

Rassegna del 11/10/2010

GENTE - Il Nobel al papà della provetta - Vicario Francesco

1

Fa discutere il premio assegnato allo scienziato inglese Robert Edwards

Fece nascere la prima bimba con la fecondazione assistita nel 1978. Poi la sua tecnica ha portato alla luce 4 milioni di bambini. Ora però la Chiesa attacca: «Non si merita quel riconoscimento»



LA SUA PRIMA "CREATURA"
Robert Edward, 85 anni, con Louise Brown, 32, la prima donna nata in provetta.

Il Nobel al papà della provetta

di Francesco Vicario

Il coraggio del pioniere. E la soddisfazione di arrivare a un traguardo storico. Oldham General Hospital, Manchester, Inghilterra, 25 luglio 1978. Robert Edwards è di fronte a duecento giornalisti a dare la notizia che ha segnato l'anno zero del concepimento in vitro: «Luise Joy Brown pesa 2,608 chili. Ed è la prima bimba "nata" in provetta».

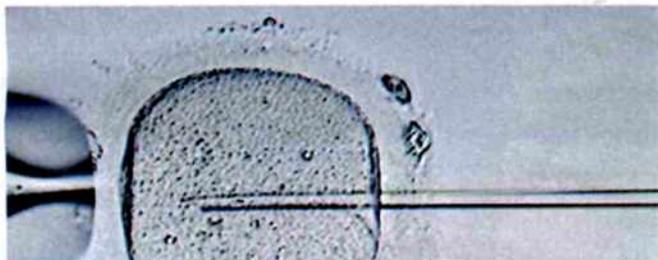
A distanza di 32 anni, il comitato dei saggi dell'Istituto Karolinska, università di Stoccolma, ha scelto il fisiologo inglese come centodecimo premio Nobel per la medicina, titolo che gli sarà conse-

gnato, con il premio di un milione di euro, il 10 dicembre nella capitale svedese. Con questa motivazione: «I suoi lavori hanno reso possibile la cura dell'infertilità». Ma quello a Edwards è anche il primo Nobel "collettivo", simbolicamente destinato ai 4,3 milioni di bambini che dopo Louise sono nati grazie alla fecondazione assistita. La capostipite, che oggi ha un figlio di 4 anni concepito naturalmente, è stata la prima a congratularsi con Edwards insieme con la mamma Lesley, che si rivolse nel '77 al medico perché non riusciva a rimanere incinta a causa di un occlusione uterina. Quindi, la de-

All'inizio dei suoi esperimenti, il governo inglese gli tagliò i fondi

cisione di Edwards di sperimentare sulla donna la tecnica alla quale stava lavorando dal 1968 con il ginecologo Patrick Steptoe, ispirandosi alla veterinaria. Studi non graditi al governo inglese, che dopo due anni dall'inizio dei lavori aveva tagliato i fondi ai due scienziati. «Non mi consideravano un medico qualificato perché, pur insegnando a Cambridge, non ero professore», raccontò lo scienziato anni dopo. La sopravvivenza dell'esperimento fu garantita dai fondi privati. Fino alla nascita di Luise, che ha aperto gli occhi al mondo sulla possibilità di generare vita fecondando l'ovulo fuori dal corpo delle donne.

Edwards, oggi 85enne, è padre di 5 figlie che gli hanno regalato 11 nipoti: non si può dire sia un portabandiera del controllo delle nascite. Eppure, i contrasti con la Chiesa Cattolica hanno sempre accompagnato le ricerche dello scienziato. E nuove polemiche sono divampate, con l'annuncio del ri- ▶



COME AVVIENE
Il momento culminante della fecondazione assistita: il seme viene inserito nella cellula uovo femminile.

conoscimento a Stoccolma, da parte di monsignor Ignacio Carrasco de Paula, presidente della Pontificia Accademia della Vita, che ha bollato la scelta di Edwards «fuori luogo perché senza la sua scoperta non sarebbe nato il commercio di milioni di ovociti, e non ci sarebbero in tutto il mondo congelatori pieni di embrioni che finiranno per morire». E se il dibattito etico sulla vita e sul concepimento ha dimensioni internazionali, è in Italia che infervora gli ani-

Con la fecondazione artificiale in Italia nascono 10mila bambini all'anno

mi. Sul piatto c'è la legge 40 del 2004 sulla fecondazione assistita, «la più restrittiva tra

tutte le normative europee», spiega Luigi Gianaroli, presidente della Società europea di embrionologia. «In Italia ogni anno nascono 10mila bambini in vitro, 1,2 bambini ogni 100, mentre in Francia la percentuale sale all'1,8, in Danimarca all'8, e in Belgio al 4 per cento». Anche se la Corte Costituzionale sta allargando le maglie della legge, avendo abrogato l'obbligo di produzione e impianto contemporaneo di tre embrioni e il divieto di congelamento degli embrioni in sovrannumero, la battaglia delle coppie infertili non è finita: ora si è spostata sul fronte della fecondazione eterologa, quella che permette di usare ovuli e seme donati da persone esterne alla coppia.

Limiti legislativi e libera scelta: il dibattito è aperto. Ma sono sempre più numerose le persone interessate alla questione, visto che ogni anno 59mila coppie si rivolgono ai 349 centri di fertilità presenti in Italia, anche perché 1 unione su 6 ha problemi di concepimento. Lo sa bene Alessandra Abbisogno, prima italiana nata in provetta nel 1983, ora studentessa di Embrionologia, la tecnica che l'ha fatta nascere: «Ringrazio Edwards. Io esisto grazie al suo amore per la scienza. Ma bisogna andare avanti. Milioni di famiglie non riescono ad avere bambini. Perché negar loro un sogno?»

Francesco Vicario

Torino non trova donatori "samaritani" per i trapianti di rene

Solo tre richieste: due respinte, una "congelata"

il caso

MARCO ACCOSSATO

Torino, città dei Santi sociali, ha soltanto tre «samaritani». Si conta sulle dita di una mano il numero di persone che - approvata sette mesi fa la nuova legge - ha chiesto di poter donare un rene a uno sconosciuto, per pura generosità. Proprio a Torino, da dove a febbraio era partita la richiesta che ha aperto una speranza nuova per gli oltre 11 mila malati in lista d'attesa, la risposta pare scarsa, scarsissima.

Un fallimento? Il professor Giuseppe Segoloni, il primario di Nefrologia delle Molinette che aveva ricevuto la candidatura della prima «samaritana» torinese, non si stupisce né si scoraggia: «Questa legge è importante perché ha creato una nuova strada, ma soprattutto perché sulla questione è nata una serie di atti normativi che prima non esistevano». In quanto a scarsità di numeri, «non dobbiamo stupirci che siano stati pochi a farsi avanti: alla Rhode Island Medical School, su 205 donatori viventi, solo il 9 per cento sono samaritani. E sommando le 93 richieste giunte in diversi ospedali canadesi solo 43 sono state esaminate, e di queste appena 21 accettate». Ma la risposta che arriva dalle Molinette non piace a Marta, prima donatrice samaritana, che, esclusa martedì scorso dalla lista dei possibili donatori, ha scritto al ministro della Salute, Fer-

ruccio Fazio, contestando il no: «Ho l'impressione - dice Marta - che questa legge in realtà non si voglia affatto concretizzare, dopo le polemiche che ci furono a febbraio». Cita il proprio caso come emblematico: «Dopo aver dato la disponibilità a donare un rene da trapiantare su un malato mi hanno sottoposto ad alcuni esami, tutti negativi. Ma a seguito del colloquio con lo psicologo sono stata rifiutata perché - dicono - avendo io il sogno di salvare una persona non posso essere considerata una vera "samaritana": dietro alla mia donazione c'è un'aspettativa, quindi non è accettabile».

Il professor Segoloni «comprende il dispiacere della signora», ma - si limita a dire - «esistono protocolli molto precisi da osservare, a garanzia di tutti».

Marta era stata la prima persona, a Torino, a offrire un rene a uno sconosciuto. La terza in Italia: «Mio nonno è nato e ha vissuto benissimo con uno soltanto; anche mio zio, a cui è stato tolto per un tumore, vive bene con un solo organo». Immediata le polemiche: «La donazione samaritana è una grave lesione al corpo del donatore; esiste il dovere etico di tutelare la salute di ogni persona», aveva commentato Francesco D'Agostino, presidente onorario del Comitato nazionale di bioetica. Dopo la lettera di Marta era arrivata alle Molinette quella di un carcerato, ma anche questa candidatura è stata rifiutata: «Voleva sì donare un organo, ma a un parente malato, il che non ha nulla a che fare con la donazione "samaritana"». Una terza richiesta è stata «congelata» in questi giorni («La persona ci sta ripensando»), una quarta era giunta alle Molinette dal Veneto, ma è stata dirottata al Centro tra-

pianti di riferimento.

«Chi per primo si è fatto avanti, pur essendo stato rifiutato - sottolinea Segoloni - ha avuto comunque un ruolo fondamentale sul fronte della nuova legge: è stata una sorta di "rompighiaccio", un collaudatore del sistema. Sistema che oggi è codificato, mentre fino a pochi mesi fa la questione non era mai stata affrontata e normata».

marco.accozzato@lastampa.it

LA LEGGE

Approvata a febbraio consente la donazione al di fuori della famiglia

PRIMI CASI

Oltre a quelle piemontesi altre offerte di organi sono arrivate dalla Lombardia

Non aspettiamoci grandi numeri: ciò che più conta è che sono state create delle regole

Giuseppe Segoloni

primario Nefrologia ospedale Molinette



— I MILANO I —
**In Italia 25.000
 embrioni congelati,
 ma il loro destino
 è ancora incerto**

di EMANUELE PEFIGINI

ROMA. Sono 24.276 gli embrioni congelati rilevati nel corso di un censimento effettuato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) all'indomani dell'approvazione della legge 40, quella che ha regolato per la prima volta nel nostro paese la fecondazione assistita. Di questi circa 3740 sono considerati abbandonati anche se questo numero è destinato a cambiare. «Ancorché l'Istituto abbia svolto il suo compito istituzionale di censimento e localizzazione degli embrioni crioconservati in stato di abbandono per i quali vi sia espressa rinuncia scritta al loro futuro impianto da parte della coppia genitoriale o della singola donna, nel numero di 3.740, esiste tuttavia un numero ancora elevato di embrioni crioconservati, almeno altrettanti, le cui coppie genitoriali non sono state rintracciate dai centri», precisa la ricercatrice dell'Iss. Sono quelli che

**SALVATI DA UNA
 COMMISSIONE**

*Per la legge
 erano
 destinati
 a morire*

per questo non possono essere considerati «orfani» e «pertanto - prosegue Scaravelli - in questo senso il censimento non può dirsi completato». Sul destino di questi embrioni congelati si è discusso a lungo. La primavera scorsa una commissione di esperti voluta dal ministro Ferruccio Fazio ha infatti dato il via libera all'adozione degli embrioni abbandonati. In un certo senso la decisione della commissione ha aperto una speranza per questi embrioni. La legge infatti prevedeva che una volta individuati gli embrioni congelati sarebbero dovuti essere trasferiti a Milano, presso l'Ospedale Maggiore dove si sarebbe dovuta creare una apposita biobanca nella quale sarebbe stati custoditi fino a quando non fossero morti. La commissione presieduta da Francesco D'Agostino ha invece suggerito di evitare questa soluzione, aprendo la porta all'adozione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anoressia e bulimia: l'approccio moderno guarisce in circa 45 giorni

La terapia integrata del Cidap dà risposte rassicuranti ai disturbi alimentari psicogeni che colpiscono 3 milioni di donne e uomini

Anoressia, bulimia, binge eating disorder (sindrome da alimentazione incontrollata), iperfagia e alimentazione notturna: i disturbi alimentari psicologici sono sempre più diffusi in Italia e ormai colpiscono oltre 3 milioni di persone, in primis donne giovani. Solo 150mila, però, si fanno curare. Eppure oggi esistono risposte rassicuranti a questi drammi, come la "terapia intensiva integrata" del Cidap, testata con successo dal professor Michele Campanelli dopo una sperimentazione iniziata 25 anni fa.

Il Cidap, Centro italiano disturbi alimentari psicogeni, è un'associazione senza fini di lucro nata nel 1993 e formata da psichiatri, psicoterapeuti, psiconeuroendocrinologi, ginecologi, nutrizionisti e ricercatori, che hanno condiviso risorse con l'obiettivo comune di studiare, prevenire e curare queste patologie. La sede è a Roma (www.cidap.net) e collabora con altri 20 centri nazionali, innanzi tutto per identificare lo stato epidemiologico dei Dap nell'intero Paese.

Le cifre sono preoccupanti, come conferma il professor Campanelli, psichiatra, psicoterapeuta e sessuologo, direttore del Cidap, ma anche presidente dell'università Ecoforum per la Pace dell'Onu, docente esterno della Lumsa e docente supervisore della Pts: "Secondo i dati più recenti, 800mila italiani sono affetti da

anoressia, 1 milione 800mila da bulimia, 400mila da bin-

ge eating disorder, 250mila da iperfagia incontrollata e 50-60mila da alimentazione notturna, compulsione che fa svegliare di notte per mangiare. Il rapporto tra femmine e maschi è sempre nove a uno. Cifre spaventose anche nell'obesità, che in Italia riguarda più di 6-7 milioni di persone fra i 18 e 60 anni. Inoltre, tra i bambini da 0 a 11 anni, uno su cinque risulta obeso e uno su tre in sovrappeso. È la percentuale più alta in Europa!"

L'anoressia presenta addirittura rischi di morte, perché le ragazze mettono in discussione la validità del vivere. "Le nostre ultime ricerche su migliaia di casi - spiega Campanelli - suggeriscono una netta distinzione tra anoressia restrittiva e anoressia a condotta eliminatoria.

La prima consta di una fortissima restrizione alimentare, generata da una profonda distorsione dello schema corporeo, soprattutto nelle ragazze tra i 10 e 17 anni, che scivolano in un grave stato depressivo e poi nella schizofrenia: si percepiscono grasse e gonfie anche se mangiano solo un po' di lattuga.

Dai 18 anni in su si ha un'anoressia prevalentemente a condotta eliminatoria, meno pericolosa: l'alimentazione è più evidente e le giovani tentano di mantenere un peso basso ricorrendo al vomito o all'uso di diuretici e lassativi".

Nella bulimia le ragazze si abbuffano, anche tre volte al

giorno. "Non si tratta di una fame biologica - è il responso del direttore del Cidap - ma psichica. Mangiando al di là di ogni misura, le bulimiche cercano di riempire vuoti apparentemente gastrici, ma in realtà affettivi. Subito dopo c'è il vomito, che trasforma la bulimia in una sorta di tossicodipendenza.

Nel binge eating disorder, invece, si ha un'alternanza di settimane di alimentazione compulsiva e settimane di restrizione alimentare, senza vomito, ma verso l'obesità leggera. Anche questa è una fame d'amore".

Degli oltre tre milioni affetti da disturbi alimentari, il 50% rifiuta per cinque anni la malattia e dice di star bene. Solo il 5% arriva in terapia, non per convinzione, ma per costrizione (ad esempio, collassi o debolezza diffusa). La maggioranza rifugge la terapia per l'assurda paura di ingrassare. Il professor Campanelli ha sviluppato la terapia intensiva integrata per attaccare tutti gli aspetti che hanno creato e mantenuto la patologia, cioè il vuoto d'amore, un abbandono affettivo vissuto in ambito familiare, sociale e sentimentale. Con tale terapia si ottiene la risoluzione del problema in circa 45 giorni di day hospital. Insomma, il Cidap ha una mission chiara già nel nome: "disturbi alimentari psicogeni" per sottolineare che le patologie alimentari sono per il 98% di natura psichica, psicopatologica e psichiatrica.

SANITÀ & MEDICINA D'ECCELLENZA



Esenzioni ticket per reddito, al via il progetto pilota del Lazio

La giunta Polverini tra le prime in Italia ad attuare il decreto ministeriale 11 dicembre 2009

La Regione Lazio sarà tra le prime in Italia a presentare un progetto sperimentale per la verifica delle esenzioni sanitarie per reddito. Si tratta dell'attuazione concreta del decreto ministeriale 11 dicembre 2009 che traccia le linee guida per un potenziamento delle verifiche volte al contenimento della spesa sanitaria italiana. Infatti, a partire dal 2011, entro il 15 marzo di ogni anno, l'Agenzia delle Entrate, il **ministero della Salute** e l'Inps metteranno a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale, tramite il sistema della tessera sanitaria, le informazioni utili a consentire la verifica della sussistenza per l'esenzione in base al reddito. Ma c'è un ulteriore aspetto introdotto dalla giunta Polverini rispetto a quanto previsto dal decreto: la Regione Lazio sarà la prima in Italia a estendere i controlli sulla spesa farmaceutica. Il sistema coniuga trasparenza e semplicità: i dati forniti lo scorso mese di luglio dalla Sogei verranno incrociati

con il numero delle ricette corrispondenti ad altrettante tessere sanitarie in modo da quantificare il primo impatto di applicazione del decreto.

Un'iniziativa che permetterà quindi, attraverso la correlazione delle prestazioni specialistiche e i dati dell'anagrafe tributaria (che possiede l'ultimo reddito complessivo

per ogni nucleo familiare), di accertare in modo massivo i soggetti cui spetta l'esenzione. Con l'attuale sistema di autocertificazione infatti, è facile incappare in errate valutazioni sia per motivi di non completa conoscenza da parte dei cittadini dei vincoli previsti dal sistema sanitario nazionale sia per eventuali comportamenti opportunistici. Questi ultimi, in particolare, verranno eliminati e prevenuti dal nuovo sistema già attivo che consentirà di effettuare accertamenti approfonditi sia ai fini della quantificazione che sull'eventuale possibilità di recupero.

La rete dell'assistenza primaria è Cooperativa, una realtà innovativa che produce valore sociale

Nasce FederazioneSanità, una rete di imprese associate a Confcooperative che conta 3000 operatori sanitari, più di 20.000 utenti, oltre 700 medici Soci, 1.300 farmacie e 2 grandi Mutue

FederazioneSanità è la neonata Federazione Nazionale di Confcooperative, una struttura che riunisce imprese con esperienze decennali di eccellenza ed innovazione nel settore sanitario e dell'assistenza "primaria". La mission del sistema FederazioneSanità è fornire risposte all'utente nelle diverse fasi di fragilità, in un continuum assistenziale che non disperde risorse e garantisce unicità all'azione dei differenti attori dell'assistenza. Ciò è reso possibile dalla forte integrazione delle quattro anime presenti all'interno della Federazione: Cooperative a Specializzazione Sanitaria, Cooperative di

Medici di Medicina Generale, Mutue Socio Sanitarie, Cooperative Farmaceutiche.

"Il progetto Federazione Sanità nella nostra Regione - sottolinea il Presidente di Confcooperative Lazio, Carlo Mitra - nasce dalla constatazione che, nell'attuale scenario, in cui il rapido mutare delle condizioni socioeconomiche e la riorganizzazione dei sistemi di welfare rischiano di generare squilibri e diseguaglianze, occorre individuare una nuova configurazione dell'assistenza sanitaria, attualmente troppo sbilanciata verso l'assistenza ospedaliera.

Una risposta - afferma Mitra, può venire dalla Cooperazione, per due ordini di motivi. In primis perché si tratta di un modello imprenditoriale che per sua natura differenzia la logica del capitale da quella del lavoro - mutualistica e cooperativistica - creando valore sociale.

In sintesi, un corretto utilizzo dello strumento cooperativistico, assicura all'utente il miglior servizio, consentendo allo Stato di usufruire di vantaggi per conseguire, in termini di pubblica utilità, il bene "Salute" in

modo più vantaggioso ed equo, pur rimanendo all'interno di un sistema fortemente concorrenziale. In secondo luogo, il sistema Cooperativo, favorisce per sua natura le logiche "di filiera", promuovendo e sviluppando sinergie trasversali, in grado di superare la frammentazione e generando continuità assistenziale e di servizio alla persona.»

Nel Lazio, come affermato anche dalla Presidente Polverini, "c'è troppo ospedale e poco territorio". "La riorganizzazione della rete ospedaliera - sottolinea il Presidente Nazionale e Regionale di FederazioneSanità Confcooperative, Giuseppe

Milanese - deve andare nella prospettiva di un maggiore sviluppo della medicina sul territorio e della riqualificazione dell'offerta dell'assistenza primaria.

Per favorire concretamente tale sviluppo è necessaria però innanzitutto una certezza di interlocuzione. Chiediamo pertanto alla Regione di strutturare un Dipartimento dedicato che possa sviluppare le strategie del territorio, senza avere l'assillo del problema dei posti letto. Altra priorità è quella di potenziare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) oggi presente a macchia di leopardo sul territorio, e rendere accessibile questo servizio ai cittadini, che potrebbero così affrontare le diverse fasi di malattia in casa propria, lontano dall'ospedale. A tal fine, risulta fondamentale il ruolo di integrazione fra medici di medicina generale, operatori sanitari e farmacisti. Supportando il distretto nelle fasi di valutazione e controllo, le cooperative di medici di medicina generale potranno assumere la regia dell'assistenza e garantire quel "continuum" di cure ne-

cessario al sistema. Attraverso la rete delle cooperative farmaceutiche i cittadini potranno individuare i punti di accesso, fruire del farmaco a domicilio 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza, potranno agire

finalmente in un sistema che faccia della casa il perno attorno cui far ruotare tutte le professionalità. Il sistema pubblico dovrà semplicemente garantire la programmazione, quindi decidere "per chi produrre questi servizi" ed il controllo della spesa e della qualità»

«Nel progetto che abbiamo in mente - aggiunge Milanese - vogliamo finalmente consentire al cittadino-utente di poter esprimere il gradimento sull'assistenza ricevuta. In poche parole pensiamo ad un sistema di soggetti accreditati, quindi non selezionati, per gare assimilabili ai "beni e servizi", in competizione sulla qualità dell'assistenza prestata».

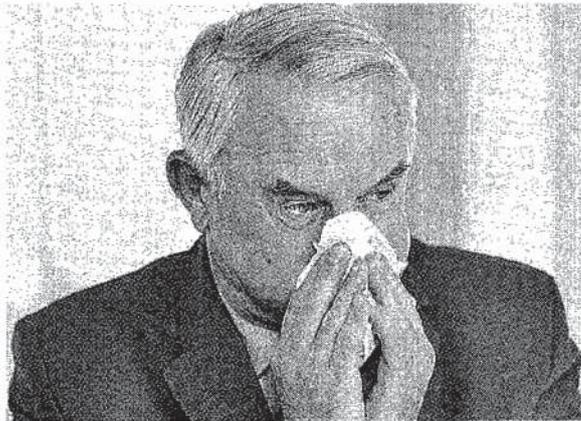
Il Secondo obiettivo delineato dal Presidente di Federazione Sanità Confcooperative è quello di utilizzare le risorse delle centinaia di soci lavoratori di cooperative oggi impegnati all'interno degli ospedali per costruire quel sistema "ospedale-territorio" di cui si parla da troppi anni realizzando fasi di pre-ospedalizzazione, di dimissione protetta e risparmiando inutili giorni di ricovero».

"In ultimo - conclude Milanese - struttureremo un'ipotesi condivisa con la Regione per dare una risposta al difficile problema delle liste di attesa, perché se a questa rete già esistente aggiungessimo il sistema dei laboratori e della diagnostica potremmo avere un prodotto senza ulteriori costi per i cittadini, appropriato e in tempi brevi».

Allergia alle polveri Una conferma della validità dell'immunoterapia con gocce o compresse

Acari: è ok il vaccino sublinguale

La riduzione dei sintomi di rinite e asma si protrae per anni

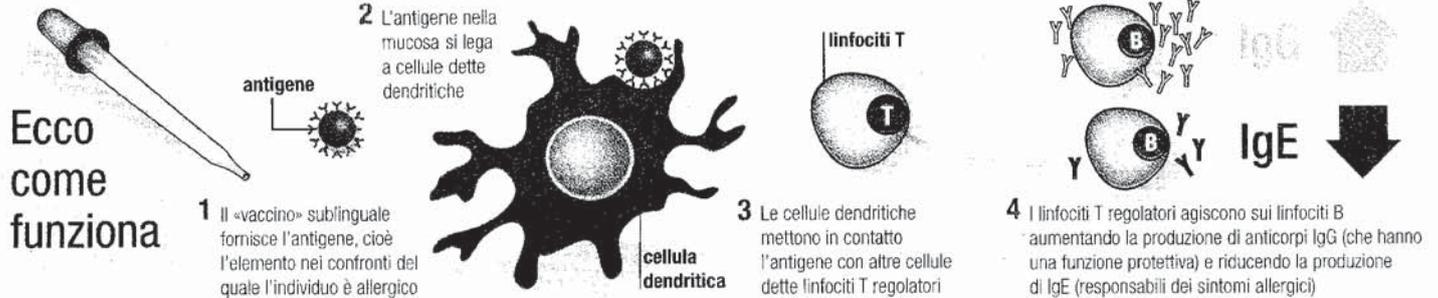


15-20 %

Questa la quota stimata di italiani che soffre di allergie respiratorie

59 %

La percentuale dei malati di rinite allergica che non si cura adeguatamente



EMANUELE LAMEDICA

Anche senza iniezioni si può convincere il sistema immunitario a non «rispondere» agli acari in modo esagerato, e soprattutto, a imparare a tollerarli, anche dopo la sospensione della cura, addirittura per otto anni. «Da quasi un secolo ormai è entrata in uso la pratica di desensibilizzare chi soffre di allergia somministrandogli sotto cute dosi crescenti della sostanza che gli scatenano raffreddore o asma» spiega Giovanni Passalacqua, docente di malattie dell'apparato respiratorio all'Università di Genova. «Più di recente è stata però sviluppata in Italia, e subito adottata in Europa e altri Paesi, una via alternativa alle iniezioni, l'immunoterapia sublinguale, con gocce o compresse da sciogliere appunto sotto la lingua». Passalacqua ha ora dimostrato, insieme con Walter Canonica, direttore della Clinica di allergologia dell'Università di Genova e Maurizio Marogna, dell'Ospedale di Cuas-

so al Monte a Varese (che ha raccolto i dati), che l'effetto di questa cura si mantiene nel tempo. Lo studio è in via di pubblicazione sulla rivista scientifica *Journal of Allergy & Clinical Immunology*.

«La nostra sperimentazione, con 15 anni di osservazione su circa 60 adulti allergici» precisa il professor Canonica «ha dimostrato che mettere le gocce sotto la lingua, alle dosi prestabilite dai medici, tutte le mattine prima di colazione, riduce fino a farli sparire i disturbi da rinite e asma allergici e quindi anche la necessità di ricorrere ai farmaci».

I partecipanti allo studio sono stati divisi in 4 gruppi: il primo, di controllo, ha continuato a curarsi solo con i soliti medicinali; gli altri tre gruppi hanno preso il vaccino sublinguale rispettivamente per 3, 4 e 5 anni.

«Gli esami hanno confermato il beneficio avvertito dai pazienti — aggiunge Canonica —. È calato nel naso il nu-

mero delle cellule infiammatorie tipiche dell'allergia, gli eosinofili, e alla spirometria (l'esame che misura i volumi respiratori e la velocità dei flussi d'aria) i bronchi si sono dimostrati meno reattivi agli stimoli». Il vantaggio si è mantenuto per 7 anni nel gruppo trattato per 3 anni e per 8 negli altri due gruppi, indifferente dal fatto che avessero messo le gocce per 4 o 5 anni. Quando i disturbi sono ritornati a farsi sentire, un nuovo ciclo di terapia ha permesso di tornare rapidamente a posto. Dallo studio emerge quindi che la durata ideale della cura è di 4 anni, dal momento che i risultati non cambiano con 5.

Occorre anche tenere conto dei costi. Molte regioni italiane (così come Francia, Germania e i Paesi scandinavi), rimborsano il trattamento, anche perché l'autogestione da parte del paziente permette di risparmiare sull'impegno di



personale sanitario. E non si tratta solo di acari: lo studio ha riguardato persone allergiche alla polvere di casa (cioè agli acari), ma lo stesso metodo è utilizzato anche per tutte le altre forme di allergia. «Con la differenza che per le forme stagionali la cura può essere interrotta dallo specialista in relazione alle fasi di polinazione». I vantaggi della via sublinguale sono evidenti: non occorre recarsi dal medico una o due volte la settimana per l'iniezione sottocutanea; si evita il disagio, per quanto minimo, della puntura; si guadagna in sicurezza perché si riduce ulteriormente, per non dire che si azzerava, il rischio di reazioni gravi. «Con questo sistema non si è infatti mai verificato un caso fatale di shock anafilattico» conclude Canonica.

Roberta Villa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I test

Così si prende bene la mira

Il vaccino contro l'allergia, sottocutaneo o sublinguale che sia, funziona solo se si prende bene la mira.

«Perché la strategia funzioni dobbiamo utilizzare esattamente la molecola che provoca i sintomi» spiega Gianni Cavagni, allergologo dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Scoprirlo è più facile con un metodo detto Isac, che grazie a un microchip, permette di testare su un piccolo campione di sangue più di 100 sostanze in una volta sola. «Il test però va prescritto e interpretato dall'allergologo — puntualizza l'esperto — e non sostituisce le prove cutanee tradizionali, ma le integra».

R.V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITA' E POLEMICHE

Dopo i casi di malasanità le ispezioni affidate a un team misto tra Ministero, Regioni e Asl

Fazio: «In Italia parti sicuri, mortalità infantile in calo»

Il ministro: «Su 3 milioni di nascite solo 61 eventi allarmanti»

Parto sicuro

IL NUMERO DI PARTI

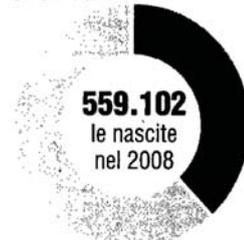
2,8 milioni

tra settembre 2005 ed agosto 2010

61
i decessi segnalati



I CESAREI

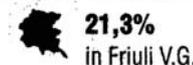


38,3%
CON PARTO CESAREO

Il picco



Il minimo



reo, rappresenta il 38.3% dei 559.102 parti registrati dalle schede di dimissione nel 2008. Una percentuale che scende a 29.0% se si considerano solo le donne senza un cesareo alle spalle. La regione in cui vi si ricorre di più è la Campania (61.9%, +62% rispetto la media nazionale), quella più virtuosa è il Friuli Venezia Giulia (21.3%, circa la metà della media nazionale).

Tra settembre 2005 ed agosto 2010 si contano 119 situazioni di emergenza a fronte di oltre 23 milioni di prestazioni chirurgiche. Si legge ancora nella relazione: nel quinquennio 2005-2010 il sistema sanitario conta venti milioni di interventi e oltre 150 milioni di richieste nei pronto soccorso, quattordici gli eventi allarmanti.

C.Ma.

LA MORTALITÀ INFANTILE

(decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi)



2,35‰

i decessi nel primo mese di vita

Fonte: Servizio Sanitario Nazionale

ANSA-CENTIMETRI



Ferruccio Fazio

ROMA - Dopo le liti in sala parto, dopo gli allarmi sulle difficoltà di molti ospedali a mantenere uno standard alto per le nascite visto il basso numero di interventi, dopo la preoccupazione montante delle donne in stato di gravidanza e la sollecitazione delle varie commissioni di inchiesta il **ministro della Salute** aveva annunciato che, a tempi brevi, avrebbe fornito dati certi sulla situazione in Italia. Ieri, la relazione del ministro **Ferruccio Fazio**. A leggerla, i numeri sono confortanti. Anche se i fatti accaduti hanno scopercchiato realtà assai contraddittorie.

«Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed agosto 2010, a fronte di quasi 3 milioni di parti, sono stati segnalati solo 61 situazioni allarmanti materni o neonatali. Dati che consentono di dare una risposta di assoluta tranquillità». Sono le parole di Fazio annunciando i risultati della sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

Aziende e Regioni nota, han-

no censito tutti gli eventi negativi, con attività ispettive ed analisi degli episodi crisi: di questi il 20% è monitorato da un «control team» misto Ministero - Regioni - Aziende sanitarie con il coinvolgimento del Centro nazionale sangue, del Centro nazionale trapianti e di esperti di settore.

È in diminuzione, inoltre, anche la mortalità infantile: tra il 2001 e il 2006 si è scesi da 4,9 a 4,1 decessi per 1.000 nati vivi per i maschi e da 4,2 a 3,2 decessi per 1.000 nati vivi, per le femmine. Il dato interessa tutto il territorio nazionale, anche se permangono differenze fra il Nord-Centro e il Sud del Paese.

Per quanto riguarda il ricorso al cesa-



La sanità

Tagli agli ospedali comuni in rivolta pioggia di ricorsi

Si profila una guerra a colpi di carte bollate contro il piano ospedaliero della Campania. I Comuni stanno preparando una pioggia di ricorsi contro i tagli mentre la giunta regionale stanZIA 350 milioni di euro per pagare le rate arretrate con le banche che hanno acquistato i crediti dai centri privati. A guidare la rivolta dei Comuni è il sindaco di Portici, Vincenzo Cuomo. In campo anche i comitati cittadini che hanno dato vita a proteste e cortei nel Vesuviano. Il provvedimento non piace neanche alle comunità del Cilento.

> **Ausiello a pag. 47**

La sanità, il caso

Raffica di ricorsi contro il piano ospedaliero

Il Comune di Portici: «Pronti a impugnare il documento». Dalla giunta 350 milioni per le banche

Gerardo Ausiello

Comuni in rivolta contro il piano ospedaliero della Campania. Il tutto mentre la giunta regionale stanZIA 350 milioni di euro per pagare le rate arretrate con le banche che hanno acquistato i crediti dei centri privati. A guidare la rivolta è l'amministrazione di Portici: su proposta del sindaco Vincenzo Cuomo, la giunta ha approvato una delibera che dà mandato al dirigente avvocato di «avviare ogni azione giudiziaria utile e opportuna per impugnare il provvedimento». «A tale decisione - fa sapere il Comune - si è giunti anche considerando che, per effetto del citato piano, gli ospedali Maresca di Torre del Greco e Apicella di Pollena Trocchia usciranno dalla rete regionale per essere riconvertiti in strutture ad indirizzo riabilitativo creando così, di fatto, una negazione del diritto alla salute per la fascia territoriale in cui insiste Portici, caratterizzata da un'altissima densità di popolazione». Per bloccare la riconversione del Maresca sono scesi in campo anche i comitati cittadini che hanno dato vita a proteste e cortei nel Vesuviano. Il provvedimento non convince neppure le comunità del Cilento, che bocciano la decisione della struttura commissariale di chiudere il plesso di Agropoli e di far confluire i presidi di Roccadaspide, Eboli, Battipaglia e Oliveto Citra nel nuovo ospedale della Valle del Sele.

Ma cosa prevede, in concreto, il

documento approvato dal governo e pubblicato nei giorni scorsi sul Burc? Si interviene, in primis, sui posti letto: ne verranno ridotti 1.297 e riconvertiti 953 (da acuti in posti

per riabilitazione e lungodegenza). L'obiettivo della riorganizzazione è costruire un modello virtuoso che rispetti l'indice di 3,4 posti letto ogni mille abitanti. Bisognerà infatti passare dagli attuali 831.088 ricoveri a 603.259. Stop, inoltre, agli ospedali con meno di 100 letti: si tratta dei presidi di Bisaccia (in provincia di Avellino), Sant'Agata dei Goti, Cerreto Sannita e San Bartolomeo in Galdo (Benevento) e ancora dei nosocomi di Teano e Capua (Caserta), Castiglione di Ravello e Agropoli (Salerno) nonché del Loreto Crispi di Napoli. La vera sfida, però, riguarda la riconversione e la dismissione degli ospedali in favore di un potenziamento delle 7 Asl e dei 72 distretti sanitari. In quest'ottica si punta all'istituzione di strutture polifunzionali per la salute, ovvero piattaforme territoriali attrezzate per rispondere ai bisogni dei cittadini, e degli ospedali di comunità, gestiti da medici di famiglia e integrati con i servizi sociali. Con queste misure si punta ad ottenere un risparmio complessivo di 250 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tensioni

Proteste nel Cilento e nell'area vesuviana: «Danno alla salute della gente»



Bimbo morto dopo cesareo: medici del San Camillo indagati

INCHIESTA GIUDIZIARIA

Atto necessario
in vista dell'autopsia
La commissione
parlamentare chiede
relazione alla Regione

LEOLUCA ORLANDO
presidente Commissione

«Il primario
di ginecologia parla
di paralisi per blocco
del turnover»

Ancora un'inchiesta giudiziaria su un parto cesareo finito in tragedia. Iscritti nel registro degli indagati della Procura di Roma i medici del San Camillo che hanno sottoposto, mercoledì, una donna a parto cesareo al termine del quale il neonato è morto. Si tratta di tre medici, nei cui confronti il procuratore aggiunto Leonardo Frisani ipotizza il reato di omicidio colposo. Le iscrizioni, come hanno precisato dalla Procura, sono state fatte a garanzia dei medici, per permetter loro di nominare dei consulenti. E' un atto dovuto. Intanto, proprio dal San Camillo è stata sottolineata la situazione di emergenza: elevati carichi di lavoro, la carenza di dieci ginecologi, otto neonatologi, sedici ostetriche.

La procura della Repubblica ha già disposto l'autopsia che sarà svolta lunedì prossimo al Policlinico Gemelli. La donna, M.G.P. di 30 anni, era alla sua prima gravidanza, la mattina di mercoledì si era recata in ospedale per partorire. Nel pomeriggio, dopo gli esami di rito, i medici avevano deciso di sottoporla a cesareo. Il feto però è nato in arresto cardiaco e tutti i tentativi di rianimazione si sono rivelati inutili. Su questo episodio è intervenuta anche la Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e i disavanzi sanitari regionali. Il presidente della Commissione, Leoluca

Orlando: «Acquisiremo informazioni utili sia sul caso specifico sia, più in generale, sulle condizioni del reparto di Ginecologia del San Camillo in cui, già in passato, era stata denunciata scarsità di posti letto e di personale. Ho disposto una richiesta di relazione alla presidente della Regione Lazio, Renata Polverini su quanto avvenuto, con ogni utile

indicazione sul caso, anche in merito a responsabilità personali o disfunzioni organizzative e funzionali. La Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari - ha aggiunto Orlando - intende acquisire ogni notizia utile, non solo in relazione al singolo drammatico episodio, ma anche in relazione all'allarme, lanciato dal primario di Ginecologia Claudio Donadio, direttore del servizio materno infantile del San Camillo, che aveva denunciato il rischio paralisi a causa del blocco del turnover e della carenza di posti letto. Le informazioni richieste verranno utilizzate nell'ambito del filone d'inchiesta relativo ai punti nascita italiani avviato dalla Commissione».

Sul caso San Camillo è intervenuta anche la Cgil-Funzione pubblica: «Da diversi mesi



abbiamo denunciato la drammatica situazione della grave carenza di personale: al San Camillo mancano 150 ausiliari, 200 infermieri, 70 tecnici sanitari, 44 ostetriche, 10 terapisti della riabilitazione. La grave carenza di personale costringe i lavoratori a turni di lavoro massacranti, con doppi turni quotidiani, con evidente peggioramento della qualità di assistenza. Senza il lavoro straordinario giornaliero l'ospedale non sarebbe assolutamente in grado di garantire i livelli minimi di assistenza. Esprimiamo profonda vicinanza alle persone coinvolte nel drammatico evento e chiediamo alla procura di fare luce su quanto avvenuto». Ivano Giacomelli, presidente dell'associazione Codici: «Riteniamo ci sia qualcosa che non va. Siamo di fronte ad una media di circa 6 morti di neonati nel giro di un mese.

Un dato estremamente preoccupante e che necessita dell'attenzione degli interventi delle Istituzioni, in particolare in quelle regioni più colpite dal tragico fenomeno, tra cui proprio il Lazio. Secondo l'ultimo rapporto del **Ministero della Sanità**

L'ASSOCIAZIONE CODICI

«Alto indice di cesarei e di mortalità nel Lazio»

nel 2009 il ricorso al taglio cesareo è stato pari al 45 per 100 nati vivi; nel 2008 tale percentuale era pari al 44%. Tale valore risulta significativamente più alto rispetto a raccomandazioni di agenzie in-

ternazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità che consiglia un ricorso al taglio cesareo non superiore al 20%. Gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità riguardano sei Regioni, tra queste vi è proprio la Regione Lazio dove si parla di tredici morti per 100 mila nati vivi; seguita dalla Sicilia, ventidue morti per 100 mila nati vivi».

Trapianti Era la prima candidata all'espianto tra persone non legate da parentela

La samaritana che non può donare

Una trentenne offre un rene. «Non ha i requisiti psicologici»

ROMA — Era certa che le avrebbero permesso di esprimere concretamente il suo sentimento di estrema generosità. Ma il Centro nazionale trapianti, che doveva autorizzare la prima volta italiana, ha negato il via libera all'unica candidata per la donazione samaritana (altri tre sono ancora da valutare). Non è solo una questione di fisico, privarsi di un organo, ma anche di impatto psicologico. E lei non è stata ritenuta idonea.

La giovane donna, 30 anni, torinese, l'ha presa male: «Credevo che sarebbe stato possibile — si è sfogata con i medici. — Però il mio gesto non è stato inutile perché è servito a sollevare il dibattito. Dopo di me altri realizzeranno lo stesso mio desiderio di fare del bene». I donatori samaritani sono coloro che offrono un organo, il rene, senza sapere a chi andrà. Non a un parente ma a uno sconosciuto. Per altruismo. Come dare il sangue. Ma qui significa privarsi di una parte del proprio corpo. Dunque mettere a repentaglio la salute. Siamo nel campo delle donazioni tra viventi.

La procedura era stata avallata da pareri favorevoli del Comitato nazionale di bioetica (Cnb), del Consiglio Superiore di sanità e infine dal **ministero della Salute**. La signora piemontese aveva superato un primo esame, con riserva, da parte del centro di coordinamento trapianti delle Molinette che ha passato la documentazione all'autorità nazionale. «Non l'abbiamo ritenuta idonea in base a una logica di prevenzione del rischio. Il programma sui samaritani va comunque avanti», chiarisce Alessandro Nannicosta, coordinatore del Cnt. Alla base della decisione c'è dunque la prudenza. Seppur sinceri, i candidati potrebbero non essere

consapevoli fino in fondo dei costi psicologici e non solo fisici dell'offerta. Il nefrologo Antonio Amoroso, coordinatore della rete trapianti in Piemonte spiega: «La donna ha agito per altruismo, non voleva conoscere il beneficiario dell'organo. Abbiamo il dovere di proteggerla se ravvisiamo una controindicazione organica o psicologica».

Le implicazioni della donazione a terzi appassionano bioeticisti e giuristi. Secondo Francesco D'Agostino, filosofo del diritto «il samaritanesimo non può essere giuridicamente controllato. E' un gesto così sublime da creare problemi insolubili. Nessuno ci assicura che non nasconda narcisismo o lucro. Non mi convince il fatto di inserire nel diritto un criterio riferibile solo alla purezza, all'intenzione morale. Sebbene spinto da autentiche motivazioni l'essere umano si può trovare di fronte a prospettive reali difficili da sostenere. Mi spaventa la mancanza di trasparenza etica». Dubbiosa Cinzia Caporale, del Cnb: «Ho l'impressione che la procedura, così come il cosiddetto cross over (scambio incrociato di organi tra viventi, ndr) possa essere oggetto di abusi, magari ingiustamente».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL COMMENTO

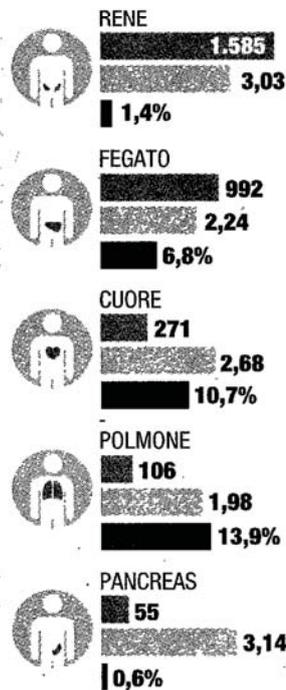
di Giuseppe Remuzzi
nella pagina **Idee&Opinioni**

Lo sfogo con i medici

La donna: il mio gesto non è stato inutile, ha sollevato un dibattito. Altri riusciranno a realizzare il mio desiderio

Così in Italia

- Stime trapianti eseguiti nel 2010
- Tempo medio d'attesa in anni
- Tasso di mortalità durante l'attesa



3.000

È la stima dei trapianti che saranno eseguiti nel 2010

2.950

È la stima del numero dei donatori nel 2010

CORRIERE DELLA SERA



Sanità. Pronti i decreti attuativi

Nelle farmacie cardiogrammi e massaggi

Sara Todaro

Dall'intramuscolo ai massaggi, passando per l'esecuzione dei test di gravidanza e finendo con l'etrocardiogramma monitorato a distanza da un centro specialistico accreditato dalla Regione.

La novità - che spalanca le porte della farmacia anche alla telemedicina - è contenuta nei decreti attuativi della "farmacia dei servizi" delineata dal decreto legislativo 153/2009 sulla trasformazione dei presidi convenzionati in centri di servizi sanitari sul territorio.

Firmati martedì dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, e trasmessi al parere della Stato-Regioni, i tre decreti subirano l'esame tecnico il 20 ottobre: il primo disciplina l'attività di infermieri e fisioterapisti, il secondo categorizza le attività del presidio come centro prenotazioni (Cup), il terzo individua le prestazioni diagnostiche-strumentali eseguibili.

Infermieri e fisioterapisti dovranno operare sempre su prescrizione medica, in locali dedicati o al domicilio del paziente: le prestazioni - a carico del Ssn o del cittadino - saranno comunque fornite sotto la responsabilità del farmacista, che verificherà i requisiti e l'aggiornamento degli operatori anche in relazione all'utilizzo delle apparecchiature. Gli infermieri potranno tra l'altro praticare medicazioni e iniezioni e assistere il paziente nell'esecuzione dei test analitici di prima istanza rientranti nell'area dell'autocontrollo (glicemia, colesterolo, trigliceridi, ma anche emoglobina, menopausa e prostata). E potranno dare una mano anche per la misurazione della pressione e della capacità polmonare (con la spirometria), ovvero garantire la corretta esecuzione degli elettro-

cardiogrammi in telecardiologia e intervenire nelle emergenze azionando i defibrillatori.

I fisioterapisti invece potranno fornire le prestazioni finalizzate al recupero delle disabilità facendo ricorso a massaggi, massoterapia e terapia occupazionale. Il tutto, in attesa dell'adozione di specifiche modalità di controllo da parte delle Regioni, con il monitoraggio periodico della Asl di appartenenza. Novità anche sul fronte delle attività Cup: dovranno essere garantite postazioni dedicate, il rispetto della privacy in materia di raccolta del consenso e trattamento dei dati, il versamento del ticket anche mediante sistemi elettronici di pagamento.

NUOVI SOGGETTI

Porte aperte al contributo di infermieri e fisioterapisti che dovranno operare su prescrizione medica

Esaranno i titolari a rispondere di eventuali errori di gestione nel processo di prenotazione, pagamento e consegna referti.

Ancora in sospeso la remunerazione dei nuovi servizi: tutto è rinviato al tavolo per il rinnovo della convenzione tra le farmacie e il Ssn, da attivare appena sarà concluso l'iter dei decreti attuativi. All'appello manca ancora un quarto decreto, relativo alle farmacie comunali: i contenuti sono decisamente "delicati"; la Salute deve metterlo a punto con l'Economia sentito l'Interno. Il rebus sono i paletti per ammettere ai nuovi servizi solo le farmacie ritenute "affidabili", per non mettere a rischio i bilanci dei Comuni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pubblica o privata, salute cercasi

DI GIULIANO CAZZOLA

■ «Eppur si muove» è un'affermazione di Galileo Galilei in cui sono racchiusi sentimenti confusi e contrastanti che alla fine trovano sbocco in un atteggiamento prorompente di consapevolezza e di assunzione di responsabilità, quando lo scienziato si rende conto che è la Terra a girare intorno al Sole e non il contrario. Nel saggio di Gabriele Pelissero ed Alberto Mingardi (per i tipi di IBL Libri, con prefazione di Giampaolo Galli), l'affermazione di Galileo «tira la volata» all'argomento affrontato: «Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato». Secondo gli autori, facendo propria «una visione d'insieme dell'evoluzione che stanno assumendo i sistemi sanitari in Europa (la ricerca affronta i casi dei seguenti paesi: Italia, Francia, Germania, Olanda e Svizzera, ndr)» non si può non notare il trend «di un crescente coinvolgimento di attori privati nella fornitura di ser-

vizi sanitari». Eppur si muove, dunque! E ciò avviene in un contesto in cui i due principali modelli - quello "Bismarck", basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie, e quello "Beveridge", fondato sul servizio pubblico organizzato e predisposto dallo Stato, il primo finanziato mediante i contributi sociali, il secondo attraverso la fiscalità generale, modelli peraltro sottoposti a forte e reciproca contaminazione - sono plasmati fin dalle

origini dalla mano pubblica, in linea con l'impostazione dei sistemi di welfare europei.

I fenomeni dell'invecchiamento della popolazione e dell'innovazione tecnologica non si sono limitati a sovvertire il quadro delle patologie e a migliorare la tutela della salute dei cittadini, ma hanno altresì contribuito a dilatare la spesa. Per di più anche la globalizzazione sta determinando e determinerà sempre più degli effetti sulle politiche sanitarie dei paesi, destinate a rimane-

re ristrette nei confini nazionali. Dai paesi svantaggiati verranno a cercare migliori condizioni di cura in quelli sviluppati e fortemente presidiati dall'intervento dello Stato, come in Europa, mentre sarebbe auspicabile una sorta di delocalizzazione delle cure (specie di quelle odontoiatriche), se nei paesi dell'emisfero meridionale fossero in grado di offrire servizi sanitari qualificati, con una riduzione dei costi.

Si fa comunque notare che i paesi benestanti sono costretti a importare professionisti della sanità dalle nazioni del Terzo mondo essendo quegli impieghi sempre più appartenenti, da noi, al novero dei tanti lavori rifiutati. In Italia, il Ssn non ha più, semmai lo ha avuto, un profilo nazionale, ma si articola, istituzionalmente e nella realtà, in tanti modelli regionali. Ben presto ci accorgeremo

che il vero banco di prova del federalismo sta nella sanità ovvero nella definizione dei criteri e delle modalità con cui finanziare una voce che rappresenta la parte assolutamente prevalente dei bilanci regionali. Le Regioni non accetteranno mai di assumersi in proprio la responsabilità dell'assistenza sanitaria ai cittadini se non sarà chiarito in partenza come garantire la copertura del fabbisogno. L'idea dei costi standard e quella dell'ineleggibilità degli amministratori «felloni» (quelli che non sono stati in grado di far quadrare i conti) si riveleranno assolutamente velleitarie, perché

«ad impossibilia nemo tenetur». In talune regioni del paese nessuna classe dirigente, quale che sia lo schieramento di appartenenza, è in grado di venire a capo di handicap strutturali al pari di quelli che si riscontrano nella sanità e ne-

gli interessi economici e sociali che si riferiscono al settore.

Nel caso Italia meriterebbe un approfondimento un aspetto che, allo stato degli atti, è sicuramente negativo, ma che potrebbe trasformarsi nella leva per una riforma in grado di integrare pubblico e privato. Lo fa notare Giampaolo Galli nella prefazione. In Italia la spesa sanitaria pubblica è pari a circa il 7% del Pil. A quest'ammontare importante e in crescita,



si aggiunge un 2% di Pil riferito alla spesa privata; in larga misura out of pocket ovvero a carico delle famiglie, a fronte di un basso livello di organizzazione collettiva della domanda (mediante i fondi sanitari integrativi scarsamente diffusi) e di uso delle polizze malattia individuali. Il cittadino, cioè, deve provvedere in proprio, è lasciato solo a misurarsi con una sanità pubblica a due velocità, al cui interno è consentito persino l'esercizio della professione privata dei medici (un progetto di legge sta cercando di estendere questo privilegio a tutte le figure professionali sanitarie). Ma c'è di più. Le risorse out of pocket sono rivolte - con l'eccezione delle cure odontoiatriche

- ad acquistare prestazioni e servizi riconosciuti ed erogati dal Ssn e come tali coperti con le tasse. In poche parole si tratta di spese ripetitive, che i cittadini affrontano due volte, come contribuenti e come utenti. Si pone, dunque, il problema di una «actio finium regundorum» per distinguere quanto spetta al pubblico e

quanto può essere svolto dal privato, tenendo conto della tipologia del soggetto assistito, del suo quadro nosologico, della sua età e del suo reddito. Non è più possibile dare tutto a tutti. Così, la sanità privata deve essere coinvolta direttamente e strutturalmente per integrare le prestazioni e i servizi che il pubblico non può più riconoscere ai soggetti che sono in grado di procurarseli, in tutto o in parte, con mezzi propri, ferma restando la garanzia in senso universale delle cure essenziali e particolarmente costose. Nel libro viene ricordato il tentativo di riforma del governo Amato del 1992, rivolto a fornire un effettivo potere contrattuale e di scelta agli utenti, mediante l'allocazione della loro quota capitaria: un tentativo generoso subito travolto dal conservatorismo dominante.

