

L'eterologa dei tribunali

Per la quinta volta la legge 40/2004 sulla fecondazione assistita è finita sui banchi della Corte costituzionale. Ma per la prima volta la Consulta ha sospeso il giudizio. Sappiamo che, di tutti i divieti imposti dalla normativa, quello sull'eterologa è il più delicato.

Se con la sentenza 151/2009 i giudici non hanno avuto esitazioni nel dichiarare incostituzionali altre parti della legge, stavolta la cautela ha prevalso. Ma rinviare la palla ai tribunali di Catania, Firenze e Milano indicando loro come faro la sentenza di novembre della Corte europea dei diritti dell'uomo

non chiude affatto la partita. I giudici, al contrario, dovranno verificare se il principio stabilito a Strasburgo - ogni Stato è libero di regolare la materia anche in senso restrittivo a patto che monitori l'evoluzione della scienza medica e del consenso sociale - risolve i dubbi di legittimità del "no" italiano all'eterologa. E giustifichi sia la disparità di trattamento sia i viaggi all'estero che migliaia di coppie italiane si sobbarcano per inseguire il sogno di un figlio. (M.Per.)

A PAG. 27

CONSULTA/ Atti rinviati ai tre tribunali che avevano sollevato la questione di legittimità

Nulla di fatto sull'eterologa

Il faro dev'essere la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo

Chi si aspettava una decisione netta è rimasto deluso: sulla fecondazione eterologa il 22 maggio la Corte costituzionale ha spiazzato tutti. Rilasciando, al termine di un'udienza di due ore, una nota stringata che sintetizza un'ordinanza attesa nei prossimi giorni: «La Corte si è pronunciata sulla questione di legittimità costituzionale sollevata dai Tribunali di Firenze, Catania e Milano relativamente al divieto di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo sancita dalla legge 40/2004, restituendo gli atti ai giudici rimettenti per valutare la questione alla luce della sopravvenuta sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 3 novembre 2011 (S.H. e altri contro Austria), sulla stessa tematica».

La pronuncia della Grande Camera di Strasburgo dovrà dunque guidare i tre giudizi avviati da altrettante coppie in cui uno dei componenti è completamente sterile. Soltanto dopo averla tenuta presente i tribunali potranno eventualmente ricorrere di nuovo alla Corte costituzionale. Un groviglio bello e buono. Perché la stessa Corte europea non aveva fornito una risposta univoca (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 42/2011): aveva sì giudicato legittime le restrizioni austriache all'eterologa (permessa soltanto in vivo e attraverso la sola

donazione dei gameti maschili) ritenendo che non violassero l'articolo 8 della Convenzione dei diritti dell'uomo (che tutela il diritto al rispetto della vita privata e familiare) e riconoscendo ampi margini di manovra ai singoli Stati. Ma aveva anche invitato il Parlamento di Vienna a rivedere le regole generali sulla procreazione assistita, ferme al 1999. Ogni Paese - aveva sottolineato la Corte - deve considerare «lo sviluppo dinamico della scienza e della società», entrambi in continua evoluzione. Come dire: il divieto di eterologa non va ritenuto né eterno né assoluto. Tanto più che la stessa Grande Camera - ricordando come la donazione di spermatozoi sia oggi proibita soltanto in Italia, Lituania e Turchia e quella di ovuli anche in Croazia, Germania, Norvegia e Svizzera - rilevava un «consenso europeo» emergente all'eterologa. Ancora però «non basato su principi stabili e di vecchia data», dunque insufficiente a far ritenere irragionevoli scelte discrezionali dei singoli Stati.

Da questo ragionamento, per la Consulta, dovranno ripartire i tre tribunali italiani. Una conclusione che si presta facilmente a interpretazioni opposte. Lo dimostrano le letture politiche: si va da **Eugenia Roccella**, Pdl, "madre" della legge 40, che ritiene la questione «chiusa

nella sostanza» a **Ignazio Marino** e **Livia Turco**, Pd, secondo cui il Parlamento deve rivedere la normativa. Ma sono i giuristi, soprattutto, a confermare che la partita è aperta. «È una decisione inusuale», commenta il magistrato **Amedeo Santosuosso**, docente all'Università di Pavia ed esperto di bioetica. «La Corte avrebbe potuto rigettare subito. Il fatto che abbia rimandato può essere interpretato in due modi: o vuole prendere tempo o vuole dare la chance di un contraddittorio pieno, ritenendo che ci sia spazio per presentare nuovi argomenti». Dello stesso avviso **Stefano Rodotà**: «Soltanto quando il quesito tornerà, come succederà, davanti alla Corte si potrà avere una chiusura definitiva». Di «sentenza interlocutoria» parla anche **Valerio Onida**, ex presidente della Consulta: «I giudici dovranno rivalutare la questione e decidere se, alla luce della sentenza europea, continua a sussistere il contrasto di costituzionalità».

Difficile comunque che i ricorsi si fermino. Le associazioni Luca Coscioni ed Hera hanno già confermato la disponibilità a sostenere le coppie sterili nella battaglia legale contro la legge 40. E il tribunale di Salerno dovrà pronunciarsi sul divieto di eterologa proprio nei prossimi giorni. Un divieto che nel 2011, come rilevato dall'Osservatorio sul turismo procreativo, ha

spinto all'estero circa 2mila coppie italiane.

Manuela Perrone

Le regole negli altri Paesi d'Europa

Austria. L'accesso alle procedure è limitato alle coppie eterosessuali sposate o conviventi. È consentita la sola donazione non anonima di spermatozoi, ma non di ovuli o embrioni: al compimento dei 14 anni il bambino può richiedere di conoscere l'identità del padre biologico

Belgio. L'eterologa è consentita alle coppie sposate o conviventi, sia eterosessuali che omo, e anche alle donne single. È possibile la donazione anonima di gameti maschili e femminili e di embrioni. Il Belgio è tra i Paesi più permissivi d'Europa

Danimarca. Possono accedere alle tecniche di fecondazione assistita le coppie eterosessuali, omosessuali e le donne single under 45. È consentita la donazione anonima di ovuli e spermatozoi ma non di embrioni

Finlandia. Alla fecondazione assistita possono accedere le coppie eterosessuali e omosessuali e le donne single. È consentita la donazione non anonima di ovuli, spermatozoi ed embrioni: a partire dai 18 anni si ha il diritto di conoscere il nome del donatore

Francia. L'eterologa è consentita alle coppie eterosessuali in età fertile, viventi, sposate o legalmente conviventi da almeno due anni, se sussiste il rischio di trasmettere al nascituro o a un membro della coppia una grave malattia. È vietata la fecondazione eterologa completa: almeno uno dei due donatori deve far parte della coppia. In via eccezionale è consentita la donazione di embrioni a quelle coppie che non riescono a ottenere risultati con altre tecniche, in questo caso servono il consenso scritto della coppia che dona e il via libera dell'autorità giudiziaria

Germania. L'eterologa intracorporea tramite la donazione di spermatozoi è consentita alle sole coppie sposate ma la legge prevede che anche le coppie di fatto possano accedervi se c'è l'autorizzazione di una commissione regionale dell'ordine dei medici. La fecondazione in vitro è ammessa solo se omologa. È vietata la donazione di ovuli ed embrioni

Gran Bretagna. Le coppie eterosessuali od omosessuali e le donne single possono ricorrere alle tecniche di procreazione e alla donazione di gameti ed embrioni, ma soltanto in forma non anonima

Grecia. Possono ricorrere all'eterologa coppie coniugate o conviventi, donne single e lesbiche. La donazione di gameti ed embrioni è consentita in forma anonima: l'accesso alle informazioni relative ai donatori è consentito solo per ragioni cliniche che riguardano la salute del bambino

Norvegia. Non si può ricorrere a seme di donatore se prima non vi è stata un'inseminazione artificiale interna alla coppia rimasta senza esito

Olanda. La legge consente la fecondazione assistita alle coppie eterosessuali e omosessuali e alle donne single. È consentita la donazione non anonima di ovuli, spermatozoi ed embrioni, ed è sancito il diritto del nascituro a conoscere l'identità dei genitori biologici a partire dal sedicesimo anno d'età

Repubblica Ceca. La legge consente sia la donazione di gameti (maschili e femminili) sia quella di embrioni. Tutte le tecniche di procreazione sono riservate alle coppie eterosessuali non fertili

Spagna. L'eterologa è consentita a tutte le maggiorenni, anche alle single e alle omosessuali. Per le coniugate, è necessario il consenso del marito (a meno che non ci sia una separazione legale o di fatto). Non è fissato un limite di età per l'accesso a qualunque tecnica. È consentita sia la donazione in forma anonima di gameti sia quella di embrioni

Svezia. La donazione di ovuli e spermatozoi è prevista, ma solo in forma non anonima. Il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita è riservato alle coppie eterosessuali

Svizzera. La donazione di ovociti è vietata ma è consentita la donazione di seme solo alle coppie sposate (è richiesto il certificato di matrimonio). Le informazioni sul donatore devono essere conservate presso un ufficio federale e il bambino, una volta maggiorenne, potrà conoscere l'identità del padre



La ricerca è stata avviata da una università americana

Possibile leggere il Dna del feto supertest per 3mila malattie

ELENA DUSI
A PAGINA 25

Il test del Dna di un bimbo in gestazione

1997

Si scopre che dalla placenta, alcuni frammenti del Dna del bimbo entrano in circolo nel sangue della madre

Il Dna fetale è mescolato con quello della madre: distinguerli è difficile

Per capire la differenza tra Dna materno e fetale è stato fatto il confronto con il Dna del padre

Fino al 13%

la percentuale di Dna trovato nel plasma della madre che in realtà appartiene al bimbo

La nuova tecnica

Con il supertest basterà un prelievo del sangue della madre per leggere l'intero Dna del bambino

Le applicazioni
la lettura dell'intero Dna del bambino permetterà di identificare 3.000 malattie genetiche

Il Dna già nella pancia così sapremo il destino del bimbo che nascerà

Un supertest per 3000 malattie genetiche

ELENA DUSI

LA LETTURA totale del Dna — croce e delizia della medicina del nuovo millennio — si è applicata finora agli adulti. Da oggi invece anche un bimbo nell'utero potrà conoscere dalla prima all'ultima lettera quel che è scritto nel suo genoma. Genitori e medici sperano di ottenere informazioni sulla salute del feto e di escludere la presenza di circa tremila malattie di origine genetica. Ma l'aspetto paradossale di questi studi è che il bambino, ancor prima di nascere, si troverà a conoscere quali malattie potrebbero rischiare di farlo morire.

Dalla lettura completa del Dna infatti è possibile ricavare (anche se in maniera poco nitida per ora) informazioni sulla predisposizione a malattie cardiovascolari, tumori, disturbi neurologici. La ricerca che oggi viene portata avanti dalla University of Washington

di Seattle sui bimbi in gestazione

La ricerca viene portata avanti dalla University of Washington di Seattle

permetterà quindi di individuare non solo problemi come trisomie, anemia mediterranea, fibrosi cistica, sordità (possibile già oggi grazie all'analisi del liquido amniotico o dei villi coriali). Ma consentirà anche, per la prima volta, di ottenere la mappa totale del genoma dell'individuo che verrà.

Per conoscere il Dna completo di un feto non serve nemmeno arrivare dentro l'utero. Nel sangue di una donna in gestazione infatti sono stati scoperti nel 1997 i frammenti del Dna del figlio. Questi piccoli filamenti di mate-

riale genetico riescono a uscire dalla placenta ed entrano in circolazione nel corpo della madre. Sono piccole tessere incomplete, e anziché essere confinati nel nucleo delle cellule (dove di solito il Dna si trova) questi piccoli tranci di cromosoma vagano liberi nel sangue. «Si tratta di frammenti, è vero. Ma sono tanti. E noi siamo certi di ricavare con un singolo prelievo di sangue una quantità di Dna sufficiente a mettere insieme l'intero puzzle del genoma del figlio» spiega Mario Ventura, il biologo dell'università di Bari che ha

collaborato allo studio di *Science Translational Medicine*.

Le analisi del Dna fetale prelevato dal sangue della madre sono state usate in passato anche per esami molto più semplici della lettura completa del genoma. «Da circa un decennio — spiega Mario Campogrande, uno dei padri del-

la diagnosi prenatale ed esprimario al Sant'Anna di Torino — si studia questa tecnica per individuare le trisomie 13, 18 e 21 o altre malattie genetiche specifiche di cui si sa che i genitori sono portatori. Mal'esame non è mai passato dalla fase sperimentale alla pratica corrente, perché la sua affidabilità è bassa. È ancora difficile infatti distinguere il Dna fetale da quello della madre».

I ricercatori di Seattle hanno risolto l'impasse guardando al contributo del padre. Metà del Dna del figlio infatti arriva dallo spermatozoo. Se dall'analisi del materiale genetico del sangue si ottiene un mix della madre e del bimbo, dal confronto con l'uomo — e attraverso calcoli assai complicati — la differenza è emersa in maniera chiara. Il profilo genetico che è stato ottenuto a Seattle appartiene a un bimbo testato alla

18esima settimana di gestazione. Dopo la sua nascita, un frammento di Dna è stato sequenziato con le tecniche tradizionali e confrontato con quello elaborato durante la gravidanza. I due combaciavano in maniera molto precisa: al 98,1%. Ed è possibile che quando i costi scenderanno — attualmente la lettura completa del genoma costa attorno ai 10 mila dollari — il sequenziamento del Dna del neonato diventi uno dei regali più gettonati per il nascituro. «Ma non facciamoci illusioni — mette in guardia Bruno Dallapiccola, genetista e direttore scientifico del Bambin Gesù di Roma — leggere le informazioni del Dna non vuol dire saperle interpretare. Abbiamo macchine di potenza incredibile, cui la nostra capacità di comprensione non riesce a stare dietro». Per Campogrande il nuovo test ha un vantaggio im-

portante: «Basta un prelievo di sangue. Questo esclude il sia pur minimo rischio di aborto che si accompagna agli esami tradizionali. Ma avere a disposizione il Dna completo pone problemi etici del tutto nuovi».

Per il momento sono tremila le malattie genetiche note causate da una sola mutazione del Dna e quindi diagnosticabili con questa tecnica (più difficile è identificare i problemi causati da mutazioni contemporanee). «Ma ci aspettiamo — aggiunge Ventura — di scoprire grazie ai nuovi dati malattie di cui prima non sospettavamo l'esistenza».

L'esame viene fatto con un prelievo di sangue escludendo i rischi di quelli tradizionali

Oggi
Si utilizzano diverse metodologie che permettono l'individuazione alcune malattie genetiche

I metodi
Amniocentesi
si studia il materiale genetico del bimbo che si trova nel liquido amniotico

Villi coriali
situati nella placenta, contengono Dna fetale

Entrambi i metodi sono invasivi e comportano una minima percentuale di rischio

Le malattie più diffuse

- Trisomia 21 (sindrome di Down)
- Anemia mediterranea
- Fibrosi cistica

Le analisi pre-nascita

ogni 100 parti

amniocentesi	14,2
prelievi di villi coriali	3,8
fetoscopia	0,8

oltre il 40% delle analisi pre-nascita sono effettuate da donne con più di 40 anni

Fonte: rapporto Codap 2009

“Siamo certi di riuscire, con poco materiale, a ricostruire il puzzle genetico del figlio”



Spending review, il governo va sotto

Battuto al Senato sugli organismi di rilievo costituzionale sulla spesa pubblica

Il governo ha una fretta indiatolata di approvare il decreto sulla "spending review" perché i tagli alla spesa sono l'unica via per evitare di innalzare l'Iva a ottobre. «E' un imperativo. Sarebbe incomprensibile ed anche errato puntare su un ulteriore aumento dell'Iva», spiega il sottosegretario all'Economia, Gianfranco Polillo.

Per arrivare allo scopo, stanno aumentando a vista d'occhio i poteri del manager Enrico Bondi, chiamato da Monti a tagliare senza pietà. Tre i nuovi ambiti che ieri il Senato ha precisato con il voto: Bondi si occuperà dei conti delle Regioni in rosso, ma limitatamente alla sanità; la "spending review" sarà estesa anche agli organismi di rilievo costituzionale (Quirinale, Camera, Senato e Corte Costituzionale); non sfuggiranno le società «non quotate controllate da soggetti pubblici» oltre

tutte quelle a totale partecipazione pubblica, diretta e indiretta.

Il governo è stato battuto al Senato per quanto riguarda gli organismi di rilievo costituzionale. Merito di un emendamento di Adriana Poli Bortone, che ha avuto 136 voti favorevoli, 122 voti contrari e 7 astenuti. La senatrice spiega: «Un emendamento di civiltà politica. È incomprensibile, infatti, che la revisione della spesa pubblica possa escludere gli organi costituzionali». Resta fermo comunque, a norma di Costituzione, che questi organi hanno piena autonomia di bilancio. Ha fatto discutere anche la norma che riguarda le Regioni con bilancio in rosso. «È un emendamento meramente tecnico che chiarisce - ha detto il **ministro della Salute, Renato Balduzzi** - su un punto che poteva dare adito a dubbi importanti». La formulazione di parten-

za, infatti, poteva dare adito a una interpretazione estensiva che avrebbe portato Bondi a tagliare in piena autonomia i bilanci regionali tout court.

«Le esigenze di razionalizzazione sono indiscusse - polemizza però il presidente della Regione Basilicata Vito De Filippo - ma le Regioni non si sono mai sottratte ai loro compiti e la concertazione resta una strada maestra. L'idea di un commissario in grado di tirare una linea e scrivere una cifra senza appello per definire l'esigenza di sanità di una Regione mi lascia più di una perplessità anche perché la troppa fretta nel tagliare i sistemi sanitari regionali potrebbe portare ad una inefficienza degli stessi. Si tradurrebbe in danni per i cittadini e disequilibrio dei conti per il ricorso a privati e per l'emigrazione sanitaria. Vale la pena di pensarci un po'». [R. R.]



LIBERA PROFESSIONE

Pressing sull'intramoenia

Sindacati, assessori e Dg: la bozza dei partiti va modificata

Intramoenia: per le Regioni serve una buona dose di concertazione istituzionale per arrivare in porto con l'ipotesi con-

cordata da parlamentari e **ministro della Salute**. I sindacati si dividono tra chi trova nella proposta un buon inizio su cui lavo-

rare e chi la bocchia perché tutto si fa senza ascoltare i medici. Le ipotesi piacciono invece ai Dg: bene l'addio alla gestione transi-

toria, le reti telematiche e anche la separazione fisica degli spazi.

A PAG. 10-11

Regioni, sindacati e manager analizzano le proposte di modifica della legge 120/2007

Intramoenia, si apre il cantiere

Regioni: «Buon inizio, ora tocca a noi» - Dai sindacati proposte e bocciature

Intramoenia: molte ombre e qualche luce nella proposta messa a punto dal **ministro della Salute** e dai parlamentari di Camera e Senato. Le Regioni sono del parere che ci voglia una buona dose di concertazione istituzionale - ma in fretta altrimenti tutto è inutile - per definire i particolari di un provvedimento con cui si mette mano nella loro organizzazione e che soprattutto, così com'è, affida forse più compiti diretti alle aziende che non a loro.

I sindacati si dividono tra chi trova nella proposta un buon inizio su cui lavorare, chi bocchia il tutto perché l'intramoenia allargata deve finire e basta e chi invece è critico perché «ancora una volta» tutto si fa senza ascoltare i diretti interessati: i medici.

A sorpresa invece le ipotesi piacciono ai direttori generali: bene l'abbandono della gestione transitoria dell'intramoenia, bene le reti telematiche, bene anche la separazione fisica degli spazi. Tutti processi che gestiranno in prima persona proprio loro.

Le Regioni. «È apprezzabile il tentativo di chiudere una gestione transitoria a suon di proroghe individuando strumenti che stabilizzano il quadro: questo aiuta anche a

superare condizioni di inerzia di alcune Regioni», ha detto **Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna che nella sua esperienza precedente è stato segretario nazionale del maggior sindacato dei medici ospedalieri. Secondo Lusenti la modifica proposta contiene principi giusti e coerenti con le leggi di riforma del

Ssn. «Va bene lo studio privato "residuale" e possibile solo dopo la ricognizione degli spazi; va bene il collegamento telematico per trasparenza e pagamenti come anche il fatto che siano atti Stato-Regioni a disegnare la regolamentazione. Ma non mancano le perplessità - afferma Lusenti - . Le Regioni devono avere più voce in capitolo per individuare spazi, strumenti e procedure perché altrimenti non possono intervenire sulle scelte delle aziende e non è chiaro come si concilia la previsione che si possano convenzionare solo soggetti pubblici in situazioni in cui sono stati convenzionati già molti soggetti privati. Altra perplessità sono i tempi: va bene il 2013, ma le scadenze al 2015 fanno pensare che nemmeno questa volta la situazione sia definitiva. Altra perplessità è che meccanismo consente di arrivare al 2013 e per altre scadenze fino al 2015: così il rischio che non sia definitiva neanche questa versione. È molto importante completare il percorso con le Regioni perché tutte le istituzioni abbiano convergenza e unanimità completa. Se si riesce a fare questo, da qui a novembre si è fatto un passo avanti importante».

Poco possibilismo e totale disincanto, invece, dall'assessore alla Sanità della Regione Lombardia, **Luciano Bresciani**: «Ho l'impressione che si tratti di pura coreografia e che non si combinerà nulla. Il problema è semplice: nel momento in cui, a esempio, una Regione sta trattando l'accordo di programma sull'edilizia non avendo a regime ospedali con la sicurezza antincendio dove li prende i soldi che servono alla libera professione? Ricordiamoci che questo documento viene proposto proprio nel momento in cui si parla di fare tagli longitudinali anche in una Regione come la Lombardia, che ha il bilancio in pari da 8 anni. In più si prevede un collegamento telematico delle strutture esterne da attivare entro il 2013 e di una verifica sperimentale da effettuare entro il febbraio 2015... l'aver fissato tempi così lunghi significa che nessuno vuole arrivare alla fine. Del resto non so come si possa pensare di riuscire a organizzare il tutto entro il 2015 senza che in Stato-Regioni sia reso noto quali sono le disponibilità economiche per l'intramoenia e i relativi controlli come si deve, perché non ci siano fughe di denaro in direzioni sbagliate. Come faccio a sottoscrivere convenzioni se non so quanti soldi ho? Credo francamente che sia tutta una grande bufala per soddisfare gli interventi demagogici della signora Rosy Bindi, il cui direttore generale si chiama "ministro tecnico". E penso che tutto si risolverà in una operazione priva di risultati».

I sindacati. «La proposta è condivisibile a livello generale, ma sono necessarie modifiche e va chiarito l'iter procedurale» secondo **Costantino Troise** (Anaa Assomed). Che tra le questioni da chiarire mette al primo posto le caratteristiche del 5% di trattenuta sulla

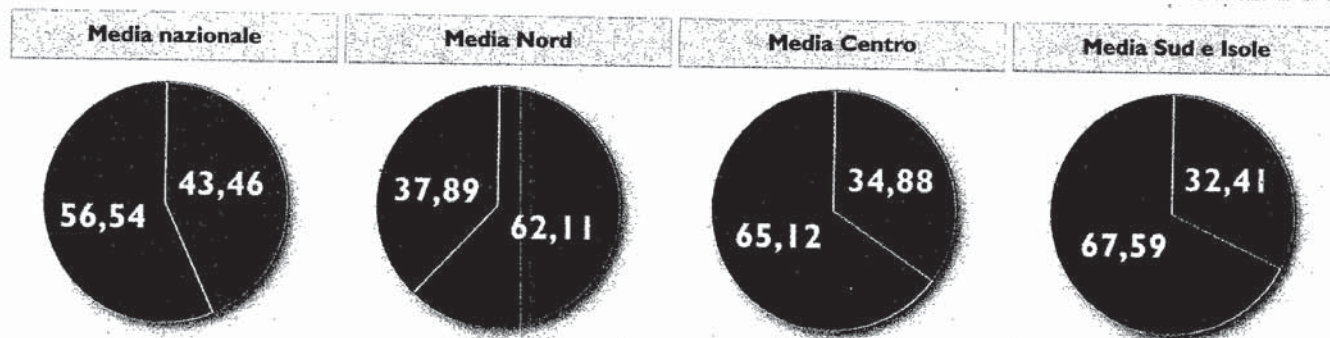
tariffa per finanziare progetti di riduzione delle liste d'attesa «anche se il 5% vale solo 50 milioni», precisa. «Si tratta poi di chiarire meglio - prosegue - il rapporto tra gestione sperimentale e ordinaria e di precisare che le Regioni defini-

to in cui, a esempio, una Regione sta trattando l'accordo di programma sull'edilizia non avendo a regime ospedali con la sicurezza antincendio dove li prende i soldi che servono alla libera professione? Ricordiamoci che questo documento viene proposto proprio nel momento in cui si parla di fare tagli longitudinali anche in una Regione come la Lombardia, che ha il bilancio in pari da 8 anni. In più si prevede un collegamento telematico delle strutture esterne da attivare entro il 2013 e di una verifica sperimentale da effettuare entro il febbraio 2015... l'aver fissato tempi così lunghi significa che nessuno vuole arrivare alla fine. Del resto non so come si possa pensare di riuscire a organizzare il tutto entro il 2015 senza che in Stato-Regioni sia reso noto quali sono le disponibilità economiche per l'intramoenia e i relativi controlli come si deve, perché non ci siano fughe di denaro in direzioni sbagliate. Come faccio a sottoscrivere convenzioni se non so quanti soldi ho? Credo francamente che sia tutta una grande bufala per soddisfare gli interventi demagogici della signora Rosy Bindi, il cui direttore generale si chiama "ministro tecnico". E penso che tutto si risolverà in una operazione priva di risultati».

I sindacati. «La proposta è condivisibile a livello generale, ma sono necessarie modifiche e va chiarito l'iter procedurale» secondo **Costantino Troise** (Anaa Assomed). Che tra le questioni da chiarire mette al primo posto le caratteristiche del 5% di trattenuta sulla



Medici dipendenti del Ssn che effettuano Alpi "allargata" (valori percentuali)



■ Medici che effettuano Alpi allargata ■ Medici che non effettuano Alpi allargata *Fonte: Comm. Igiene e Sanità del Senato*





INTERVISTA

Balduzzi: sanità tesoro da salvare

IASEVOLI A PAGINA 8

«Collaborerò con Bondi La Sanità merita la serie A»

*Balduzzi: contro la piaga corruzione sarà lotta senza quartiere
Interverrò sui ticket tenendo presente reddito e carichi familiari*

DA ROMA MARCO IASEVOLI

«**S**ono andato a Ginevra, e per i ministri di tutto il mondo i riferimenti erano due: l'Italia e gli Usa, la serie A della Salute. Torno a Roma e trovo una relazione della Corte dei conti stravolta e distorta, in cui due righe sulla corruzione oscurano l'ampio elogio della nostra spending review. È una distorsione, una montatura che non so spiegarmi...». Renato Balduzzi è seduto sulla punta di un bel divano in pelle nera. Ha appena concluso una riunione con il comandante dei Nas, il generale Cosimo Piccinno, per fare il punto sulle operazioni anticorruzione. Tra le mani tortura l'i-Pad. Il ministro scorre ed evidenzia la relazione dei giudici contabili.

le regioni

«I cittadini ora sono sempre più attenti ai comportamenti etici, e i governatori hanno capito che la Salute dei cittadini è un'assoluta priorità: su questo tema si vincono e si perdono le elezioni»

Più la rilegge più si sente sotto assedio. «Non ci crederà, ma tutti ci invidiano: nessuno resta fuori dalle cure, non chiediamo ai cittadini la carta di credito, eppure abbiamo un buon equilibrio tra risorse e risultati. Vogliamo perdere questo primato? Vogliamo andare in serie B?».

Però, ministro, quando si parla di tagli si parla di Salute...

La Sanità ha iniziato a rimodulare la spesa prima di tutti gli altri settori e, come ha detto la Corte dei conti, nel 2011 i costi sono calati. Abbiamo un lungo trend positivo...

Il governo intanto nomina un supercommissario come Enrico Bondi per metterci le forbici...

Prima di tutto ci tengo a dire che sinora non abbiamo avuto alcun contrasto interno al governo. E con Bondi ci sarà piena collaborazione. Dico soltanto che noi sappiamo bene dove e come rivedere la spesa. Se non vogliamo incidere sui servizi, se non vogliamo perdere il nostro primato, allora i tagli lasciateli indicare a noi.

Anche il Senato ha confermato il potere d'intervento di Bondi sulle regioni in rosso...

Tanto rumore per nulla. È stato semplicemente eliminato un dubbio interpretativo, specificando che Bondi può intervenire solo sul capitolo-Sanità, e non sull'intero bilancio della regione che ha un piano di rientro sanitario.

Un'ovvietà che non cambia nulla rispetto al decreto del governo.

Torniamo alla corruzione, ministro. Lei la considera poco rilevante?

Nient'affatto. Gli intrecci pubblico-privato sono quelli in cui più facilmente si annidano episodi esecrabili, la cronaca ce li racconta inesorabili e la nostra è una

preoccupazione costante, una lotta senza quartiere. I Nas lavorano giorno e notte, entro pochi giorni metteremo a punto nuove norme per stringere il cerchio intorno a chi ruba. E poi c'è il ddl anticorruzione che il governo vuole fortemente portare fino in fondo. Però

sotto c'è un problema più serio...

Quale?

Deve crescere, e sta crescendo, l'attenzione che gli italiani hanno verso i comportamenti etici degli amministratori. Il Paese sta soffrendo, è necessario, anzi vitale, la consapevolezza che per salvarci dobbiamo smetterla di fare i furbi e pensare al bene comune.

Qualche segno concreto?

Da un po' di tempo le elezioni regionali non si giocano più su appartenenze e clientele. Chi ha governato male va a casa. E la gestione della Sanità è l'indicatore numero uno tra le mani dei cittadini.

Potrebbe servire togliere il potere di nomina alla politica?

Per darlo a chi? Ora il sistema è razionale: se nomi degli incompetenti, paghi alle elezioni.

Secondo il Censis nove milioni di italiani hanno difficoltà nell'accedere alle cure. È così?

Il Censis pone il problema della sostenibilità del sistema sanitario così com'è, una questione seria...

Quale è la sua posizione?

Innanzitutto dobbiamo migliorare il sistema attuale qualificando la spesa ed evitando anche un centesimo di sprechi. Ma non si può negare che se ci fosse un lungo periodo di recessione dovremmo fare ulteriori riflessioni.

Ovvero?

Tra pochi giorni convocherò una task force sui fondi integrativi sanitari. Voglio capire perché non hanno funzionato...

Un'apertura alle assicurazioni private?

No, solo un approfondimento per essere pronti ad ogni scenario, anche quello

peggiore.

Come potrebbe funzionare la sanità integrativa nel nostro sistema?

L'importante è non creare doppioni con quanto offre il Servizio sanitario nazionale: vedo spiragli per l'odontoiatria, in parte per l'oculistica, e per l'estetica. Però attenzione, quanto accade negli altri Paesi ci insegna una cosa: non basta che una parte dei cittadini si autoassicuri per creare risparmi.

La spesa sanitaria è finanziata anche dal ticket: così com'è fatto, non piace nemmeno a lei. Cambierà?

Presenterò una proposta chiara: in base al reddito e ai carichi familiari ci sarà una "franchigia" per ogni cittadino, una quota massima di soldi che l'utente può spendere per fare visite ed esami. Oltre quella cifra, sarà esentato. E chi ha di più contribuirà di più. Penso sia arrivato il momento in cui di ogni scelta politica venga verificato l'impatto sulla famiglia.

fondi integrativi

«Il nostro sistema è invidiato nel mondo, ma se ci sarà una lunga recessione dovremo riflettere sulla sua sostenibilità. Al via una task force di studio sulle assicurazioni private: ci sono spazi per odontoiatria, oculistica ed estetica»



Ancora un rinvio del fondo 2012: sospese le conferenze in attesa dell'incontro con Monti

Tagli in vista, stop al riparto

I governatori: «Grave assenza di dialogo: la Sanità non è un bancomat»

Un «rinvio incomprensibile e grave» secondo il presidente dei governatori **Vasco Errani** quello del riparto del fondo sanitario 2012 voluto dall'Economia ufficialmente perché non avrebbe chiuso ancora l'istruttoria tecnica interna, ma che il presidente del Lazio, **Renata Polverini** ha definito «del tutto immotivato» e che le Regioni cominciano a legare alla necessità di tagli alla Pa dettati dalla spending review.

Per questo le Regioni hanno deciso la scorsa settimana di abbandonare le conferenze, in attesa dell'incontro con **Mario Monti** (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 20/2012), che ora assume carattere di urgenza. E con il fondo 2012 sono finiti in stand by anche gli altri riparti: obiettivi di Psn (1,48 miliardi) e assegnazione definitiva dei fondi per i progetti sempre degli obiettivi di piano, ma del 2010 per cinque Regioni.

A rincarare la tensione c'è stato anche il parere negativo della conferenza Unificata al decreto sulla spending review: Regioni e Comuni hanno proposto un documento con una serie di emendamenti (attribuzione di un ruolo alla commissione permanente della finanza pubblica prevista dal federalismo fiscale, possibile stanza di compensazione, ruolo delle centrali regionali per gli acquisti) ma il Governo (il ministro per i Rapporti con Parlamento **Piero Giarda**) non ritiene possibile dare una risposta e le autonomie hanno giudicato «grave che su un tema di questa portata non vi sia interlocuzione» e hanno deciso la bocciatura secca del provvedimento.

Ma l'ansia maggiore resta quella del mancato riparto dei 108 miliardi del fondo 2012. «Siamo al dileggio istituzionale e questo sarà valutato. Ho l'impressione - ha dichiarato il lombardo **Romano Colozzi**, capofila degli assessori al bilancio - che nella compagine ministeriale qualcuno non riconosca il valore istituzionale della Stato-Regioni». Una decisione «grave e straordinariamente

pesante anche dal punto di vista istituzionale», l'ha definita **Roberto Formigoni**, governatore della Lombardia. Mentre secondo il veneto **Luca Zaia** «è uno sgarbo istituzionale: così Monti danneggia il Paese».

La vera tensione delle Regioni la sottolinea **Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna: «Il disegno sembra sempre più chiaro, analogo a quello dello scorso anno: si prende tempo sul riparto per mettere a fuoco nuovi tagli, magari nel nome della spending review. Che però sarebbero insostenibili: il fondo sanitario non è un bancomat». «Non vorrei che qualcuno ci venga a dire che non ci sono i soldi o che ce ne sono di meno: già si parla di tagli da 1,5 miliardi di risorse vincolate, a partire dagli obiettivi di Psn», ha rincarato la dose il governatore dell'Abruzzo **Gianni Chiodi**.

Una situazione tesissima che non lascia spazio agli altri argomenti di confronto Regioni-Governo, patto per la salute in testa, che le Regioni giudicano irrealizzabile se non sono chiare le risorse: se il Governo vuole altri tagli, si devono ridurre i servizi a questo punto, sostengono, «lo dica chiaramente».

Getta acqua sul fuoco il ministro della Salute **Renato Balduzzi**: «Confidiamo di portare a conclusione questa vicenda entro il mese». Ma ammette la gravità del momento il ministro degli Affari regionali, **Piero Gnudi**: «Sono consapevole della delicatezza dell'argomento e della rilevanza delle risorse in discussione. Sarà mio massimo impegno riannodare il filo del dialogo per tornare per individuare al più presto soluzioni il più possibile condivise».

Per ora però tutto resta fermo, mentre sale l'allarme sostenibilità delle Regioni.

Red.San.



Il riparto in sospeso (milioni di euro)

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Totale post mobilità con quote finalizzate
Piemonte	389,46	4.048,32	3.524,18	7.984,78
Valle d'Aosta	11,20	115,04	99,49	212,54
Lombardia	866,56	8.837,07	7.614,36	17.804,70
Bolzano	44,36	443,36	378,75	868,67
Trento	46,26	468,76	403,38	902,25
Veneto	431,45	4.396,20	3.786,33	8.704,37
Friuli	107,98	1.127,23	982,29	2.248,20
Liguria	141,27	1.504,83	1.328,22	3.009,74
Emilia Romagna	387,28	4.007,43	3.490,18	8.265,24
Toscana	327,64	3.413,33	2.979,53	6.863,96
Umbria	79,20	822,78	718,35	1.624,95
Marche	136,77	1.414,55	1.232,66	2.764,86
Lazio	500,54	5.094,40	4.385,41	9.863,17
Abruzzo	117,29	1.204,56	1.044,78	2.266,82
Molise	27,94	288,22	250,74	610,98
Campania	509,75	5.034,06	4.271,08	9.596,29
Puglia	357,47	3.594,35	3.076,08	6.856,27
Basilicata	51,33	522,90	451,27	1.012,83
Calabria	175,75	1.770,75	1.519,89	3.233,75
Sicilia	441,34	4.431,80	3.799,07	8.470,13
Sardegna	146,39	1.491,88	1.279,62	2.847,18
Bambino Gesù	-	-	-	165,86
Ordine di Malta	-	-	-	36,24
Totale	5.297,24	54.031,82	46.615,69	106.213,75



Tagli, governo ko in Senato Bisturi di Bondi sulla sanità

Spending review, sì alla compensazione dei crediti

La spending review, la revisione dei tagli possibili al bilancio dello Stato, ha incontrato ieri in Senato le prime difficoltà. Il governo è andato sotto su un emendamento

■ ROMA

CHE LA TENSIONE sia al massimo livello lo dimostrano non solo le esternazioni a favore delle elezioni in autunno, ma pure i fatti. Ieri in Senato, durante il voto sul decreto sulla spending review, il governo è andato sotto su una norma che escludeva Presidenza della Repubblica, Camera, Senato e Corte costituzionale dai tagli del supercommissario Bondi. Intendiamoci, l'emendamento che ha cassato questa norma — proposto da Grande Sud e votato da Pdl e dintorni — non avrà effetti. Benchè La Poli Bortone che l'ha proposta parli di modifica «di civiltà politica», si tratta di una questione puramente simbolica, lo ammettono pure i berlusconiani perchè gli organi costituzionali, stando alla nostra Carta, sono autonomi anche sul fronte del bilancio e

dunque la versione originale era ridondante. Ciò non toglie che la «bandierina» demagogicamente conficcata sul terreno abbia per il centrodestra l'aria di una ripicca contro un esecutivo che si fa sempre più fatica a sostenere.

Intanto, l'ennesimo segnale lanciato a Monti rischia di oscurare il pacchetto di norme approvate finora (il via libera definitivo slitta ad oggi) tra cui la conferma della compensazione tra crediti e debiti e, soprattutto, la grandissima novità che sarà Bondi a intervenire direttamente sui disastrati conti sanitari delle regioni. Il supercommissario, cioè, potrà autonomamente decidere di tagliare la spesa sanitaria delle regioni in deficit (e dunque commissariate) ma non intervenire sugli altri capitoli di bilancio. «Non c'è motivo di preoccuparsi — sottolinea il ministro della sanità Balduzzi — è un emendamento tecnico».

Da notare che Bondi potrà intervenire non solo sulle società a totale partecipazione pubblica ma anche su quelle «non quotate, controllate da soggetti pubblici». Al supercommissario spetterà anche

il compito di «ottimizzare» l'utilizzazione degli immobili di proprietà pubblica, in collaborazione con l'Agenzia del demanio. E per la riorganizzazione della spesa pubblica potrà far affidamento anche sulla Guardia di finanza.

Arriva la certificazione dei crediti delle imprese verso la Pubblica amministrazione, comprese le regioni sottoposte a piani di rientro extra-deficit nella sanità. Il testo stabilisce anche la compensazione dei crediti vantati verso lo stato con le cartelle esattoriali. Ancora: il premier o un ministro dovrà riferire due volte l'anno in Parlamento (l'esordio a luglio). Il governo dovrà anche presentare il programma dei tagli strutturali — che vanno oltre il contenimento della spesa per beni e servizi — entro il prossimo 30 settembre. I parametri prezzo-qualità individuati dalla Consip diventano «imprescindibili» per le amministrazioni pubbliche e le nuove norme per le offerte pubbliche varranno per tutti. Vengono infine rafforzati i poteri dell'Osservatorio, abbattendo i limiti delle gare da 150 mila a 50 mila euro.

An.Co.

IL PUNTO

Ospedali

Il commissario straordinario per la spending review, Enrico Bondi, potrà decidere di tagliare la spesa sanitaria della Regioni in rosso, ma non potrà intervenire sugli altri capitoli di bilancio

Immobili

Bondi si potrà occupare anche dell'ottimizzazione

dell'utilizzazione degli immobili pubblici per ridurre i canoni e i costi di gestione delle Amministrazioni. Ma l'attività deve avvenire senza oneri

Società

Il commissario straordinario per la spending review avrà anche il compito di definire il livello di spesa per gli acquisti di beni e servizi anche da parte delle società controllate da soggetti pubblici

GIUSEPPE CASTIGLIONE, presidente Upi:
«Spending review, ripartiamo dalla proposta
di accorpamento di Province e di uffici Stato»

MAURIZIO GASPARRI, presidente Pdl
al Senato: «La spending review deve
escludere il comparto sicurezza»

ANNA FINOCCHIARO, presidente Pd
al Senato: «La compensazione crediti-debiti
con gli enti pubblici è finalmente realtà»



Al Senato. Via l'esclusione di organi costituzionali

Spending review, il Governo va sotto

Marco Rogari

ROMA

Il Governo inciampa al Senato sul decreto sulla spending review. Dall'Aula di palazzo Madama arriva l'ok, con il parere contrario dell'Esecutivo, a un emendamento a firma di Adriana Poli Bortone (Grande Sud) che cancella l'esplicita esclusione degli organi costituzionali (dal Parlamento alla Presidenza della Repubblica) dai poteri sui tagli alla spesa per beni e servizi attribuiti dal provvedimento al super-commissario, Enrico Bondi. Ma negli sviluppi operativi della spending review cambierà poco visto che la Costituzione garantisce autonomia alle Camere come al Quirinale.

Anche un altro pacchetto di emendamenti è stato approva-

to dall'Aula del Senato, in aggiunta ai correttivi già votati in Commissione. Primo fra tutti quello congiunto Pd-Pdl che precisa i compiti assegnati a Bondi sul versante delle regioni con piani di rientro di extra-deficit nella sanità: il super-commissario potrà intervenire direttamente soltanto sulla spesa sanitaria e non su tutti i capitoli di bilancio. È stata poi messa nero su bianco l'estensione del raggio d'azione della Consip (parametri prezzo-qualità «imprescindibili» per tutta la Pa), alla quale sta già lavorando il Governo in tandem con Bondi in vista del varo del decreto sui tagli da 4-5 miliardi, e sono stati rafforzati i poteri dell'Osservatorio sugli appalti pubblici: i limiti dell'entità delle gare scende da

150mila a 50mila euro. Novità anche sulle offerte pubbliche: le nuove regole varranno per tutti, anche per i casi controversi all'attenzione della giustizia.

Il via libera del Senato al provvedimento arriverà questa mattina. La Camera dovrà poi dare l'ok definitivo al testo. Tra le modifiche introdotte in Commissione a Palazzo Madama spicca quella che estende alle Regioni con piani di rientro dal deficit sanitario la possibilità di certificazione e compensazione dei crediti vantati dalle imprese verso la Pa. Ieri intanto le Regioni hanno nuovamente abbandonato la Conferenza Stato-Regioni in polemica con il Governo perché continua a non esserci all'ordine del giorno il ri-

parto da 108 miliardi.

Tra i nuovi poteri attribuiti a Bondi, la possibilità di intervenire direttamente oltre che sulle società a totale partecipazione pubblica anche su quelle «non quotate controllate da soggetti pubblici» e di ottimizzare, in collaborazione con l'Agenzia del Demanio, la gestione degli immobili. Il super-commissario per raggiungere i suoi obiettivi potrà anche utilizzare la Guardia di finanza.

OGGI PRIMO OK AL DECRETO

In Aula nuovi ritocchi: nelle Regioni in rosso faro di Bondi solo sulla spesa sanitaria, stretta sugli appalti e più spazio a Consip



Riduzioni alla spesa Il commissario straordinario per la Spending Review potrà fare affidamento sulla Guardia di Finanza

Via libera alla compensazione dei crediti. A Bondi anche la Sanità

■ Scivolone del governo in Aula al Senato sulla spending review: l'Assemblea di Palazzo Madama infatti cancella un comma del decreto legge che prevedeva che gli organi costituzionali, dal Parlamento al Quirinale, fossero esclusi dai tagli del supercommissario. A conti fatti, in realtà, cambia poco dal momento che queste istituzioni godono di autonomia secondo la nostra Costituzione e dunque si trattava, sottolineano i più (ma non la firmataria, la senatrice di Grande Sud Adriana Poli Bortone), di una misura ridondante. Il via libera di Palazzo Madama al provvedimento arriverà comunque solo questa mattina (il testo poi passerà alla Camera) ma intanto ieri i senatori hanno approvato un pacchetto di novità, tra cui spunta la possibilità per Enrico Bondi di intervenire direttamente solo sulla spesa sanitaria delle Regioni in rosso e non su tutti i capitoli del bilancio. Via libera anche alle misure sui crediti delle imprese, di cui rivendicano il merito

sia il Pdl sia il Pd. Di seguito le novità principali.

Si alla compensazione crediti. Arriva la certificazione dei crediti delle imprese verso le P.A., comprese le Regioni sottoposte a piani di rientro da extra-deficit nella sanità. Il testo stabilisce anche la compensazione dei crediti vantati verso lo Stato con le cartelle esattoriali.

Regioni in rosso, ecco le forbici. Il supercommissario potrà decidere di tagliare autonomamente la spesa sanitaria delle Regioni in deficit, e dunque commissariate, ma non intervenire sugli altri capitoli del bilancio.

Poteri Bondi anche su società controllate non quotate. Bondi potrà intervenire non solo sulle società a totale partecipazione pubblica ma anche su quelle «non quotate controllate da soggetti pubblici».

Beni e servizi, ma anche immobili. Il supercommissario avrà anche il compito di «ottimizzare, in collaborazione

con l'Agenzia del demanio, l'utilizzazione degli immobili di proprietà pubblica, al fine di ridurre i canoni e i costi di gestione delle amministrazioni».

Arriva la guardia di finanza. Bondi potrà fare affidamento anche sulla guardia di Finanza per raggiungere gli obiettivi per i quali è stato incaricato.

Governo e parlamento. Il premier o un ministro da lui delegato deve riferire due volte all'anno al Parlamento. La

prima relazione avverrà però entro il prossimo 31 luglio. Il governo dovrà però anche presentare al Parlamento il programma dei tagli strutturali, quindi quelli che vanno oltre il contenimento della spesa per beni e servizi, entro il 30 settembre 2012.

Acquisti centralizzati. I parametri prezzo-qualità individuati dalla Consip diventano «imprescindibili» per le amministrazioni pubbliche.

Incidente

Il governo è andato sotto

sull'emendamento

sui tagli a Parlamento e Colle



Scure Enrico Bondi



Farmacia dei servizi: in arrivo le regole per i presidi pubblici

Via libera alla partecipazione delle farmacie pubbliche alla farmacia dei servizi disegnata dal Dlgs 153/2009, ma solo per i presidi che dimostrino di aver avuto i conti in regola nell'ultimo biennio. Le regole in uno schema di decreto Salute-Economia all'esame della Conferenza Unificata. (Servizio a pag. 6)

All'esame della Stato-Regioni lo schema di decreto per il coinvolgimento nelle nuove attività

Farmacie pubbliche ai servizi

Indispensabile all'accesso il pareggio di bilancio nell'ultimo biennio

Via libera alla partecipazione delle farmacie pubbliche al progetto della farmacia dei servizi disegnata dal Dlgs 153/2009, a patto che i presidi che decidono di candidarsi possano dimostrare di aver avuto i conti in regola almeno negli ultimi due anni di esercizio.

Il paletto "dirimente" che consegna il biglietto d'ingresso a comunali e affini sulla giostra della farmacia "front office del Ssn" è contenuto in uno schema di decreto interministeriale Salute-Economia da poco trasmesso all'esame della Conferenza Unificata. Si tratta del quarto decreto attuativo del decreto legislativo che - almeno sulla carta - ha aperto le porte della farmacia a servizi che vanno dal punto Cup all'organizzazione di servizi infermieristici e di assistenza domiciliare integrata.

La messa a punto del provvedimento ha avuto un iter più complesso rispetto agli altri già approvati a cavallo tra il 2010 e il 2011: sul testo è stato infatti fin qui acquisito l'assenso tecnico del Mef nonché il parere del ministero dell'Interno.

Il provvedimento si applica a tutte le farmacie di cui sono titolari i Comuni e a tutte le altre farmacie pubbliche gestite con azienda speciale, società, consorzi tra Comuni, società di capitali costituite tra Comuni e farmacisti dipendenti dagli stessi presidi.

Per tutte le tipologie vale il requisito della dimostrata positività d'esercizio nelle ultime due annualità di bilancio. E tutte dovranno rendicontare spese e introiti derivanti dai nuovi servizi.

Per essere ammesse a erogare i nuovi servizi le farmacie pubbliche dovranno inoltre: garantire l'osservanza dei Piani sa-

nitari regionali; dare comunicazione alla Asl dell'intenzione di partecipare alle nuove attività; garantire invarianza della spesa e del personale e la collaborazione con gli altri farmacisti, medici generalisti e pediatri di libera scelta.

A essere marcate strette sono soprattutto

le farmacie gestite direttamente dai Comuni: in particolare lo schema di decreto precisa che le eventuali assunzioni - possibili a patto che esse non eccedano i limiti di capienza del risultato di gestione - dovranno riguardare esclusivamente personale sanitario o socio-sanitario, infermieri e fisioterapisti, figure cioè necessarie all'erogazione delle nuove attività sanitarie collegate alle farmacie.

Un documento separato da allegare al rendiconto di gestione dovrà evidenziare i risultati contabili relativi alle nuove attività per consentire al Consiglio dell'ente le opportune valutazioni.

Identiche a quelle previste per le farmacie private le indicazioni in materia di remunerazione e requisiti minimi: i criteri per la prima saranno fissati nell'accordo collettivo nazionale che regola i rapporti tra i presidi e il Ssn. Sempre la convenzione fisserà i criteri in base ai quali gli accordi regionali stabiliranno i requisiti minimi di idoneità dei locali della farmacia per l'erogazione delle prestazioni.

Insomma manca solo la convenzione per partire. Anche perché la nuova farmacia dei servizi non dovrà comportare nuovi oneri di finanza pubblica. E le prestazioni extra saranno a carico del cittadino.

Sara Todaro



LA CHIRURGIA LOW COST DELL'INDIA METTE IN GIOCO IL MODELLO OCCIDENTALE

 Sanità in controtendenza: mentre in tutto il mondo i costi delle cure mediche aumentano a dismisura, in India, a Bangalore, il dottor Devi Shetty riesce a praticare una chirurgia low cost, operando a cuore aperto per duemila dollari, invece dei ventimila degli Stati Uniti o dell'Europa. La ricetta? Un mix di metodo Ford, Toyota e Wal Mart.

L'industria automobilistica americana ha inventato la catena di montaggio: all'ospedale Narayana Hrudayalaya, ognuno ha il suo compito, a partire dagli infermieri fino ai chirurghi, che si specializzano in due o tre tipi di intervento, per eseguirli nel minore tempo possibile.

Il modello delle auto giapponesi Toyota insegna, invece, a «fare di più con meno»:

aumentando il volume delle operazioni, si accresce la qualità e si riducono i costi.

E per ridurre ancora di più questi ultimi, si può copiare la grande distribuzione di Wal Mart che sa, innanzitutto, comperare bene: farmaci e dispositivi medici possono essere acquistati a prezzo scontato. La gestione dell'ospedale di Bangalore è da imitare. Già la insegnano alla Harvard Busi-

ness School di Boston e la nuova idea del dottor Shetty di reinventare l'ospedale a costi bassissimi (copiando la Tata che ha costruito l'auto più economica del mondo) interessa non solo i Paesi poveri, ma anche la Gran Bretagna (che vantava fino a poco tempo fa uno dei sistemi sanitari pubblici migliori del mondo): è costruito su un solo piano per risparmiare sugli ascensori e non ha aria condizionata, ma un sistema di ventilazione naturale.

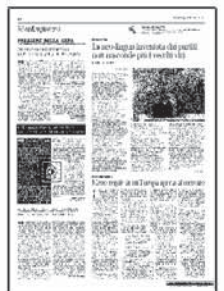
L'esempio indiano, poi, fa riflettere soprattutto in Italia dove gli sprechi in sanità sono all'ordine del giorno (come denuncia la Corte dei Conti nella sua relazione sulla finanza pubblica del 2011, inviata ieri alle Camere), dove certi piccoli ospedali non riescono a raggiungere quella massa criti-

ca di interventi che ne garantiscono la qualità, dove la sanità rischia di diventare sempre più di élite e sempre meno democratica (a differenza dell'India che rimane, nonostante tutto, la più grande democrazia del mondo).

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHE COSA È SUCCESSO

New York, il sindaco sta per vietare le bibite zuccherate extra-large

Il sindaco di New York, Michael Bloomberg, si è lanciato nella prossima crociata: vietare la vendita, in bicchieri più grandi di 475 ml, di bevande che contengono più di 25 calorie in un quarto di litro. In pratica il divieto andrebbe a colpire le bibite, insieme a tè, caffè e bevande a base di frutta ma zuccherate. Sarebbero escluse, invece, le bevande dietetiche, quelle con un'alta percentuale di latte (in bi-

lico l'amatissimo Frappuccino) e quelle vendute nei supermercati. La proposta riguarda soltanto ristoranti, fast food, teatri, stadi e venditori ambulanti. L'idea, ora all'esame del dipartimento della Salute, potrebbe diventare legge entro sei mesi. Secondo il sindaco Bloomberg, che già ha vietato il fumo nei parchi pubblici e le torte alle feste scolastiche, il divieto aiuterebbe a combattere il diabete e l'obesità, che, sostie-

ne, «a New York provoca 5 mila morti l'anno».



CHE COSA HANNO SCRITTO

«Il divieto è duro quanto basta, darà un grande beneficio alla salute pubblica» ha detto alla *Reuters* Kelly Brownell, direttore del Centro ricerche sulla politica alimentare dell'Università di Yale. «È scientificamente provato che, se si serve una maggior quantità di cibo a qualcuno, sicuramente mangerà di più. Lo stesso vale per le bevande». Il quotidiano parigino *Le Monde* ha citato il sarcasmo che circola sui blog: «Adesso che cosa dovrebbe proibire? Il clacson, la disoccupazione, i predicatori di strada, la vecchiaia, il

patchouli...». E i produttori di bibite hanno risposto con un'inserzione sul *New York Times*. Di fianco all'immagine di Bloomberg nelle fattezze di una vecchiaia si legge: «Pensavate di vivere nella terra delle libertà e invece il sindaco continua con la sua strana ossessione per ciò che mangiate o bevete. Cosa farà ora? Metterà un limite al diametro delle pizze e degli hamburger?».



CHE COSA SUCCEDERÀ?

IL PARERE DI DAVID BOAZ
vicepresidente
esecutivo del think
tank americano
Cato Institute.

Questa volta il sindaco Bloomberg potrebbe essersi spinto troppo in là, viste le numerose reazioni negative alla sua proposta. Però, non dovendo convincere

la giunta cittadina ma soltanto il suo dipartimento per la Salute, potrebbe riuscire a farla approvare. Non riuscirà, tuttavia, a instaurare uno «stato tata», perché agli americani non piace sentirsi dire cosa devono fare (per quanto chi fra loro vuole nuove regole sia più visibile, perché meglio organizzato). I newyorkesi non sono molto inclini a cambiare le proprie abitudini in base ai piani di qualche esperto.

