

## **Rassegna del 22/12/2009**

---

GENTE - Profilattici, figli e tabù - Testa Laura

1

**GLI ESPERTI DI GENTE****La sessuologa**

**Laura Testa**  
Specialista in educazione sessuale e psicologa

# Profilattici, figli e tabù

Per i genitori è difficile affrontare l'argomento dei preservativi. Ma basta prepararsi un po' e tutto diventerà più semplice

**S**pesso quando si discute con i genitori di ragazzi adolescenti sull'importanza di parlare di sessualità e, in particolare, della necessità di proteggersi durante i rapporti emerge sempre una preoccupazione: «Non è che parlando di sesso e di preservativi implicitamente dico a mio/a figlio/a che lo/a autorizzo ad avere rapporti?». È un pensiero legato all'antica convinzione che affrontare il tema della sessualità inciti le persone a praticarla e, quindi, si pensa sia meglio tacere. Di fatto l'adolescenza è il periodo della vita in cui esplose l'interesse per la sessualità in parallelo con uno sviluppo fisico che

consente di provare sensazioni e pulsioni prima sconosciute. La difficoltà che gli adulti hanno nell'affrontare questo argomento è comprensibile perché anche loro non sono mai stati oggetto di alcuna educazione sessuale e quindi non possiedono le parole "giuste", le modalità più efficaci e dirette per affrontare il tema. Per prima cosa occorre quindi acquisire una maggiore dimestichezza con l'argomento preservativi, se non li si conosce occorre innanzitutto comperarne una scatola, cercare di comprenderne bene l'utilizzo e superare eventuali sensazioni di vergogna e imbarazzo nel maneggiare questo con-

traccettivo. Successivamente è bene fare "prove di conversazione", discutendo con il partner sui pro e sui contro nell'utilizzo di questo metodo e sulle eventuali resistenze che può suscitare. Infine, quando ci si sente sicuri e a proprio agio si può provare a iniziare a discutere dell'argomento con il proprio figlio, magari partendo da qualche episodio capitato ad amici o discutendo dell'ultima ricerca sulla contraccezione. Difficile? Molto meno di quanto sembra.

**Se volete contattare il nostro esperto**  
Gente-La Sessuologa, viale Sarca 235, 20126  
Milano o [rubriche.sessuologa@hachette.it](mailto:rubriche.sessuologa@hachette.it)

# Censis: la crisi morde le spese mediche un italiano su cinque rinuncia a curarsi

**MARIO REGGIO**

ROMA — La crisi colpisce duro. Così molti italiani hanno deciso di ricorrere al Servizio sanitario nazionale invece che alle strutture private, come facevano in passato. Per risparmiare accettano di mettersi in lista di attesa, rinunciano ai farmaci a pagamento ed alle cure del dentista privato. E quasi uno su cinque ha deciso di rimandare le cure. Questa la situazione che viene tracciata dall'indagine del Forum per la Ricerca Biomedica e del Censis.

Nell'ultimo anno il 35 per cento degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, con liste di attesa più lunghe, per ottenere analisi, visite mediche e cure che in altri tempi avrebbero fatto, pagando, in strutture private. La percentuale sale al 40 tra gli anziani, al 41 tra i residenti nel Centro, ad oltre il 47 per cento tra i soggetti meno istruiti. Secondo il Censis, aumenta anche il rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Più del 18 per cento degli italiani ha rinunciato a visite e prestazioni specialistiche per motivi economici. Il dato sale a circa il 21 per cento tra i residenti del Centro, al 23,5 nel Sud, al 24,2 tra i 45-64enni, al 27,2 nelle grandi città, al 31 tra i meno istruiti. Quasi il 21 per cento degli intervistati ha anche ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria. E più del 7 per cento degli italiani ha dovuto fare a meno della badante.

La domanda di prestazioni sanitarie pubbliche potrebbe aumentare anche nel 2010. Secondo il Censis, rendere più efficiente la sanità, tagliando gli sprechi, diventa una priorità. Tanto più che l'affollamento delle strutture pubbliche può determinare, oltre che un ulteriore allungamento delle liste di attesa, il rischio di un maggiore ricorso ai noti espedienti usati per accedere più velocemente alle prestazioni sanitarie. Già adesso quasi il 37 per cento degli intervistati ritiene che sia aumentato negli ultimi tempi il ricorso alle conoscenze per acce-

lerare l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche. Ce la farà il Servizio sanitario nazionale a reggere l'urto? Lo scorso 23 ottobre le Regioni ed il governo hanno siglato il patto sulla salute: 106 miliardi di euro per il 2010, 108 per il 2011 e 111 per il 2012 a disposizione del Fondo sanitario nazionale. Ma la popolazione anziana aumenta, le spese crescono, i redditi delle famiglie diminuiscono. Un solo dato: le strutture di lungodegenza per anziani non autosufficienti, tutte private, chiedono dai 2 mila euro al mese in su. Cosa fare?

Ridurre gli sprechi ottimizzando la gestione della sanità pubblica è la priorità indicata dal presidente della **Farmindustria**, Sergio **Dompe**. «Ottimizzare la gestione della Sanità è una priorità per il Ssn, che pure è già ai primi posti delle classifiche internazionali dell'Oms per rapporto tra qualità, prezzo e accessibilità — ha rilevato **Dompe** — minori sprechi e una sanità pubblica più efficiente e attenta alle risorse sono ormai irrinunciabili». Secondo Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, a rimetterci sono i cittadini. «Tutto questo — ha dichiarato il senatore — ha dei costi umani e di qualità della vita per la persona ed economici per il Ssn, perché quando si rinuncia alla prevenzione poi, mediamente, si paga di più per la cura». Dal rapporto, infine, secondo il senatore, «emerge lo smantellamento della sanità pubblica a beneficio di quella privata». E Giuseppe Fioroni, responsabile Pd del Welfare, commenta: «L'inchiesta del Censis dimostra che l'emergenza sociale esiste ma il governo propaganda ancora l'ottimismo invece di pensare ai problemi del Paese reale».

**Più del 7 per cento di chi le aveva ha dovuto rinunciare alle badanti**

## Chi rinuncia o rinvia le cure per motivi economici

Soprattutto le visite specialistiche e odontoiatriche



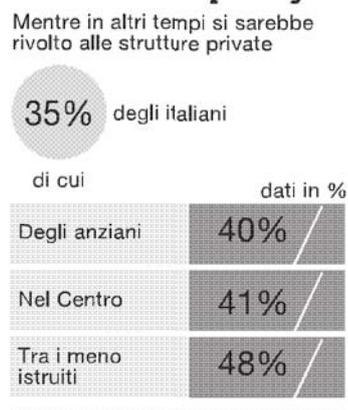
## Chi ha ridotto gli acquisti di farmaci pagati di tasca propria



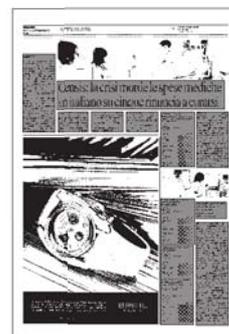
## Chi ha dovuto fare a meno della badante



## Chi si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche accettando attese più lunghe



© RIPRODUZIONE RISERVATA



**EFFETTO CRISI**

Un italiano su cinque  
riduce le spese per la salute

LIVERANIA PAGINA 12

# Crisi e sanità Ci si cura meno e tardi

DA ROMA LUCA LIVERANI

**U**n italiano su tre accetta lunghe liste d'attesa pur di ottenere prestazioni sanitarie che in passato pagava di tasca sua. Uno su cinque rinuncia del tutto a cure giudicate meno urgenti. La crisi economica si fa sentire anche sul rapporto con le spese sanitarie. Ad accertarlo è l'indagine del Forum per la ricerca biomedica e del Censis, l'indagine che ogni anno fotografa il rapporto degli italiani con la salute e il Servizio sanitario nazionale, di cui sono stati anticipati alcuni risultati, che verrà presentata integralmente nei prossimi mesi.

Lo studio conferma dunque quanto già segnalato dalla Caritas italiana nei mesi scorsi, e cioè che negli ambulatori solitamente frequentati da categorie emarginate - stranieri irregolari e persone senza dimora - crescono le richieste di italiani: gente che non riesce più a permettersi nemmeno i ticket della sanità pubblica.

Le cifre del rapporto Censis indicano, dunque, che si è accentuato il ricorso a una strategia del rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Quasi il 21% degli intervistati ha anche ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria: più del 23% dei 45-64enni, il 23,4% nel Mezzogiorno, il 28% dei residenti nelle grandi città, quasi il 29% dei meno istruiti.

Oltre alle prestazioni sanitarie, quasi il 7% degli italiani ha dovuto fare a meno della badante, per sé o

per un familiare, a causa della crisi. La percentuale sale al 7,7% al Sud e al 17,3% nelle città con 100-250 mila abitanti.

Nell'ultimo anno il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, accettando liste di attesa più lunghe, per ottenere prestazioni (analisi, visite mediche, cure) che in altri tempi avrebbe acquistato direttamente da strutture private, pagandole di tasca propria. La percentuale sale al 40% tra gli anziani, al 41% tra i residenti nelle regioni del Centro, a oltre il 47% tra le persone senza titolo di

studio o con la sola licenza elementare.

Secondo il Censis si può prevedere che la domanda di prestazioni sanitarie pubbliche sia destinata ad aumentare anche nell'anno nuovo: «Rendere più efficiente la sanità pubblica, tagliando sprechi e sovrapposizioni - afferma la ricerca - diventa quindi una priorità ineludibile per il 2010, perché ormai per molte Regioni è troppo alto il rischio di non riuscire più a finanziare la spesa per la sanità».

È c'è il rischio, denuncia il Censis, che l'affollamento delle strutture pubbliche determini, oltre che un ulteriore allungamento delle liste di attesa, un maggiore ricorso ai noti espedienti usati per accedere più velocemente alle prestazioni sanitarie, come le raccomandazioni e la corruzione.

Già adesso quasi il 37% degli intervistati (oltre il 41% nelle regioni del Mezzogiorno) ritiene che sia aumentato negli ultimi tempi il ricorso alle "conoscenze" per ottenere raccomandazioni e accelerare l'ac-



cesso alle strutture sanitarie pubbliche. Più del 25% poi pensa che sia aumentato il malcostume di fare regali alle "persone giuste" per avere accesso a corsie preferenziali.

Critico il commento di Giuseppe Fioroni, responsabile welfare del Partito democratico: «La fotografia del Censis sulla sanità è uno schiaffo in faccia alle note propagandistiche e all'ottimismo di facciata del governo sul tema della sanità e del welfare». Il fatto che un italiano su cinque non sia più in grado di curarsi per motivi economici «ci fa vedere un Paese sommerso ma reale nel quale i cittadini e le famiglie sono sempre più soli». E Fioroni chiede: «È ancora sostenibile che, nell'agenda delle riforme, il carattere di urgenza lo rivestano sempre i temi della giustizia e delle istituzioni? Sacconi, Tremonti e Pazio sanno bene che il Patto per la salute e il fondo sociale, approvati in Finanziaria, sono totalmente insufficienti a risolvere il problema, anzi lo aggravano».

«Ottimizzare la gestione della sanità – dice il presidente di Farmindustria Sergio Dompè – è una priorità per il Servizio sanitario nazionale, che pure è già ai primi posti delle classifiche internazionali dell'Oms per rapporto qualità/prezzo/accessibilità».

## I primi dati del rapporto Censis 2009 confermano le indicazioni della Caritas

### CITTADINANZATTIVA

#### QUANDO FARMACI E BADANTI PESANO SUI BILANCI FAMILIARI

Nonostante il servizio sanitario, il diritto alla salute spesso passa per il portafoglio. Cittadinanzattiva calcola i costi per la salute che gravano sui cittadini: 420 euro l'anno per farmaci indispensabili, 278 euro per farmaci per la prevenzione di complicanze, 986 euro per supporti assistenziali come la badante, 76 euro per presidi, protesi ed ausili. Per Teresa Petrangolini, segretario generale di Cittadinanzattiva che annovera tra le proprie attività anche il Tribunale per i diritti del malato, «la rinuncia dei cittadini alle cure per motivi economici è un campanello di allarme, l'ennesima conferma che la Sanità italiana ha bisogno di interventi urgenti per assicurare l'universalismo garantito nella Costituzione». Dunque «è necessario che lo Stato garantisca effettivamente l'accesso alle prestazioni socio sanitarie». Già nell'ultimo Rapporto sulle politiche della cronicità del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva il 50% delle associazioni considera il diritto all'accesso alle prestazioni socio sanitarie dei cittadini come insufficientemente rispettato.

## CENSIS PER RISPARMIARE, BOOM DEL SSN «Crisi, un italiano su cinque ha rinunciato alle cure»

**IN TEMPI** di crisi ne risente anche la salute. E' questa la fotografia scattata dall'indagine del Forum per la Ricerca Biomedica del Censis che dimostra come un italiano su cinque, a causa della congiuntura economica sfavorevole, rinunci alle cure. Da qui, il vero e proprio boom del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn): gli italiani, infatti, pur di risparmiare preferiscono mettersi in lista d'attesa e rinunciare a farmaci e dentista. Nell'ultimo anno, infatti, è ben il 35 per cento degli italiani ad essersi rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, con liste di attesa più lunghe, per ottenere analisi, visite mediche e cure che in altri tempi avrebbero fatto, pagando, in strutture private. La percentuale sale al 40 per cento tra gli anziani, al 41 per cento tra i residenti nel Centro, ad oltre il 47 per cento tra i soggetti meno istruiti. Secondo il Censis, aumenta anche il rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Quasi il 18 per cento degli abitanti del Belpaese ha, infatti, rinunciato a una o più prestazioni (visite specialistiche, cure odontoiatriche, ecc.) per motivi economici. Il dato sale a circa il 21 per cento tra i

residenti del Centro, al 23,5 per cento nel Sud, al 24,2 per cento tra i 45-64enni, al 27,2 per cento nelle grandi città, al 31 per cento tra i meno istruiti.

**SITUAZIONE** non molto rosea neanche sul fronte dei medicinali: quasi il 21 per cento degli intervistati, infatti, ha anche ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria, a cui si aggiunge anche il quasi 7 per cento degli italiani che ha dovuto fare a meno della badante. Come sarà, invece, la situazione nel 2010? Secondo il Censis, la domanda di prestazioni sanitarie pubbliche potrebbe anche salire. Da questo dato arriva perciò una priorità per l'anno nuovo: la necessità di rendere più efficiente la sanità, tagliando gli sprechi. Priorità fondamentale anche per il presidente di **Farmindustria Sergio Dompè**. Tanto più che l'affollamento delle strutture pubbliche può determinare, oltre all'allungamento delle liste di attesa, il rischio di un maggiore ricorso alle raccomandazioni per accelerare l'accesso alle prestazioni sanitarie. Timore confermato dal 37 per cento degli intervistati.

**35%**

degli italiani si è rivolto alla sanità pubblica

**18%**

degli italiani ha rinunciato a una o più prestazioni

**21%**

ha ridotto l'acquisto di farmaci per la crisi

**7%**

ha dovuto fare a meno della badante

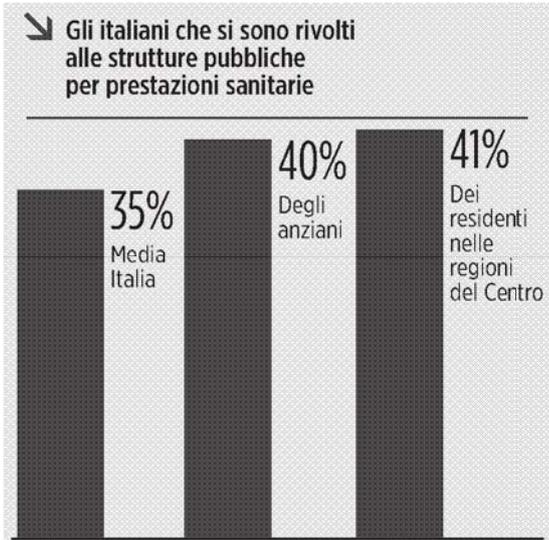


SANITÀ

# Crisi, gli italiani tagliano la spesa per la salute

## LA SANITÀ AI TEMPI DELLA CRISI

Come ha inciso la crisi sulle scelte sanitarie degli italiani



Fonte: Forum per la Ricerca Biomedica e Censis, dati 2009

↳ Ha rinunciato a una o più prestazioni sanitarie per motivi economici



21%  
Dei residenti nelle regioni del Centro

23,5%  
Dei residenti nelle regioni del Sud



24,2%  
Dei 45-64enni



27,2%  
Dei residenti nelle grandi città

GRAFICI **IL SECOLO XIX** /CENTIMETRI

**Pur di risparmiare il 35% si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche anche a costo di lunghe attese. Meno visite dal dentista**

**ROMA.** Gli italiani in tempi di crisi riscoprono il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e pur di risparmiare preferiscono mettersi in lista d'attesa e rinunciare a farmaci e dentista. Questa la situazione nel nostro paese fotografata dall'indagine del Forum per la Ricerca Biomedica e del Censis.

Nell'ultimo anno il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, con liste di attesa più lunghe, per ottenere analisi, visite mediche e cure che in altri tempi avrebbero fatto, pagando, in strutture private. La percentuale sale al 40% tra gli anziani, al 41% tra i residenti nel Centro, ad oltre il 47% tra i soggetti meno istruiti.

Secondo il Censis, aumenta anche il rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Quasi il 18% degli italiani ha rinunciato a una o più prestazioni (visite specialistiche, cure odontoiatriche, ecc.) per motivi economici. Il dato sale a circa il 21% tra i residenti del Centro, al 23,5% nel Sud, al 24,2%

tra i 45-64enni, al 27,2% nelle grandi città, al 31% tra i meno istruiti. Quasi il 21% degli intervistati ha anche ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria: più del 23% dei 45-64enni, il 23,4% nel Sud, il 28% dei residenti nelle grandi città, quasi il 29% dei meno istruiti. Inoltre, quasi il 7% degli italiani ha dovuto fare a meno della badante. La percentuale sale a 7,7% al Sud e a 17,3% in città con 100-250mila abitanti.

La domanda di prestazioni sanitarie pubbliche potrebbe aumentare anche nell'anno nuovo. Secondo il Censis, rendere più efficiente la sanità, tagliando gli sprechi, diventa una priorità per il 2010. Tanto più che l'affollamento delle strutture pubbliche può determinare, oltre che un ulteriore allungamento delle liste di attesa, il rischio di un maggiore ricorso ai noti espedienti usati per accedere più velocemente alle prestazioni sanitarie. Già adesso quasi il 37% degli intervistati (oltre il 41% nelle regioni del Sud) ritiene che sia aumentato negli ultimi tempi il ricorso alle conoscenze per accelerare l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche.

Ridurre gli sprechi ottimizzando la gestione della sanità pubblica è anche la priorità indicata dal presidente della **Farmindustria, Sergio Dompè**. «Ottimizzare la gestione della Sanità è una priorità per il Ssn, che pure è già ai



primi posti delle classifiche internazionali dell'Oms per rapporto fra qualità, prezzo e accessibilità - ha rilevato **Dompe** in una nota -. «Minori sprechi e una sanità pubblica più efficiente e attenta alle risorse sono ormai irrinunciabili».

Secondo Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), a rimetterci sono i cittadini. «Tutto questo - ha dichiarato il senatore commentando i dati del Censis - ha dei costi umani e di qualità della vita per la persona ed economici per il Ssn, perché quando si rinuncia alla prevenzione poi, mediamente, si paga di più per la cura». Dal rapporto, infine, secondo il senatore, «emerge lo smantellamento della sanità pubblica a beneficio di quella privata».

## >> LA NOVITÀ

●●● ROMA. **Analisi del sangue, radiografie e referti medici direttamente sul pc di casa, invece che lunghe file agli sportelli delle Asl e dei laboratori, ma solo con il consenso dell'assistito e con l'uso di password. Il Garante per la protezione dei dati personali ha approvato le «Linee guida in tema di referti on line» che fissano rigorose misure a protezione dei dati sanitari dei pazienti che intendono utilizzare questo servizio, ricevendo il referto via mail o «scaricando» gli esami clinici direttamente dal sito web della struttura sanitaria.**

# Sanità Il rapporto Censis: rimandate visite specialistiche. Fuga dai centri privati Crisi, si rinuncia alle cure mediche rischio tilt nelle strutture pubbliche

**Liste di attesa più lunghe ma spendendo meno: così gli italiani risparmiano sulla propria salute.**

>>

**Daria Simeone**  
Milano

La salute prima di tutto, ma in tempi di crisi, si cerca di risparmiare anche su quella. A rivelarlo è il rapporto del Censis sulla Sanità in Italia. Quasi un italiano su 5 (il 18%), in un anno, ha rinunciato a una o più prestazioni sanitarie, soprattutto visite specialistiche e cure odontoiatriche, con differenze notevoli tra le zone del Paese. Il dato, infatti, sale al 21% tra i residenti al Centro, al 23,5% nel Sud, al 24,2% tra i 45-64enni, al 27,2% nelle grandi città, al 31% tra i meno istruiti. Sempre di più, inoltre, si preferisce ricorrere al servizio pubblico, nonostante le lunghe liste d'attesa. I dati del Censis indicano, quindi, che si è accentuato il ricorso a una strategia del rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Quasi il 21% degli intervistati ha anche ridotto l'acquisto di farmaci non mutuabili: più del 23% dei 45-



64enni, il 23,4% nel Mezzogiorno, il 28% dei residenti nelle grandi città. Nell'ultimo anno il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, accettando liste di attesa più lunghe, per ottenere prestazioni che in altri tempi avrebbero

**L'allarme**  
**«Gli ospedali statali vanno potenziati**  
**Il sovraffollamento porta alla corruzione»**

acquistato direttamente da strutture private. La percentuale sale al 40% tra gli anziani, al 41% tra i residenti nelle regioni del Centro, ad oltre il 47% tra le persone senza titolo di studio. «Rendere più efficiente la sanità pubblica, tagliando sprechi e sovrapposizioni, diventa una priorità ineludibile» avverte il presidente di **Farmindustria, Domènè** che denuncia il rischio che l'affollamento di strutture pubbliche determini un maggiore ricorso a corruzione per accedere ai servizi. <<



**Effetti crisi.** Il 18% dei cittadini rinuncia a visite specialistiche e al dentista. Il 35% va nelle strutture pubbliche

## Censis: un italiano su 5 non si cura

■ In tempi di crisi la salute passa in secondo piano. Così, con pochi euro in tasca, gli italiani ricorrono alle lunghe liste d'attesa della sanità pubblica piuttosto che ai medici privati, rinunciano al dentista e comprano farmaci low cost. È il risultato di un'indagine del Censis in base alla quale il 18% dei cittadini nel 2009 ha rimandato visite specialistiche e cure per motivi economici. Il 35% invece è ricorso alle strutture sanitarie pubbliche, accettando le liste d'attesa, percentuale che aumenta tra gli anziani (40%), i residenti delle regioni del Centro (41%) e tra i soggetti meno istruiti, senza titolo di studio o con la sola licenza elementare (oltre il 47%). Gli effetti della crisi economica sul rapporto degli italiani con la spesa per la salute si sono dunque manifestati nella tendenza a ricorrere più che nel passato alla sanità pubblica, accettando maggiori disagi e tempi più lunghi. E si è accentuato anche il ricorso a una strategia del rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti. Il bilancio del Censis preoccupa anche il presidente della Farindustria, Sergio **Dompé**. «Ridurre gli sprechi ottimizzando la gestione della sanità pubblica deve diventare una priorità per il Servizio Sanitario Nazionale». ■



## ANALISI

# Mezzogiorno e Sanità: nel 2010 svolta obbligata

di **Roberto Turno**

**R**iportare in una fase di galleggiamento controllato i conti della sanità, uscire dal cono d'ombra di decenni di sprechi, di clientele non solo politiche e di disavanzi multimiliardari. Con un corollario che poi è il mandato di un sistema sanitario non solo sulla carta universalistico: garantire cure di qualità agli assistiti. Più che una scommessa è la quadratura del cerchio, quasi una missione impossibile. Eppure è questa la sfida senza vie d'uscita che si apre nel 2010 per la sanità nel sud d'Italia.

Anche per l'assistenza sanitaria infatti esiste una "questione meridionale". Perché c'è una vera e propria linea Maginot che spacca in due come una mela l'Italia della salute: dal Lazio (benché regione del centro) in giù, i conti del servizio sanitario nazionale non tornano mai. Con una doppia beffa per gli assistiti (e contribuenti): mentre la spesa pubblica affonda, la qualità dei servizi è peggiore. Duplice fallimento. Gli esodi ogni anno dal sud verso il centro-nord (Lazio incluso) di oltre mezzo milione di cittadini in cerca di cure, migliori e sicure, sono la drammatica testimonianza della situazione socio-sanitaria del sud al limite del collasso. Con deficit pro capite dal 2001 al 2008 che hanno raggiunto i 1.200 euro in Campania, 830 in Sicilia, 450 in Calabria, ben 1.586 in Molise.

Finanziaria e «Patto» sembrano ora imporre il 2010 come l'anno della svolta. Partita difficilissi-

ma per quasi tutto il sud, viste le condizioni di partenza. Che ci parlano di due commissariamenti in atto: Campania e Molise. Della Calabria, sottoposta a piano di rientro dal debito e che ufficialmente è come se già fosse commissariato, mentre affonda in una voragine di 1,7 miliardi di disavanzi ufficiali (ma solo quelli che risultano da «testimonianze

## AL LIMITE DEL COLLASSO

**Il deficit pro-capite sanitario ammonta nel Molise a 1.586 euro, in Campania a 1.200 e in Sicilia a 830**

orali», denuncia il Governo). E poi della Sicilia, sotto la scure del piano di rientro dal deficit, che ha evitato il commissariamento ma che è alle prese con una riforma di sistema interamente da realizzare. Ma sotto l'incudine del piano di rientro potrebbe presto rischiare di finire anche la Puglia. Col risultato che solo Basilicata e Sardegna a questo punto eviterebbero la tutela governativa. Finanziaria e «Patto» offrono anche opportunità di rilancio. Ma chiedono tagli sicuri in nome del sogno dell'efficienza. Una cura dirazionalizzazione sarà imposta col taglio dei posti letto (leggi: potatura degli ospedali): la riduzione a livello nazionale dovrà concretizzarsi in 9.800 posti letto in meno, oltre 9 mila dei quali tutti nel Mezzogiorno. Non è un caso che in Calabria si

ragiona sulla chiusura di 29 piccole e inutili e spesso disastrose strutture. Chiusure, ma anche riconversioni e riqualificazioni dei presidi ospedalieri. Altro giro di vite toccherà al personale. Mentre centinaia di prestazioni dovranno essere garantite non più in ospedale, ma in day hospital e anche soltanto in ambulatorio. Col risultato conseguente di possibili costi aggiuntivi in più, attraverso i ticket, a carico degli assistiti. Tutto in 18 mesi.

"In cambio" la dote finanziaria crescerà, sarà concesso l'uso dei Fas per coprire i buchi, lo Stato presterà fino a un miliardo con mutui trentennali per debiti ante 2005 (caso di scuola: la Calabria). Ma, beffa finale per i fornitori che non vengono pagati se non dopo quasi due anni come in Campania, per un anno si bloccheranno i pignoramenti nelle regioni con piano di rientro. Sempreché i piani di rientro siano validi, sia chiaro. Altrimenti scatterà la tagliola fiscale: maxi addizionali Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%) automatiche oltre il massimo. Certo, per gli amministratori incapaci sarà una sanzione politica verso gli elettori. Ma gli elettori e contribuenti-cittadini e imprese non gradiranno di sicuro. Ancora una volta, pagheranno due volte i costi dell'inefficienza. Con l'effetto di impoverire ulteriormente le già deboli economie locali. La sfida del federalismo fiscale, piaccia o meno, in qualche modo è già sul tavolo.

roberto.turno@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il documento Il commissario governativo conferma le scelte della giunta Marrazzo

# Sanità, Guzzanti firma il piano regionale

**Battaglia (ex assessore)**

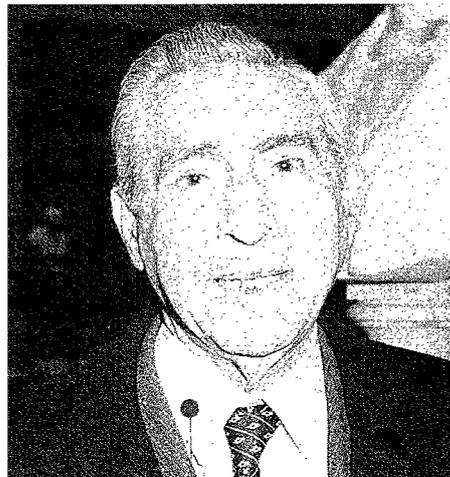
«È la conferma della bontà del piano sanitario che avevamo presentato e che prevede importanti realizzazioni»

Il Commissario alla sanità del Lazio Elio Guzzanti, ha presentato al ministero del Welfare il testo firmato del piano sanitario regionale. A quanto riferito il documento, lungo 500 pagine, contiene presumibilmente la riconferma di alcune scelte di fondo già impostate dalla giunta regionale attraverso l'operato del precedente commissario alla sanità, l'ex presidente Piero Marrazzo e dal vice presidente della Regione Lazio Esterino Montino.

Nel piano sanitario regionale firmato dal commissaria ad acta Elio Guzzanti dovrebbero essere contenuti anche alcuni dei provvedimenti già impostati dalla giunta regionale. In particolar modo il piano potrebbe portare allo sblocco di quindici opere infrastrutturali distribuite nel territorio regionale per un valore di circa 260 milioni di euro, tra cui la realizzazione dell'Ospedale dei Castelli Romani.

Sempre grazie all'adozione del nuovo piano sanitario potrebbe arrivare il via libera anche alla creazione di 1.000 nuovi posti letto nelle Rsa, tramite la riconversione di cliniche private, strutture pubbliche come ad esempio il San Giacomo, come auspicato da un protocollo d'intesa recentemente sottoscritto tra il vice presidente della Regione Lazio Esterino Montino e le parti sociali.

Per Augusto Battaglia (Pd) «La firma del decreto sul Piano sanitario regionale da parte del commissario Elio Guzzanti è un passo decisivo a fronte del quale non possiamo che esprimere grande soddisfazione: insieme alla prossima apertura del nuovo Ospedale di Frosinone e all'avvio dei lavori per il Policlinico dei Castelli, con la realizzazione dell'ospedale del Golfo viene confermata la bontà delle scelte operate in questi anni e, soprattutto - conclude Battaglia -, offerta ai cittadini del Lazio una risposta di salute efficiente ed adeguata».



**Commissario** Elio Guzzanti ha firmato il piano sanitario del Lazio, presentandolo al ministro del Welfare



Stati Uniti. La maggioranza, compatta, è in grado di respingere l'ostruzionismo dei repubblicani

# Sanità, ok del Senato entro Natale

## Obama esulta: «È una grande vittoria del popolo americano»

### LO SCENARIO

Il nuovo sistema estende la copertura a 31 milioni di persone. Il testo dovrà essere armonizzato con quello varato dai deputati

**Mario Platero**

NEW YORK. Dal nostro corrispondente

Da ieri Barack Obama ha la riforma sanitaria in tasca, e la possibilità di segnare una delle più importanti pagine di storia per i diritti sociali in America. Ha vinto, in una drammatica seduta, il voto procedurale per chiudere il dibattito sul pacchetto sanitario in discussione al Senato e aprire le porte dell'assistenza medica a oltre 30 milioni di americani finora fuori dai sistemi sanitari pubblici o privati. È vero che mancano ancora altri due voti procedurali prima di quello finale, ma con il sì di ieri ormai non vi sono più dubbi: la maggioranza è compatta.

Il voto si è tenuto all'alba notte per accelerare sui tempi, in una Capitale travolta dai postumi di una bufera di neve, dopo un dibattito teso e a tratti al limite del civile, con la maggioranza necessaria di 60 voti (58 democratici e due indipendenti) contro i 40 dei repubblicani, anch'essi compatti. La svolta, nella notte: l'adesione del senatore democratico antiaborto del Nebraska, Ben Nelson contrario a un testo che secondo lui avrebbe potuto dirottare fondi pubblici a cliniche abortiste. Alla fine, il capo della maggioranza, Harry Reid, ha accettato l'ennesimo cambiamento al testo e ha chiuso la partita.

La base democratica è delusa, come lo è stata per il compromesso raggiunto da Obama sull'ambiente. Sa che 23 milioni di americani resteranno comunque scoperti e ha visto perdersi per strada alcuni dei pezzi importanti del progetto originario. Il più importante: la *public option*, un'opzione di sottoscrizione sanitaria pubblica in concorrenza con gli assicuratori privati. Eppure, pur con tutte le lacune del caso, Obama stabilì

sce con questa riforma un primato: altre amministrazioni avevano provato nei decenni a varare una riforma sanitaria, ma senza successo. L'ultima sconfitta, bruciante per il partito democratico la subì Bill Clinton nel 1994. E quel progetto era comunque più modesto rispetto a quello di oggi. La Casa Bianca avrà così realizzato a meno di un anno dall'insediamento il suo più ambizioso progetto di legge di politica interna.

Il pacchetto del Senato prevede l'assicurazione medica obbligatoria per 31 milioni di americani. Circa 15 milioni di loro avranno un'assicurazione gratuita grazie a un allargamento dei limiti per l'accesso ai servizi del Medicaid, l'assistenza pubblica per i più poveri. Gli altri dovranno scegliere uno dei pacchetti messi a punto dalle assicurazioni private. In questa categoria vi sono soprattutto appartenenti della classe medio bassa. Ma la riforma, che lascia comunque scoperti circa 23 milioni di americani, non riguarda soltanto coloro che non avevano accesso alla copertura medica e ospedaliera in caso di malattie. Da sollievo anche a chi era già assicurato ed era costretto a subire regole unilaterali e vessatorie dalle compagnie di assicurazione su cure e spese rimborsabili. Certo, non vi sarà la *public option*, un ruolo diretto dello Stato, che avrebbe dovuto tenere sotto controllo le tariffe delle assicurazioni private offrendo polizze competitive. Ma la svolta resta decisiva. Un successo che conferma la saggezza della politica dei piccoli passi e del compromesso su cui lavora da sempre Barack Obama. Che non ha esitato a definire il voto di ieri «una grande vittoria per il popolo americano».

Uno dei nodi su cui hanno fatto leva i repubblicani riguarda il costo del progetto e la necessità di aumentare le tasse. L'ufficio per il Bilancio del Congresso ha stimato il costo della riforma sanitaria in 871 miliardi di dollari in dieci anni. Le proiezioni stimano anche un disavanzo di 132 miliardi di dollari sempre su ba-

se decennale. Ma sia la versione del Senato che quella più aggressiva della Camera, approvata il 7 novembre, prevedono nuovi introiti sia dalle compagnie di assicurazione che dal settore dei prodotti medicali. Prevedono anche un aumento dell'imposizione fiscale.

È sul fronte fiscale che i repubblicani promettono ancora battaglia: sfrutteranno tutte le scappatoie dell'iter legislativo e sono determinati a usare questa legge per attaccare i democratici alle prossime elezioni politiche del novembre 2010. Ci saranno ancora tre giorni di fuoco e polemiche, poi, il voto finale del Senato, fissato per le 7 di sera del 24 dicembre, la vigilia di Natale per formalizzare il nuovo regalo che l'acido Uncle Sam aveva negato per 60 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### UN TESTO SOTTOPONTO

#### L'iter legislativo

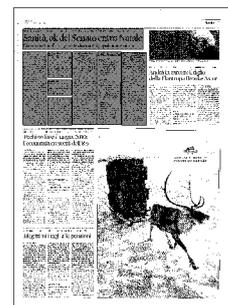
La Camera dei rappresentanti ha votato il suo progetto di legge il 7 novembre. Il Senato è entrato nella fase finale del dibattito. I due testi andranno poi coordinati e il prodotto finale dovrà essere sottoposto all'approvazione di entrambe le assemblee.

#### I punti saldi

I testi di Camera e Senato sono simili. Entrambi introducono: l'obbligatorietà della copertura sanitaria; regole più severe per gli assicuratori; schemi assicurativi per chi non è coperto dal datore di lavoro; sussidi per i meno abbienti. Coprono gran parte della spesa con tagli agli sprechi del programma Medicare.

#### Le differenze

Il testo della Camera costa 1.052 miliardi in 10 anni, prevede l'opzione per il sistema pubblico, riguarda 36 milioni di persone, copre i costi con una tassa del 5,4% sui redditi da 500mila dollari l'anno in su. Il testo del Senato costa 871 miliardi, non prevede l'opzione pubblica, copre 31 milioni di persone.



# Università. Pubblicato il decreto del ministero Con i fondi per la ricerca 696 nuovi posti in ateneo

**Gianni Trovati**  
MILANO

Sono 696 i posti da ricercatore a tempo indeterminato aperti nelle università dallo sblocco della quota 2009 dei fondi «Mussi» (si veda «Il Sole 24 Ore» del 17 dicembre). Le dimensioni dell'ateneo ovviamente indirizzano alla Sapienza di Roma il gruppo più consistente di nuovi posti (41), ma Bologna (39) e il Politecnico di Milano (36) seguono a ruota grazie ai «premi» introdotti dai nuovi meccanismi di finanziamento per chi ha i bilanci più in ordine.

Numeri e criteri si apprendono dal testo del provvedimento, pubblicato dal ministero dell'Università sul proprio sito ([www.miur.it](http://www.miur.it)). Inizialmente la dote attesa del provvedimento era molto più alta, ma a fissare l'asticella a quota 696 posti sono i nuovi criteri previsti dal ministero: niente cofinanziamento obbligatorio da parte delle

università, come accaduto invece nei due anni precedenti, e assegno statale misurato sul «costo medio» (57.446 euro, pari a 0,5 punti organico), e non sul costo iniziale, del ricercatore, per evitare che gli atenei si trovassero a gestire un aiuto ministeriale nei fatti decrescente nel tempo. La strategia ministeriale nasce per "blindare i posti", sgombrando il campo dalle difficoltà che possono spingere gli atenei con i bilanci in crisi a non sfruttare l'aiuto statale. Meglio 696 posti "sicuri", insomma, che 2mila messi a rischio dalla tentazione dei rettori di utilizzare i fondi statali per altre spese ordinarie.

La scelta non soddisfa però le associazioni dei ricercatori precari: «Anche se tutti i concorsi fossero effettuati in tempo - calcola Francesco Cerisoli, presidente dell'Apri (associazione precari della ricerca in Italia) - i 696 posti del 2009 si aggiungeranno ai 1.037 del

2008, arrivando nella migliore delle ipotesi intorno a quota 1.700: meno della metà dei 4mila promessi dal ministro».

A decidere la distribuzione dei posti, nell'architettura definita dal provvedimento ministeriale, sono tre criteri: il primo (che indirizza 17,5 milioni) applica il modello del comitato nazionale di valutazione (Cnvsu) per quel che riguarda le performance sulla ricerca, altri 17,5 milioni dipendono dal numero dei dottorandi con borsa e assegnisti di ricerca presenti in ogni ateneo, mentre 5 milioni premiano le università che vantano costi del personale più leggeri in rapporto al fondo ordinario statale. In quest'ultima graduatoria, primeggia il Politecnico di Milano (20% dei premi), seguito da Roma Tre (8,45%) e Bologna (7,52%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



» **Intervista** Cingolani, direttore lit

# Nanoparticelle causa di sterilità nella drosofila

di GIOVANNI CAPRARA

Che cosa succede quando respiriamo e mangiamo particelle nanometriche non naturali, cioè prodotte dall'attività umana, e presenti nell'aria o nei cibi? «Non lo sappiamo — spiega Roberto Cingolani, direttore scientifico dell'Istituto italiano di tecnologia di Genova — e proprio per capire le reazioni dell'organismo abbiamo condotto un'indagine, la prima del genere a livello internazionale, con risultati che fanno pensare e che guideranno ulteriori ricerche». Nei test si sono usati topi e drosofila e in quest'ultima si è visto che le nanoparticelle delle dimensioni di qualche decina di nanometri (millesimi di millimetro) provocavano sterilità. «Lo studio — aggiunge Cingolani — rivelandoci i cambiamenti biochimici che intervengono ci aiuterà a stabilire le regole con cui produrre, senza rischi, le future nanotecnologie». I risultati sono ora all'esame della National Academy of Sciences americana per la pubblicazione.

L'importante tema legato alla salute compare nel nuovo piano di ricerca 2009-2011 varato dall'Istituto ampliando il raggio d'azione che si era dato alla nascita nel 2005. Allora i riferimenti erano la robotica, le neuroscienze e lo sviluppo di farmaci. Ed è, soprattutto, sul primo fronte mirato alla costruzione di un umanoide che si è registrato un particolare sviluppo facendo convergere su di esso anche le esplorazioni più d'avanguardia delle neuroscienze e dei materiali, oltre ovviamente all'intelligenza artificiale. Il robot-bambino «iCub» concepito all'Iit è diventato infatti una «piattaforma» europea sulla quale stanno lavorando anche altri centri di ricerca dell'Unione.

Per realizzare nuove molecole di interesse chimico e biologico Alberto Diaspro, responsabile dell'Unità di nanofisica, potrà utilizzare un nanoscopio



**AL COMANDO**  
Roberto Cingolani

ottico che Leica ha scelto di installare all'Istituto. Ciò avviene nell'ambito di una collaborazione con il Max Plack Institute e che si basa sulla specialità del gruppo italiano di fabbricare molecole luminose utili persino nelle ricerche sulle patologie degenerative del cervello e in oncologia.

«Per questa via saremo anche in grado di produrre materiali intelligenti preziosi nei robot e per svariate altre applicazioni — sottolinea Cingolani —. In aggiunta, con lo stesso criterio "allargato", lavoriamo per l'aspetto energetico del robot al fine di renderlo il più possibile autonomo. Perciò si agisce, da una parte realizzando sistemi sempre meno avidi di energia, e dall'altra fabbricando, ad esempio, una pelle fotovoltaica alimentata dal Sole».

Ora l'Istituto genovese ha già attivato alcune delle sue sedi periferiche a Milano, Torino, Trento, Pisa, Roma, Lecce e Napoli nelle quali ci sono competenze che coinvolgono le università e il Cnr. La struttura complessiva è in crescita e dai 500 addetti attuali passerà agli 850 entro il 2010 per salire a mille l'anno successivo.

Nei giorni scorsi, inoltre, sono stati scelti 37 progetti di ricerca su 240 proposte ricevute e che saranno finanziati per essere completati nell'arco del prossimo triennio. «La nostra attività è già valutata da studiosi internazionali — precisa Roberto Cingolani — ma chiediamo di essere esaminati anche dagli organismi nazionali. Per noi ciò sarà particolarmente utile al fine di poter rispondere sempre meglio alle necessità e agli indirizzi del Paese».

© RIPRODUZIONI RISERVATE



# Tumori, la cura in più si chiama resilienza

DI LISA GALLI \*

La psiconcologia si rivolge a persone che subiscono il trauma di una diagnosi di tumore. Lo psiconcologo interviene quando il malato lo richiede anche se, spesso, la motivazione nasce su sollecitazione dei familiari, dei medici o degli infermieri. Il suo aiuto permette alla persona di capire i propri punti di forza e, come trainer delle emozioni sostiene chi, forse, nella sua vita non si sarebbe mai rivolto a questo tipo di professionista.

Lo psicologo, per come lo descrivo nel mio libro «Quando la vita cambia colore» (edizioni Mondadori, 130 pagine) è da intendersi in modo differente da come comunemente viene descritto. La malattia è tutta un'altra storia: colpisce un corpo e l'intero Sistema familiare è chiamato a sostenere il percorso di cura, lungo e pieno di imprevisti. Il malato, il familiare, il medico e l'infermiere condividono questa via fin dall'inizio. Lo psicologo è il professionista che viene invitato nel mezzo di un processo già in atto.

È importante che questa figura non cambi mai e sia sempre la stessa persona a dare una continuità assistenziale psicologica ovunque il malato si trovi e in qualsiasi fase del percorso di cura. Personalmente svolgo, infatti, la mia attività sia all'interno della Divisione di Ematologia del Policlinico di Modena (Day-hospital, Reparto, Unità trapianto midollo), sia in assistenza domiciliare.

Il setting, inteso come l'insieme di regole che intervengono nella gestione di un colloquio psicologico, in queste situazioni ha un'unica peculiarità: l'imprevedibilità di luoghi e di prognosi.

In percorsi costellati da pensieri di vulnerabilità che appartengono a malati, familiari e curanti, non bisogna mai perdere la certezza che ognuno possa riscoprire la necessaria forza per reagire a qualsiasi evento traumatico.

Si chiama resilienza la capacità dell'individuo di trasformare un evento critico e destabilizzante (terremoti, separazioni, malattie, lutti e altro) in

un'opportunità per riorganizzare positivamente la propria vita. Tutte le persone hanno la capacità di essere resilienti, ma non tutte ci riescono. Molto dipende da chi si incontra sulla propria strada.

Il motivo è da ricercare nei limiti personali e relazionali. E per questo che diventa importante per i protagonisti di una storia di cura (malati, familiari, medici, psicologi, infermieri) non trascurare anche gli aspetti psicologici della relazione terapeutica all'interno di un percorso fatto di terapie, ma anche di rapporti umani che devono essere considerati come strumento di lavoro.

Si arriva a questa conclusione comprendendo che, se la resilienza di un individuo è data dall'insieme delle sue capacità associate alla forza delle relazioni interpersonali sviluppate nell'arco della propria vita, allora diventano fondamentali quelle che si realizzano in un processo di cura tra malato-familiare-medico-infermiere-psicologo.

Gli psicologi, gli infermieri e i medici avendo un'esperienza precedente a quella del malato, differente per competenza e ruolo, sono chiamati a sostenerlo nella sua formazione sul campo. Devono manifestargli la fiducia necessaria affinché possa acquisire la professionalità utile per fare fronte al suo nuovo lavoro, che è quello della persona che si deve curare. Questa professionalità si acquisisce con l'apprendimento di un linguaggio specifico (medico, infermieristico e psicologico), con il sapersi muovere in un ambiente di cura, con il riuscire a gestire le ansie nell'attesa dei propri risultati e molto altro ancora. Lo stesso accadrà ai familiari che decideranno di stare al fianco dei propri cari. Tutti devono essere aiutati a diventare professionisti della propria malattia lungo il percorso di cura.

In questa realtà professionale diventa uno strumento fondamentale l'intrecciarsi delle relazioni umane che è simile a una rete dove ognuno si deve perce-

pire come un nodo in relazione con altri nodi, sia prossimi sia lontani. Il nodo della situazione di malattia è composto dal malato e dalla sua famiglia. Il nodo dei curanti è composto da realtà di ospedali e di territorio. Ogni nodo, a sua volta, è formato da altri nodi fatti di singoli individui e da insiemi di individui che si ridefiniscono, dinamicamente, attraverso relazioni professionali, personali e familiari. L'integrazione è possibile grazie a una collaborazione reciproca che fa della rete qualcosa di più della somma delle sue parti. Il vantaggio della rete è di mettere in comunicazione e valorizzare le diverse professionalità (comprese quelle del malato e della sua famiglia); il suo limite è che non sempre viene percepita, capita e utilizzata. La famiglia e l'équipe dei curanti sono gruppi precostituiti che devono imparare a conoscersi. Bisogna sempre tenere presente che tutte le persone coinvolte in un percorso di cura (perché lo scelgono per professione o perché capita loro) arrivano al loro appuntamento confrontandosi su epistemologie pregresse e su quelle che condivideranno. In quella condivisione scatterà l'attivazione di una resilienza epistemologica reciproca di chi aiuta e di chi è aiutato. Professionalmente non so dire chi aiuta chi: il malato e il familiare affidandosi ai curanti o i curanti che intervengono nel tentativo di salvare una vita?

*\* Psicologa - Psicoterapeuta  
Responsabile Servizio psicologia  
Ail Modena Onlus  
Sez. Luciano Pavarotti*



**IN BREVE**

**TUMORE DELLA CERVICE**  
**Sesso precoce, più rischi**

**LONDRA.** Fare sesso in età molto giovane raddoppia il rischio di cancro della cervice: ad affermarlo è uno studio britannico pubblicato sul British Journal of Cancer. La ricerca ha rivelato che tra le donne meno abbienti l'alto numero di casi di cancro non è dovuto a livelli più alti d'infezione Hpv, ma all'inizio precoce dell'attività sessuale e all'età della prima maternità, mentre non è stato trovato alcun legame con il numero di partner della donna o con il fumo.

