

CAMPANIA

Napoli, bando per assumere un ginecologo non obiettore

Approvata una deroga al blocco del turn over per il II Policlinico

Impossibile altrimenti applicare la legge 194

Il Commissariato per la Sanità in Campania ha consentito una deroga al blocco del turn over previsto dal piano di rientro per garantire l'attuazione della legge sull'aborto volontario. Questo ha permesso di bandire un concorso per un posto da ginecologo non obiettore di coscienza in modo da ripristinare il servizio garantito in uno dei pochi centri regionali in cui si erogano prestazioni previste dalla legge 194: il Policlinico Federico II di Napoli.

Il provvedimento, che crea un precedente importante, si è reso necessario dopo la sospensione del servizio scaturita da un drammatico incidente stradale in cui all'inizio di marzo ha perso la vita un ginecologo non obiettore di coscienza, l'unico, insieme con un altro specialista con contratto part-time, che consentiva di garantire i diritti previsti dalla legge 194/1978 presso il Policlinico partenopeo.

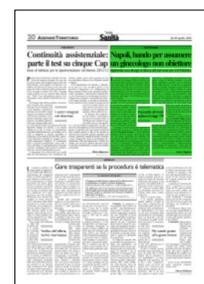
La deroga, avvenuta con decreto regionale del Commissario ad acta, su richiesta del direttore generale **Giovanni Persico**, è stata fortemente sollecitata dall'Udi Napoli e dal Comitato legge 194 che hanno annunciato una denuncia per interruzione di pubblico servizio. Il decreto prevede l'assunzione di un ginecologo per un turno di 30 ore di specialistica ambulatoriale, per un anno. Ieri è stata verificata la presentazione delle

candidature e si attendono ora i risultati. Resta comunque la questione legata alla forte carenza di ginecologi non obiettori che si riverbera su tutta la rete professionale interessata dagli interventi di Ivig. «Certamente così riusciremo a sopprimere - osserva il direttore generale - ma certe attività andrebbero garantite con un intervento diretto delle Regioni». Come dire: la questione merita un impegno strutturale da parte delle amministrazioni locali. «Dopo l'entrata in vigore della legge 194, al di là della posizione personale di ognuno, si registra una diminuzione degli aborti. Anche di quelli clandestini. La legge ha funzionato. In Campania tra il 2009 e il 2010 si è registrata una progressiva diminuzione, pari al 10% e dai dati emerge che gran parte delle donne che sceglie di abortire è extracomunitaria. Questo è indice della necessità di mettere in campo una attività educativa e di informazione».

Nel 2011, secondo i dati forniti da **Carmine Nappi**, responsabile del dipartimento di Ginecologia, ostetricia e fisiopatologia della riproduzione umana del II Policlinico di Napoli, sono state effettuate 1.311 interruzioni di gravidanza entro il novantesimo giorno e 244 nel II trimestre per malformazioni, malattie congenite e cromosomopatie. La stessa struttura, per interruzioni di gravidanza molto precoci, somministra la pillola RU-486 ed è dotata di un centro di III livello per la diagnosi prenatale di malformazioni e cromosomopatie. Complessivamente sono impiegati 25 ginecologi, e sono attivi 90 posti letto oltre a un pronto soccorso di II livello.

Laura Viggiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA





SALUTE

Al ministero tagli del 5% In attesa dei costi standard

750 milioni

Il peso dei prezzi di riferimento

Il risparmio annuo sull'acquisto di beni e servizi sanitari e non solo
Roberto Turno

■ Siringhe e tac, cerotti e risonanze magnetiche, protesi e attrezzature chirurgiche. Ma anche le spese per lavanderie e riscaldamento, trasporti e mense. Teoricamente anche i farmaci acquistati dagli ospedali, sui quali però è in corso un'altra partita su un tavolo diverso. Si chiama razionalizzazione, si legge lotta agli sprechi e alle spese fuori dalle righe. La prima cura d'urto della spending review in sanità colpirà l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari con l'introduzione dei prezzi di riferimento. Con un obiettivo di fondo, già messo preventivamente nero su bianco dalla manovra di luglio 2011: realizzare un risparmio di circa 750 milioni l'anno. Che a regime potrebbero crescere ancora. Un primo passo, in vista della costruzione dei costi standard che dovrebbero partire dal 2013.

«La sanità ancora una volta precorre gli altri comparti della pubblica amministrazione», prevede il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**. Che intanto sta seguendo i lavori in corso sui prezzi di riferimento per l'acquisto di beni e servizi

da parte del Ssn. Ma che al ministero ha avviato una spending review parallela per incidere sui costi di funzionamento complessivi della struttura romana e di quelle periferiche: il risparmio in cantiere sarà del 5% sul totale delle spese per far marciare la macchina ministeriale, che si aggiunge al 20% del budget già tagliato in questi anni.

La prossima misura al ministero della Salute scatterà tra qualche giorno, dal 3 maggio, con la razionalizzazione degli orari dei dipendenti della sede all'Eur, che potranno restare al lavoro al massimo fino alla 18.30. Tra costi in meno per riscaldamento e aria condizionata, elettricità e quant'altro, per non dire dell'organizzazione interna, si risparmierebbero 150mila euro l'anno. Mentre le auto di servizio da 26 sono diventate 15 con uso esclusivo soltanto per il ministro, consulenti ed esperti per lo più lavorano gratis "per la causa" (circa 100mila euro nel 2011), le spese telefoniche sono affidate a internet col Voit, le spese di rappresentanza e di missione sono state finora quasi azzerate. E la stessa comunicazione riduce i costi: ne farà le spese per esempio anche la prossima «giornata del malato oncologico» con un budget ridotto dell'80% e un risparmio calcolato in 80mila euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▼ **Ecm: sì alle linee guida su verifiche e provider**

Via libera alle Regioni alle regole per la scelta dei provider: approvati i manuali per rendere l'Ecm e i suoi controlli omogenei sul territorio. (Servizio a pag. 7)

Ecm: via libera delle Regioni alle regole per la scelta dei provider

Ai nastri di partenza le regole per rendere omogenea da Nord a Sud l'offerta formativa continua per i medici e il personale sanitario chiamati ad assicurarsi 150 crediti per il triennio 2011-2013.

Giovedì la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera ai criteri guida per l'adozione dei manuali di accreditamento dei provider cui tutti gli enti accreditanti - nazionale, regionale e provinciale - dovranno adeguarsi incassando comunque il via libera della Commissione nazionale Ecm, che resta al timone delle operazioni.

Aggiornato con le modifiche concordate in sede tecnica durante la riunione del 12 aprile rispetto al testo anticipato in anteprima esclusiva da «Il Sole-24 Ore Sanità n. 13/2012, a partire dall'ampliamento del ventaglio di materie su cui Ordini e Collegi potranno formare i propri iscritti, il documento elenca requisiti e fissa regole per l'attività di vigilanza su tutta l'attività di formazione degli operatori sanitari.

Tra i requisiti anche la

pretesa della massima chiarezza su sponsorizzazioni e patrocini dell'attività svolta. Il percorso prevede due fasi: l'accreditamento provvisorio, concesso entro sei mesi dopo la verifica dei requisiti e valido due anni e l'accreditamento standard, che può essere richiesto dopo i primi 12 mesi se il provider vanta una esperienza almeno triennale in materia; dopo 18 per i neo-provider. L'ente accreditante dovrà visitare ogni anno almeno il 10% dei soggetti selezionati, verificando il permanere dei requisiti richiesti.

Il comitato di garanzia della Commissione Ecm vigilerà invece sui provider privati dei soggetti privati non erogatori di prestazioni sanitarie che si avvalgono di sponsor: solo chi supera la verifica sarà incluso nell'albo nazionale dei provider curato dalla Commissione Ecm.

Gli enti accreditanti hanno un anno di tempo per avviare tutte le procedure e mandare a regime il nuovo corso dell'Ecm.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

(@: www.24oresanita.com)



RIFORME AL PALO**Governance, ora si tratta***Regioni pronte a un altro no, ma evitano lo strappo*

Le Regioni hanno chiesto un incontro ai capigruppo della Camera per un ultimo tentativo di mediazione sul Ddl per il governo clinico. Le criticità restano quelle che la commissione Salute ha ripetuto nella proposta di parere

messo a punto la scorsa settimana e che porterebbero a un ennesimo no al provvedimento, ma i presidenti hanno scelto di trattare per tentare di modificare il testo.

A PAG. 7

I governatori giocano la carta della mediazione e chiedono un incontro ai capigruppo della Camera

Governance col fiato sospeso

Se non saranno accettate le richieste regionali scatterà il parere negativo

Le criticità del Ddl sulla governance sono quelle che la commissione Salute ripete ormai da tempo e che la scorsa settimana ha nuovamente formalizzato in una bozza di parere che resta però per ora in naftalina: troppo centralismo e invasione di campo degli ambiti previsti dal nuovo Titolo V della Costituzione.

Ma i governatori hanno deciso di non alzare barricate per ora e di tentare la via della mediazione: il giudizio negativo degli assessori resta in stand by, in attesa della risposta a una lettera inviata ai capigruppo della Camera per chiedere un incontro in cui discutere i possibili emendamenti al Ddl da portare in aula, dando per concluso ormai il passaggio in commissione Affari sociali.

Se i parlamentari accetteranno di incontrare i presidenti e ragionare con loro le modifiche sulla base delle esigenze rilevate dai tecnici regionali, allora non ci saranno pareri negativi.

Ma in caso contrario il «no» sarà inevitabile: il Ddl così non va - sostengono le Regioni - e senza uno spazio di mediazione non resterà altro che formalizzare le criticità già sottolineate che i governatori ora chiedono di trasformare in altrettanti emendamenti al provvedimento.

La traccia delle richieste è quella scritta nella bozza di parere che la commissione Salute ha messo a punto la scorsa settimana. E che già nelle premesse ha previsto un ammorbidimento rispetto al no

secco di tre settimane fa (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 14/2012): «Il provvedimento, pur enunciando l'autonomia delle Regioni e Pa, ne restringe di fatto gli spazi, individuando una organizzazione di dettaglio in materie che sono già state oggetto di specifici provvedimenti da parte di molte Regioni: in proposito occorrerebbe comunque prevedere una clausola di cedevolezza a favore di quelle Regioni e Pa che hanno già normato in materia».

È questa la norma di cedevolezza annunciata in precedenza che farà parte delle richieste di modifica delle Regioni al testo del Ddl.

Non più una bocciatura secca, quindi, ma spirito collaborativo, anche se nelle loro osservazioni i paletti ci sono ancora tutti.

Il resto del parere della commissione Salute, infatti, segue la falsariga di quello negativo già ipotizzato tre settimane fa.

Le criticità maggiori sono cinque:

- la competenza sulla disciplina (e la nomina) del Collegio di direzione è stata affidata dal Dlgs 502/1992 alle Regioni e questo organo ha un ruolo di partecipazione e non di condizionamento delle scelte del direttore generale;

- la scelta dei primari da una tema proposta al Dg è in contrasto con la normativa in vigore che prevede l'individuazione all'interno di una lista di candidati da parte del Dg, per riaffermare e sostenere il rapporto fiduciario che si stabilisce nel momento del conferimento dell'incarico e

nei suoi successivi, eventuali, rinnovi;

- il testo non fa più riferimento all'esclusività di rapporto di lavoro per la copertura di incarichi di direzione delle Unità operative complesse, «minando alla base il principio di appartenenza»;

- il principio fondamentale della libertà e dell'autonomia del medico e dei professionisti sanitari deve essere comunque ricondotto alle scelte di programmazione aziendale stabilite dalla direzione generale e definite consensualmente negli accordi di budget;

- perplessità per l'aumento automatico dell'età per il collocamento a riposo dei medici a sessantasette anni, con una possibile estensione, solo su richiesta dell'interessato, di ulteriori tre anni: sarebbe una disposizione in contrasto con la normativa prevista dalla legge 214/2011 (di conversione del Dl 201/2011).

E su questa base la trattativa è aperta per evitare uno strappo tra livelli istituzionali. Ma ora i governatori chiedono che anche il Parlamento faccia un passo verso la mediazione.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO LO STATO HA TAGLIATO 8 MILIARDI DI TRASFERIMENTI MA IL DEFICIT NON CALA

Sanità, una macchina mangiasoldi E i costi standard restano un miraggio

Pier Francesco De Robertis
■ ROMA

POTRÀ andare avanti la sanità italiana con il maxi-taglio di otto miliardi varato da Tremonti nella scorsa estate e confermato in questi giorni da Monti, al punto che qualche giorno fa le Regioni hanno abbandonato il tavolo in cui si discuteva il rinnovo del Patto per la salute e hanno spostato tutto a ottobre? Chi ha ragione tra i due contendenti? E soprattutto, perché si fa tanta fatica a domare un sistema che secondo la Corte dei conti (relazione finanziaria sulla gestione delle regioni) registrava nel 2007 una spesa corrente di 101,7 miliardi salita a 113,4 nel 2010? E' possibile, e come, innestare il freno a mano?

UN FRENO il governo provò a metterlo con l'istituzione del Patto per la salute Stato-Regioni che, dice adesso la Corte dei conti, dal 2007 «si è rivelato un efficace strumento di governance nello stabilizzare la spesa sanitaria». Ma non basta. Anche perché il pilastro di contenimento per evitare il baratro in cui stiamo precipitando doveva essere l'istituzione dei costi standard della sanità, riforma che però si è impantanata e rischia di non arrivare a compimento. Il vero punto critico dei conti sanitari italiani sono le cinque

Regioni in cui la gestione della sanità è commissariata: Calabria (deficit 2011 imprecisato per mancanza di documentazione contabile esaustiva), Campania (deficit 696 milioni), Lazio (1.139 milioni), Abruzzo (62 milioni), Molise (49 milioni). Oltre alle tre sottoposte a un meno grave «Piano di rientro» (Piemonte, Puglia e Sicilia). Finire

dietro la lavagna, per queste Regioni e in particolare per i cittadini di queste Regioni, non è cosa indolore: vuol dire turnover e investimenti bloccati, taglio dei posti letto, centralizzazione dei bandi di acquisto. E' il modo in cui lo stato

controlla la spesa: come dire, a mali estremi, estremi rimedi.

IL FATTO è che al di là degli stop a nuove spese, non si riesce a far rientrare il deficit già esistente, e finché non ci si riuscirà i conti della sanità nazionale andranno a scatafascio. I mali sono noti: cattiva organizzazione, duplicazione di strutture sul territorio, assunzioni in esubero, mancate riorganizzazioni, eccessivo ricorso alla sanità

IN ROSSO

Commissariate le regioni Calabria, Campania, Lazio, Abruzzo e Molise

privata o alla mobilità passiva verso altre Regioni, sperperi colossali, ruberie varie. Il fatto è che nessuno ha la forza sufficiente di somministrare le medicine al malato: chiudere ospedali, imporre limiti al ricorso alle cliniche private, verificare i corretti rapporti tra abitanti/dipendenti, mettere un freno alle prestazioni inutili, o in certe situazioni semplicemente indire le gare d'appalto come si deve o addirittura compilare i bilanci. Una pratica semplice in qualsiasi azienda, ma che in una certa parte del paese pare sconosciuta: in Calabria ci sono cinque Asl su undici che per anni non hanno li hanno presentati, come d'altra parte è avvenuto nel Lazio tra il 2003 e il 2006. Una situazione paradossale, che se fosse avvenuta in qualsiasi azienda avrebbe provocato l'intervento del tribu-

nale. Per le Regioni no. Tant'è che anche nelle situazioni più gravi (la Calabria, o la Campania) è stato nominato commissario lo stesso presidente di regione. Un controsenso. Adesso tutti guardano con fiducia all'arrivo del sistema dei costi standard al posto della spesa storica, che però rischia di saltare. I governatori danno la colpa al governo Monti, sotto sotto buona parte di loro (anche quelli quelli virtuosi) non lo vogliono e remano contro: avere qualcuno che da Roma ti fa i conti in tasca è una scocciatura per tutti.



FOCUS

Cresce la spesa

A fronte di una diminuzione della spesa pubblica per farmaci, quella privata è aumentata del 10,7% tra il 2007 e il 2010

Boom psicofarmaci

E' aumentato l'utilizzo di farmaci antidepressivi: è passato da 8,18 dosi giornaliere per 1.000 abitanti nel 2000 a 35,72 nel 2010

Il gap futuro

Il rapporto Osservasalute stima in 17 miliardi nel 2015 il gap tra le risorse necessarie ai bisogni dei cittadini e i soldi pubblici

IN CIFRE

113,4

MILIARDI
LA SPESA SANITARIA
NEL 2010

1.833

EURO
LA SPESA SANITARIA
MEDIA PRO CAPITE

7,3%

IL VALORE
DELLA SPESA SANITARIA
SUL PIL ITALIANO

SALUTE

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

GENERICI, UN'INSPIEGABILE OSTILITÀ

Sono poco attenti alla gestione dei soldi versati all'Enpam (l'ente previdenziale, il cui presidente è ora indagato) ma solerti nel difendere le loro prerogative se gli si chiede di prescrivere farmaci equivalenti. È sorprendente la posizione dei medici di medicina generale della Fimmg, che sui cosiddetti generici vogliono riportare sulla ricetta la dicitura "non sostituibile". A meno che non ci sia la certezza che il prodotto di marca possa essere sostituito. I camici bianchi sostengono di difendere la libertà di scegliere cosa è meglio per il paziente. Sarà. Ma agendo così fanno un grande favore alle multinazionali, che invece si stanno adeguando al cambiamento introdotto dal governo con il documento Cresci Italia (che prevede un maggiore ricorso ai generici): sono sempre di più le industrie che producono, con marchio aziendale, gli equivalenti. È comunque desolante dover constatare che ancora una volta restiamo indietro rispetto all'Europa, dove i farmaci non firmati si usano da 35 anni. Da noi solo da 12. Ritardo? A dir poco. C'è un medico capace di spiegare perché? Di certo la decisione della Fimmg fa spendere più soldi allo Stato. E quindi ai cittadini.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PROGRAMMI 2012**Farmaci, rilancio dell'Aifa***Accessibilità, iter, informazione: ecco tutti gli obiettivi*

Miglior accesso ai farmaci, iter regolativi accelerati e informazione indipendente à go-go sono elementi chiave del programma annuale d'attività dell'Aifa per il 2012 al parere della Conferenza Stato-Regioni. Tra gli impegni istituzionali restano sempre in primo piano l'appro-

priatezza della spesa con azioni per lo sviluppo del mercato dei generici e dei biosimilari; l'adozione di modalità innovative su prezzi e rimborsi; il completamento della revisione del Prontuario farmaceutico nazionale.

A PAG. 8

*Al parere della Stato-Regioni il programma dell'Agenzia italiana del farmaco per il 2012***L'Aifa scommette sulle news****Avanzata sull'informazione indipendente - Iter e procedure nel mirino**

Miglior accesso ai farmaci, nuove performance sul percorso autorizzativo, informazione indipendente à go-go. Il tutto all'insegna di tre direttrici strategiche fondamentali: appartenenza, trasparenza e responsabilità. Questi i temi di maggior rilievo nel Piano d'attività 2012 dell'Agenzia italiana del farmaco, trasmesso dalla Salute al parere della Conferenza Stato-Regioni. Sul fronte dell'accesso alle cure la mission Aifa riserva un focus particolare ai farmaci orfani, con la promessa di un lavoro a quattro mani con le Regioni per migliorare e facilitare l'accesso al fondo dedicato e il rimborso della spesa sostenuta dai governi locali.

Altrettanto mirata l'agenda delle operazioni per quanto riguarda l'appropriatezza nell'uso dei prodotti anche nell'ottica di un miglior governo della spesa pubblica: saranno potenziati e ampliati i registri e il cruscotto informativo regionale registri (progetto Cirre) servirà anche a potenziare il monitoraggio e l'attività di richiesta di rimborso alle aziende a fronte degli eventuali fallimenti terapeutici. Impegni onerosi anche sul fronte dell'attività registrativa: l'Aifa intende accorciare ancora le distanze rispetto al resto d'Europa, riducendo ancora l'arretrato e adeguandosi alle tempistiche nazionali e internazionali anche grazie all'adozione di linee guida ad hoc per particolari categorie di prodotti (allergeni, radiofarmaci, emoderivati, gas medicinali, omeopatici).

Tempistiche al ribasso anche sul fronte dell'attività ispettiva, con l'auspicio dell'identificazione di approcci ispettivi più efficienti per le ispezioni dovute sulle good manufacturing practice.

Ovviamente cruciale per l'Agenzia, l'universo delle azioni che ruotano attorno all'appropriatezza della spesa: in pole position lo sviluppo del mercato dei generici, con azioni mirate anche per i biosimilari; l'adozione di modalità innovative per la determinazione dei prezzi dei farmaci e la definizione della rimborsabilità; la sistematizzazione in un unico datawarehouse dei dati di spesa farmaceutici; il completamento della revisione del Prontuario farmaceutico nazionale; l'individuazione di strumenti per incentivare gli investimenti in ricerca e sviluppo.

A supporto di quest'ultimo obiettivo anche la mission che punta a qualificare la partecipazione di Aifa in ambito comunitario e nell'Emu, a promuovere l'Italia come Paese di riferimento nelle procedure autorizzative, a promuovere la cooperazione con i partner e gli stakeholder nazionali e internazionali anche con l'obiettivo di rafforzare l'intera catena produttiva del settore.

Agenda Doc, infine, per il potenziamento dell'informazione e della comunicazione indipendente e della vigilanza sull'informazione medico-scientifica privata sui farmaci.

Il calendario degli impegni prevede nuovi prodotti editoriali mirati all'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva; la replica della campagna sul corretto uso degli antibiotici; iniziative di comunicazione istituzionale che vanno dalle app dedicate alla web Tv, passando per un francobollo speciale, l'Aifa-Day annuale.

E per dipendenti e collaboratori anche un "Aifacebook" con curriculum, foto e quant'altro possa servire a creare conoscenza e interazione.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Amianto, un dramma senza fine



*Pensioni
& previdenza*

di Vittorio Spinelli

Ottimo come isolante elettrico e contro i rumori, resistente al calore e agli attacchi chimici, praticamente insostituibile. L'amianto ha un solo difetto: uccide, anche a distanza di quaranta anni. Migliaia i lavoratori direttamente colpiti dai tumori provocati dalla esposizione alle micidiali polveri e caduti sul campo delle fabbriche e degli edifici inquinati. E la strage continua, silenziosa, si allarga agli stessi residenti nelle zone dense di coperture eternit, mentre la medicina ha già

calcolato un progressivo aumento della mortalità, malgrado le proibizioni al commercio del materiale, fino ad un picco di decessi tra il 2015 e il 2020.

Alla memoria delle vittime è dedicata, ogni anno, la giornata del 28 aprile, come ricorrenza mondiale istituita dalla Conferenza europea del 2005 a Bruxelles.

Riforma pensioni. La tutela della previdenza per i lavoratori coinvolti e per i loro familiari passa attraverso le prestazioni del "Fondo Inail per le vittime dell'amianto" (legge 244/2007) e le pensioni agevolate dell'Inps (leggi 257/1992 e 326/2003) calcolate con un

aumento virtuale dell'1,50 % o dell'1,25% dei contributi lavorativi, valido per il diritto o per la misura dell'assegno mensile.

La riforma Fornero non ha previsto alcuna deroga per i lavoratori esposti all'amianto, peraltro vincolati dalle norme in vigore ad ottenere, come condizione per il pensionamento, una rigorosa certificazione dell'Inail relativa al settore lavorativo e ad un tempo di esposizione di almeno dieci anni.

E emersa tuttavia in questi giorni la disponibilità del ministero del Lavoro ad emanare un decreto *ad hoc* per abbassare la soglia di esposizione a soli cinque anni. Il presupposto indispensabile del provvedimento è una rilevazione aggiornata del settore, necessaria per quantificare le relative risorse finanziarie.

Il rebus Inail. Un ulteriore fronte della previdenza si è aperto con la soppressione dell'Ipsema, l'istituto per le malattie professionali dei marittimi. Una girandola di provvedimenti relativi al settore ostacola a tutt'oggi la effettiva tutela dei marittimi interessati.

La finanziaria del 2006 ha tolto all'Inail il compito di certificare l'esposizione all'amianto dei lavoratori marittimi e lo ha assegnato all'Ipsema come competente esclusivo. Nel giugno del 2010 l'Ipsema è stato incorporato all'Inail, il quale ha ripreso la sua

competenza unica su tutte le certificazioni. L'accertamento dell'esposizione a bordo delle navi è reso però difficoltoso dalle condizioni lavorative estremamente diverse dai settori industriali.

La completa integrazione Inail-ex Ipsema non si è ancora realizzata e tanto ha denunciato il Consiglio di vigilanza dell'Istituto. Ed ecco lo zampino della politica: l'Inail attende la nomina di un nuovo presidente/commissario. Sul designato non si è ancora realizzata una convergenza delle istituzioni interessate. I tempi si allungano e di riflesso ne risente la definizione delle istanze dei marittimi.



→ Soprattutto antibiotici

I pediatri: «Troppi farmaci ai bambini»

■ **ROMA** Dal destino delle cure pediatriche agli stili di vita errati in età adolescenziale, dal disagio psichico al rischio povertà, con un focus sui problemi dei bambini del Sud Italia. Troppi farmaci ai bambini: 58 bambini su 100 durante l'anno ricevono almeno un farmaco, con il 96% delle prescrizioni concentrate su antibiotici (48%), antiasmatici (26%) e corticosteroidi (8,6%). Tra le molecole più prescritte l'acyclovir utilizzato per la terapia della varicella. Pediatri ed altri esperti si interrogheranno sulle ragioni di questo eccesso prescrittivo durante il 68 Congresso Nazionale della Sip che si aprirà il 9 maggio. «Il titolo "Il Futuro in Gioco" non è casuale perché in gioco c'è il futuro dell'assistenza pediatrica universalistica che abbiamo scelto 50 anni fa», spiega il presidente della Sip Alberto G. Ugazio - . I segnali sono evidenti: le risorse economiche si riducono sempre più, cala il numero dei pediatri in attività, da più parti si fa strada la tentazione di affidare la salute dei bambini ai medici degli adulti».



FARMACEUTICA

La crisi spinge
gli antidepressivi

► pagina 44

Sanità. Rapporto Osservasalute 2011

La crisi spinge
gli antidepressivi

I RISULTATI

Nell'ultimo decennio le dosi giornaliere per mille abitanti sono quadruplicate; sulla qualità del servizio si allarga in divario Nord-Sud

Manuela Perrone

ROMA

■ C'era una volta il Bel Paese. Gli italiani sono sempre più vecchi, grassi e obesi. La dieta mediterranea rischia di diventare un ricordo. E per combattere il disagio di vivere e l'incertezza sul futuro si abbonda con gli antidepressivi: nel 2010 le dosi consumate ogni giorno per mille abitanti sono state 35,72, quadruplicate rispetto al 2000. Proprio mentre la "rendita" di salute dei cittadini va esaurendosi, il Servizio sanitario nazionale vacilla. Stremato da ticket, tagli e disparità territoriali, rischia di perdere il suo principio fondante, l'equità, e di avviarsi «verso l'insostenibilità», soprattutto nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari.

L'allarme arriva dal Rapporto Osservasalute 2011, frutto del lavoro dei 175 esperti dell'Osservatorio sulla salute nelle Regioni dell'Università Cattolica di Roma, diretto da Walter Ricciardi. Una fotografia inquietante: la crisi minaccia salute e servizi. E la risposta finora fornita - risparmiare dove si può - rischia di rivelarsi un boomerang se non si passa a misure "ragionate", centrate contro sprechi, illegalità e prestazioni inappropriate.

Anche perché la spesa sanitaria non è più fuori controllo: quella pubblica pro capite nel 2010 è cresciuta appena dello 0,66%, a quota 1.833 euro. «I tagli alla sanità - ha spiegato Eugenio Anessi Pessina, docente di economia aziendale e public management alla Cattolica - non dipendono dall'entità della spesa, che è sotto la media dell'Ue a 15,

ma dal tentativo di diminuire il debito pubblico». I disavanzi sono circoscritti: 2,32 miliardi nel 2010, circa 39 euro pro capite, contro i 54 del 2009.

La piaga è un'altra: le fortissime differenze tra Regioni. Con Lazio, Campania e Sicilia che da sole hanno prodotto il 69% sia del disavanzo 2010 sia di quello cumulato 2001-2010. E con un gap tra Nord e Sud che pesa: i cittadini delle Regioni in rosso sono quelli con la più bassa speranza di vita alla nascita. In affanno è l'equità, anche quella intergenerazionale, minata dal blocco degli investimenti e dall'impatto di tagli e razionalizzazioni sulla salute. Un circolo vizioso pericoloso in tempi di recessione: la Grecia insegna. I tagli alla spesa pubblica si traducono in un'impennata di quella privata, che nel 2010 è schizzata a 30,6 miliardi, il 25,5% in più rispetto a dieci anni prima. «Stimiamo un aumento del 7% degli italiani che potrebbero scivolare sotto la soglia di povertà: una famiglia su quattro», ha detto Ricciardi. E nel 2015 si stima un divario di 17 miliardi tra le risorse necessarie per coprire i bisogni dei cittadini e i finanziamenti al Ssn.

Il rapporto mette in guardia anche dalle lacune organizzative del sistema. Dal personale, sempre più anziano e precario, al mancato decollo dell'assistenza territoriale, soprattutto domiciliare. Bene, invece, sul fronte delle reti ospedaliere: i ricoveri sono calati a 179,4 per mille abitanti. Ma riorganizzare gli ospedali non basta a salvare il Ssn. Per gli esperti, devono cambiare le priorità. E le politiche a sostegno dei «determinanti sociali di salute» vanno potenziate, non decurtate. Almeno se si ha a cuore l'interesse globale del Paese nel lungo periodo, e non i soli conti nel breve.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La prevenzione

VAIOLO E POLIOMIELITE L'OMS CELEBRA LA FINE

I vaccini, oltre a salvare vite, possono essere ottimi antidoti anche contro la crisi facendo risparmiare risorse. Lo ricorda l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che dedica questa settimana all'immunizzazione per celebrare anche l'eradicazione del vaiolo e quella della polio, ottenuta al 99%. «Le vaccinazioni sono uno degli interventi sanitari più di successo anche dal punto di vista dei costi, oltre a salvare ogni anno 2-3 milioni di vite», ricorda l'Oms. «Uno degli studi migliori sull'argomento riguarda l'epidemia italiana di morbillo del 2002-2003», sottolinea Robb Butler dell'ufficio europeo dell'Oms, «che con circa 20mila casi costò allo Stato 22 milioni di euro. Proprio in un periodo di crisi i governi devono capire il valore anche economico della vaccinazione». Secondo il Cdc di Atlanta ogni dollaro speso per i vaccini ne fa risparmiare 18,4, e un'analoga ricerca italiana ha riscontrato un risparmio di 24 euro per ogni euro speso

SALUTE

Alzheimer

La metodica appena approvata negli Stati Uniti **servirà soprattutto alla ricerca sulle cure della malattia**

Ecco il nuovo test che "fotografa" la perdita di neuroni

L'agenzia del farmaco Usa: i risultati sono di non facile interpretazione e vanno confermati da altri accertamenti

ELENA DUSI

È

il primo test per diagnosticare direttamente l'Alzheimer. Per misurare le placche di proteina beta-amiloide che sono considerate la causa della forma di demenza più diffusa nel mondo. La Food and Drug Administration ha approvato il 10 aprile il farmaco della Eli Lilly a base di florbetapir. Iniettata per endovena, la sostanza raggiunge il cervello e si lega alle placche di amiloide. La Pet "fotografa" la mappa del florbetapir nel cervello, quantificando il danno.

Anche se l'agenzia del farmaco Usa ha approvato il test, non è entusiasmo quello che traspare dalle sue parole. L'anno scorso l'Fda, poco convinta dalle sperimentazioni, aveva rimesso la pratica nel cassetto. Tra i problemi c'era l'eccessiva variabilità con cui i

medici interpretavano i risultati. Così la Eli Lilly nel frattempo ha messo a punto un corso online per i professionisti che leggeranno l'esame. Nonostante questo, l'agenzia del farmaco Usa avverte che in caso di risultato positivo serviranno altri accertamenti per arrivare a una diagnosi. Né il costo (1.600 dollari) aiuterà la diffusione del test. Pur con questi limiti, l'arrivo del florbetapir (o Amyvid) resta una buona notizia. «I farmaci in sperimentazione avanzano tra grandi difficoltà, anche per la mancanza di una diagnosi certa» spiega Alberto Pupi, ordinario di medicina nucleare all'ospedale Careggi di Firenze. «Questo test non risolve tutti i problemi, ma è un passo avanti di cui il nostro campo ha un bisogno enorme».

Un bisogno quantificato dall'Oms. Oggi 35,6 milioni di persone nel mondo soffrono di demenza (l'Alzheimer è il 60% dei casi),

destinati a raddoppiare (65,7 milioni) nel 2030. Le cure costano 604 miliardi di dollari l'anno, cifra che si sta paurosamente avvicinando ai 900 miliardi del cancro. Gianbattista Frisoni, vice-direttore scientifico dell'Irccs Fatebenefratelli di Brescia, spiega che gli attuali criteri di diagnosi risalgono al 1984. «E si basano soprattutto sull'esclusione di altre malattie. I metodi recenti ci permettono di cambiare paradigma, osservando l'accumulo di amiloide e la neurodegenerazione in aree ben precise del cervello».

«Attualmente — aggiunge Pupi — usiamo la Pet che misura il consumo di glucosio, la risonanza magnetica volumetrica che esclude altre cause di demenza, e l'analisi del liquido cerebro-spinale». Il nuovo test non garantirà la diagnosi precoce. «Ma usato nei trial scientifici — prosegue Pupi — affinerà i criteri di reclutamento dei pazienti: un passo imprescindibile per cercare un farmaco».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COSA È?

È un processo degenerativo del cervello che distrugge le cellule nervose una dopo l'altra

COME COLPISCE

NEURONE
La trasmissione degli impulsi nervosi verso altri neuroni è nulla o molto ridotta

FIBRA NERVOSA
È formata da microfibrille che contengono milioni di microtubuli

Impulsi nervosi rodotti

VISTA IN SEZIONE

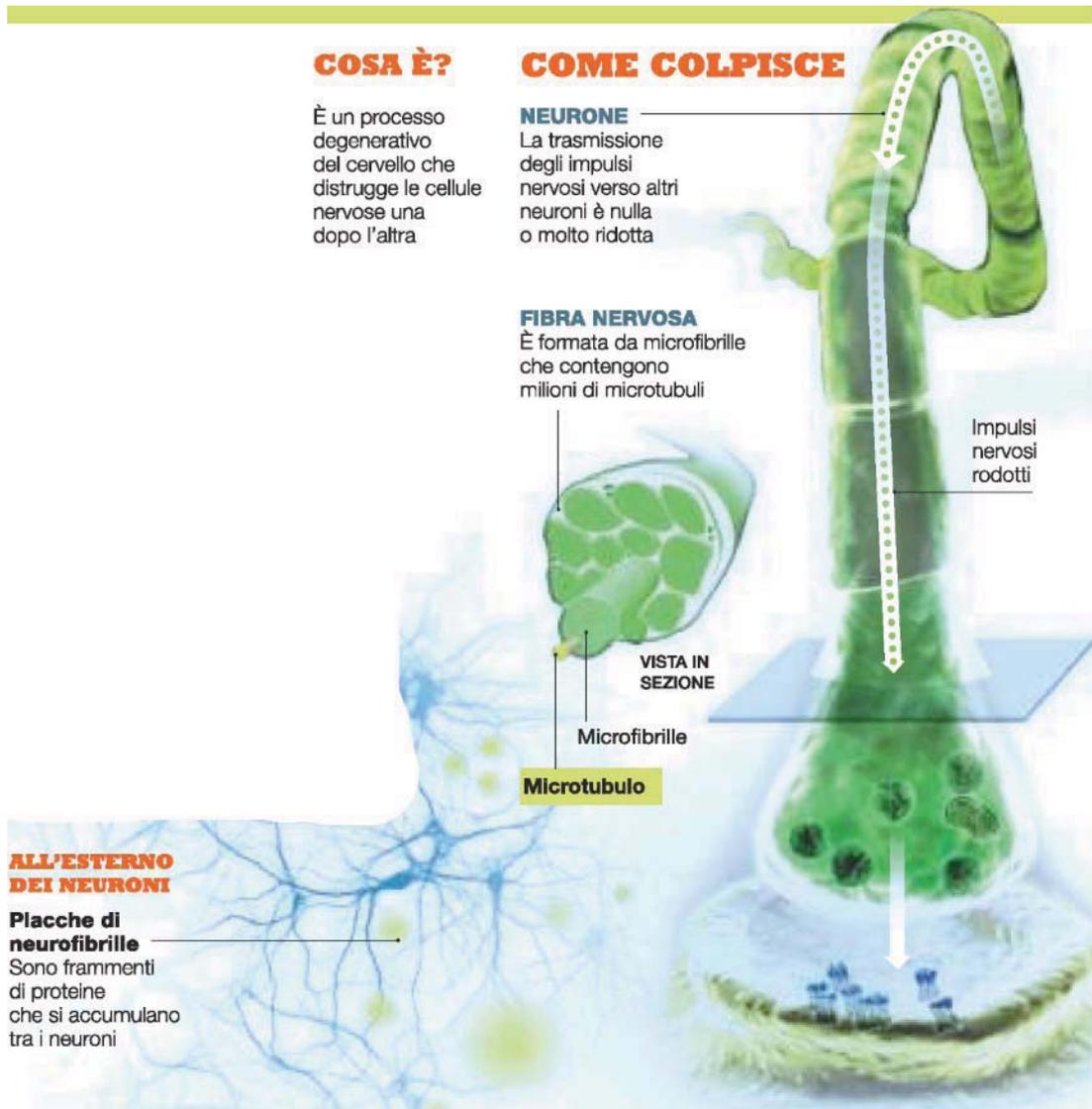
Microfibrille

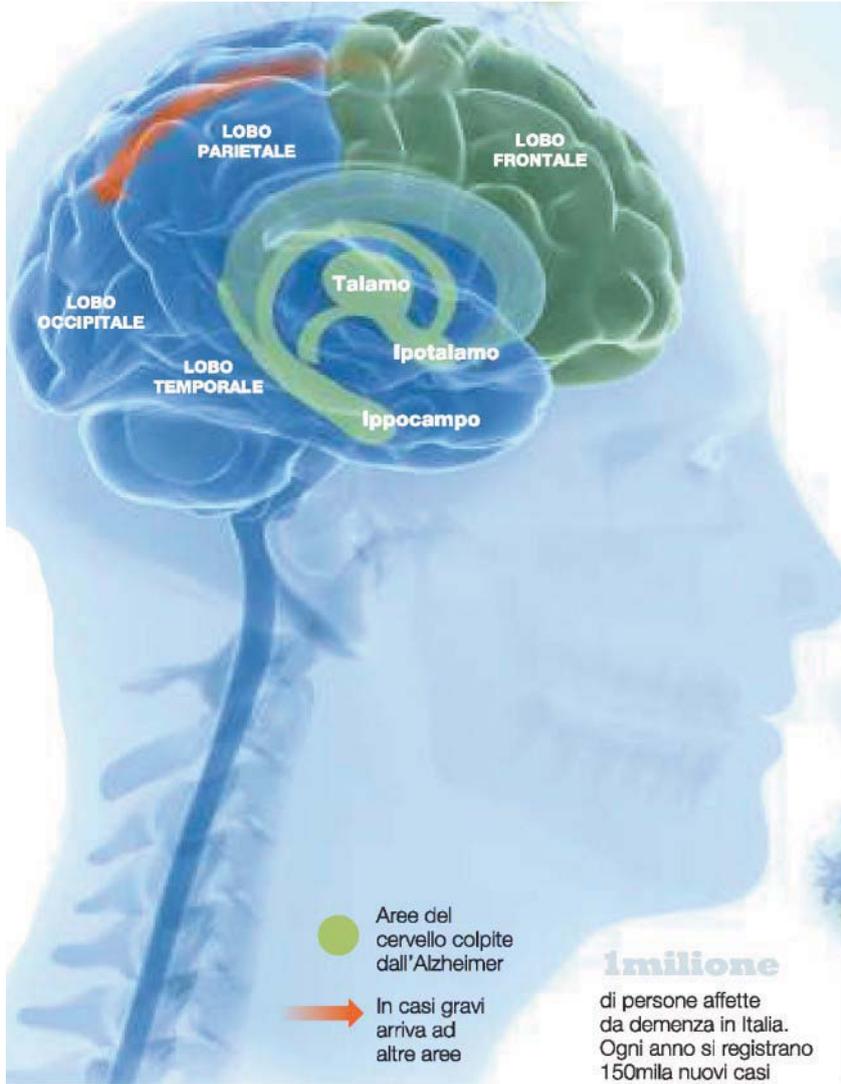
Microtubulo

ALL'ESTERNO DEI NEURONI

Placche di neurofibrille

Sono frammenti di proteine che si accumulano tra i neuroni



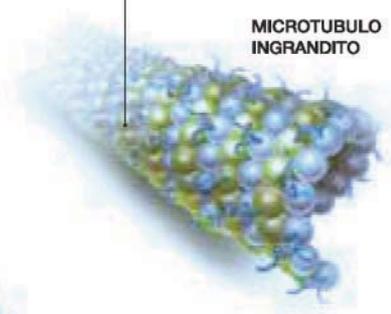


ALL'INTERNO DEI NEURONI

MICROTUBULO NORMALE

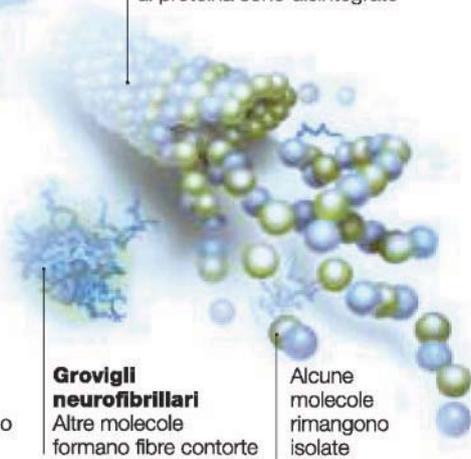
Le molecole di proteina sono stabilizzate intorno alla struttura

MICROTUBULO INGRANDITO



MICROTUBULO CON ALZHEIMER

È collassato: le molecole di proteina sono disintegrate



INFOGRAFICA: PAULA SIMONETTI

1 milione

di persone affette da demenza in Italia. Ogni anno si registrano 150mila nuovi casi

Farmaci a base di cannabis Primo sì in Toscana su una «legge bandiera»

Pdl e Udc: non servirà a nulla, deciderà il ministero

Pino Di Blasio
FIRENZE

RISPETTO ALLE altre regioni, la Toscana ha fatto una fuga in avanti. In Puglia, come in Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, c'è da mesi un progetto di legge depositato sull'uso dei farmaci cannabinoidi. Ma è un testo quasi fotocopia, articoli elaborati dai radicali dell'associazione Luca Coscioni. In Toscana c'è già un voto su articoli che aspirano a diventare norme. La commissione sanità del consiglio regionale ha approvato il progetto di legge che punta a garantire l'accesso ai cittadini toscani ai farmaci cannabinoidi da usare nelle cure palliative e in altre terapie del dolore. Quattro articoli, il primo dei quali riassume il senso della legge: «Nel rispetto delle proprie competenze e delle disposizioni statali in materia, la Regione Toscana riconosce il diritto del cittadino all'utilizzo di farmaci cannabinoidi nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative all'interno delle strutture del servizio sanitario regionale, nei limiti e con le modalità stabilite dalla presente legge e dagli atti da essa previsti». La proposta è stata votata a maggioranza, ora il testo passerà al consiglio; secondo il presidente della commissione sanità, Marco Remaschi, «sarà discusso e approvato il 2 maggio. In aula porteremo anche una risoluzione - aggiunge Remaschi - per spingere la giunta a stimolare il ministero della sanità a condividere l'utilizzo dei farmaci cannabinoidi. Sappiamo che la procedu-

ra per avere i farmaci è lunga e tortuosa. Ma con questa legge vogliamo dare un segnale d'apertura, avviare una concertazione con il ministero per arrivare a una piena applicabilità di quei concetti».

REMASCHI ammette di non avere numeri sui pazienti che potrebbero aver bisogno di terapie lenitive a base di cannabinoidi, né di stanziamenti regionali. «E' una legge di principi - conclude - che speravamo potesse essere condivisa anche dalle opposizioni». Ma Stefano Mugnai boccia i facili entusiasmi: «Non ho nessun problema ideologico sui cannabinoidi, ma la legge non avrà nessun risultato pratico. E' il ministro della salute che decide quali farmaci commercializzare, dopo che l'agenzia del farmaco e le commissioni scientifiche hanno approvato l'efficacia terapeutica. La Toscana approverà una legge bandiera, i malati si illuderanno, ma saranno costretti a iter burocratici lunghissimi per essere autorizzati dal ministero ad andare a comprare i farmaci all'estero. E' una battaglia per alzare l'asticella e accreditare il concetto di una possibile liberalizzazione della cannabis». Per Marco Carraresi, Udc, «l'aspetto scientifico è stato pressoché ignorato. C'è il rischio che, una volta approvata, la legge venga impugnata dal governo alla Consulta, perché la competenza sui farmaci è del ministero. La Toscana può già autorizzare, senza bisogno di leggi, l'utilizzo nelle Asl di terapie a base di cannabis. Ma solo in casi limitati, come fanno nelle Marche».



IN ITALIA

L'atto delle Marche

Nel 2008 la giunta regionale, presieduta da Spacca, ha approvato una delibera che autorizza, in casi particolari e nelle aziende sanitarie della regione, la somministrazione di farmaci cannabinoidi. In altre regioni c'è una proposta depositata

Il testo della legge

La proposta approvata è composta di 4 articoli, che spiegano cosa si intende per «terapia del dolore», «cure palliative» e «farmaci cannabinoidi». Il consiglio demanda alla giunta l'acquisto e la disciplina della somministrazione dei medicinali

