

CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO**Fecondazione, legittimo il no all'eterologa**

La normativa austriaca sulla fecondazione assistita, che consente soltanto la donazione di gamete maschile in vivo e non in vitro e vieta la donazione di gamete femminile, non viola l'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Lo ha stabilito la Grande Camera della Corte europea dei diritti umani (causa n. 57813/00, decisione del 3 novembre), rivedendo il giudizio espresso il 1° aprile 2010 dalla prima sezione.

La vicenda era partita dal ricorso di due coppie austriache sterili contro il divieto di ricorrere all'eterologa. Dopo la vittoria del 2010, il verdetto della Grande Camera - sollecitato dal Governo austriaco, sostenuto da Italia e Germania - è arrivato come una doccia fredda. Per la Corte, il "no" all'eterologa in vitro non viola il diritto al rispetto della vita privata e familiare tutelato dall'articolo 8 (nel quale rientra il diritto di avere bambini con la fecondazione in vitro) perché rientra negli ampi margini di

manovra concessi ai singoli Stati nel normare la materia.

La pronuncia è meno granitica di quanto sembra: i giudici di Strasburgo, infatti, precisano che il Parlamento austriaco non ha finora proceduto a una revisione generale delle regole sulla procreazione artificiale, ferme al 1999, considerando lo «sviluppo dinamico della scienza e della società». Un concetto che la Corte ripete spesso. Ricordando che la donazione di sperma è oggi proibita, oltre che in Austria, soltanto in Italia, Lituania e Turchia e che quella di ovuli è vietata anche in altri quattro Paesi (Croazia, Germania, Norvegia e Svizzera), i giudici sostengono che sta emergendo un «consenso europeo» all'eterologa. Ma il trend, seppur chiaro, «non è basato su principi stabili e di vecchia data» e le istanze etiche sono ancora troppo controverse per non riconoscere agli Stati membri margini di manovra molto ampi. Gli stessi Stati, però, sono invitati a monitorare l'evoluzione della me-

dicina e il consenso sociale - la scienza e la cultura - poiché il diritto è in continua evoluzione.

«La sentenza è l'ennesima conferma della saggezza e lungimiranza della nostra legge 40», ha esultato il sottosegretario alla Salute, **Eugenia Roccella**. Critiche, invece, le associazioni di pazienti italiane che si erano costituite nel procedimento, Hera Onlus di Catania e Sos Infertilità di Milano. Per **Francesco Gerardi**, presidente di Hera, «se oggetto della Corte di Strasburgo fosse stata la legge italiana probabilmente l'esito sarebbe stato diverso: la legge 40 vieta in assoluto la donazione di gamete e non ammette deroghe e possibilità intermedie come nel caso austriaco, in cui è permessa la donazione di gamete maschile in vivo». La partita non è finita. Presto anche la nostra Corte costituzionale dovrà pronunciarsi sul divieto di eterologa.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le informazioni mediche contenute nella più cliccata enciclopedia su internet **sono state promosse dalle riviste scientifiche Usa. E la versione italiana?** Abbiamo chiesto a quattro esperti di dare i voti ad altrettante voci

Dr. Wiki

Possiamo fidarci delle spiegazioni trovate online?

I DATI

Circa il 29% degli italiani cerca sul web informazioni sanitarie: più di 1 su 10 verifica così indicazioni del suo medico

ELENA DUSI



Quindici milioni di italiani cercano su Internet una risposta ai loro problemi di salute, secondo l'ultimo rapporto sulla comunicazione del Censis di luglio. E complice l'algoritmo di Google, in cima alla pagina di ricerca appare spesso una voce di Wikipedia. Nel 2005 la rivista scientifica *Nature* mise a confronto 42 voci scientifiche dell'enciclopedia online con quelle dell'enciclopedia britannica. Risultato: 4 errori per la prima, 3 per la seconda. All'epoca la notizia fu accolta come una promozione per Wikipedia.

Oggi il confronto è stato ripetuto per quanto riguarda le voci relative ai tumori. E ancora una vol-

ta il rapporto del Kimmel Cancer Center di Jefferson, negli Stati Uniti, pubblicato sul *Journal of Oncology Practice*, ha promosso l'enciclopedia scritta da non esperti: è più aggiornata e accurata rispetto a un sito autorevole come quello del National Cancer Institute, nella sua sezione dedicata ai pazienti. E con i suoi collegamenti esterni, conduce i pazienti verso informazioni ancora più approfondite. «Molto raramente abbiamo trovato errori su Wikipedia, e questo è rassicurante» scrive il coordinatore dello studio, l'oncologo della Jefferson University Yaacov Lawrence.

Paradossalmente, però, la ricerca americana ha trovato che Wikipedia è difficile da leggere. Mentre i testi del National Cancer Institute sono comprensibili per un quindicenne, le pagine dell'"enciclopedia diffusa" hanno bisogno di una preparazione universitaria. Il loro linguaggio sembra copiato dal foglietto illustrativo di un medicinale. È la descrizione di un mondo capovolto. Ma un fenomeno osservato da Eugenio Santoro, responsabile del laboratorio di Informatica medica dell'Istituto Mario Negri, suggerisce una possibile spiegazione. «Non solo Wikipedia, ma anche Facebook e Twitter ormai sono

pieni di informazioni relative alla salute. Società scientifiche, associazioni mediche e case farmaceutiche lo hanno capito bene. E hanno imparato a sfruttare questi canali». Santoro ha analizzato il fenomeno nella seconda edizione del suo libro *Web 2.0 e social media in medicina*, appena uscito per Il Pensiero Scientifico Editore. «La ricerca di informazioni su Wikipedia è una faccia della medaglia. L'altra, che sta crescendo sempre più rapidamente, riguarda il desiderio dei pazienti di riunirsi in gruppi e communities per parlare della propria malattia. In queste communities, più chiuse e controllate rispetto ai normali gruppi di Facebook, raramente avvengono intrusioni da parte dei medici».

Per capire le dinamiche che avvengono all'interno di una comunità online di pazienti, i medici della Mayo Clinic in Florida hanno fondato su Facebook un gruppo di pazienti con cancro all'esofago e sindrome di Barrett. «Dopo una diagnosi di questo tipo si devono affrontare scelte difficili riguardo alla cura. E purtroppo le informazioni a disposizione dei pazienti non sono molte», ha spiegato l'ideatore dell'esperimento, Herbert Wolfsen, al congresso dell'American College of Gastroenterology. Nel gruppo Face-

book della Mayo Clinic, sorprendentemente, non si sono affacciate cure miracolose. I pazienti parlavano delle difficoltà quotidiane, e si chiedevano consiglio su come affrontare grandi e piccoli problemi di tutti i giorni. «Questo è perfettamente in linea con quanto osserviamo nelle communities italiane», conferma Santoro. Informazioni pratiche e semplicità nelle spiegazioni sono le esigenze sentite da un italiano su tre mentre cerca notizie mediche su internet, secondo il rapporto Censis. Wikipedia sarà stata promossa per i suoi contenuti, ma non sembra che questa volta sia riuscita a intercettare lo spirito dei tempi.

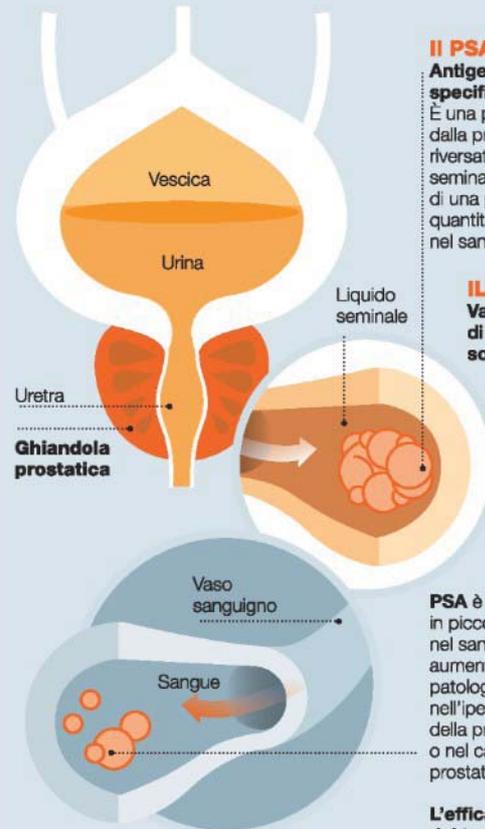
© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEMENOGELASI (PSA)

«La voce "Psa" o "antigene specifico prostatico" apre con "semenogelasi", parola sconosciuta ai più. Alle persone non interessano le introduzioni specialistiche, vogliono sapere fatti concreti: che succede se è alto, perché aumenta, quali esami devono fare, se il Psa alto è sempre correlato al tumore della prostata etc... Si tratta di una informazione superficiale poco fruibile, di scarsa originalità e largamente scopiazzata»

Paolo Marchetti, La Sapienza, Roma

Bocciato



II PSA
Antigene prostatico specifico
È una proteina prodotta dalla prostata che viene riversata nel liquido seminale, ad eccezione di una piccolissima quantità che si diffonde nel sangue

IL TEST
Valuta se i livelli di Psa nel sangue sono alti

PSA è presente in piccole quantità nel sangue e di solito aumenta in casi patologici, come nell'ipertrofia della prostata o nel carcinoma prostatico

L'efficacia del test è controversa

FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA)

«Contenuti corretti ma non contestualizzati manca il necessario accompagnamento al paziente o al parente sia per il recupero della fisicità sia per una proposta di percorso diagnostico-terapeutico tranquillizzante. Dopo la consultazione, ansie e aspettative possono diventare devastanti. Il paziente che vuole sapere chi deve curarlo e come, non si ferma a Wikipedia che genera allarme»

Riccardo Cappato, Policlinico S. Donato, Milano

Promosso con riserva

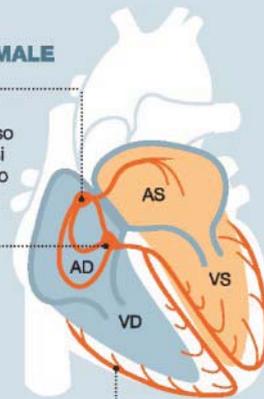


CUORE NORMALE

1 **Nodo senoatriale**
da inizio all'impulso elettrico che poi si diffonde attraverso le pareti degli atri

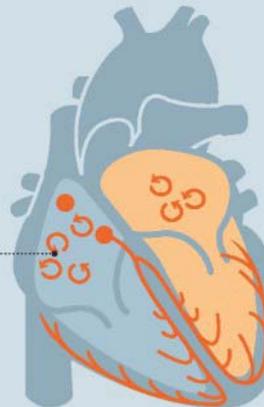
2 **Nodo atrio-ventricolare**
rallenta l'impulso prima dell'arrivo ai ventricoli

3 Gli impulsi percorrono le pareti dei ventricoli e provocano la loro contrazione



CUORE CON FA

Aritmia
Gli impulsi elettrici sono tanti e inefficaci ai fini della propulsione del sangue



AD: atrio destro VD: ventricolo destro
AS: atrio sinistro VS: ventricolo sinistro

ECZEMA

«La voce è trattata in modo chiaro aggiornato ma è carente su sintomi e cure. Poco o nulla approfonditi temi come le allergie da contatto, le correlazioni tra allergie alimentari e asma. La gente ha bisogno di saperne di più senza allarmismi. Serve quindi maggiore attenzione ai consigli per un'azione educativa e un rimando a consultare agli specialisti per evitare il pericolo delle cure truffa sempre in agguato sulla Rete»

Antonia Galluccio,
Fatebenefratelli,
Benevento

**Promosso
con riserva**

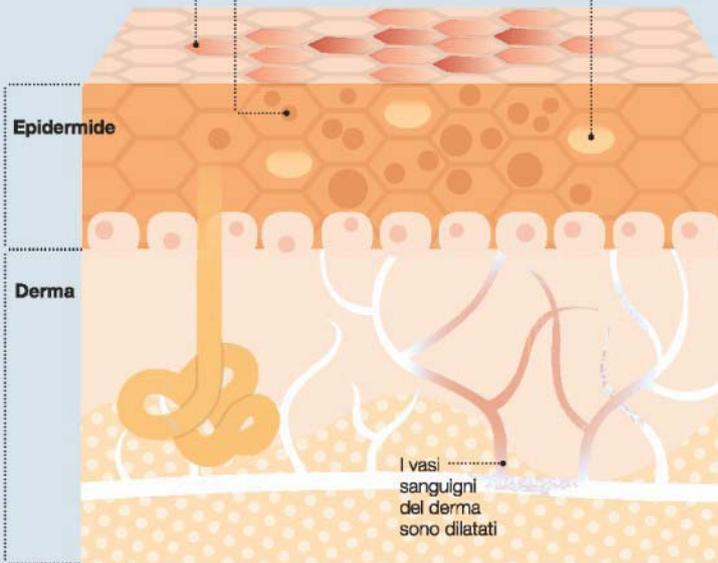


PELLE CON ECZEMA

Eruzione cutanea
È una macchia rosa pruriginosa sulla epidermide, lo strato superficiale della pelle

L'infiammazione
Lo strato intraepidermico è imbibito di siero, ciò determina il distacco delle singole cellule tra di loro

Le vescicole
Si formano delle piccole cavità ripiene di siero nello spessore dell'epidermide



MUTAZIONE GENETICA

«Wikipedia è una enciclopedia, con informazioni più utili a uno studente che a un genitore con un figlio malato. La versione inglese è meno lacunosa della italiana, punteggiata di errori, di fonti a volte dubbie e che si dilungano su aspetti marginali e non sostanziali. Alla fine della lettura il paziente o il familiare sono informati ma disorientati perché non cercano altro che speranze di cura e un futuro»

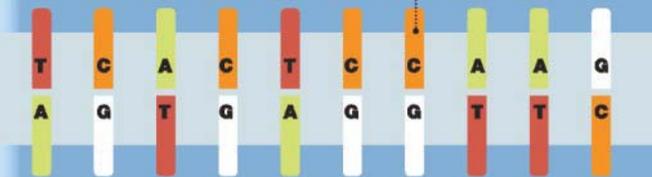
Vincenzo Nigro
Univ. Federico II, Napoli

Bocciato



FRAMMENTO DI DNA NORMALE

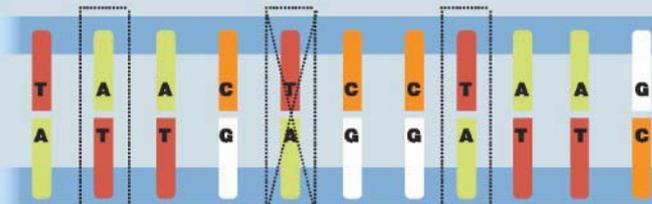
Base azotata



Legame

Ogni base azotata si lega solo a quella a lei complementare: la C (Citosina) con la G (Guanina) e la T (Timina) con la A (Adenina)

FRAMMENTO DI DNA CON MUTAZIONI



Sostituzione
Cambio di una base azotata.
Esempio: C-G è sostituito da A-T

Sottrazione
Scompare un'intera coppia di basi azotate

Addizione
Si aggiungono una o più coppie di basi azotate

FONTE: TESTI RACCOLTI DA MARIAPAOLA SALMI

Far West cellulari “Ventimila antenne in arrivo nelle città”

Blitz del governo sull'elettrosmog: quasi tolti i limiti

**La deregulation
viene denunciata
in due documenti
firmati dall'Arpa
e dall'Ispra**

**Ora la popolazione
sarà esposta a
emissioni di gran
lunga superiori
nelle ore diurne**

GIULIANO FOSCHINI

ROMA — In Italia tra qualche mese si potrà navigare sempre più veloce con i telefonini. Ma potrebbe essere più facile ammalarsi di cancro. A denunciarlo sono i presidenti di tutte le Arpa (Agenzie regionali per l'ambiente) e l'Ispra (l'Istituto superiore per la ricerca ambientale) con due documenti durissimi recapitati nei giorni scorsi al governo Berlusconi. Nel decreto sviluppo dell'ottobre scorso l'esecutivo ha modificato la legge sull'elettromagnetismo, arrivando a innalzare fino al 70 per cento gli attuali limiti per gli impianti di telefonia mobile.

Con la nuova normativa i valori di attenzione (in Italia il limite è di 6 volt per metro) sono da considerare soltanto all'interno degli edifici. «In questa maniera - spiega Giorgio Assennato, presidente dell'Assoarpa, l'associazione delle Arpa italiane - se ne esclude l'applicabilità su tutte le aree di pertinenza esterne delle abitazioni, come i balconi, terrazzi, giardini e cortili». Questo può comportare un'invasione di antenne, tanto che gli esperti ritengono che nel giro di due anni verranno montati dai 15 mila ai 20 mila nuovi impianti. La nuova norma cambia anche gli obiettivi di qualità: verrà valutata una media statistica giornaliera mentre ieri si prendeva

no a campione i sei minuti a massima potenza. «Poiché di notte la potenza è notevolmente ridotta - dice Assennato - la nuova disposizione permette che la popolazione nelle ore diurne possa essere esposta a valori di campo di gran lunga superiori a quelli dell'attuale normativa». Secondo una simulazione compiuta dalle stesse Arpa, i valori saranno aumentati del 30 per cento per gli impianti radio-tv e del 70 per gli impianti di telefonia mobile.

Ma perché questa variazione? I tecnici hanno fatto notare come in Italia esistano i limiti più rigidi d'Europa (6 volt per metro concessi contro una media Ue di 40). All'orizzonte c'è soprattutto la necessità da parte delle compagnie telefoniche di adeguarsi alla tecnologia 4G, con l'installazione delle nuove antenne Lte (Long term evolution). Tim, Vodafone e Wind hanno già investito 1,5 miliardi a testa sul nuovo network e secondo alcuni con la vecchia legislazione avrebbero avuto troppi problemi. «Ci troviamo però di fronte a una svendita della salute agli operatori di telefonia mobile» denunciano le associazioni ambientaliste.

Non sono i soli. A esprimere un parere fortemente contrario al provvedimento, prima della sua approvazione, è stata anche l'Ispra che con una nota a firma dell'ingegner Salvatore

Curcuruto parla di «un deciso passo indietro rispetto a quanto stabilito dalla vecchia legge che contribuirebbe ad alimentare il clima di sfiducia dei cittadini nei riguardi delle istituzioni. Il decreto rischierebbe, infatti, di riportare il paese indietro di dieci anni, in una situazione di conflitti sociali che allo stato attuale delle cose sembrava ampiamente superata grazie all'attività di controllo, informazione al cittadino e trasparenza dell'azione amministrativa».

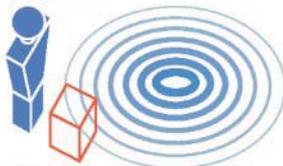
L'Ispra fa riferimento anche al rischio cancro. «Lo Iarc (International agency for research on cancer) - scrive l'istituto al governo - ha reso noto di aver classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come «possibilmente cancerogeni per l'uomo»». Ma soprattutto lo stesso istituto ritiene che non ci fosse bisogno di cambiare la legge per adeguarsi alle nuove tecnologie. «La motivazione alla base della proposta di modifica delle norme vigenti - precisano i tecnici - e cioè la necessità di agevolare la realizzazione dei sistemi di quarta generazione (Lte) non ha fondamento perché allo stato attuale in Italia le situazioni che potrebbero presentare eventuali criticità di installazione sono numericamente estremamente contenute e non esprimono il reale obiettivo dei gestori». Forse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

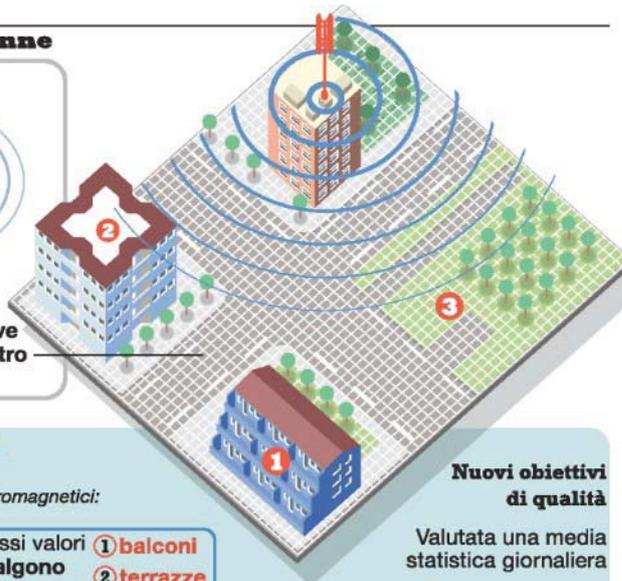


Il boom delle antenne

PRIMA



6 volt per metro
l'intensità del campo
elettromagnetico **non deve
superare i 6 volt per metro**
nelle zone residenziali



LA NUOVA NORMATIVA

Il decreto Sviluppo modifica
i valori limite per i campi elettromagnetici:

Ora sono
da considerare
solo per gli
interni
degli edifici

Gli stessi valori
non valgono
per le aree
di pertinenza
esterna:
① balconi
② terrazze
③ giardini

Nuovi obiettivi di qualità

Valutata una media
statistica giornaliera

Prima erano presi
a campione i 6 minuti
a massima potenza



Lo scenario

15-20^{mila}
le antenne installate
nei prossimi mesi
sul territorio italiano
per il 4G
(l'Internet veloce
per i telefonini)



Si concentreranno
soprattutto
su balconi,
terrazzi, cortili
e giardini



La simulazione dell'Arpa



Gli investimenti

4,5 miliardi
gli **investimenti previsti dalle tre grandi compagnie telefoniche** (Telecom, Vodavone e Wind) nei prossimi due anni

A Cernobbio la sesta edizione di «Meridiano Sanità» sulle sfide per l'innovazione e la crescita del settore

Farmaci, rilancio in dodici mosse

Priorità: tutela brevettuale e sburocratizzazione dei trials - Stabilità fattore chiave

L'Italia nonostante la crisi può ancora ambire a posizioni di leadership a livello globale nel settore delle Life Science. Può farlo purché impari a corteggiare le multinazionali e a valorizzare il patrimonio già presente offrendo un supporto senza precedenti al settore. L'analisi arriva da «Meridiano Sanità», che dal Forum di Cernobbio sgrana le misure che hanno funzionato altrove: sgravi alla ricerca, mercato protetto, agevolazioni. Per utilizzare il **farmaceutico** come volano di crescita tutto è lecito. Nodi da sciogliere: brevetti e trials. Bersaglio: la stabilità delle regole adottate.

A PAG. 2-3

CERNOBBIO/ Sesta edizione di «Meridiano Sanità» sulle sfide per l'innovazione del settore

Pronte 12 cure per il Pharma

Brevetti e trial nel mirino - Belgio, Francia e Québec esempi eccellenti

C'è la solita vieille France che tra crediti d'imposta à go go e invenzione della "giovane impresa innovativa" ha centrato la ricetta quasi dieci anni fa e si è ritrovata nel 2009 a essere il terzo Paese al mondo per attrazione di investimenti diretti esteri (Ide), per un totale di 65 miliardi di dollari.

C'è il Belgio che "scontando" tasse a tutto spiano e mettendo in gara i territori ha messo a segno una crescita della spesa in ricerca del 11,3% in poco più di un decennio (8,9 mld di euro, l'1,9% del Pil, superiore alla media Ue-27 di 1,77%) e ora vanta un medagliere da fare invidia, registrando addirittura 11,3 brevetti biotech ogni milione di abitanti (media Ue 4,9).

E c'è il Québec che a metà anni '80, in quasi recessione, ha scelto i settori su cui puntare, compiendo a vantaggio della **farmaceutica** una scelta senza tentennamenti: tappeti rossi e regola "del vantaggio" (15 anni di mercato "protetto" in cambio del miglior prezzo di vendita) per le aziende produttrici di branded in cambio di investimenti in loco. E oggi - con tutta la crisi - resta ancora uno dei principali poli mondiali delle scienze della vita.

Fa ancora in tempo l'Italia a prendere esempio per ri-imboccare la strada dello sviluppo? Pare di sì, anche se il tempo sta davvero per scadere. Consigli e pronostici provengono dalla VI edizione del Forum «Meridiano Sanità» in programma a Cernobbio: «Reengineering Health Care. Un nuovo approccio per la Sanità». Nel mirino il ruolo dell'industria **farmaceutica** come motore di crescita economica ed elemento di competitività per il Paese, la riconfigurazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, il federalismo fiscale, l'impatto dei costi standard e le scelte di politica sanitaria e industriale viste da parte delle Regioni.

Secondo gli esperti in particolare il settore delle life science costituisce, probabilmente insieme alla moda e alla meccanica strumentale, un ambito nel quale è ancora possibile ambire a posizioni di leadership a livello globale, «purché si riescano ad attrarre imprese di grandi dimensioni e imprese innovative da tutto il mondo (indipendentemente dalla nazionalità del capitale, secondo il cosiddetto "modello Wimbledon") e si capitalizzi al massimo il patrimonio di imprese e competenze oggi presenti, inrobustendo il sistema sia sotto il profilo dimensionale, che del-

la capacità di innovazione».

Il tempo è poco e Québec docet: «Qualunque sia il modello scelto - scrive Meridiano Sanità - l'importante è impostare politiche stabili nel lungo periodo». Un concetto non inedito per il comparto: contesti normativi volatili e policy stop&go fanno scappare come la peste le multinazionali alle prese con cicli R&S del **farmaco** che durano 10-15 anni, con rischi economici elevatissimi. E senza le multinazionali - par di capire - nel complesso mondo del pharma non si va da nessuna parte: «In un contesto così globalizzato sono un importante catalizzatore di risorse, competenze ed esperienze» e forniscono «utili stimoli anche alle imprese locali di minori dimensioni», recita ancora il Report. Ma soprattutto investono e investono: anche quando c'è crisi. A dimostrarlo ba-

stano i dati 2010 di «The Global Innovation 1000»: l'healthcare ha aumentato i propri investimenti in R&S del 9% rispetto all'anno precedente per un totale di circa 120 milioni di dollari. E per la prima volta dalla nascita dell'indice in questione le prime tre aziende che hanno investito di più in R&S sono **farmaceutiche**.

Tomando al Pharma nazionale, allora, qual è la strada da scegliere? Le buone pratiche consigliate da Meridiano sono una dozzina: tra coordinamenti, incentivi, tavoli di lavoro e via discorrendo, nodi davvero cruciali emergenti dall'analisi sono due: la tutela brevettuale e la tempestività delle sperimentazioni cliniche.

Sui brevetti il livello di litigiosità è elevatissimo in tutta Europa - sottolinea lo studio - ma in Italia tre elementi peculiari (l'esistenza di una



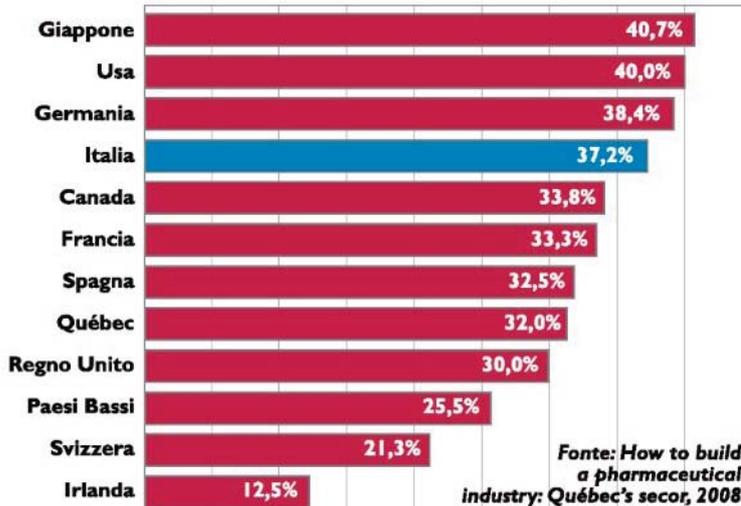
lista ufficiale delle scadenze brevettuali; la coincidenza in capo all'Aifa delle responsabilità su Aic, prezzi e rimborsabilità; l'impossibilità per il titolare del brevetto di modulare i prezzi al rialzo e al ribasso in caso di ingresso/revoca dell'Aic di generici) rendono ancora più complesso il problema.

«Bisogna prevedere per legge che Aic, rimborsabilità e prezzo di vendita dei generici, decorrano dal giorno successivo alla data di scadenza del diritto di brevetto del farmaco originator, individuata nella lista del ministero dello Sviluppo», scrivono gli addetti ai lavori.

Mentre per il cantiere dei trial - già all'attenzione del regolatorio e della politica - vanno accelerate e sburocratizzate tutte le procedure e va messo in pista uno scientific advisor per anticipare il dialogo tra gli attori in gioco, attenuando i rischi associati alla ricerca. Poi vinca chi spende.

Sara Todaro

Pressione fiscale sulle imprese, confronto internazionale (dati 2007)

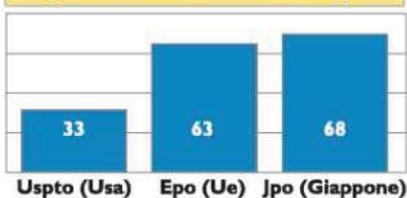


Le possibili azioni di sostegno per il comparto

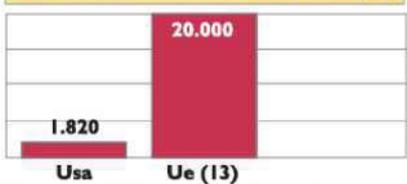
- 1 Riconoscere al settore bio-farmaceutico il ruolo di settore strategico per la crescita del Paese impostando in tal senso iniziative di policy integrate e di lungo periodo e definendo un programma nazionale di sviluppo del settore, concordato tra istituzioni, enti regolatori e industria
- 2 Migliorare il coordinamento fra le diverse istituzioni ed enti regolatori (ministeri, Aifa, Regioni, associazioni industriali)
- 3 Migliorare la certezza del diritto e ridurre i tempi della giustizia civile
- 4 Promuovere l'educazione tecnico-scientifica, con un sistema di borse di studio legate al merito
- 5 Attivare un tavolo di lavoro industria-Sviluppo-Economia per progettare un sistema articolato di incentivi alla R&S e la produzione del settore bio-farmaceutico (es. allineamento del credito di imposta alle best practice estere)
- 6 Favorire l'insediamento di imprese del settore bio-farmaceutico provenienti dall'estero attraverso opportuni incentivi
- 7 Favorire l'occupazione di personale altamente qualificato impegnato nella R&S
- 8 Incentivare le collaborazioni fra imprese e Università e in generale i network tra imprese, Università e centri ricerca
- 9 Migliorare la collaborazione ex ante fra aziende farmaceutiche ed enti di regolazione e technology assessment, a esempio attraverso l'utilizzo dello Scientific Advice come supporto scientifico, metodologico e regolatorio per facilitare gli iter procedurali delle sperimentazioni e attenuare alcuni rischi associati alla ricerca
- 10 Migliorare il sistema di procedure e tempistiche relativo alle sperimentazioni cliniche, anche attraverso la valorizzazione delle best practice nazionali (Comitati etici più efficienti) e lo studio di modelli internazionali di riferimento; definire nuove regole di governance (rapporti centro coordinatore-centri satellite); prevedere l'introduzione di un contratto standard per la convenzione economica uniformato a livello nazionale; potenziare l'apparato amministrativo e tecnico-scientifico dei Ce per ridurre i tempi della burocrazia ecc.
- 11 Introdurre una norma a sostegno della tutela brevettuale prevedendo che gli effetti dell'Aic e del regime di rimborsabilità e del prezzo di vendita dei generici, decorrano dal giorno successivo alla data di scadenza del diritto di brevetto del farmaco originator, individuata dal ministero dello Sviluppo
- 12 Migliorare l'attrattività del Sistema Italia per attirare investimenti in ricerca, sviluppo e produzione e attivare un percorso di comunicazione del sistema anche all'estero

Brevetti: tempi e costi

Tempi medi ottenimento brevetto (mesi)



Costo medio ottenimento brevetto (€)



Fonte: rielab.The european house-Ambrosetti

Prime 10 imprese mondiali per spesa in R&S

Classifica		Società	Spesa in R&S			Sede direzione generale	Settore
2010	2009		2010, mln \$ Usa	Variazione dal 2009	% delle vendite		
1	1	Roche Holding	9.646	1,5%	21,1%	Europa	Healthcare
2	5	Pfizer	9.413	20,0%	13,9%	Nord America	Healthcare
3	6	Novartis	9.070	21,4%	17,9%	Europa	Healthcare
4	2	Microsoft	8.714	-3,3%	14,0%	Nord America	Software, internet
5	14	Merck	8.591	53,0%	18,7%	Nord America	Healthcare
6	4	Toyota	8.546	0,7%	3,9%	Asia	Auto
7	10	Samsung	7.873	23,2%	5,9%	Asia	Elettr. e inform.
8	3	Nokia	7.778	-0,8%	13,8%	Europa	Elettr. e inform.
9	11	General motors	6.962	16,0%	5,1%	Nord America	Auto
10	7	Johnson&Johnson	6.844	-2,0%	11,1%	Nord America	Healthcare

Fonte: The global innovation 1000, Booz&Co 2011

**Nel 2050
la spesa
per la salute
a 288 miliardi**

A PAG. 5

CERNOBBIO/ Le previsioni di «Meridiano Sanità»: tra 40 anni serviranno 288 miliardi

Nel 2050 il 10% del Pil al Ssn

Pesa il boom degli over 65 - Federalismo: costi standard da «ripensare»

La cifra fa tremare i polsi: 281,5 miliardi. Tanto servirà per finanziare le cure sotto la stella del Ssn nel lontano (poi non così tanto) anno 2050. Una bella cifra che varrà, a conti fatti, il 9,7% del Pil, contro il 7,3% della ricchezza nazionale che oggi serve per finanziare la Sanità pubblica. Insomma la crescita reale di risorse sarà del 2,4% sul Pil: un bel-l'aumento ma senza raggiungere le cifre iperboliche temute da qualcuno.

Le previsioni da qui al 2050 sono contenute nello studio di «Meridiano Sanità» appena presentato a Cernobbio che analizza il fronte spesa su più fronti. A cominciare dal federalismo fiscale che in questa lunga marcia verso il futuro giocherà quasi da subito una partita importante con i suoi costi standard che serviranno a dividere le risorse tra le Regioni dal 2013 e sui quali lo studio di «Meridiano Sanità» avanza dubbi e perplessità. Soprattutto sulle modalità con le quali devono essere «pesati»: «L'attuazione del federalismo, che pure rimane necessaria e opportuna alla luce dei fallimenti delle politiche sin qui seguite - avverte l'indagine - tanto sul piano della responsabilizzazione, quanto della riduzione

delle disuguaglianze, necessità di alcuni ripensamenti». Soprattutto bisogna evitare «che gli impatti equitativi rimangano soffocati dall'attenzione giusta, ma non esclusiva, all'efficienza».

Quanto costerà il Ssn nel 2050. Secondo lo studio la crescita non sarà omogenea negli anni e si concentrerà nei primi decenni: l'invecchiamento della popolazione si manifesta con maggiore intensità tra il 2010 e il 2040, periodo durante il quale la quota di over 65 passerà dal 21,7% al 31,3 per cento.

Per arrivare comunque alla cifra di 288 miliardi il rapporto di «Meridiano Sanità» ipotizza che la spesa sanitaria pubblica cresca allo stesso tasso medio annuo a cui cresce il Pil reale. In base a questo scenario, nel 2050 la spesa supererà i 211 miliardi di euro (+97 miliardi rispetto al 2010) L'impatto dalla componente demografica, nel complesso, determinerà un incremento della spesa di oltre 53 miliardi (l'1,7% del Pil), dovuto in parte (4,7 miliardi) all'aumento della popolazione residente in Italia e quindi del numero di persone potenzialmente assistite dal Ssn. Ma soprattutto dall'aumento della popolazione over 65 che crescerà un tasso medio annuo dell'1,3% senza un controbilancia-

mento nelle altre fasce della popolazione e soprattutto nei tassi di natalità. Anzi sarà vero il contrario: il numero di italiani di età tra 0 e 64 anni diminuirà a un tasso dello 0,4% annuo, passando da 48 milioni nel 2010 a 41 milioni nel 2050. Mentre gli over 65 sul totale della popolazione passeranno dal 20,3% del 2010 al 33% nel 2050 con una spesa in più di 48,7 miliardi. Non è tutto. L'indagine prende anche in considerazione l'«elasticità» della spesa sanitaria rispetto alle variazioni del reddito disponibile. Un dato, questo che comporta una crescita ulteriore della spesa sanitaria pubblica al 2050 di circa 16,8 miliardi. Sommando tutte le voci la spesa cresce a un tasso medio annuo del 2,3% tra il 2010 e il 2050, fino a raggiungere il 9,7% del Pil.

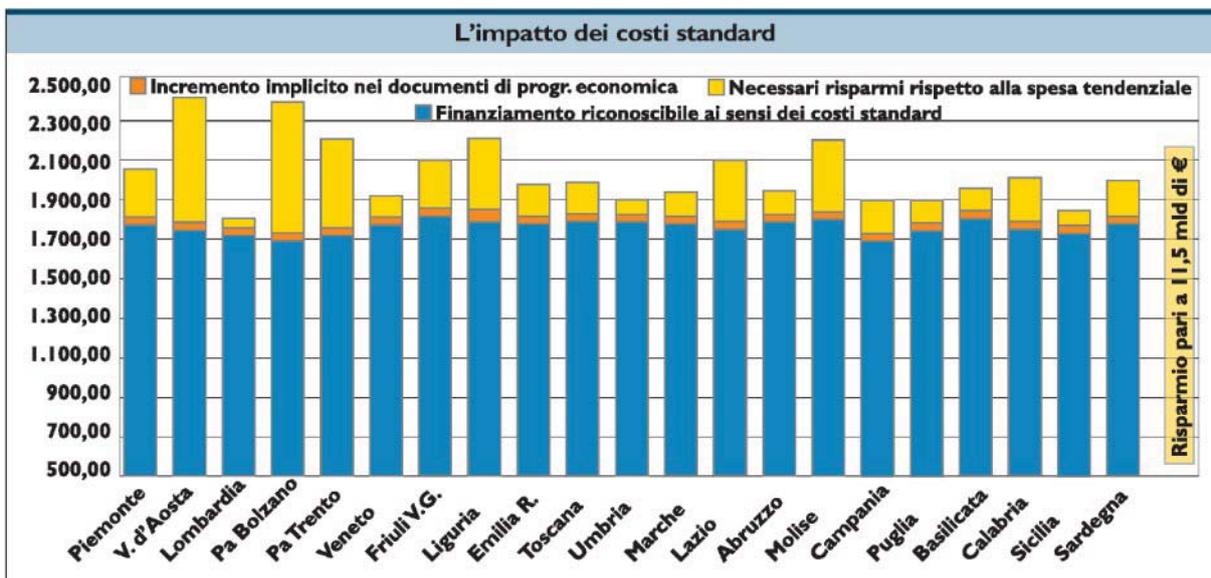
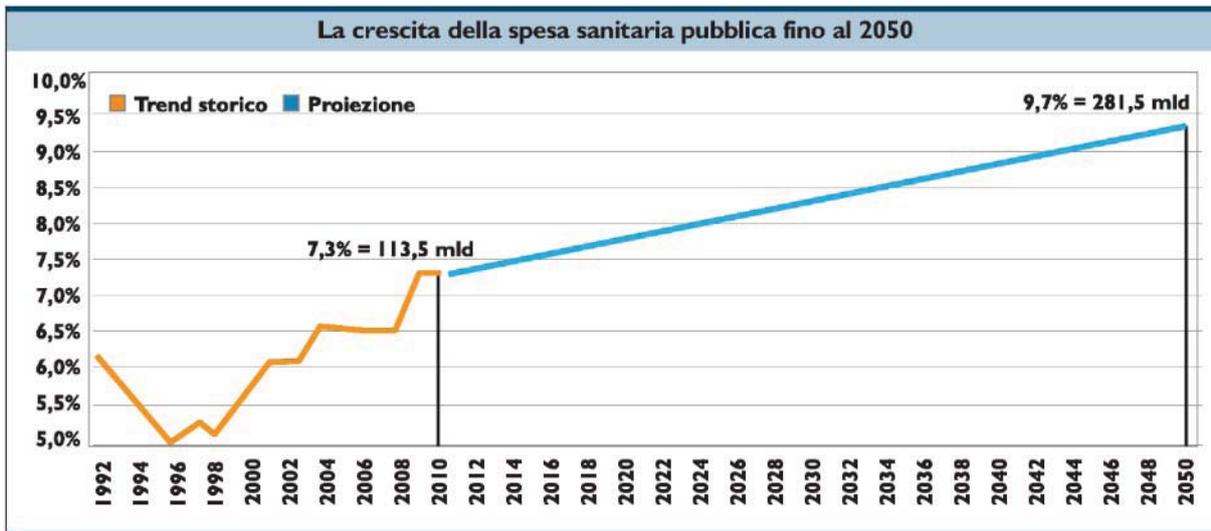
Federalismo da ripensare. «Finanziamento, perequazione e riparto sono cerniere cruciali fra istanze di efficienza e di equità. Quindi, in primo luogo è opportuno restituire il dibattito sul finanziamento alla sua giusta complessità, evitando che gli impatti equitativi rimangano soffocati dall'attenzione giusta, ma non esclusiva, all'efficienza»: questo l'appello che arriva da «Meridiano Sanità» sul federalismo fiscale e il suo corollario

dei costi standard. Che, come noto, saranno calcolati sulla base delle performance di tre Regioni «benchmark» scelte su una rosa di cinque individuate in base alla loro capacità di assicurare i Lea insieme all'equilibrio dei bilanci. Di simulazioni finora ne sono state fatte molte e anche «Meridiano sanità» ne cita una (curata da Federico Spandonaro) che prevede risparmi per 11,5 miliardi. Ma con una avvertenza: i pesi per i costi standard devono essere sottratti alla «negoiazione politica, riportandoli su un piano di oggettività scientifica». Per questo è sbagliato ancorarsi - come fa il Dlg sui costi standard - solo al criterio dell'età: «Le evidenze che dimostrano un impatto dei fattori socio-economici sui bisogni sono indiscutibili. Ma probabilmente questo non è né l'unico, né tanto meno il principale (quantitativamente) fattore negletto», avverte «Meridiano Sanità». Da qui la necessità «improcrastinabile» di un approfondimento su basi scientifiche delle «determinanti della spesa sanitaria, del loro ordine di importanza e di correlazione per dare credibilità al metodo».

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Medicina conquista posti

Aumentano del 3,7% le iscrizioni ai corsi di laurea

Il ministero dell'Università sta per emanare un decreto che amplia di 350 posti l'offerta formativa per l'iscrizione ai corsi di laurea in Medicina per l'anno accademico che sta per iniziare. Il 3,7% in più possibile grazie ai posti originaria-

mente riservati agli studenti extracomunitari e non coperti per il mancato raggiungimento da parte di questi del punteggio minimo che però gli anni passati andavano "persi".

A PAG. 26

Aumento in vista di 350 posti (+3,7%) per i corsi di laurea dell'anno accademico 2011-2012

Medicina oltre il tetto di 10mila posti

In media 9 studenti in più ad ateneo - Odontoiatria e infermieristica a bocca asciutta

Manca solo la firma all'autorizzazione del ministero dell'Università per l'ammissione di altri 350 studenti ai corsi di Medicina e chirurgia. Che dovrebbe arrivare comunque a strettissimo giro per non compromettere il regolare avvio dell'anno accademico e non sprecare l'occasione. Un ampliamento che fa superare per la prima volta alla facoltà di Medicina i 10mila iscritti e risponde, anche se non ci sono i numeri che avrebbero voluto le Regioni alle richieste fatte alla Camera con più interrogazioni e con le sollecitazioni dell'assessore alla Sanità lombardo, Luciano Bresciani, che del numero chiuso ha chiesto l'abolizione.

Le richieste in realtà erano di un ampliamento del 10-15%, mentre l'incremento concesso è di solo il 3,7% ed è legato ai posti "residui" lasciati vacanti dagli studenti extracomunitari che non hanno superato il punteggio minimo di 20 quiz sugli 80 dell'esame di ammissione del 5 settembre scorso.

I posti a bando per gli extracomunitari per Medicina erano 554 e solo 198 sono stati coperti subito, lasciando altri 356 scoperti. Il totale dei posti a bando (10.054) che comprende sia i 9.501 degli italiani e comunitari che i 554 degli extracomunitari è inferiore ai 10.556 posti richiesti dalle Regioni.

Secondo i dati rilevati sul sito del ministero dell'Università, a usufruirene dovrebbero essere gli studenti di quasi tutte le Università, con una media nazionale di 9 posti, partendo dal massimo di 21 di Perugia, 19 per L'Aquila, Napoli Federico II, Napoli seconda università e Messina, fino ai 2 posti di Torino 2, Roma Campus, Roma Tor Vergata e Catania e a 1 solo posto a Torino, Modena, Reggio e Ferrara.

L'impegno per arrivare ad almeno 11mila posti è rinviato quindi al

prossimo anno accademico 2012-2013, rispetto al quale il ministero della Salute ha già avviato la rilevazione del fabbisogno formativo con le Regioni e con tutte le categorie delle professioni sanitarie, FromCeo compresa.

Infermieri e odontoiatri a bocca asciutta. Anche per odontoiatria ci sarebbero posti disponibili "resi" da quelli non occupati dai extracomunitari. Ma la richiesta delle Regioni di 866 bandi è superiore solo di 6 agli 860 a bando e se si aggiungessero i 68 extra salirebbe a 927. Nulla per ora quindi, anche se gli studenti "premono" per l'ampliamento.

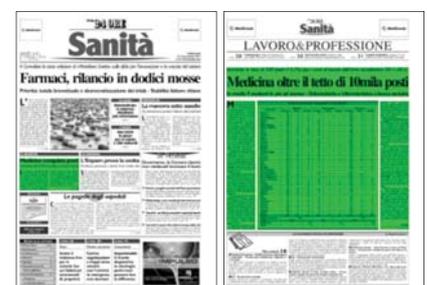
Discorso a parte su infermieristica per la quale nulla è previsto. L'aumento di 350 posti a medicina «lascia l'amaro in bocca per l'analoga situazione delle professioni sanitarie e in particolare per infermieristica, dove i posti a bando sono stati 15.781 contro una richiesta delle Regioni di 20.435, il 23% in meno e di 7.811, pari al 33% in meno rispetto alla richiesta della Federazione Ipsavi», sottolinea Angelo Mastrillo, che ha elaborato i dati della tabella, nel suo rapporto annuale 2011 per la Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Anche in questo caso, valutando i dati ministeriali sui posti "residui" emergerebbe una disponibilità media di 11 posti per ogni Università con range molto superiore a Medicina, partendo dai massimi di 96 per Roma Tor Vergata e 37 di Catanzaro, a cui seguono Genova con 22, Firenze 21 e Sassari 20. Poi tutte le altre, fino ai quattro posti di Torino 2, Milano Bicocca e Pisa, 3 di Pavia, Cagliari e Catania e, infine, 2 di Milano S. Raffaele.

Università	Medicina			Odontoiatria			Infermiere		
	Comun.	Extra	Residui	Comun.	Extra	Residui	Comun.	Extra	Residui
Torino 1	352	11	1	40	4	4	470	14	7
Torino 2	120	5	2	-	-	-	296	4	4
Vercelli Novara	75	3	3	-	-	-	440	7	7
Brescia	190	16	10	20	-	-	420	10	6
Milano	400	5	5	57	2	2	715	-	-
Milano Bicocca	128	7	7	17	3	2	350	7	4
Milano S. Raffaele	132	34	17	35	-	-	70	2	2
Pavia	256	52	38	20	-	-	280	5	3
Varese	153	10	10	17	1	1	180	5	4
Trieste	121	13	9	25	-	-	80	3	-
Udine	96	-	-	-	-	-	130	4	4
Padova	386	22	8	28	2	-	768	10	7
Verona	176	4	3	22	-	-	810	7	-
Genova	265	20	15	25	5	4	450	25	22
Bologna	363	36	4	30	2	2	592	19	13
Ferrara	197	3	1	14	-	-	233	4	1
Modena Reggio	149	6	1	14	-	-	276	4	2
Parma	220	20	9	20	2	2	231	15	9
Ancona	143	10	8	20	-	-	450	10	-
Firenze	280	15	14	51	4	4	615	35	21
Pisa	270	10	6	14	-	-	350	6	4
Siena	210	5	4	-	-	-	210	1	1
Perugia	216	22	21	10	-	-	280	18	16
Roma Campus	110	2	2	-	-	-	73	2	2
Roma Cattolica	282	4	3	22	-	-	465	-	-
Roma Sapienza 1	640	38	-	60	3	-	2.150	88	-
Roma Sapienza 2	191	6	-	-	-	-	198	7	-
Roma TorVergata	220	12	2	38	3	1	970	96	96
Chieti	198	12	12	40	7	6	243	8	7
L'Aquila	140	20	19	14	10	10	300	10	10
Campobasso	75	-	5	-	-	-	70	6	5
Napoli Fed. II	397	20	19	30	3	3	360	7	6
Napoli 2	400	24	19	24	-	3	400	-	-
Salerno	180	10	10	-	-	-	-	-	-
Bari	319	11	10	21	1	1	429	11	7
Foggia	75	5	5	20	2	2	195	6	5
Catanzaro	160	16	15	8	1	1	375	38	37
Catania	315	5	2	23	2	2	147	3	3
Messina	200	20	19	25	5	4	150	10	9
Palermo	400	3	3	22	-	-	200	2	2
Cagliari	180	7	6	17	3	3	150	5	3
Sassari	120	10	9	17	2	2	210	20	20
Totale	9.500	554	356	860	67	59	15.781	534	349
Coperti con extra		198			8			185	
Totali	10.054			927			16.315		
Residui in %			3,7%			6,9%			2,2%
Media			9			3			11

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il sale **sulla coda**

di **Dacia Maraini**



Le cure mancanti per i nostri bambini



Non è vero che siamo un Paese con assistenza garantita a tutti

Brenda Bellavista, una bambina dagli occhi grandi purissimi, la carnagione cerea, è affetta dalla sindrome di Rett, una malattia tanto rara che le case farmaceutiche non ritengono necessario fare ricerche per trovare le medicine giuste. Un destino comune a molti bambini sparsi per il mondo. Le malattie rare non pagano e quindi che muoiano pure! I genitori di Brenda però non si sono lasciati scoraggiare. «Due persone di uno straordinario coraggio», spiega Christian Carosino che sta preparando un filmato su di loro per il prossimo Telethon che dovrà recuperare i fondi per le ricerche, «hanno trovato nella disgrazia la forza per fondare una Associazione. La malattia della figlia li ha uniti, li ha resi affettuosi e solidali, non solo nei riguardi della figlia malata, ma anche fra di loro. Hanno un altro figlio, un ragazzino di 14 anni che adora la sorellina e passa il tempo a tenerle compagnia, e ha pure girato un filmato su come la famiglia vive quotidianamente la malattia».

Nel totale sfascio delle istituzioni sanitarie commuovono queste famiglie italiane che non piangono tendendo la mano, ma si rimboccano le maniche e si danno da fare per rimediare alle assenze di chi dovrebbe aiutarle e non lo fa. È il grande mondo del volontariato, un tessuto connettivo vitalissimo che rappresenta il più prezioso bene del nostro Paese. Associazioni, cooperative, gruppi cattolici e laici, giovani e vecchi si ritrovano nel proposito di mantenere viva la pratica della solidarietà in una nazione che si

sta incartando sull'egoismo sociale, sul disprezzo di ogni forma di collaborazione e fratellanza.

Mi è capitato di stare seduta in ospedale aspettando il mio turno, di vedere una madre che avanzava tenendo per mano un bimbetto

dagli occhi gonfi e purulenti. La donna chiedeva una visita e la infermiera, con fare spiccio, le diceva che sarebbe dovuta tornare fra sei mesi. «Ma mio figlio ha gli occhi che bruciano, non riesce più a tenerli aperti». L'infermiera la guardava con compassione e poi proponeva: «Se vuole le posso prendere un appuntamento per domani allo studio privato del professore». «E quanto costa»? L'infermiera a questo punto si faceva evasiva: non lo sapeva con precisione, ma qualcosa fra ottanta e duecento euro. La madre la guardava spaventata. «E dove li trovo duecento euro?». L'infermiera, capita l'antifona, la spingeva verso la porta suggerendole di andare subito al pronto soccorso dove certamente l'avrebbero aiutata. Al pronto soccorso — poi mi sono informata — la donna e il figlio hanno aspettato sei ore, e alla fine un medico gli ha versato negli occhi delle gocce, aggiungendo però che si trattava solo di un palliativo; per guarire sarebbe dovuta comunque andare da un oculista specializzato. Dai cento ai duecento euro.

E noi ci vantiamo di essere il Paese dalle cure garantite per tutti! Per cui paghiamo cifre considerevoli in forma di tasse quotidiane! Ma in realtà siamo peggio degli Stati Uniti che criticiamo tanto, dove chi è povero non ha diritto a cure appropriate. Solo chi ha soldi può pagarsi le visite specialistiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La prevenzione

Rischio tumore,
gli oncologi
a scuola
fanno lezione

CAPERNA

Oggi a scuola la lezione la fa l'oncologo

ANTONIO CAPERNA

Oncologi Aiom e ricercatori Airc entrano in classe per spiegare come si previene e si affronta il tumore. Se i primi passi si fanno dai giovani, raramente si spiega ai ragazzi cosa fare, tanto che sette su dieci non hanno mai ricevuto informazioni sulla prevenzione, solo il 17% ne ha parlato in famiglia, e appena il 12% a scuola. È per questo che il 10 e l'11 novembre 60 ricercatori dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) e 60 volontari incontreranno gli alunni dell'ultimo triennio delle scuole secondarie. Niente lezioni ma dialoghi per rispondere alle curiosità dei ragazzi. Poiché la conoscenza è un'arma per sconfiggere la malattia, gli "Incontri con la ricerca" sono solo il primo passo di una più ampia proposta che Airc porterà nelle scuole durante quest'anno scolastico. Le prossime attività prevedono il lancio della seconda edizione del concorso "Una metafora per la ricerca"; la produzione di un gioco di ruolo; un kit didattico multimediale, per viaggiare dalla biologia del cancro, alla prevenzione, fino alle più recenti possibilità di diagnosi e cura (www.scuola.airc.it). Sempre in occasione della Giornata per la ricerca sul cancro giovedì e venerdì prossimo si terranno gli "Incontri nelle Università", presso il Politecnico di Milano, La Sapienza di Roma e Federico II di Napoli. La scuola è un luogo privilegiato dove costruire questa consapevolezza, con l'apporto fondamentale dei ragazzi e della loro grande energia, come testimoniano i dati presentati proprio dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica in occasio-

ne del Congresso nazionale appena terminato a Bologna. Nei giovani infatti c'è poca conoscenza dei fattori di rischio, da fumo e alcol (un terzo non crede abbiano legami con i tumori) fino alla sedentarietà (il 43% la sottovaluta). Con il progetto "Non fare autogol", gli specialisti hanno incontrato nel 2011 circa 2 mila studenti e migliaia hanno seguito la campagna su internet (www.nonfareautogol.it). «L'iniziativa ha dato vita a un tour per l'Italia in compagnia dei calciatori della serie A, da Pato a Miccoli, da Palombo a Perrotta, che hanno spiegato come difendersi dai 7 "autogol" più pericolosi: fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, sesso non protetto, droga e doping», spiega [Marco Venturini](#), Presidente Aiom. Sul sito verrà pubblicato il nuovo calendario degli incontri e le scuole possono inviare la loro candidatura per la nuova edizione del progetto, reso possibile da Boehringer-Ingelheim, con il patrocinio della Presidenza del Consiglio dei ministri, del Coni, Figs e Fmsi. «Il 94% dei ragazzi ha apprezzato il nostro intervento, di questi la metà si augura possa diventare un appuntamento fisso in classe», commenta [Carmelo Iacono](#), Presidente uscente Aiom, «Queste iniziative non possono rimanere isolate, l'educazione alla salute deve entrare a far parte dei programmi di studi. Vorremmo rendere gli stessi adolescenti protagonisti e ambasciatori dei valori della prevenzione». Per dissuadere i ragazzi dall'iniziare comportamenti a rischio Aiom ha anche proposto misure concrete come l'aumento di un euro del prezzo delle sigarette, "tassa" promossa dall'80% dei giovani.

Tumori

Giovedì e venerdì iniziativa Airc e Aiom

nella Giornata della ricerca. Sondaggio scuole:

8 su 10 per l'aumento del prezzo delle sigarette

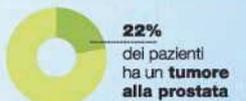
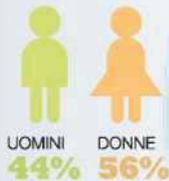
I MALATI

2,2 milioni

sono gli italiani che vivono con una diagnosi di tumore

4% della popolazione italiana è colpita da tumore

PER SESSO



L'AIRC IN 62 SCUOLE ITALIANE

In occasione della Giornata nazionale per la ricerca sul cancro, inizia il "Progetto Airc entra nelle scuole"

● Sedi delle scuole secondarie



Il 10 e l'11 novembre 60 ricercatori dell'AIRC e 60 volontari incontreranno gli alunni dell'ultimo triennio delle scuole secondarie



FONTE: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ / AIRC

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Le pagelle degli ospedali

Ci sono ospedali in Italia in cui essere sottoposti a un parto cesareo è ventisei volte più probabile che in altri. Oppure dove il rischio di mortalità a 30 giorni per un'operazione di bypass aortocoronarico è 54 volte maggiore di altri. Una situazione che ancora una volta crea un distacco tra Nord e Sud del Paese, ma anche all'interno della stessa Regione: in Sicilia a esempio, sempre parlando di cesarei, c'è una struttura dove questi interventi sono solo il 7,6% del totale, mentre in un'altra raggiungono l'89,2% di tutti i parti.

Il quadro dei risultati dell'assistenza negli ospedali (e case di cura) italiani l'ha tracciato

l'Agenas che ha consegnato alle Regioni in via riservata i risultati 2009 del Progetto nazionale esiti. Una vera e propria graduatoria di "migliori" e "peggiori" su 32 indicatori di prestazioni a cui si aggiungono per le Asl altri 13 indicatori di ospedalizzazione. Le pagelle saranno presto aggiornate con i dati 2010 e in quell'occasione con molta probabilità diventeranno di pubblico dominio: medici e pazienti avranno così un quadro ben preciso di chi eroga le cure migliori e più appropriate.

A PAG. 6-7

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI/ I risultati 2009 su 45 indicatori di interventi in corsia

Ospedali, ricoveri sotto esame

Variabilità selvaggia: cesarei da 3,8 a 97,1%, operazioni al femore da 0,7 a 84%

Mortalità per bypass tra lo 0,2 e l'11% Pochi interventi, risultati peggiori

In Piemonte il rischio di mortalità a 30 giorni per un bypass aortocoronarico è sedici volte maggiore da una struttura all'altra; in Puglia diventa anche 35 volte più alto. E mentre al Centro-Nord quasi tutti gli interventi sono sotto la media nazionale del 2,5%, nel Sud si arriva quasi all'11% in Campania e in molti ospedali si supera il 6 per cento.

In Emilia Romagna una colecistectomia può essere operata in laparoscopia solo al 3,4% in alcuni ospedali, mentre in altri l'intervento diventa di routine (100%). Rispetto a questo indicatore sono in altalena anche gli interventi laparoscopici eseguiti entro 4 giorni dal ricovero (soglia appropriata): in Abruzzo si va dallo 0,8% dei casi all'82%, nel Lazio si passa dal 2,9 al 100%, in Lombardia dal 4 a oltre il 95 per cento.

La variabilità regionale di risultati e di "rischi" negli ospedali è fotografata dal Programma nazionale di valutazione degli esiti elaborato dall'Agenas che, in attesa di pubblicare a breve i risultati tratti dalle schede di dimissione ospedaliera 2010, ha intanto consegnato alle Regioni - e ai senatori della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama - quelli 2009 su 45 indicatori (32 relativi a procedure e valutati sia per singola struttura che per Asl e 13 su tassi di ospedalizzazione, valutati solo per Asl).

I risultati per ora sono solo "a uso interno" delle Regioni, che proprio in base alla variabilità riscontrata tra strutture anche a pochi chilometri l'una dall'altra, dovrebbero mettere mano secondo canoni di appropriatezza all'organizzazione dei ricoveri ospedalieri, eliminando le inefficienze. Ma si sta valutando

la possibilità, una volta affinati e resi di più facile leggibilità, di metterli a disposizione dei cittadini che potrebbero trarne indicazioni utili per le scelte di cura. Oppure potrebbero essere "consegnati" ai medici di famiglia perché siano loro a indirizzare i pazienti verso le strutture più adatte ai singoli casi.

Quello riportato in queste pagine è un esempio di ciò che risulta dall'analisi 2009, riferito solo agli indicatori maggiormente consolidati tra i 32 sulle prestazioni, quelli cioè che fanno già parte dei controlli di appropriatezza a livello nazionale.

Dai risultati, al di là delle classifiche, salta agli occhi l'enorme variabilità: dove una struttura è tra le peggiori non è detto che lo sia anche l'Asl di cui questa fa parte e se è spesso evidente la differenza di risultati tra Nord e Sud (ma non per tutti gli indicatori e non in tutti gli ospedali), anche all'interno delle singole Regioni c'è chi eccelle e chi invece resta decisamente in coda nei vari interventi. Capita così, a esempio, che per una frattura del collo del femore operata entro 48 ore la struttura "peggiore" sia in Calabria, mentre la peggiore Asl in Sardegna, mentre le migliori siano come struttura a Brescia e come Asl in Toscana. E così anche per la mortalità a 30 giorni per lo stesso intervento: la struttura peggiore è nel Lazio, ma l'Asl che va peggio in Veneto, l'ospedale migliore è in Lombardia, ma l'Asl che eccelle in Friuli.

Ci sono poi altre valutazioni possibili grazie agli esiti. È il caso (v. grafici) delle colecistectomie laparoscopiche: quasi 350 strutture sulle 1.475 censite ne fanno meno di 50 e altre 230 circa non raggiungono i cento interventi. E i risultati peggiori si ammassano nelle strutture che eseguono meno interventi. O anche, altro esempio, degli interventi di bypass aortocoronarico:

pochi ospedali lo fanno e tra questi circa 30 non raggiungono i 50 interventi.

I risultati. Tra un ospedale (o casa di cura) e l'altro si registrano situazioni diversissime. Nella mortalità a 30 giorni dopo un bypass aortocoronarico a esempio il rischio nella casa di cura Città di Lecce è quasi nullo (0,2%), mentre salta al 10,8% nella casa di cura S. Michele di Caserta in Campania. Ma a livello di Asl le cose cambiano. La migliore con lo 0,1% di mortalità è in realtà l'unica Asl "non codificata". La prima in classifica con nome e cognome tra quelle che presentano un rischio quasi nullo di errore sui dati è l'Asl della provincia di Varese con una mortalità dello 0,9%, mentre tra quelle con qualche rischio in più nei dati, l'Asl del Molise si ferma allo 0,4% di mortalità. Sul versante opposto c'è l'Asl di Cagliari dove la mortalità 2009 raggiunge l'8,2 per cento.

Forti differenze anche per l'esecuzione in laparoscopia degli interventi di colecistectomia: si va dal 3,4% dell'ospedale privato Nigrisoli in Emilia Romagna al 96,7% dell'ospedale di Sesto S. Giovanni di Milano, del Ceccarini e dell'ospedale degli infermi di Rimini (sempre in Emilia Romagna quindi) e di quello di Città di Castello in provincia di Perugia.



Distantissimi i risultati sul parto cesareo. Si va dal 97,1% di cesarei primari (primo intervento) della casa di cura Sedes Sapientiae di Torino (seguita però da strutture tutte al Sud) ad appena il 3,8% del Vittorio Emanuele II di Milano. E tra i primi cinque "migliori" c'è anche una struttura campana, l'ospedale S. Leonardo che di cesarei ne fa appena il 4,2 per cento.

A livello di Asl è l'Asp di Reggio Calabria in testa con il 55,6% di cesarei seguita da aziende meridionali, mentre sul versante opposto c'è l'Asl di Treviso che di cesarei ne fa il 9,4% seguita da aziende quasi tutte del Nord.

Infine, un esempio di diversità dei risultati è l'esecuzione entro le 48 ore di un intervento chirurgico per frattura del collo del femore: se ne fanno appena lo 0,7% all'ospedale civile Ferrari di Cosenza, si raggiunge l'89% alla casa di cura Poliambulanza di Brescia, mentre a livello di Asl raggiunge il 5,3% quella di Sassari e supera l'80% l'Asl Versilia in Toscana.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni

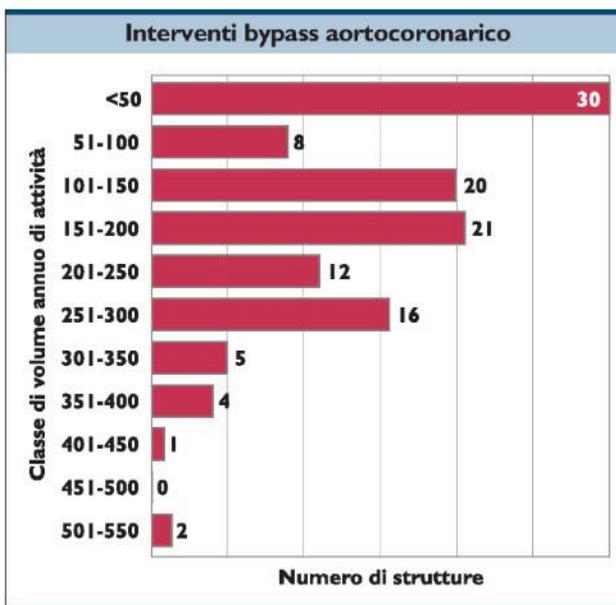
Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regione	%	Asl	Regione	%
Cc S. Michele	Caserta	Campania	10,8	Cagliari	Sardegna	8,2
Aou E. Ferrarotto	Catania	Sicilia	7,8	Asl Napoli 2 Nord	Campania	6,5
Ospedale Papardo	Messina	Sicilia	7,5	Asp Catania	Sicilia	5,9
Pres. osp. Vito Fazzi	Lecce	Puglia	7,0	Genovese	Liguria	5,7
Ao Vincenzo Monaldi	Napoli	Campania	6,7	Roma C	Lazio	5,3
Italia			2,5	Italia		2,5
Cc Città di Lecce	Lecce	Puglia	0,2	Asl non codificata		0,1
Ao S. Croce e Carle	Cuneo	Piemonte	0,3	Asl della Provincia di Varese	Lombardia	0,9
Osp. S. Giovanni Battista	Torino	Piemonte	0,3	Asl Molise	Molise	0,4
Osp. di Circolo e Fond. Macchi	Varese	Lombardia	0,6	Pescara	Abruzzo	0,5
Pres. osp. Ss. Annunziata	Chieti	Abruzzo	0,6	Cuneo I	Piemonte	0,6
				Friuli Occidentale	Friuli V.G.	0,6

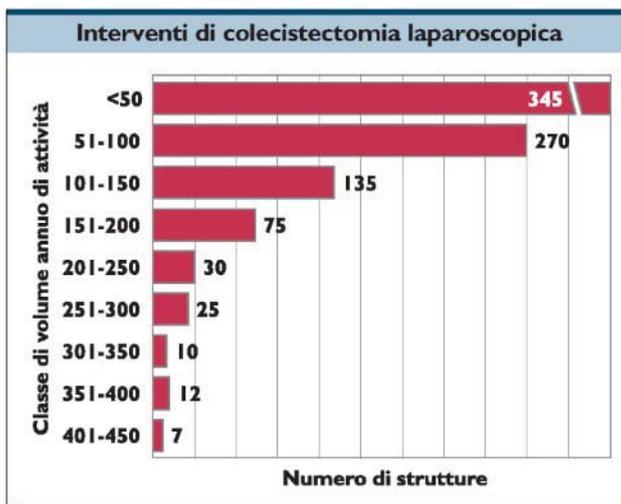
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 4 giorni

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regione	%	Asl	Regione	%
Pres. osp. S. Nicola e Filippo	L'Aquila	Abruzzo	0,8	Asl della Provincia di Sondrio	Lombardia	16,2
Ospedale del Delta	Ferrara	Emilia R.	1,9	Chiavarese	Liguria	18,7
Cc Pierangeli	Pescara	Abruzzo	2,7	Azienda sanitaria della Pa di Bolzano	Bolzano	21,0
Ospedale S. Filippo Neri	Roma	Lazio	2,9	Chioggia	Veneto	24,3
Ospedale Cristo Re	Roma	Lazio	3,5	Asp Crotone	Calabria	26,9
Italia			56,2	Italia		56,2
Ospedale Tolentino	Macerata	Marche	98,3	Lucca	Toscana	88,6
Cc Villa dei Platani	Avellino	Campania	97,4	Rovigo	Veneto	86,8
Cc S. Anna	Agrigento	Sicilia	96,4	Legnago	Veneto	83,7
Ospedale Orbetello	Grosseto	Toscana	95,3	Prato	Toscana	83,7
Cc Castelli	Bergamo	Lombardia	95,1	Azienda Usl di Rimini	Emilia R.	83,4
Pres. osp. Rovigo	Rovigo	Veneto	95,1			

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regione	%	Asl	Regione	%
Cc Sedes Sapientiae	Torino	Piemonte	97,1	Asp Reggio Calabria	Calabria	55,6
Cc Orestano	Palermo	Sicilia	89,2	Asp Messina	Sicilia	54,1
Cc Villa Maione	Napoli	Campania	85,2	Locri	Calabria	51,9
Cc Serena	Palermo	Sicilia	84,9	Asl Taranto	Puglia	49,5
Cc Venosa	Salerno	Campania	82,7	Asp Palermo	Sicilia	47,7
Italia			28,9	Italia		28,9
Osp. Vittorio Emanuele III	Milano	Lombardia	3,8	Treviso	Veneto	9,4
Ospedale S. Leonardo	Napoli	Campania	4,2	Prato	Toscana	12,5
Ospedale Civile	Milano	Lombardia	5,6	Feltre	Veneto	12,9
Ospedale Ca' Foncello	Treviso	Veneto	6,1	Asl della Provincia di Lecco	Lombardia	13,0
Ospedale Santa Lucia	Marche	Marche	6,3	Triestina	Friuli V. G.	13,0





Variabilità regionale: risultati peggiori e migliori per lo stesso indicatore nella stessa Regione *

Regioni	Bypass aortocoronarico mortalità a 30 giorni (%)		Proporzione colecistectomie laparoscopiche (%)		Colecistectomie laparosc.: deg. post operatoria entro 4 giorni (%)		Colecistectom. laparoscopiche complicanze a 30 giorni (%)		Parti cesarei primari (%)		Frattura collo femore: attese intervento chirurgico (giorni)		Frattura collo femore: intervento chirurgico entro 48 ore (%)	
	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior	Peggior	Miglior
Piemonte	4,8	0,3	72,9	100,0	6,6	94,3	8,7	1,3	97,1	10,3	10	3	3,9	64,5
V. Aosta	-	-	-	96,1	-	56,9	-	1,1	33,7	-	-	4	-	36,9
Lombardia	4,8	0,6	67,5	100,0	4,0	95,1	7,9	0,7	42,5	3,8	7	2	5,6	89,0
Bolzano	-	-	88,9	-	21,3	-	2,7	-	25,6	9,7	3	2	73,8	86,3
Trento	-	1,8	91,3	95,1	9,6	55,5	2,1	1,2	24,9	14,3	7	3	7,6	55,6
Veneto	2,7	1,2	76,1	100,0	11,1	95,1	5,2	0,7	45,0	6,1	7	1	9,3	88,6
Friuli V. G.	-	1,3	89,8	92,8	38,2	88,0	3,4	0,9	27,7	7,6	4	2	32,3	79,7
Liguria	4,9	-	84,7	100,0	7,9	87,7	4,7	1,3	54,8	20,1	10	1	8,3	84,1
Emilia R.	2,7	1,0	3,4	100,0	1,9	90,8	6,4	0,5	41,0	11,2	6	3	10,5	70,6
Toscana	3	0,8	75,8	100,0	50	95,3	8,2	0,9	37,0	8,6	8	1	11,8	83,5
Umbria	3,1	2,9	81,6	96,7	9,5	94,4	3,2	1,0	44,0	7,8	7	3	6,5	63,4
Marche	-	1,6	87,9	100,0	39,8	98,3	4,9	0,7	41,4	6,3	5	2	25,2	87,7
Lazio	6,3	0,8	43,4	96,3	2,9	100,0	5,1	0,4	75,5	20,2	15	3	1,8	39,9
Abruzzo	0,7	0,6	79,2	94,8	0,8	82,0	7,6	0,9	59,2	26,2	7	1	11,7	61,2
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	44,6	21,4	6	4	10,1	40,8
Campania	10,8	1,7	19,6	100,0	19,8	97,4	5,9	0,7	82,7	4,2	17	1	0,9	79,2
Puglia	7,0	0,2	87,0	100,0	4,5	94,4	11,8	0,5	68,2	12,9	20	4	2,1	48,3
Basilicata	3,3	-	92,7	96,2	27,5	86,9	29,8	0,8	70,3	22,6	9	4	3,0	38,9
Calabria	-	1,6	85,6	96,2	36,8	66,5	-	0,9	78,9	15,7	31	4	0,7	37,9
Sicilia	7,8	0,8	84,9	96,5	9,5	96,4	5,0	0,5	89,2	7,6	31	4	0,8	45,7
Sardegna	4,7	0,9	70,9	100,0	37,8	84,9	3,0	1,3	59,4	16,8	11	1	0,9	80,2
Media nazionale	2,5		89,9		56,2		2,5		28,9		5		29,1	

(*) Per mostrare la variabilità sono compresi alcuni dati con indice di errore più alto del normale. Sono stati eliminati i risultati uguali a zero

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche rispetto a quelle laparotomiche

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regioni	%	Asl	Regione	%
Ospedale privato Nigrisoli	Bologna	Emilia R.	3,4	Asl Avellino	Campania	81,0
Cc Osp. Internazionale	Napoli	Campania	19,6	Asp Agrigento	Sicilia	81,4
Pres. osp. Umberto I	Salerno	Campania	33,3	Asp Catanzaro	Calabria	81,6
Cc Guarnieri	Roma	Lazio	43,4	Asp Crotone	Calabria	82,0
Ospedale Grassi	Roma	Lazio	59,0	Fermo	Marche	82,1
Italia			89,9	Italia		89,9
Pres. osp. Sesto S. Giovanni	Milano	Lombardia	96,7	Aosta	Valle d'Aosta	95,9
Ospedale Ceccarini	Rimini	Emilia R.	96,7	Feltre	Veneto	95,9
Ospedale degli infermi Rimini	Rimini	Emilia R.	96,7	Legnago	Veneto	95,8
Ospedale Città di Castello	Perugia	Umbria	96,7	Azienda Usi Rimini	Emilia R.	95,7
Pol. S. Pietro	Bergamo	Lombardia	96,6	Este Monselice Montagnana	Veneto	95,6
Pres. osp. S. Francesco d'Assisi	Salerno	Campania	96,6			

Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regione	%	Asl	Regione	%
Ospedale S. Giovanni	Potenza	Basilicata	29,8	Asl di Potenza Asp	Basilicata	7,4
Cc Bernardini	Taranto	Puglia	11,8	Versilia	Toscana	6,8
Ospedale Civico Chivasso	Torino	Piemonte	8,7	Massa Carrara	Toscana	5,5
Ospedali Riuniti	Pistoia	Toscana	8,2	Roma F	Lazio	5,3
Ospedale L. Sacco	Milano	Lombardia	7,9	Asl della Provincia di Sondrio	Lombardia	5,2
Italia			2,5	Italia		2,5
Ospedale S. Eugenio	Roma	Lazio	0,4	Asp Catania	Sicilia	1,3
Ospedale Fatebenefratelli	Roma	Lazio	0,5	Azienda Usi Forlì	Emilia Romagna	0,5
Presidio osp. Perrino	Brindisi	Puglia	0,5	Bassano del Grappa	Veneto	0,6
Presidio osp. Valle d'Itria	Taranto	Puglia	0,5	Arzignano	Veneto	0,8
Cc G.g. Morgagni	Catania	Sicilia	0,5	Mirano	Veneto	0,8
				Bassa Friulana	Friuli V. G.	0,8

Frattura del collo del femore operata entro 48 ore

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regioni	%	Asl	Regione	%
Ospedale Civile Ferrari	Cosenza	Calabria	0,7	Sassari	Sardegna	5,3
Pres. Osp. Gravina	Catania	Sicilia	0,8	Roma G	Lazio	6,5
Cto	Napoli	Campania	0,9	Asp Vibo Valentia	Calabria	7,3
Ospedale Civile	Sassari	Sardegna	0,9	Asl Napoli I Centro	Campania	7,8
Ospedale S. Paolo	Napoli	Campania	1,3	Asl Benevento	Campania	8,2
Italia			29,1	Italia		29,1
Cc Poliambulanza	Brescia	Lombardia	89,0	Versilia	Toscana	80,4
Ospedale di Montecchio	Vicenza	Veneto	88,6	Arzignano	Veneto	78,5
Ospedale Civile E. Profili	Ancona	Marche	87,7	Azienda sanitaria della Pa di Bolzano	Bolzano	77,2
Ao Brunico	Bolzano	Bolzano	86,3	Alto Friuli	Friuli V.G.	76,5
Ospedale Villa Grassi	Genova	Liguria	84,1	Sanluri	Sardegna	70,6

Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico

Ospedale/Casa di cura (Cc)	Prov.	Regione	Gg.	Asl	Regione	Gg.
Ospedale Civile Ferrari	Cosenza	Calabria	31	Asl Napoli I Centro	Campania	11
Pres. osp.	Cosenza	Calabria	31	Asp Cosenza	Calabria	11
Pres. osp. Castiglione Prestianni	Catania	Sicilia	31	Sassari	Sardegna	10
Pres. osp S. Caterina Novella	Lecce	Puglia	20	Asl Foggia	Puglia	9
Ospedale S. Paolo	Napoli	Campania	17	Asp di Trapani	Sicilia	9
Italia			5	Italia		5
Cc Abano Terme	Padova	Veneto	1	Sanluri	Sardegna	1
Ospedale Villa Grassi	Genova	Liguria	1	Azienda sanitaria della Pa di Bolzano	Bolzano	2
Ospedale Piombino	Livorno	Toscana	1	Arzignano	Veneto	2
Ospedale Civile Ss Trinità	Pescara	Abruzzo	1	Alto Friuli	Friuli V.G.	2
Po S. Francesco d'Assisi	Salerno	Campania	1	Cuneo 2 (Piemonte), Asl prov. Bergamo, Varese, V. Camonica Sebino (Lombardia), Belluno, Thiene, S. Donà di Piave, Cittadella (Veneto), Friuli Occ. (Friuli V.G.), Massa C., Lucca, Pistoia, Pisa, Arezzo, Versilia (Toscana), Pesaro Urbino, Ancona, Macerata, Fermo (Marche)		3
Po N.s. di Bonaria	Medio C.	Sardegna	1			

LEGENDA

- = peggiori performance rispetto alla media
- = migliori performance rispetto alla media
- = risultati in meglio o peggio che non hanno raggiunto l'indice di totale attendibilità del dato
- = dati peggiori della media ma non considerati negativi

Partono i progetti esecutivi del Piano prevenzione

Decreto della Salute sul progetto esecutivo del Piano nazionale prevenzione: 5 funzioni, 12 azioni e «atti di impegno» con Mmg e Società scientifiche. (Servizio a pag. 10)

Entra in vigore il decreto della Salute sul progetto operativo per il Piano nazionale

Prevenzione: ecco le priorità

Cinque funzioni e 12 azioni - «Atti di impegno» con Mmg e Società scientifiche

Cinque funzioni gestionali suddivise in dodici azioni ("isorisorse" come specifica il documento nella descrizione di ognuna); è il progetto operativo del Piano nazionale della prevenzione (Pnp) che il **ministero della Salute** ha pubblicato come decreto (4 agosto 2011, sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 254 del 31 ottobre 2011). E che individua le priorità del Pnp in base all'esame dei Piani regionali di prevenzione presentati al 31 dicembre 2010.

La prima delle cinque funzioni è quella di indirizzo. Che prevede cinque azioni da mettere in campo entro 18 mesi: supporto legislativo al Pnp con la predisposizione degli adeguamenti normativi necessari raccolti in un Ddl di iniziativa governativa; intesa Stato-Regioni su registri, sorveglianze e sistemi informativi per la prevenzione che siano di importanza strategica e quindi da implementare; "contratto" nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per garantire il loro ruolo operativo nell'attuazione dei progetti dei Piani regionali di prevenzione; intesa Stato-Regioni sull'emanazione di un documento che procedurizzi la pianificazione del settore in ambiti che coinvolgono la prevenzione; accordi inter-istituzionali e intersettoriali relativi a stili di vita e ambiente.

La seconda funzione è quella per definire gli strumenti per realizzare la programmazione. E si divide in tre azioni: definizione entro 11 mesi di un protocollo di utilizzo della Public health genomics (un approccio scientifico multidisciplinare emergente che ha lo scopo di integrare in maniera efficace le conoscenze derivanti dalla genomica nella sanità pubblica) basato sulle evidenze disponibili; predisposizione entro 18 mesi di supporti alle Regioni con un quadro sistematico di strumenti (capacity building, sintesi delle nuove evidenze scientifiche) a supporto della pro-

grammazione, del monitoraggio e della valutazione regionale (compresa la revisione del progetto Cnesps di formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei Piani regionali di prevenzione); definizione entro 18 mesi di documenti tecnici di sintesi delle evidenze scientifiche rispetto a obiettivi di salute del Pnp (Evidence based prevention, Ebp); assetto istituzionale (entro sei mesi) dell'Osservatorio nazionale screening (Ons).

La terza funzione si occupa di stabilire e mantenere le partnership ed è composta di una sola azione: definizione entro dodici mesi delle regole nei rapporti tra ministero/Regioni e Società scientifiche e Associazioni con "atti d'impegno" a livello nazionale (almeno 4) condivisi col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni, individuazione degli stakeholder a livello nazionale e conseguente sigla di "atti di impegno", proposta alle Regioni di replicare e contestualizzare a livello regionale lo stesso meccanismo.

La quarta funzione riguarda la responsabilizzazione degli operatori. Anche in questo caso è prevista una sola azione: definire (entro 12 mesi) un Codice di comportamento, basato sulle evidenze scientifiche, per realizzare campagne informative sulla prevenzione a opera di istituzioni Ssn.

Quinta funzione, infine, la "gestione basata sulla conoscenza". Due azioni. La prima è omire in 24 mesi elementi conoscitivi per una più integrata politica di prevenzione nei sistemi sanitari regionali. La seconda è analoga, ma ha lo scopo di fornire elementi conoscitivi stavolta per una più «sistematica ed efficiente integrazione sociosanitaria». In questo i tempi previsti sono di dodici mesi.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ON LINE

I testi delle norme

www.24oresanita.com

