «un ticket per i ricoveri inappropriati, in particolare per chi soffre di diabete non scompensato o di broncopneumopatia». Da parte loro le Regioni si mantengono caute ma incassano «la disponibilità del ministro a cercare un percorso diverso».

Ma mentre il Friuli Venezia Giulia annuncia che impugnerà davanti alla Corte Costituzionale la manovra finanziaria del Governo per la parte riguardante i ticket, l'assessore della Sanità alla Regione Lombardia, Luciano Bresciani, sottolinea come «il modello lombardo per compensare il ticket sanitario sia stato riconosciuto di grande interesse». Il tutto aggiornato a oggi, quando sicuramente il tema ticket sarà affrontato dalla Conferenza delle Regioni. Ma per l'avvio concreto del tavolo con il governo occorrerà certamente attendere la ripresa dopo l'estate.

Soddisfatto Formigoni. «Diverse Regioni - ha detto - hanno telefonato per sapere qual è la nostra impostazione e vi si stanno orientando». Il governatore della Lombardia anche ribadito di aver scritto al governo «perché nel prossimo tavolo con le Regioni si possa discutere la richiesta di coprire i ticket con i fondi dello Stato».

«Il ticket a livello nazionale vale 831 milioni di euro all'anno, 135 per la Lombardia - ha concluso - e mi sembra che nella rimodulazione complessiva della manovra che le Regioni hanno chiesto ci possa essere l'eliminazione del ticket».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MODELLO LOMBARDIA

Regioni, tavolo con Fazio per arrivare a ticket graduali

ROMA — Per il momento sui ticket sanitari le Regioni andranno verosimilmente avanti in ordine sparso, scegliendo in autonomia se farli pagare ai cittadini o se applicare misure compensative alternative, come previsto dalla manovra. Nel frattempo, però, partirà a breve un tavolo tecnico ministero della Salute-Regioni per provare a rimodulare i ticket sulla base del modello lombardo (nessun ticket per le ricette al di sotto dei 5 euro, il 30% del valore della ricetta, fino ad un massimo di 30 euro, al di sopra dei 5 euro), oppure sul concetto di appropriatezza, tema da tempo caro al **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**.

Sono queste le indicazioni che arrivano dalla riunione della Commissione Salute che ieri ha visto riuniti intorno a un tavolo Fazio e gli assessori Regionali alla Sanità, venuti a Roma per chiedere «un'applicazione più equa» della Manovra economica.

«Fermo restando che il ticket è già partito e che non si tratta di una nuova legge ma di una copertura di una legge del 2007 - ha spiegato il ministro al termine dell'incontro - abbiamo concordato con gli assessori di aprire subito un tavolo per poter rimodulare

Il ministro
Ferruccio Fazio



sia questo ticket sia quelli che partiranno nel 2014, in modo tale che non siano ticket aperti a tutti ma che ci siano delle modulazioni che potranno essere o sul modello della Lombardia per fasce di spesa oppure, meglio ancora, sul concetto di appropriatezza».

La strada per raggiungere questa via «è complessa», ha aggiunto lo stesso Fazio, ma gli obiettivi fissati dal ministro appaiono chiari: in previsione anche della nuova ondata di ticket previsti per il 2014 (la manovra prevede la possibilità che siano istituiti prelievi sull'assistenza farmaceutica, aggiuntivi rispetto a quelli

già adottati dalle Regioni) l'obiettivo è provare a trasformare il ticket sanitario da semplice balzello per fare cassa a una sorta di tassa di scopo che miri a ridurre le prestazioni inappropriate.

Non a caso Fazio oggi è tornato a parlare, in prospettiva, anche della possibilità di introdurre «un ticket per i ricoveri inappropriati, in particolare per chi soffre di diabete non scompenso o di broncopneumopatia». Da parte loro le Regioni si mantengono caute ma incassano «la disponibilità del ministro a cercare un percorso diverso». Ma

mentre il Friuli Venezia Giulia annuncia che impugnerà davanti alla Corte Costituzionale la manovra finanziaria del Governo per la parte riguardante i ticket, l'assessore della Sanità alla Regione Lombardia, Luciano Bresciani, sottolinea come «il modello lombardo per compensare il ticket sanitario sia stato riconosciuto di grande interesse». Il tutto aggiornato a oggi, quando sicuramente il tema ticket sarà affrontato dalla Conferenza delle Regioni. Ma per l'avvio concreto del tavolo con il governo occorrerà certamente attendere la ripresa dopo l'estate.



BREVI

«Stiamo lavorando perché l'aumento del ticket sanitario non ci sia, la nostra è



un'economia molto debole e non possiamo aggravare in maniera indiscriminata le spese sui cittadini con questo piccolo ulteriore salasso che non possono sostenere. L'aumento del ticket imposto dalla manovra del governo nazionale è veramente molto pesante», ha aggiunto, «e stiamo realizzando una manovra che dovrebbe essere presentata e approvata entro la fine di questo mese, e contiamo di ricavare risorse alternative». Lo ha detto il presidente della regione siciliana Raffaele Lombardo.



LA PIAGA DEL SECOLO

Il **ministro della Salute**
Fazio: nonostante i tanti
miliardi spesi non c'è
ancora un vaccino

A Roma si è chiusa ieri la sesta Conferenza mondiale con la partecipazione di cinquemila scienziati e ricercatori

Aids, quasi mille bimbi colpiti

Il Vaticano: la prevenzione dal virus passa da una sessualità equilibrata

DA MILANO **PAOLO FERRARIO**

Nella lotta all'Aids non si deve abbassare la guardia. Nemmeno in Italia, dove vivono 800-900 bambini e adolescenti sieropositivi, curati nei centri sanitari specializzati, dove seguono le terapie a base di farmaci antiretrovirali. I "numeri" della diffusione della malattia nel nostro Paese sono stati resi noti ieri, durante la giornata conclusiva della sesta conferenza mondiale sull'Aids (las 2011), che per quattro giorni ha visto riuniti a Roma oltre 5mila scienziati e ricercatori da tutto il mondo per discutere dei nuovi sistemi di prevenzione e cura della patologia.

Questi numeri sono destinati a salire, ha spiegato Carlo Giaquinto, del dipartimento di pediatria dell'Università di Padova e coordinatore della rete pediatrica europea per la cura dell'Aids, per l'arrivo in Italia di bambini che si sono infettati nel loro Paese di origine e i cui genitori, spesso, non sanno neppure della malattia dei loro piccoli. E a rischio non ci sono soltanto i bambini ma anche le loro madri.

«Il numero di donne ad alto rischio di trasmissione verticale resta rilevante e inaccettabile qui da noi - ha spiegato Giaquinto -: ci sono circa 500-600 gravidanze l'anno di donne sieropositive, quindi a rischio di trasmettere la malattia al nascituro».

Tra i comportamenti a rischio di infezione c'è, ai primi posti, il consumo di droghe. E non soltanto quelle

iniettabili, come ha specificato Nora Volkan, direttrice del National Institute on drug abuse (Nida) americano. «Nonostante l'uso di droghe per via endovenosa sia il veicolo principale per la trasmissione dell'Hiv - ha sottolineato l'esperta - anche l'assunzione di altri tipi di sostanze stupefacenti può aumentare la possibilità contagio, a causa di un'alterazione delle capacità di giudizio che può condurre a comportamenti a rischio».

Intervenendo alla conferenza, il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, ha ricordato le due questioni fondamentali, relative all'Aids, ancora da risolvere: la mancanza di un vaccino preventivo e l'accesso al trattamento. «Nonostante i miliardi di euro investiti e la convinzione che un vaccino sarebbe arrivato nel giro di dieci anni, un vaccino ancora non c'è», ha ricordato Fazio. Aggiungendo: «L'emisfero Sud del Mondo, dove si registra la maggior parte dei casi di Hiv, è ancora molto indietro rispetto a quello del Nord. Molto è stato fatto e molto è ancora da fare».

Intervistato dall'Osservatore Romano, è intervenuto anche il nuovo segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari, monsignor Jean-Marie Mupendawatu, ricordando che per combattere efficacemente l'Aids è necessario promuovere un concetto ampio di prevenzione, coinvolgendo la sfera dei comportamenti privati, tra cui una sessualità equilibrata e ordinata e la castità preconiugale.



UNA VITTORIA DELLA RICERCA ITALIANA CHE CI INDICA LA STRADA DA SEGUIRE



Oggi il *New England Journal of Medicine* pubblica un lavoro di italiani. Sarebbe già una notizia perché il *New England* pubblica il 4% dei manoscritti che riceve, ma c'è di più. È una storia che comincia verso la fine degli Anni 70. C'era Farmitalia Carlo Erba allora a Milano e Federico Arcamone aveva sintetizzato la doxorubicina. L'hanno provata nel tumore della mammella. Le donne che prendevano il **farmaco** guarivano le altre no. Questi studi li faceva Gianni Bonadonna all'Istituto dei tumori. A un certo punto deve aver pensato «perché non proviamo anche con altri tumori?». La cura per il linfoma di Hodgkin comincia così. Da quel momento ragazzi che prima morivano hanno cominciato a guarire. Nel giro di qualche anno la terapia di Bonadonna (doxorubicina associata ad altri **farmaci**) diventa il modo di curare il morbo di Hodgkin negli Stati Uniti, in Europa, dappertutto.

Ma alla fine degli Anni 90 certi medici tedeschi vogliono fare di più: «Usiamo più **farmaci** e a dosi più alte, i risultati saranno certamente migliori». Trattano migliaia di pazienti, col loro schema di cura

quasi 9 pazienti su 10 guariscono dalla malattia, con quello di Bonadonna 7 su 10. Gli ematologi della Germania vorrebbero imporre questo regime a tutti, gli altri però ci vanno piano. Le dosi dei tedeschi sono troppo alte, gli effetti negativi di queste cure alla lunga si faranno sentire. E allora? È di nuovo il momento degli italiani. Si mettono insieme gli ematologi di Milano, Bologna, Bergamo, Pavia, Torino, Terni, Bari, Udine, Cuneo. Un po' è vero, gli ammalati che seguono lo schema dei tedeschi all'inizio hanno una risposta migliore. Quando però la malattia ricade, quelli che hanno fatto il vecchio schema possono ancora essere guariti, gli altri no.

Questo studio ci insegna moltissimo, per esempio: 1) che un Paese moderno non può non avere una sua industria **farmaceutica**; 2) che non è detto che le cure nuove siano meglio di quelle vecchie; 3) che la medicina va avanti con grandi medici e in grandi istituti di ricerca (quasi sempre pubblici); 4) che con le cure bisogna avere pazienza, i giudizi si danno alla fine, servono anni.

Giuseppe Remuzzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'OPINIONE

Una legge che non evita un'altra vicenda Englaro

di VITTORIO POSSENTI*

CON l'approvazione alla Camera del ddl sul fine-vita si è per ora chiuso un contenzioso di anni, pronto a riesplodere a settembre quando il ddl tornerà al Senato per l'approvazione definitiva. L'esito alla Camera è risultato assai dubbio per gli ulteriori vincoli apportati nella stretta finale, e per la persistente ambiguità (voluta?) sulla base concettuale stessa del ddl: l'idea di indisponibilità. L'intero impianto della legge si fonda sull'assunto che la vita umana è «inviolabile e indisponibile» (art. 1). Mentre il concetto di inviolabilità è sufficientemente chiaro, assai meno lo è quello di indisponibilità, dovendosi distinguere tra indisponibilità della vita altrui e quella della propria vita. L'assunto che la propria vita sia per il soggetto completamente indisponibile è infondato e irragionevole: esso asserisce al di là di quanto è vero. La Carta dei diritti dell'Unione europea al cap. I, art. 1 recita: «La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata»: non è presente alcun cenno a una supposta indisponibilità da parte di se stessi. Lo stesso accade nella nostra Carta, dove il termine indisponibile è assente. Da dove è entrato nel ddl il termine «indisponibile» che nella sua versione massimalista ne regge interamente le sorti?

Ritengo che derivi dall'enciclica *Evangelium vitae* di Giovanni Paolo II, che perlopiù ricorre a «inviolabile», mentre assai meno impiega il termine «indisponibile»: la scarsa frequenza viene a significarne la particolare delicatezza anche in un contesto teologico. Non è negativo che un concetto presente in un'enciclica entri in una legge, lo diventa quando non si compie lo sforzo per purificarlo della sua intrinseca ambiguità, giocando su due tavoli senza dirlo: ossia dando all'idea di indisponibilità un contenuto teologico concernente il rapporto tra l'uomo e Dio (per cui si dice che la vita umana è indisponibile in quanto Dio è il Signore della vita), per poi applicarlo alle relazioni tra Stato e cittadino e del cittadino con se stesso. E' lecito perciò nutrire ampi dubbi sull'affermazione tanto ripetuta che la legge in questione non sia ispirata alla dottrina cattolica.

Fondato è il rischio che, sulla scorta di un tale indifferenziato concetto, il paziente divenga uno strumento nelle mani della tecnica e del medico, cui non rimediano certo le Dat, uscite malconce dal

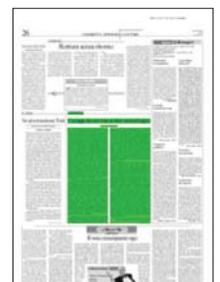
lungo iter alla Camera. Esemplico: la terapia del dolore viene garantita ai malati terminali, nulla si dice degli altri; forse pesa il sospetto che essa sia eutanasica. Sarà impossibile indicare nelle Dat le terapie che si rifiutano, una vera gherminella dell'ultimo momento che indica quale sia la considerazione verso la scelta del paziente. Si è andati in senso contrario al parere di molti secondo cui la legge non deve regolare tutto, lasciando invece una «zona grigia». Il ddl rimane silente sulla differenza tra rifiuto e rinuncia. Si riconosce che «nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato». Ma una cosa è attivare e un'altra è proseguire: sarebbe stato necessario far intervenire le Dat anche nel caso del proseguire, mettendo in conto non solo il rifiuto ma anche la rinuncia.

E' probabile che i dissenzienti si rivolgano alla Corte costituzionale per una verifica di incostituzionalità che si preannuncia abbastanza facile, e promuovano un referendum. Questa eventualità merita attenzione da parte di tutti, forse in specie dall'area cattolica, che potrebbe reagire a un futuro referendum invitando a farlo fallire con un'alta astensione, come nel 2005, per quanto il tema della malattia e dell'autodeterminazione sia molto più parlante di quello della fivet. Inoltre un referendum cambia profondamente la testa alle persone, in specie quando la campagna si protrae per anni, come è il caso, e i contrari al referendum non dispongono di sufficiente accesso ai media.

Diversi, all'inizio favorevoli alle Dat, se ne sono staccati, delusi per lo spirito casistico con cui sono state applicate. Soluzione migliore sarebbe stata quella di una legge succinta, che considerando solo i malati in coma persistente, allontanasse nuovi casi Englaro, proibendo ogni intervento eutanacico nei loro confronti e introducendo aiuti per i pazienti e le loro famiglie. Una simile legge, che avrebbe avuto un iter meno martoriato e probabilmente una maggioranza ampia, sarebbe venuta incontro agli intenti dei molti, anche tra i promotori del ddl, che hanno ripetuto che il loro scopo era di opporsi alla giurisprudenza «creativa» dei giudici emersa nella vicenda Englaro.

* *Docente di filosofia politica all'Università di Venezia e membro del Comitato di bioetica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anagrafe tributaria alla prova dell'accento circonflesso

La tessera sanitaria impara a scrivere i nomi con la dieresi

L'INNOVAZIONE

Il sistema di acquisizione dei dati anagrafici si allinea a quello dei Comuni. La composizione del codice fiscale non cambia le regole

Valentina Melis

■ Chi ha nel proprio nome un carattere «speciale», un accento circonflesso, una dieresi, una eszett (la doppia s) tedesca, potrà vederlo scritto correttamente, sulla propria tessera sanitaria e sul tesserino del codice fiscale. Il tutto in due forme: quella originale, con tutti i segni diacritici, e quella traslitterata, dove, ad esempio la «a» con la dieresi è trascritta «AE».

Può essere una bella soddisfazione per chi magari è abituato a digitare complicate combinazioni numeriche, sulla tastiera del computer, per vedere scritto correttamente il proprio nome.

Ora l'Anagrafe tributaria è in grado di allineare l'acquisizione dei propri dati a quella effettuata dai Comuni, da cui riceve un flusso continuo di comunicazioni telematiche per ogni nascita, cambiamento di indirizzo, decesso. A questa innovazione tecnica è dedicata la circolare 34/E diffusa ieri dall'agenzia

delle Entrate, che fa riferimento, per la traslitterazione dei caratteri speciali, alla tabella adottata dal ministero dell'Interno con la circolare 1 del 22 gennaio 2008. I nomi e i cognomi che terminano con una vocale accentata, in Anagrafe tributaria continueranno a essere scritti con la relativa vocale senza accento. Ci si dovrà accontentare di un apostrofo finale. In tutti gli atti e i documenti in cui non è possibile usare la forma originale del nome, poi - fa sapere la circolare - si userà la forma traslitterata.

Passando al codice fiscale, l'informazione chiave per il cittadino-contribuente, che lo identifica fin dalla nascita, la circolare precisa che la sua composizione non cambia in alcun modo: si continuerà ad applicare il sistema di codifica definito ormai 35 anni fa, con il decreto del ministero delle Finanze del 23 dicembre 1976, e «con l'uso esclusivo dei 26 caratteri maiuscoli contenuti nella tabella ivi riportata».

Dunque, tutto come noto: tre caratteri alfabetici per il cognome, tre per il nome, due numeri per l'anno di nascita e così via. Tutto, rigorosamente senza dieresi o cediglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Puglia: la beffa dei farmaci salvavita che non si trovano

La legge prescrive una medicina generica, ma non è disponibile

FRANCO GIULIANO

● **BARI.** - Dal 16 luglio scorso i pazienti trapiantati della Regione Puglia (di rene, cuore e fegato: circa 3mila pugliesi) - come prevede il nuovo dispositivo inserito nella Manovra Finanziaria - devono sostituire il **farmaco** anti rigetto, considerato «salvavita», con uno cosiddetto **farmaco** «generico» (sono tali quei prodotti che a distanza di dieci anni perdono i diritti di produzione e quindi il brevetto dell'azienda che l'ha prodotto).

Praticamente da alcuni giorni i pazienti che vanno in farmacia muniti di ricetta per approvvigionarsi del **farmaco** di marca (se vogliono evitare di pagare somme elevate) devono sostituirlo con uno cosiddetto **farmaco** generico.

Il paradosso però è che nelle farmacie della Regione Puglia il **farmaco** «salvavita generico» per i trapiantati che sostituisce quello di marca (a pagamento) non è ancora reperibile. Così i pazienti con patologie gravi sono costretti a richiedere il **farmaco** di marca e integrare la differenza del costo, che in alcuni casi supera gli 80 euro a scatola. Considerato che un paziente trapiantato utilizza mediamente (a seconda della cura) due scatole al mese dovrebbe spendere somme elevatissime che superano i 110 euro al mese.

Il caso dei **farmaci** salvavita generici ancora irreperibili

nelle farmacie della Puglia è stato sollevato da alcuni pazienti i quali hanno attivato una protesta attraverso le associazioni nazionali dei pazienti trapiantati.

Il prof. **Francesco Paolo Schena**, il direttore del Centro Regionale dei Trapianti, già questa mattina, sollecitato dalle decine di pazienti si è attivato ed ha interessato del caso l'assessore regionale alla Sanità, Fiore. Il quale «ha assicurato che nelle prossime ore adotterà un provvedimento in favore dei pazienti».

«Non è pensabile - aggiunge il prof. Schena - che un paziente già sfortunato nella vita per avere subito un danno di organo, sostituito con un trapianto - debba anche sopportare la spesa relativa all'approvvigionamento di un **farmaco** «immunosoppressore».

«La responsabilità - tiene a dire Schena - non è della Regione, ma della AIFA (agenzia italiana per il **farmaco**) la quale non ha ancora autorizzato l'immissione del biosimilare in commercio». Costringendo di fatto i pazienti a questa incredibile beffa.



SANITÀ

Il piano del Pirellone «Chiudiamo 6 ospedali»

di **EDOARDO CAVADINI**

Il presidente Roberto Formigoni ha annunciato: «Sto pensando a ridurre gli ospedali da 30 a 24 e le Asl da 11 a 5».

a pagina 42

Il piano della Regione

Formigoni taglia tutto «Chiudo sei ospedali»

Il governatore: «Accorpate le aziende sanitarie, così si risparmia»

■ ■ ■ **EDOARDO CAVADINI**

■ ■ ■ In pieno marasma da ticket sanitario, con l'approvazione ufficiale ieri da parte della giunta della «via lombarda» (la modulazione degli aumenti in base alla classe di prestazioni che ha ricevuto il plauso del ministro della Salute Fazio), il governatore Roberto Formigoni ha preso in mano le cesoie annunciando una serie di tagli e razionalizzazioni al sistema sanitario regionale che «porterebbero un vantaggio in termini economici di qualche decina di milioni di euro, oltre che un beneficio dal punto di vista dell'efficienza dei servizi».

L'obiettivo del governatore è puntato sulle aziende ospedaliere e sulle aziende sanitarie locali (le Asl): le prime potrebbero passare da 30 a 24, mentre le seconde si ridurrebbero dalle attuali 11 a 4-5. «Per ora è solo un'ipotesi di studio che però mi riservo di portare avanti» ha dichiarato Formigoni aggiungendo che «durante il mio primo mandato ho messo mano alla riforma della sanità lombarda, questo potrebbe essere considerato il completamento dell'opera». Niente di concreto per ora, dunque, se non l'indirizzo politico abbastanza chiaro e alcune idee di fondo, come quella sul destino delle Asl: «Ad esempio si potrebbe

ragionare di farle diventare delle agenzie, in modo da ampliarne i poteri di controllo sulle aziende ospedaliere».

Sul tema l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani accoglie l'indirizzo del presidente - «è un'impostazione che si incastra con la nostra politica sanitaria orientata sugli ospedali non più monadi bensì nodi di una rete di funzioni» - e comunque rassicura che «la gente non si troverà da un giorno all'altro senza ospedale, le strutture potrebbero essere convertite e specializzate».

L'annuncio sulla riduzione di Asl e ospedali arriva poco dopo la fine della riunione romana tra il ministro della Salute Ferruccio Fazio e gli assessori alla Sanità di tutte le regioni, riunione definita «un successo per la Lombardia» dal governatore: «Ho ricevuto le telefonate di più di un presidente di regione interessato al nostro modello di rimodulazione del ticket». Lo stesso Fazio ha annunciato a breve un tavolo tecnico «in cui si prenderà in considerazione la via lombarda e anche, cosa che sarebbe ancora migliore, il criterio dell'appropriatezza: ticket più salato per prestazioni non necessarie, come i ricoveri inappropriati dei malati cronici in ospedale».

Oltre a misure di contenimento della spesa sanitaria, Formigoni ha

anche proposto alcune «riflessioni che porterò ai tavoli competenti» sulla riorganizzazione delle strutture sub-nazionali: «Si potrebbe operare un accorpamento dei Comuni sotto i 5mila abitanti, così come ridurre il numero delle province da 107 a una cinquantina, e lo stesso discorso con le regioni, che potrebbero essere portate a 10-12».

Per quanto riguarda il capitolo del taglio dei costi della politica lombarda il presidente ha dato il suo «appoggio, anche perché ho contribuito a scriverla come consigliere, alla proposta di legge del Pdl che è già depositata (anche se non ci sono riscontri ufficiali su questo, ndr)». Quattro i punti fondamentali: riduzione forte del vitalizio dei consiglieri («sugli ex bisogna stare attenti, leggi retroattive non si possono fare»); taglio del 10% del compenso mensile; taglio del 10% dei costi di segreteria dei gruppi politici; sostituzione della pensione con un meccanismo contributivo a carico del consigliere.

Formigoni si è detto d'accordo anche con la richiesta della Lega e del Pd di alzare il tetto minimo «d'ingresso» per costituire un gruppo a cinque consiglieri. «Ovviamente le riduzioni riguarderanno anche gli assessori, compresi quelli esterni» ha assicurato.