

RIFORME E UN CAMBIO DI MENTALITÀ

# LA QUESTIONE FEMMINILE

di ALBERTO ALESINA e FRANCESCO GIAVAZZI

**L'**Italia non sta utilizzando al meglio una parte importante del suo capitale umano, le donne. È una perdita colossale per la nostra economia. Quando studiano, le ragazze italiane sono più brave dei ragazzi, in tutte le materie. I dati del programma Pisa (*Programme for international student Assessment*, l'indagine promossa dall'Ocse — l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico — allo scopo di misurare le competenze degli studenti in matematica, scienze, lettura e abilità nel risolvere problemi) mostrano che a 15 anni le ragazze italiane raggiungono punteggi di gran lunga superiori ai maschi in «abilità di lettura» (510 contro 464, una differenza enorme) ma anche in «abilità scientifica» (490 contro 488). Solo in matematica le ragazze fanno un po' meno bene dei maschi. Non è da escludere che questo sia un effetto indotto da una cultura che assegna a ragazzi e ragazze ruoli diversi: «La matematica è una cosa da uomini». Lo si vede nella scelta dell'università: il 76% delle matricole delle facoltà umanistiche sono donne; nelle scientifiche solo il 37%. Questa scelta probabilmente riflette anch'essa stereotipi culturali. Perché laurearsi in fisica nucleare per poi fare la casalinga? Meglio studiare poesia. Quando però le donne si iscrivono a una facoltà scientifica, spesso sono più brave: alla Federico II di Napoli, ad esempio, il 37% delle ragazze si laurea con lode, contro il 24% dei maschi.

La partecipazione alla forza lavoro delle donne in Italia è tra le più basse dei

Paesi Ocse e la più bassa in Europa. Nel 2011 solo 52 donne italiane su 100, fra i 15 e i 64 anni, lavoravano o cercavano attivamente un lavoro. In Spagna erano 69, in Francia 66, in Germania 72, in Svezia 77. Solo in Messico e Turchia erano meno che in Italia. È vero che le donne più giovani lavorano di più: ad esempio, nella classe di età 35-44, il tasso di partecipazione è aumentato di 5 punti in un decennio. Ma rimane 15 punti inferiore al corrispondente tasso tedesco.

Il motivo di queste differenze straordinarie è che in Italia la divisione dei compiti tra lavoro domestico e lavoro retribuito sul mercato è più sperequata fra uomo e donna. La donna lavora in casa, il marito o il compagno in fabbrica, o in ufficio, sebbene, come abbiamo visto, il capitale umano delle donne giovani sia in media più alto di quello degli uomini. Insomma, troppe donne con grandi potenzialità non le sfruttano. I dati lo dimostrano chiaramente. All'interno delle mura domestiche le donne italiane fanno molto di più dei loro compagni: 6,7 ore di lavoro casalingo al giorno contro meno di 3 ore. Sommando il lavoro nel mercato e a casa, sono gli uomini ad apparire cicale mentre le donne, come formiche operose, lavorano quasi 80 minuti al giorno in più dei loro compagni. E questo accade indipendentemente dal livello di istruzione: è vero sia per le donne con la licenza elementare che per le laureate.

Perché le donne italiane lavorano così poco fuori casa? Si dice perché non ci sono abbastanza asili nido gratuiti o sussidiati. Magari

fosse così semplice! In primo luogo tutte le donne in Italia lavorano meno che in altri Paesi, non solo le giovani madri. Inoltre, in molti casi, i bambini non verrebbero mandati al nido neanche se questo fosse gratuito perché si pensa che sia la mamma a doversi occupare dei figli piccoli.

Ci si aspetterebbe che il nostro fosse un Paese con un alto tasso di natalità. E, invece, tanta attenzione per i figli non si riflette in tassi di fertilità altrettanto elevati: anzi, la fertilità è molto più alta in Svezia, dove quasi tutte le donne lavorano (1,9 figli per donna), che in Italia (1,4).

Insomma, le ragioni della scarsa partecipazione al lavoro sono molto più profonde: hanno a che fare con la nostra cultura, che assegna alla donna il ruolo di «angelo del focolare» e all'uomo quello di produttore di reddito. Ma il risultato è che tanti uomini mediocri fanno un mediocre lavoro in ufficio; un lavoro che le loro mogli casalinghe farebbero molto meglio perché hanno più capitale umano. Inoltre, al momento degli scatti di carriera spesso le imprese preferiscono gli uomini; magari non semplicemente per discriminazione di genere, ma perché sanno che in caso di conflitto fra esigenze familiari e aziendali un uomo sarà più disposto di una donna ad anteporre le esigenze dell'azienda a quelle della famiglia. Il risultato è che il capitale umano del nostro Paese è sottoutilizzato perché quello femminile è usato poco e male. La famiglia rimane un'istituzione fondamentale della società, nessuno lo nega. Ma il punto è che in Italia, più di ogni altro Paese europeo, il carico della famiglia è troppo sbilanciato sulla donna. Fino a quando non si aggiusta questa equazione non si fanno passi avanti. Sia chiaro: ci stiamo muovendo su un terreno minato, che sfiora il dirigismo culturale. Forse gli italiani (uomini e donne) sono contenti così. Cioè sono contenti di una distribuzione del lavoro domestico e nel mercato tanto sbilanciata. Se così fosse, non c'è alcun motivo per cui il legislatore debba intervenire.

Ma siamo proprio sicuri che le donne italiane siano così felici di assumersi carichi domestici che paiono ben superiori a quelli delle donne di altri Paesi europei? Siamo così sicuri che tutte le donne siano contente di non essere promosse nel lavoro perché devono farsi carico della famiglia (non solo dei figli, anche di genitori e parenti anziani) praticamente da sole?

Forse no, e allora il prossimo governo dovrà mettere la questione del lavoro femminile al centro del suo programma. Proposte ce ne sono. Ad esempio uno di noi (Alesina, insieme ad Andrea Ichino) ha da tempo suggerito vari metodi per detassare il lavoro femminile e favorire la partecipazione al lavoro delle donne. Si deve anche pensare a un uso molto più flessibile del part-time per facilitare la gestione familiare, come nei Paesi nordici, dove il part-time è molto più diffuso che da noi. Attenzione però: part-time sia per uomini che per donne, appunto per riequilibrare i ruoli nella famiglia. Mario Monti nella sua Agenda ha ricordato il problema del ruolo della donna nella nostra società. Il prossimo governo dovrà partire proprio da lì.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il commento****DETASSARE IL LAVORO FEMMINILE**

Per l'ovaio  
policistico  
la rivoluzione  
delle cure

BOTTACCIOLI

*Sindrome che interessa fino al 10 per cento delle donne in età fertile. Recenti studi rivedono l'iter curativo. Cervello e intestino intrecciati*

# Ovaio policistico ecco il "ruolo" di ormoni e psiche

**Iperproduzione di testosterone, infertilità, presenza di almeno 10 cisti i criteri di diagnosi**

FRANCESCO BOTTACCIOLI \*

**U**n'ampia recente review, pubblicata su *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, a cura di Evanthia Diamanti-Kandarakis, una delle massime esperte di sindrome dell'ovaio policistico, documenta il cambiamento di modello nell'analisi e nella cura di questo diffuso disturbo femminile che interessa dal 5 al 10% delle donne in età fertile e che porta a irregolarità mestruali, a ridotta fertilità, spesso a sovrappeso e obesità, ad eccessiva presenza di peli (irsutismo), ma anche a significative alterazioni relative al metabolismo dei grassi e dell'insulina.

Tra gli esperti è stato raggiunto un accordo sui criteri diagnostici basandosi sulla seguente triade: iperandrogenismo (eccessiva produzione di androgeni, testosterone anzitutto), anovulazione cronica (assenza di cicli con ovulazione e quindi infertilità), ovaio policistico (presenza, all'esame

ecografico, di più di 10 cisti di 2-8 mm ciascuna). Di questi criteri ne sono sufficienti due per porre una diagnosi di sindrome dell'ovaio policistico. Da questo punto di vista, la malattia è tipicamente en-

docrinologica e come tale è stata trattata per anni tramite ormoni femminili (estroprogestinici o solo progesterone) e antiandrogeni, con effetti vari e non molto soddisfacenti. I contraccettivi, anche quelli che contengono bassi livelli di estrogeni, non solo non sono efficaci verso le alterazioni metaboliche della malattia, ma possono peggiorare il profilo lipidico, con aumento soprattutto dei trigliceridi. È ormai chiaro che le alterazioni metaboliche sono una componente centrale di questa variegata sindrome: tra il 60 e l'80% delle donne affette dalla sindrome presenta resistenza insulinica (100% nelle obese). Resistenza insulinica significa che i tessuti dell'organismo (es. muscoli e adipi), non rispondono più al segnale dell'ormone prodotto dal pancreas, che è essenziale per far entrare il glucosio dal sangue alle cellule che l'utilizzeranno poi per produrre energia. La resistenza insulinica è l'anticamera del diabete, della sindrome metabolica e

delle patologie cardiovascolari. Da dove viene la resistenza insulinica? Dalla sedentarietà, dalla dieta contemporanea basata sui precotti, dallo stress. L'insieme di questi fattori causa sovrapproduzione di radicali liberi e di infiammazione, strettamente intrecciata alla resistenza insulinica, ma anche all'origine di ansia e depressione, molto presenti tra queste donne. E qui veniamo all'altro dato scientifico nuovo, ben riassunto nel numero di gennaio 2013 di *Nature Review Neuroscience*: la regolazione dell'insulina e del ciclo del glucosio non è un fenomeno locale, che riguarda il metabolismo intestinale (pancreas e fegato), è invece un complesso fenomeno sistemico nel quale svolge un ruolo centrale il cervello (ipotalamo) e il sistema nervoso vegetativo. Così si punta ad un approccio integrato basato su attività fisica, alimentazione, tecniche antistress e meditative, agopuntura.

\*Pres. onorario Società Psiconeuroendocrinoimmunologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PRINCIPALI SINTOMI**

Eccessiva presenza di peli

Sovrappeso o obesità

Ciclo mestruale assente o poco frequente

Acne

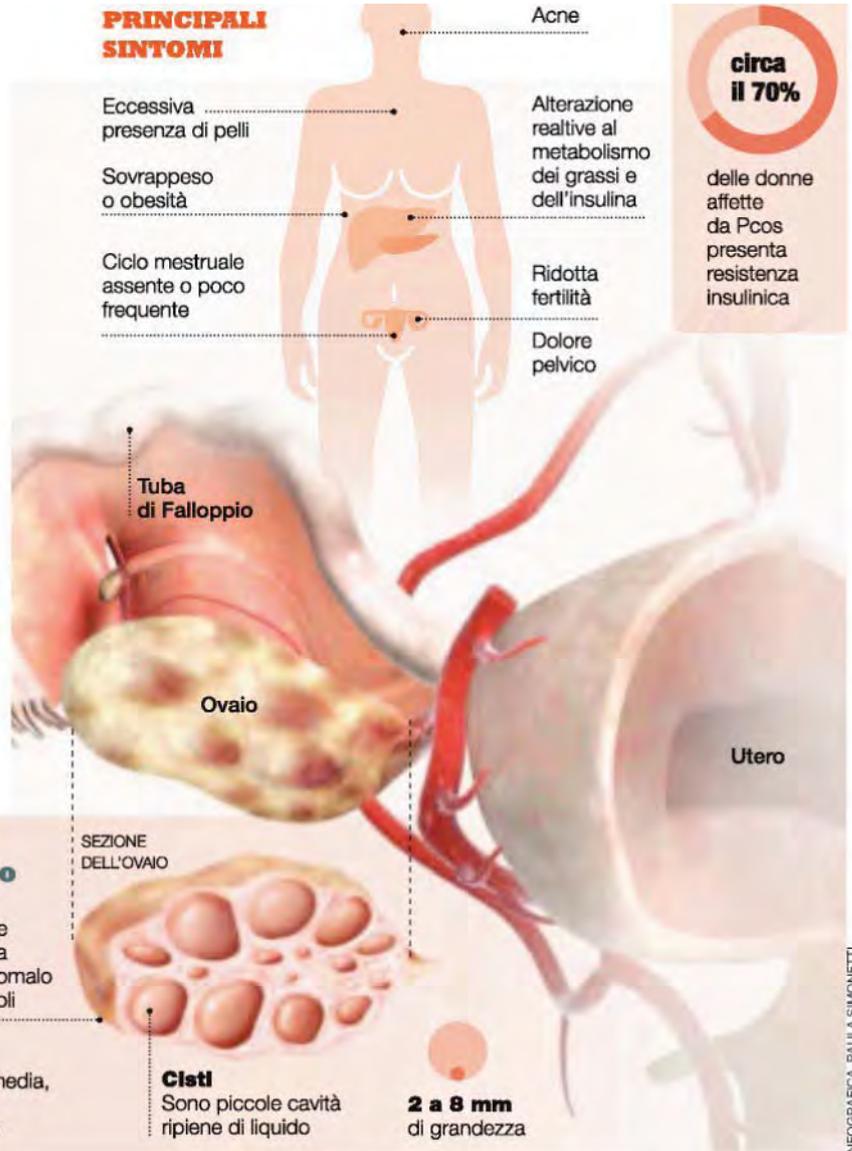
Alterazione reattive al metabolismo dei grassi e dell'insulina

Ridotta fertilità

Dolore pelvico

**circa il 70%**

delle donne affette da Pcos presenta resistenza insulinica



**LA SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO (PCOS)**

**NEL MONDO**



**5 al 10%** delle donne in età fertile soffre di Pcos

**ASPETTO DELL'OVAIO**

La superficie esterna appare punteggiata da un numero anomalo di piccoli follicoli

L'ovaio è più grande della media, ha numerose cisti all'interno

**Cisti**

Sono piccole cavità ripiene di liquido

**2 a 8 mm** di grandezza

Ecco i principali  
farmaci che stanno  
per sbarcare in Italia  
Per metastasi e recidive  
prolungano la vita

ADRIANA ALBINI E ARNALDO D'AMICO

# 2013 ricette anticancro

**Nove medicinali in commercio anche in Italia entro il 2013**

e altri quattro che dovrebbero arrivare nel 2014 finiti i trial

**Permettono sopravvivenze anche di anni ma non "spengono"**  
la proliferazione incontrollata delle cellule cancerose

## Tumori

### Recidive e metastasi ecco i farmaci che aiutano a vivere

**Nei laboratori di Harvard dove  
avanza la collaborazione  
tra aziende farmaceutiche  
e istituti oncologici d'avanguardia**

# S

DAL NOSTRO INVIATO  
**ARNALDO D'AMICO**

BOSTON  
ono nove i farmaci nuovi contro vari tipi di cancro la cui autorizzazione in Italia è prevista per quest'anno, in genere già autorizzati negli Usa e in Europa. Altri quattro il prossimo anno, se le autorità regolatorie europee e poi italiane avranno completato l'esame della enorme mole di dati dei risultati. Nessuno guarisce dal cancro, come il mix di farmaci che eradica la leucemia promielocitica acuta, al momento unica cura farmacologica definitiva, messa a punto da Pier Paolo Pandolfi (*Salute* n. 770, 27/XI/2011 e "Topolab" su *Repubblica.it* stessa

*data*), direttore del Beth Israel, uno dei quattro centri di ricerca oncologica della Harvard University di Boston. I farmaci in arrivo contrastano la proliferazione incontrollata del cancro, ma non lo spengono. Per questo si useranno quando il tumore è scoperto troppo tardi per essere asportato e ha già dato metastasi. Regalano sopravvivenze di qualche anno contro i pochi mesi dei trattamenti attuali. Di fatto, un miracolo, anche se molto costoso perché i farmaci di questo tipo, cosiddetti "intelligenti", già in commercio arrivano a costare anche 60 mila euro per mese di trattamento.

I tredici farmaci in arrivo (per 15 tipi di tumori perché alcuni hanno più indicazioni) hanno tutti mosso i primi passi circa una decina di anni fa grazie a collaborazioni tra cliniche e centri di ricerca universitari e industrie farmaceutiche, come quella realizzata qui tra la Novartis e il Dana Farber, un altro dei quattro istituti oncologici di Harvard. In genere si è partiti dalla scoperta di un gene la cui alterazione innesca la moltiplicazione incontrollata delle cellule. Poi si è messa a



punto una molecola che riesce ad inceppare il meccanismo patologico avviato dal gene anomalo. E infine la si è provata su colture di cellule animali, umane, topi e pazienti, se le sperimentazioni precedenti erano state superate, per verificare che desse benefici e che questi fossero superiori agli effetti collaterali. Un lungo percorso che ha lasciato per strada centinaia di molecole perché hanno fallito anche una sola delle varie prove. Ed ecco i farmaci in arrivo messi a punto dalla maggiori aziende farmaceutiche.

Da Novartis è appena arrivato (dicembre 2012) l'everolimus col nome commerciale Afinitor, per il trattamento dei tumori neuroendocrini di origine pancreatica in fase avanzata. Contrasta l'attivazione aberrante del gene mTOR, alla base dello sviluppo del tumore. È il primo nuovo farmaco per questi tumori scoperto negli ultimi 30 anni.

Lo stesso Afinitor, sta per essere immesso anche in Italia per il trattamento con exemestane, delle donne in post-menopausa con stato recettoriale ormonale positivo affette da carcinoma mammario tipo HER2/neu negativo, dopo recidive o progressione di malattia e dopo il fallimento della terapia ormonale con inibitori dell'aromatasi non steroidei.

Signifor (nome della molecola pasireotide) invece è destinato a contrastare i tumori dell'ipofisi, dopo fallimento della chirurgia, che portano la Sindrome di Cushing, grave squilibrio ormonale potenzialmente letale e l'acromegalia, una deformazione progressiva di volto e mani. Jakavi (ruxolitinib) per il trattamento della mielofibrosi, neoplasia rara che colpisce il midollo osseo.

Termineranno invece quest'anno la sperimentazione: dovitinib (non ha ancora il nome commerciale) contro il tumore al rene in fase metastatica, Afinitor contro il tumore al seno metastatico tipo Her2+ e Her2-, Jakavi per la policitemia, panobinostat contro il mieloma multiplo.

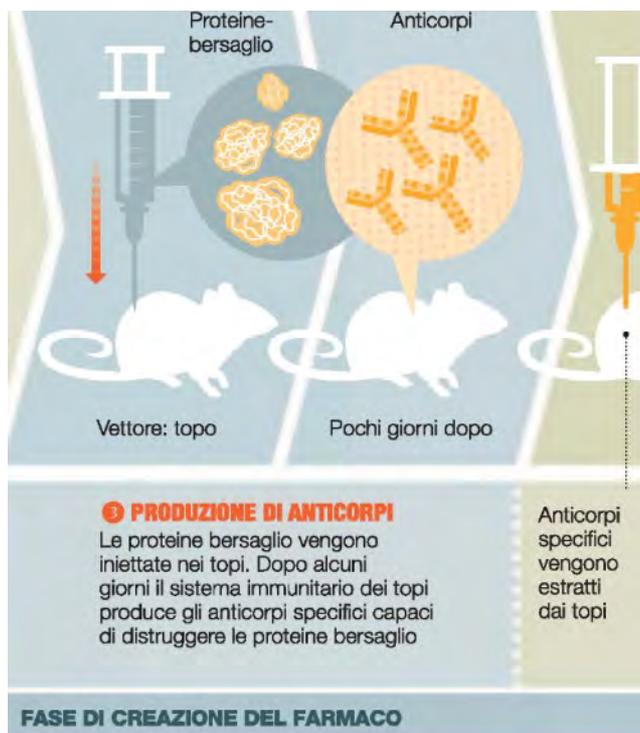
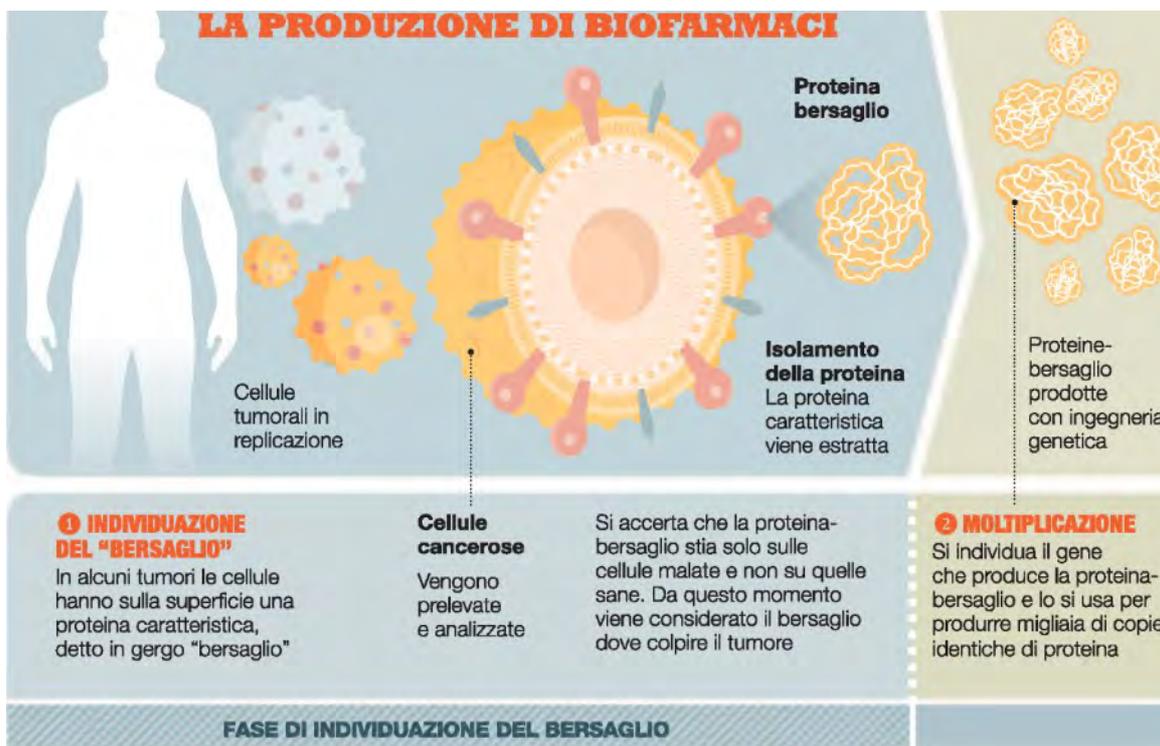
Da Pfizer sono in arrivo: Inlyta (axitinib) contro il carcinoma renale inoperabile in adulti, dopo fallimento di un precedente trattamento con sunitinib o con una citochina; Xalcori (crizotinib) contro il carcinoma polmonare del tipo non a piccole cellule e positivo al test ALK; Bosulif (bosutinib) contro la leucemia mieloide cronica.

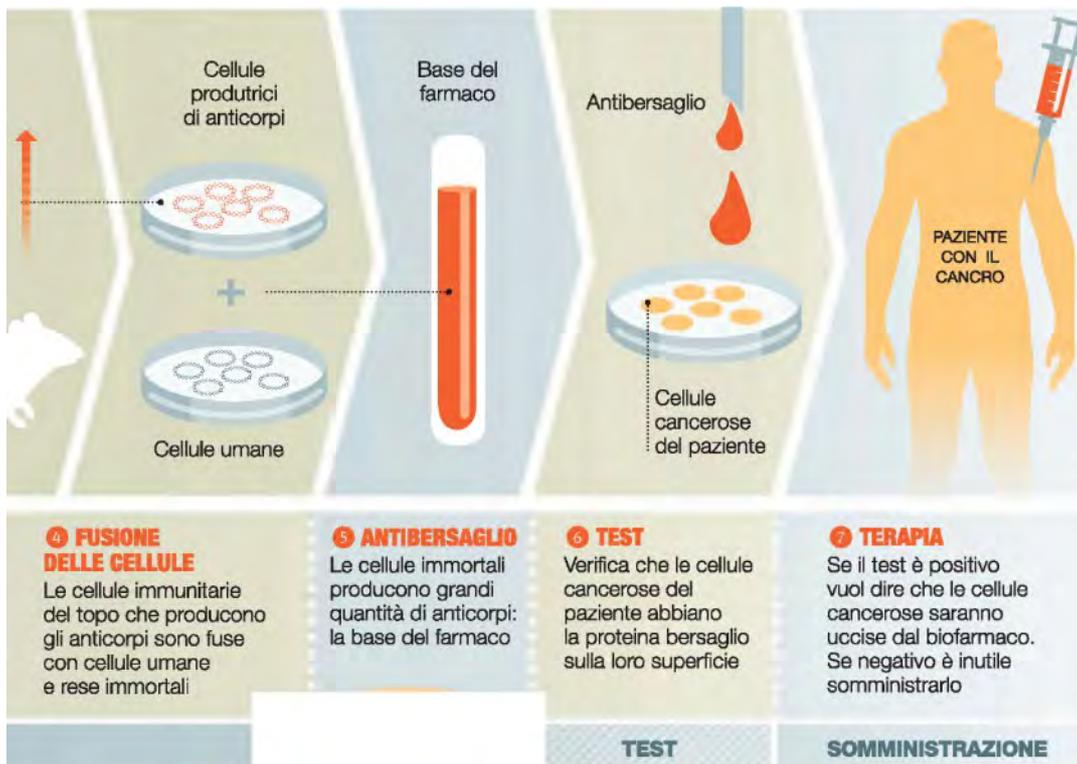
Da Lilly arriva Pemetrexed (nome commerciale Alimta), da usare anche come cura di mantenimento, e non solo iniziale, contro il tumore del polmone del tipo "non a piccole cellule non squamoso". Ha superato la fase sperimentale e dovrebbe arrivare il prossimo anno ramucirumab (non ha ancora un nome commerciale) da somministrare contro il carcinoma gastrico metastatico.

Da Bristol Meyer Squibb arriva ipilimumab (nome commerciale) Yervoy contro il melanoma non operabile o metastatico già trattato. Non ha ancora il nome commerciale elotuzumab che sta dando ottimi risultati contro il melanoma nella sperimentazione.

Da Sanofi è in arrivo aflibercept (Zaltrap) contro il tumore metastatico del colon-retto, da dare con chemioterapia (irinotecano/5-fluorouracile/acido folinico) e che non risponde più alle cure standard.

Infine afatinib di Boehringer-Ingelheim ha terminato la sperimentazione per il trattamento del tumore del polmone non a piccole cellule che da agosto è stata inviata all'ente regolatorio europeo.





## I NUOVI FARMACI CONTRO IL CANCRO

Contrastano la proliferazione incontrollata delle cellule cancerose. I nuovi farmaci sono 13:

**crizotinib**  
molecola  
**XALCORI**  
nome commerciale



**9 farmaci** entrano in commercio nel 2013

**4 farmaci** finiscono i test e arrivano entro il 2014

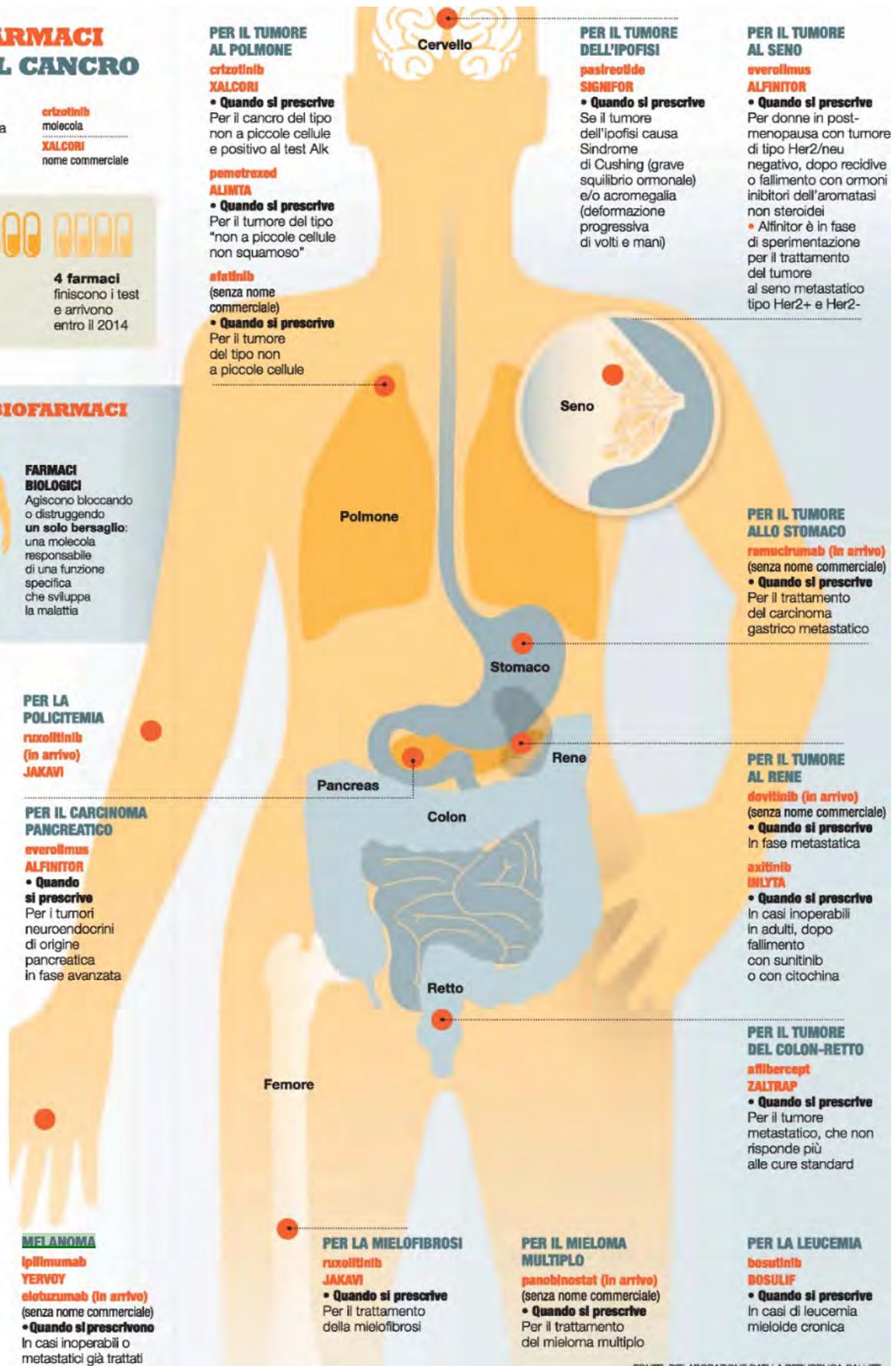
## COSA SONO I BIOFARMACI

Sono farmaci intelligenti, ecco perché:

**FARMACI TRADIZIONALI**  
Svolgono la loro azione terapeutica interferendo con numerosi processi fisiologici allo stesso tempo



**FARMACI BIOLOGICI**  
Agiscono bloccando o distruggendo un solo bersaglio: una molecola responsabile di una funzione specifica che sviluppa la malattia



### PER IL TUMORE AL POLMONE

**crizotinib**  
**XALCORI**  
• Quando si prescrive  
Per il cancro del tipo non a piccole cellule e positivo al test Alk

**pemetrexed**  
**ALIMTA**  
• Quando si prescrive  
Per il tumore del tipo "non a piccole cellule non squamoso"

**afatinib**  
(senza nome commerciale)  
• Quando si prescrive  
Per il tumore del tipo non a piccole cellule

### PER IL TUMORE DELL'IPOFISI

**pasireotide**  
**SIGNIFOR**  
• Quando si prescrive  
Se il tumore dell'ipofisi causa Sindrome di Cushing (grave squilibrio ormonale) e/o acromegalia (deformazione progressiva di volti e mani)

### PER IL TUMORE AL SENO

**everolimus**  
**ALFINITOR**  
• Quando si prescrive  
Per donne in post-menopausa con tumore di tipo Her2/neu negativo, dopo recidive o fallimento con ormoni inibitori dell'aromatasi non steroidei  
• Alfinitor è in fase di sperimentazione per il trattamento del tumore al seno metastatico tipo Her2+ e Her2-

### PER IL TUMORE ALLO STOMACO

**ramucrumab** (in arrivo)  
(senza nome commerciale)  
• Quando si prescrive  
Per il trattamento del carcinoma gastrico metastatico

### PER IL TUMORE AL RENE

**dovitinib** (in arrivo)  
(senza nome commerciale)  
• Quando si prescrive  
In fase metastatica  
**axitinib**  
**INLYTA**  
• Quando si prescrive  
In casi inoperabili in adulti, dopo fallimento con sunitinib o con citochina

### PER IL TUMORE DEL COLON-RETTO

**aflibercept**  
**ZALTRAP**  
• Quando si prescrive  
Per il tumore metastatico, che non risponde più alle cure standard

### PER LA POLICITEMIA

**ruxolitinib**  
(in arrivo)  
**JAKAVI**

### PER IL CARCINOMA PANCREATICO

**everolimus**  
**ALFINITOR**  
• Quando si prescrive  
Per i tumori neuroendocrini di origine pancreaticata in fase avanzata

### MELANOMA

**ipilimumab**  
**YERVOY**  
**elotuzumab** (in arrivo)  
(senza nome commerciale)  
• Quando si prescrivono  
In casi inoperabili o metastatici già trattati

### PER LA MIELOFIBROSI

**ruxolitinib**  
**JAKAVI**  
• Quando si prescrive  
Per il trattamento della mielofibrosi

### PER IL MIELOMA MULTIPLO

**panobinostat** (in arrivo)  
(senza nome commerciale)  
• Quando si prescrive  
Per il trattamento del mieloma multiplo

### PER LA LEUCEMIA

**bosutinib**  
**BOSULIF**  
• Quando si prescrive  
In casi di leucemia mieloide cronica

Si fa sempre più spazio la teoria del microambiente: non più solo mutazione somatica. I casi di cancro che poi non si sviluppano

# Genesis delle neoplasie dalla cellula ai tessuti

**Le varie teorie di Sonnenschein, di Don Ingber e altri forniscono nuove risposte**

**ADRIANA ALBINI \***

Il'interno del corpo di persone adulte, che mai hanno avuto una diagnosi di neoplasia, si annidano spesso piccoli tumori, quasi invisibili, che rimangono lì, senza crescere. Si tratta di un'osservazione pubblicata su riviste scientifiche da diversi anatomo-patologi, che li hanno individuati all'autopsia in persone mancate ad esempio per un incidente stradale. Dobbiamo dunque pensare che in qualche modo l'organismo ha "contenuto" e limitato nel tempo e nello spazio le cellule trasformate, ed esse non sono mai diventate un cancro aggressivo, invasivo e metastatico.

Oltre alle mutazioni somatiche, ovvero le alterazioni che avvengono nel Dna della cellula, trasformandolo, è cruciale anche l'interazione dannosa che si stabilisce tra tumore e ospite e ne favorisce la progressione: perché il tumore insorga, si sviluppi e diffonda a distanza deve crearsi una specie di "associazione a delinquere" tra la neoplasia e il tessuto circostante, il cosiddetto "microambiente". La presenza di radicali liberi, di mediatori di infiammazione, di particolari lipidi, una condizione ormonale, per citare solo alcuni esempi, possono creare un "microambiente" favorevole in cui il tumore può prosperare. Mantenere sano il microambiente significa inventare una strategia di accerchiamento fortificando l'organismo, che faccia "barriera" contro il cancro.

Carlos Sonnenschein, della Tufts University a Boston, appartiene al sempre più folto gruppo di studiosi che ritiene che il cancro non sia "la malattia di una cellula, ma la malattia di un intero tessuto". Per Sonnenschein il tumore è la risultanza del venir meno di un segnale inibitore, proveniente dagli strati di tessuto al di sotto delle cellule epiteliali, lo "stroma" o tessuto connettivo, nel caso di trasformazione oncogenica. I tessuti sono organizzati secondo dei veri e propri rapporti "sociali" e il cancro si forma quando questi vanno perduti. Questa teoria è stata definita Toft (tissue organization field theory), teoria di

campo dell'organizzazione dei tessuti.

Il rapporto tra segnali "geometrici", di tensioni e di forze, come regolatore della genesi del tumore è studiato anche da altri scienziati internazionali che valutano l'impatto dell'organizzazione del tessuto sul tumore. Un'importante teoria che fu portata avanti vent'anni fa dal brillante biologo molecolare americano Don Ingber, dell'équipe di Boston del compianto Judah Folkman, è quella della "tensegrity" o integrità tensionale. La parola Tensegrity è stata inventata dall'architetto Buckminster-Fuller nel 1955 dalle parole tensile ed integrità; caratterizza la facoltà di un sistema a stabilizzarsi meccanicamente e ad acquisire robustezza grazie al modo con cui le forze di compressione e di trazione sono distribuite e bilanciate all'interno della struttura stessa. Secondo Don Ingber il modo in cui si formano gli esseri viventi ha a che fare con l'architettura molecolare e la salute è il mantenimento della struttura e dell'architettura iniziali. Ingber si è interessato soprattutto alla tensegrità presente a livello cellulare: scoprì che le cellule hanno la proprietà di cambiare forma a seconda della geometria del substrato cui sono ancorate; per esempiosi appiattiscono se poste su superficie liscia e rigida ed assumono forma rotondeggiante se poste su superficie flessibile. Modifiche dell'architettura tissutale del microambiente possono favorire la crescita tumorale. Una pubblicazione recente dimostra che cellule di tumore ovarico metastatiche sono più "flessibili", meno rigide, di quelle non metastatiche. Così altri importanti gruppi internazionali (Mina Bissel, Zena Werb e Melanie Weaver, Raghu Kalluri) hanno simile impostazione.

«È da ormai quasi un secolo – commenta Sonnenschein nelle sue numerose lezioni e seminari in giro per il mondo (in Italia, di recente, con la Fondazione Sigma Tau) – che la teoria della Mutazione Somatica (Smt) è l'ipotesi prevalente per spiegare il cancro e le teorie che studiano l'organizzazione tissutale del corpo umano sono altrettanto importanti. Una cellula per quanto trasformata non crescerà se il tessuto circostante non glielo permette. È la nuova medicina della complessità. Approfondire queste teorie potrebbe condurre alla capacità di revertire il processo che porta alla progressione tumorale anche nell'uomo».

\* *Responsabile Ricerca Oncologica MultiMedica Onlus, Milano; Direttore Infrastruttura Ricerca-Statistica IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'ULTIMO GIALLO****I misteriosi Lea di Balduzzi***Carte segretate all'Economia - E i tempi non tornano*

**I**l ministro ha annunciato il 30 dicembre 2012 il via libera ai Lea su malattie rare, cronicità, ludopatie ed epidurale, ma del testo, inviato all'Economia, non c'è traccia. E i tempi non ci sono più: anche se approdasse

alla Stato-Regioni del 24 i governatori hanno già annunciato il loro no e i 30 giorni per l'approvazione d'ufficio scadrebbero con il nuovo Governo.

A PAG. 6

*Il ministro annuncia a fine anno l'aggiornamento su malattie rare, cronicità, ludopatie ed epidurale*

# I Lea che nessuno conosce

## Nessuna traccia dei testi inviati all'Economia - Mancano i tempi tecnici

**B**litz di fine anno del ministro della Salute **Renato Balduzzi**: il 30 dicembre 2012 annuncia di aver approvato l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e di aver trasmesso al ministero dell'Economia il testo per il concerto. Si tratta dell'adempimento dell'articolo 5, comma 1, della legge 189/2012 (quella che ha convertito il decretone Balduzzi) in cui si prevede che i Lea debbano essere aggiornati con Dpcm entro il 31 dicembre 2012 almeno per quel che riguarda malattie rare, cronicità, ludopatie ed epidurale per il parto indolore.

Ma del testo non c'è traccia. Non ce l'hanno le Regioni che dovrebbero esaminarlo per l'intesa, non ce l'hanno i tecnici e le associazioni interessate dalle nuove previsioni, non ce l'hanno le strutture di monitoraggio e controllo del Ssn. E l'arrivo all'Economia dovrebbe anche essere avvenuto in ordine sparso, non con testo unitario, con una serie di documenti divisi, così come furono trasmessi quelli del 2008 mai approvati, ma successivamente scorporati in vari provvedimenti a partire dall'aumento da 43 a 108 per i Drg a rischio di inappropriata.

L'iter poi avrebbe dovuto concludersi e non essere avviato entro il 2012, prevedendo una proposta del ministro della Salute di concerto con l'Economia, l'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, il parere delle compe-

tenti Commissioni parlamentari, tutto entro fine anno: il 31 dicembre doveva essere emanato il Dpcm di approvazione.

Si tratta tuttavia di un termine non perentorio e quindi la procedura potrebbe proseguire anche oltre il limite. Ma ciò potrà difficilmente avvenire e quindi quelli della Salute sembrano destinati a restare - come li ha definiti il presidente della Commissione d'inchiesta sul Ssn, Antonio Palagiano - Lea "virtuali".

L'iter prevede l'espressione del parere parlamentare ma senza un termine preciso (e comunque dovrebbe arrivare, secondo le indicazioni dello stesso ministero della Salute, prima dell'esame in Stato-Regioni). In genere il parere parlamentare sugli atti di Governo non è vincolante: il Governo può procedere con l'adozione dell'atto, decorsi i termini, anche in assenza del giudizio delle commissioni competenti.

Per quanto riguarda l'intesa in Stato-Regioni, la legge che regola l'attività della Conferenza (Dlgs 28 agosto 1997, n. 281) prevede che essa debba essere sancita all'unanimità, entro trenta giorni dalla data della prima seduta in cui è all'ordine del giorno. Decorso tale termine il Governo può procedere all'approvazione d'ufficio. Dopo trenta giorni, però.

Senza considerare il concerto dell'Economia che non è affatto scontato, come dimostra la sto-

ria di tutti i provvedimenti adottati negli ultimi tempi dalla Salute. Inoltre le recenti dichiarazioni del presidente dei governatori Vasco Errani sembrano escludere categoricamente che si possa trovare un'intesa all'unanimità sul tema. «Le Regioni hanno chiesto un confronto con il presidente del Consiglio, Mario Monti, e con il Governo - ha dichiarato Errani subito dopo l'annuncio del ministro sui Lea - sul tema della sostenibilità complessiva del Ssn dopo i tagli della legge di stabilità e delle precedenti manovre finanziarie. La riduzione delle risorse per il 2013 e 2014 rendono infatti, a giudizio delle Regioni, di fatto insostenibile il governo della spesa sanitaria. Per questi motivi abbiamo detto e ripetiamo che ogni ulteriore iniziativa di politica sanitaria, si tratti di standard ospedalieri, di appropriatezza o di ridefinizione dei Lea, deve poggiare su un quadro certo di risorse e, quindi, sul risultato di questo confronto Governo-Regioni. Vanno allora evitate iniziative unilaterali e annunci oggettivamente non realizzabili, soprattutto in un settore delicato come la Sanità. Peralto il lavoro sui livelli essenziali di assistenza deve ancora cominciare il suo iter nella Stato-Regioni e ha bisogno di una condivisione di sistema che conti sulla intesa con il ministero dell'Economia e con le Regioni.

La procedura prevista per l'approvazione dei nuovi Lea ap-

pare impraticabile quindi per mancanza di tempi tecnici. Solo ipotizzando che l'Economia dia subito (entro la settimana) il via libera, che il testo venga inviato alla Stato-Regioni, che questa lo inserisca all'ordine del giorno della prossima seduta (prevista per il 24 gennaio) e che poi si trovi l'unanimità nell'arco della stessa seduta, che, infine, le commissioni parlamentari competenti si esprimano anche a Camere sciolte, i nuovi Lea potrebbero vedere la luce.

Il Governo altrimenti non avrà il tempo di aspettare tutti i passaggi e i 30 giorni per poter esercitare eventualmente i poteri sostitutivi anche perché dal 24 febbraio non ci sarà più. Ed è da escludere l'ipotesi che un nuovo ministro possa riprendere tale quale il testo del suo predecessore: unico caso in cui questi Lea potrebbero essere ripescati - ma non prima di fine primavera, ben lontani quindi dalla scadenza del 31 dicembre 2012 - è una eventuale riconferma di **Renato Balduzzi** al ministero della Salute.

Un altro colpo - per ora - a vuoto quindi della "storia infinita" dell'aggiornamento dei Lea.

**Paolo Del Bufalo  
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Bianco e Silvestro al Senato

**A**medeo Bianco, presidente FnomCeo e **Annalisa Silvestro**, presidente dei Collegi Ispasvi, sono candidati Pd per il Senato alle elezioni del 24 febbraio, entrambi al 4° posto nelle liste, in Sicilia il primo, in Lombardia la seconda. «È il riconoscimento di ruolo e rappresentatività - ha commentato Bianco - nei confronti delle istituzioni ordinistiche e della tutela del diritto alla salute». Candidati Pd anche **Nerina Dirindin**, professore di Scienza delle finanze a Torino, ex assessore alla Sanità della Sardegna e direttore della Programmazione con Rosy Bindi (8° posto in Piemonte) e **Ignazio Marino**, già senatore Pd, candidato per il Senato al 1° posto in Piemonte e al 4° nel Lazio.

Nella lista Monti, invece, sarà candidato come capolista probabilmente alla Camera in Piemonte il ministro **Renato Balduzzi** e sempre in Piemonte nella lista del premier alla Camera anche **Giovanni Monchiero**, ex presidente Fiaso.

## I contenuti della proposta del ministero della Salute

I nuovi Lea approvati il 30 dicembre 2012 dal ministro della Salute sono «una risposta concreta a molte persone e a molte famiglie che soffrono. Anche nelle difficoltà economiche il nostro Servizio sanitario nazionale si dimostra capace di dare risposte concrete», secondo quanto dichiarato dallo stesso Balduzzi.

La priorità di aggiornamento, secondo quanto stabilito dalla legge 189/2012 è alla disciplina di esenzione per le patologie croniche e rare e alle prestazioni di prevenzione e cura della ludopatia e all'epidurale.

Per la formulazione della proposta di aggiornamento è stata creata una rete di referenti regionali, «anche per valutare e tenere in conto l'esigenza di non creare disagi al cittadino e di non rendere difficoltose le procedure amministrative», spiega il comunicato di annuncio del ministero.

Per alcune patologie di particolare complessità sono stati creati specifici gruppi di lavoro che hanno approfondito le problematiche relative alla malattia diabetica, alle malattie dell'apparato respiratorio, alle malattie reumatologiche, nefrologiche e gastroenterologiche, con il coinvolgimento di numerosi specialisti ed esperti.

**Malattie rare e croniche.** Oltre a 110 nuove malattie rare (l'elenco oggi in uso è ancora quello dei Lea 2001 che ha previsto l'istituzione della rete nazionale delle malattie rare con una lista di 583 patologie coperte che salirebbero, quindi, a oltre 700) entrano nei Lea 5 patologie croniche:

- le broncopneumopatie croniche ostrut-

tive (Bpco) al II stadio (moderato), III stadio (grave), e IV stadio (molto grave), comunemente conosciute come enfisema polmonare e broncopneumopatia cronica;

- le osteomieliti croniche, cioè malattie croniche infiammatorie delle ossa;

- le patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min);

- il rene policistico autosomico dominante;
- la sarcoidosi al II, III e IV stadio, cioè malattie che interessano più tessuti e organi con formazioni di granulomi e che comportano problemi polmonari, cutanei e oculari.

Nei Lea entra anche la Sindrome da Talidomide.

**Ludopatia.** L'articolo 5 della legge 189/2012 prevede l'inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia. In attuazione della norma, il provvedimento della Salute include le persone affette da questo tipo di dipendenza tra coloro cui sono rivolti i servizi territoriali per le dipendenze (Sert, Centri diurni ecc.) già attivi nelle Asl, e modifica la definizione del sotto-livello di assistenza, attualmente riportata nel Dpcm 29 novembre 2001 (i Lea, appunto) come «Attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool», riformulandola come «Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze». «Si afferma quindi - spiega il ministero - il principio che le persone con ludopatia hanno diritto ad

accedere al Ssn per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno, al pari dei soggetti con altre forme di dipendenze patologiche, senza che questo comporti ulteriori oneri dal momento che le Regioni non saranno tenute a istituire servizi ad hoc».

**Specialistica ambulatoriale.** Il provvedimento introduce anche misure per favorire l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale con una riduzione degli oneri a carico del Ssn per questo livello di assistenza. In particolare le Regioni dovranno attivare programmi di verifica sistematica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa della specialistica ambulatoriale, attraverso il controllo delle prestazioni prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche e, comunque, di almeno il 5% delle prestazioni prescritte, effettuando cioè un controllo sulle ricette. Per favorire lo svolgimento dei controlli, si prevede l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione, pena la inutilizzabilità della ricetta.

Si forniscono inoltre in un allegato, le «indicazioni prioritarie» per la prescrizione di prestazioni di diagnostica strumentale frequentemente prescritte per indicazioni inappropriate.

**Epidurale.** Viene prevista nei Lea la maggiore diffusione dell'analgia epidurale, prevedendo che le Regioni individuino nel proprio territorio le strutture che effettuano queste procedure e che sviluppino programmi ad hoc per diffondere ancora di più il loro utilizzo.

**ACCORDO STATO-REGIONI**

## Cure ai migranti, le linee per le Regioni

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 20 dicembre 2012 ha definito un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane". Non ci sono novità normative, si tratta di linee guida per una corretta applicazione a livello regionale delle normative vigenti.

Un provvedimento motivato dal fatto che sul territorio nazionale è stata riscontrata una diffomità di risposta in tema di accesso alle cure da parte della popolazione immigrata. In una nota il ministro della Salute, **Renato Balduzzi** spiega che «si è reso necessario realizzare iniziative più efficaci per garantire una maggiore uniformità, nelle Regioni e nelle Province autonome, dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Livelli essenziali di assistenza». Secondo Balduzzi «si sono dovute raccogliere in un unico strumento operativo le disposizioni normative nazionali e regionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati, anche al fine di semplificare la corretta circolazione delle informazioni tra gli operatori sanitari».

Di fatto le Regioni sono gli enti di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute, ma, compito dello Stato è quello di garantire l'equità nell'attuazione di questo diritto sancito dalla Costituzione, svolgendo un ruolo di garante della realizzazione di risposte efficaci ai bisogni di salute di tutti i gruppi di popolazione, particolarmente di quelli vulnerabili, attraverso un costante con-

fronto con le Regioni.

L'accordo prevede l'iscrizione obbligatoria al Ssn dei minori stranieri, anche in assenza del permesso di soggiorno. Per le donne extracomunitarie in stato di gravidanza, il permesso di soggiorno e l'assistenza sanitaria vanno garantiti fino al compimento dei sei mesi del bambino. Non c'è stato alcun prolungamento fino a un anno, come erroneamente comunicato dalle prime note stampa circolate immediatamente dopo l'accordo. Iscrizione obbligatoria al Ssn anche per gli stranieri regolarizzandi e in fase di rilascio del primo permesso di soggiorno.

Garantite agli Stp (Straniero temporaneamente presente) le cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti; previsti anche il rilascio preventivo del codice Stp per facilitare l'accesso alle cure e l'equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice Stp al codice Emi (Europeo non iscritto).

Il ministero della Salute, nel recente riparto dei fondi destinati ai cosiddetti obiettivi di piano ha previsto una cifra vincolata di 30 milioni di euro per la tutela della salute degli stranieri extracomunitari privi di permesso di soggiorno.

«Questo Accordo - sottolinea la Società italiana di medicina per le migrazioni (Simm) - è uno strumento prezioso per l'azione di advocacy perché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali in un'ottica di equità e giustizia sociale».

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**GIOCHI E TERAPIE DI STATO**

**L**ea approvati dal ministero della Salute introducono interessanti novità. Entrano nei Livelli essenziali di assistenza 110 malattie rare, le broncopneumopatie croniche, le patologie renali croniche... È importante la richiesta di maggiore diffusione dell'analgia epidurale, con le Regioni che dovranno inserire nel territorio le strutture per effettuarla e per diffonderla. Così come va sottolineato il provvedimento con misure utili per favorire l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per ridurre quindi le spese sanitarie. Forse però la vera novità riguarda l'inserimento nei Lea delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia, che prevede l'assistenza "alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze". Che il problema esista non v'è dubbio: anche se il gioco è in crisi d'incassi, per decine di migliaia di persone è una gravissima dipendenza. Ma qui nasce un dubbio, perché la ludopatia viene alimentata proprio dallo Stato che incassa parecchi miliardi di euro con il gioco ufficiale. Al dunque lo Stato con la mano sinistra lucra e con la destra vuole curare: paradosso, contraddizione o presa in giro?

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## LE STRUTTURE PRIVATE

## L'ECONOMIA DELLA SANITÀ

di SERGIO HARARI

Partono da lontano i problemi della sanità religiosa cattolica. Un mondo che ha fatto moltissimo in settori dove spesso il pubblico era completamente assente ma che nell'ultimo ventennio è andato avviluppandosi su se stesso. Mancanza di ricambio ai vertici, calo delle vocazioni e incapacità ad aprirsi a serie professionalità esterne, oltre a rapporti opachi con faccendieri di ogni guisa sono i fattori che hanno dominato la scena degli ultimi anni. In molti casi la tonaca è diventata solo un paravento con il quale proteggere il malaffare, taluni sembrano infatti troppo presi dal trascendente per curarsi degli umani bilanci dei loro ospedali.

I casi più eclatanti sono stati quelli del San Raffaele a Milano e quello dell'Idi a Roma ma sono solo le punte di un iceberg. Sono ormai molte le istituzioni religiose cattoliche coinvolte in episodi discutibili e purtroppo nessuna sembra in grado di invertire la rotta, risalire la china e fungere da esempio e traino per le altre.

Gli ordini religiosi che fanno sanità e che affrontano momenti di drammatica crisi economica rischiando fallimenti e buchi di bilancio sono tanti, troppi per non vedere in faccia una realtà che è sfuggita anche al controllo dello stesso Vaticano. I Fatebenefratelli ne sono un altro triste ma inequivocabile esempio, con le difficoltà dell'Isola Tiberina a Roma e il dissesto di altre strutture, come in Lombardia, dove sono stati costretti alla rovinosa vendita di due importanti ospedali, uno dei quali dato in passato in gestione agli

stessi faccendieri responsabili degli scandali di San Raffaele e Fondazione Maugeri.

Eppure la sanità religiosa cattolica ha fatto grandi cose, nelle missioni in Paesi poveri e lontani (basti ricordare gli ospedali psichiatrici proprio dei Fatebenefratelli in Africa, dove i matti altrimenti finirebbero per fare gli stregoni o verrebbero bruciati come indemoniati), ma anche in Italia, si pensi alla Fondazione don Gnocchi e al suo lavoro straordinario per gli handicappati. Un patrimonio di vocazioni, cultura e generosità che non può andare così sprecato e buttato al vento, che va ripensato. Ma per recuperarlo è prima di tutto necessario riconoscere che il problema esiste, non far finta di nulla girandosi dall'altra parte.

Bisogna avviare una difficile opera di risanamento, non solo economico ma anche gestionale e di persone, introducendo moderni approcci di management sanitario e accettando l'immissione in ruoli chiave di professionisti, anche laici, purché competenti, selezionati con serietà e non in base a logiche intellegibili ai più e spesso personalistiche.

Questo non vuol dire venire meno ai sani valori di rispetto per il malato e per gli operatori sanitari, ma anzi vuole evitare le ipocrisie che hanno condotto a dismissioni e licenziamenti delegate a terzi.

Il Vaticano sembra consapevole della necessità di affrontare anche questo difficile nodo, ma è vittima dei propri tempi anacronistici, che spesso poco hanno a che fare con la modernità del mondo, e delle proprie complicate logiche interne.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Influenza, malati raddoppiati in una settimana

ROMA L'influenza accelera: in una settimana i malati sono raddoppiati. I virus in circolazione sono tre: sette giorni fa i casi di influenza erano 200mila, ora sono diventati poco più di 400mila in tutta Italia. Una situazione che conferma le ipotesi avanzate in autunno dagli infettivologi: alla fine della stagione si ammaleranno tra i 5 e i 6

milioni di italiani. E dunque ipotizzabile che nei prossimi mesi saranno colpiti dall'influenza un adulto su dieci e un bambino su tre. E il dieci per cento delle assenze dal lavoro, da ora alla metà di marzo, saranno causate proprio dall'epidemia stagionale.

Massi e Pompetti a pag. 10

# L'influenza accelera malati raddoppiati

**NEI PROSSIMI MESI SI AMMALERANNO UN ADULTO SU 10 E UN BAMBINO SU 3 I PIÙ PICCOLI AVRANNO L'OTITE**

► I virologi: c'è il rischio che l'infezione muti come quella americana

### L'EPIDEMIA

ROMA Tre virus in circolazione e poco più di quattrocentomila persone con l'influenza. Una settimana fa erano duecentomila. Il raddoppio dimostra la velocità con la quale si sta diffondendo il contagio. Tra gli adulti e i bambini. Questa situazione conferma le ipotesi avanzate, in autunno, dagli infettivologi: alla fine della stagione sia ammaleranno tra i 5 e i 6 milioni di italiani. Si parla, comunque, di «media gravità». Nonostante l'ombra del virus, probabilmente, mutato che ha messo in ginocchio gli Stati Uniti, l'A/H3N2.

### LE ANALISI

«Anche da noi è in giro questo virus - spiega Aurelio Sessa, medico sentinella per l'influenza della Società italiana di medicina generale - ma non abbiamo nessun segnale che possa preoccupare. Le analisi compiute attraverso i prelievi con il tampone faringeo ci rivelano che solo il 17% dei pazienti sono stati colpiti da questo ceppo. La prevalenza è a letto per un altro virus, già previsto e nel vaccino stagionale, il B. E' sicuramente da rilevare la rapidità con la quale stanno crescendo i casi in Italia». Nel caso in cui i medici sentinella e le statistiche dell'Istituto superiore di sanità rilevassero cambiamenti importanti nella diffusione dell'epidemia scatterebbe lo stato di allerta. Che, al momento, non c'è. Anche perché gli stessi laboratori americani non hanno certezze sull'identikit di questo virus probabilmente mutato in modo aggressivo. E' ipotizzabile, comunque, che nei prossimi mesi accada questo, come si legge in uno studio della Società italiana di medicina generale: si ammaleranno di influenza stagionale un adulto su dieci e un

bambino su tre. Tra i più piccoli, uno su tre svilupperà un'otite acuta e due su cento dovranno essere ricoverati. E ancora: il dieci per cento delle assenze da ora alla metà di marzo si dovranno proprio all'epidemia stagionale. Da noi la durata media di assenza dal lavoro è di 4,8 giorni. Un po' meno, dunque, di quanto dura un'influenza che supera i cinque giorni: la febbre, infatti, scende intorno alla quarta giornata.

### IL CONTAGIO

«Proprio perché i contagi sono così veloci - aggiunge Sessa - è bene sapere che un adulto, dal momento in cui entra in contatto con il virus, resta infettivo per tre o quattro giorni. Mentre i bambini rimangono portatori di infezione anche otto giorni dopo che la febbre e



i sintomi sono scomparsi. Sapere questo serve a prendere le precauzioni. A restare a casa appena si presenta il rialzo della temperatura e i sintomi della malattia». I medici si dicono, oggi, più preoccupati del numero dei pazienti colpiti che non del profilo dei virus che stanno circolando in questo periodo. Questo perché, oltre al fatto che non ci sono segnali che destino allarme, ci si potrebbe trovare a fronteggiare una situazione di generale emergenza nei reparti e nei pronto soccorso. «E' necessario mantenere alta la soglia d'attenzione grazie alla rete di sorveglianza - ripete il medico - perché l'Europa potrebbe trovarsi in una situazione di emergenza se il virus A/H3N2, quello prevalente negli Usa, diventasse il più diffuso».

**LE INFEZIONI**

Il quadro delle infezioni di questo periodo è, comunque, più complesso. Gli italiani potranno essere colpiti da altri innumerevoli virus parainfluenzali o simil-influenzali che provocano problemi respiratori sovrapponibili a quelli dell'influenza. Anche se meno gravi. Febbre superiore ai 38,5 gradi a insorgenza repentina, sintomi respiratori (tosse, naso chiuso, mal di gola), dolori muscolari, mal di testa, stanchezza: se questi tre elementi non si presentano contemporaneamente, dicono gli infettivologi, si tratta di un sindrome respiratoria acuta causata da tutti i virus respiratori e da batteri che nulla hanno a che vedere con l'influenza stagionale.

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le persone a rischio**

LE CATEGORIE DI PERSONE CHE POSSONO ESSERE A RISCHIO DI COMPLICANZE QUALORA CONTRAGGANO L'INFLUENZA A



**A** Persone affette da malattie croniche respiratorie, cardiovascolari (esclusa l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete, HIV e immunodepressi per cause naturali o indotte da farmaci



**B** Bambini di età inferiore a due anni



**C** Donne in gravidanza o allattamento



**D** Persone affette da asma in trattamento



**E** Obesi con Indice di Massa corporea superiore a 30

Fonte: ministero della Salute - ECDC



**Causa**

Virus (genere Orthomyxovirus) che infettano le vie aeree (naso, gola, polmoni)

**Variabilità**

I virus influenzali tendono a mutare aggirando le barriere immunitarie. L'influenza può così colpire ripetutamente la popolazione e causare ricorrenti epidemie

ANSA-CENTIMETRI

# «Evitate di andare al pronto soccorso»

## «TRE GIORNI A LETTO SONO D'OBBLIGO SI FA ANCORA IN TEMPO A VACCINARSI»

Pierluigi Bartoletti  
segretario Fimmg

### I CONSIGLI

L'influenza ha preso la rincorsa, Pierluigi Bartoletti, segretario regionale dei medici di famiglia, invita a far riferimento al numero verde già in funzione, agli studi e agli ambulatori dedicati senza intasare inutilmente il pronto soccorso, «dove tra l'altro si rischia di essere contagiati, come in tutti i luoghi affollati».

Ha una serie di consigli da dare alla popolazione per fronteggiare l'influenza o se possibile evitarla. «Per esempio: chi soffre di malattie croniche eviti di prendere antibiotici e antipiretici per uscire di casa. L'influenza è una malattia seria, in particolare per le sue complicanze di natura polmonare».

### NON USCIRE

E ancora, è bene ricordare il famoso detto «la malattia deve fare il suo corso». Vuol dire che «l'antipiretico, non guarisce dall'influenza ma ne attenua i sintomi. E' quindi una mossa molto poco intelligente quella di prendere farmaci e poi uscire o continuare a lavorare, sovraccaricando l'organismo indebolito con altri sforzi: insomma sono necessari in caso di malattia minimo tre giorni di riposo, la convalescenza dura il doppio della malattia, la piena forma si riacquista dopo almeno sei giorni dalla fine dell'influenza. Se si riprende a uscire e lavorare conviene farlo con cautela, senza esagerare con gli sforzi. Tre giorni di passione sono d'obbligo, purtroppo».

### INUTILE COPRIRSI

«I più fragili restano comunque gli anziani e i bambini - continua il segretario regionale della Fimmg - in ogni caso, consiglio poi di evitare di coprirsi troppo, «imbaccuccarsi» dentro casa, e magari sotto le coperte, con cappelli e maglie. Perché in questo modo la temperatura aumenta ancora di più».

Durante il picco previsto tra una decina di giorni, se possibile è bene anche evitare di frequentare locali troppo affollati, «pub, cinema, discoteche e pronto soccorso»; un'altra buona abitudine in questo periodo «respirare con il naso e non la bocca; vestirsi a "cipolla" ovvero a strati in modo da evitare freddate di vario tipo; bere molto, specie gli anziani».

Nel caso ad ammalarsi siano bimbi molto piccoli, sotto i sei anni, è bene evitare di somministrare loro dei farmaci che contengono aspirina anche se la febbre è molto alta».

### L'INVITO

Per ora a Roma non è stato isolato il virus più pericoloso, quello americano, la conferma arriva dai sintomi e dalle persone colpite dalla malattia in questi giorni. Ma resta l'allerta. I dati sull'influenza sono quelli che registrano i medici sentinella sul territorio, anche le chiamate al numero verde sono per ora più legate all'influenza gastrointestinale che al virus di tipo B.

Per questo Maria Corongiu, vice segretario vicario della Federazione italiana medici di medicina generale, fino all'ultimo ripete: «Invito la popolazione, mi riferisco a chi può, a vaccinarsi ancora. Ci sono ancora dei giorni utili, si può cercare di farlo, evitando così il picco previsto a fine gennaio».

R.Tro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# «Un virus trasformato e più aggressivo»

**«IN ITALIA  
NESSUN  
SEGNALE  
DI ALLARME»**

## L'INTERVISTA

**ROMA** Potrebbe essere colpa della mutazione di un virus influenzale. Potrebbe essere che quell'A/H3N2 atteso con un certo identikit si è, invece, presentato con connotati diversi. Con connotati più aggressivi. Che stanno fiaccando 47 Stati. «Non c'è da stupirsi se quel virus ha subito una mutazione. E' prevedibile, accade sempre». Maurizio Sanguinetti, direttore dell'istituto di Microbiologia alla Cattolica di Roma dice di non essere stupito se «qualcosa è cambiato».

**Il Centro per lo studio delle malattie americano si è detto sorpreso per questo contagio così repentino e così diffuso. Dunque potrebbe essersi trattato davvero di una mutazione del virus?**

«E' l'ipotesi scientificamente più plausibile. Anche negli Stati Uniti oltre il sessanta per cento della popolazione si è vaccinata. L'infezione potrebbe avere connotati diversi da quelli attesi».

**E' così frequente un cambio di identità?**

«Per questi virus sì. Nel momento della replicazione, chiamo di spiegare in poche parole, si potrebbe presentare un'anomalia.

Ed è questa che poi determina il profilo diverso».

**In questo caso la segnalazione avviene perché il virus è diventato più cattivo rispetto alle previsioni?**

«Esatto. Le mutazioni sono innumerevoli e molte non sono neppure rilevate perché non cambiano il quadro dell'epidemia. In questo caso, invece, ci si trova a dover dare un perché all'emergenza».

**Come si fa ad essere certi che gli americani ora sono colpiti da un'infezione diversa da quella per la quale si sono vaccinati?**

«Nei laboratori adesso si sta lavorando sul genoma del virus. Si faranno i confronti tra quello originale e quello che ha colpito la maggioranza dei pazienti».

**Vista la velocità con la quale viaggiano le epidemie è plausibile temere che questo virus arrivi anche da noi?**

«Al momento non ci sono avvisaglie. Ma certo è che nel momento in cui negli Stati Uniti daranno le risposte all'emergenza per tutti sarà più facile affrontare l'eventuale attacco. E non è detto che il virus arrivi fin qui. Dove, in forma limitata, abbiamo quello cosiddetto originale».

**C.Ma.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Maurizio Sanguinetti**  
docente di  
Microbiologia



# New York in ginocchio caccia alle medicine

## L'EMERGENZA

**NEW YORK** Ancora una volta in fila, in attesa di razioni che potrebbero essere esaurite. I newyorkesi si sono appena riavuti dalla logorante attesa alle pompe per il pieno di benzina, dopo che l'uragano Sandy aveva tagliato gli approvvigionamenti alla città. Ora è la volta del vaccino per l'influenza, introvabile dopo che il governatore dello stato di New York ha dichiarato lo scorso venerdì lo stato di emergenza sanitaria per tutta la città. I pazienti che sono stati contagiati dal virus, e quelli che temono di esserlo, passano la giornata da una farmacia all'altra, in attesa che le dosi del vaccino Tamiflu contro il ceppo H3N2 sia disponibile. È più facile trovare spray nasali che contengono la cultura immunizzante, ma lo stesso Centro per il controllo delle malattie ha dovuto ammettere che la sua efficacia, alta tra i bambini fino ad otto anni, è molto più limitata nella popolazione adulta, con una protezione di appena il 62%.

## LE SCORTE

Personale straordinario è stato richiamato al lavoro durante il fine settimana, ma il problema principale restano le scorte, tutte assottigliate dalla pesante domanda. Spesso la fila si interrompe all'annuncio dell'ultima dose disponibile, e poi si ricompone presso i negozi che hanno appena ricevuto

una nuova consegna. «Il problema è che la produzione dei vaccini procede ancora in modo arcaico» si è lamentato il direttore dell'Istituto nazionale per la salute Francis Collins. Fino a pochi mesi fa l'unico modo legale di fabbricazione era la coltura di uova di gallina, un processo che richiede dai 6 ai 9 mesi, e che spesso può essere aggiornato solo dopo l'identificazione di un nuovo ceppo virale che è alla base di un'epidemia. Dallo scorso novembre le autorità sanitarie statunitensi hanno autorizzato per la prima volta la sostituzione con cellule umane, che abbreviano i tempi di produzione. Il dottor Collins si augura che su questa strada si possa arrivare alla realizzazione di nuovi vaccini che possano immunizzare per periodi più lunghi. Ma nel frattempo ospedali e dottori lottano con i mezzi a disposizione, che si stanno rivelando ancora una volta insufficienti di fronte all'aggressività del virus. È diventato molto difficile persino farsi visitare: gli studi sono intasati di pazienti, e i primi appuntamenti disponibili sono fissati con settimane di ritardo. Il Cdc assicura che il picco è stato già oltrepassato, e che in alcune aree del paese l'epidemia è già in fase di regresso. Ma gli Stati della East Coast dove la diffusione è stata rapida e precoce, sono ancora di fronte a numeri che continuano a crescere.

**Flavio Pompetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tra pausa pre-elettorale e formazione del nuovo Governo raffica di misure potenzialmente in bilico

# L'agenda delle scadenze in sospeso

Da attuare oltre cento tra intese e decreti, ma tutto partirà in ritardo dopo primavera

**L**e elezioni del 24 febbraio rischiano di mandare a lungo in stand by oltre cento adempimenti scritti nelle leggi che negli ultimi anni hanno riguardato la Sanità e che sono tutte fissate per il 2013. Circa 50 scadenze da rispettare, oltre 25 tra accordi e intese in Stato-Regioni e Unificata

da raggiungere, decine di provvedimenti tra decreti attuativi (ministeriali e interministeriali), Dpcm, regolamenti e Dpr, tra cui cure primarie, intramoenia, revisione del prontuario farmaceutico, responsabilità medica, Lea, ticket che ora rischiano rinvii anche pesanti.

A PAG. 2-3

## Oltre cento le scadenze da rispettare

**74.797**

Medici del territorio tra generalisti, pediatri specialisti e guardie mediche

**11,27**

I miliardi spesi nel 2011 per i medici dell'assistenza territoriale

**115.413**

Medici, veterinari e odontoiatri dipendenti da Asl e ospedali

**8.717**

I dirigenti di struttura complessa nel 2011

**1,14**

Miliardi di entrate nel 2011 per la libera professione intramoenia

**859**

I direttori generali, sanitari, amministrativi e dei servizi sociali nelle aziende del Ssn

Circa 50 scadenze da rispettare, oltre 25 tra accordi e intese in Stato-Regioni e Unificata da raggiungere, decine di provvedimenti tra decreti attuativi (ministeriali e interministeriali), Dpcm, regolamenti e Dpr. Il quadro dell'attività sanitaria che le ultime manovre hanno affidato al 2013 è più che denso di appuntamenti, molti dei quali - cure primarie, intramoenia, revisione del prontuario farmaceutico - hanno il sapore di vere e proprie riforme.

Non solo. Ad appesantire il carico di aspettative per un'annata ancora all'insegna della crisi (non solo economica) ci sono anche i lasciti dal precedente Governo. Misure di cui forse i cittadini non hanno più memoria (ma le Regioni certamente sì) verranno al pettine e dovranno trovare modalità attuative proprio nel 2013 per arrivare puntuali all'operatività richiesta per il 2014.

L'esempio eclatante è quello dei nuovi ticket cui la manovra-bis Berlusconi-Tremonti ha affidato il compito di drenare circa 2 miliardi dalle tasche dei cittadini. Volendo - ma qui la cosa si fa più complessa - tra le eredità ancora più vecchie c'è anche l'oscura faccenda dei Lea. Nati nel 2001 attendono da dieci anni di essere aggiornati: dopo il tentativo dell'allora ministro della Salute, Livia Turco, di produrre una nuova versione subito stoppata dall'Economia (era il 2008), stavolta ci ha riprovato Balduzzi.

L'annuncio tra Natale e Capodanno dell'invio di un aggiornamento (peraltro parziale: malattie rare e cronicità, ludopatie ed epidurale) all'Economia non ha per ora riscontro in testi ufficiali. E il dubbio che

anche questo argomento possa diventare pane per il prossimo ministro e il prossimo Governo è più che mai fondato (cfr. pag. 6).

Un appuntamento in più, tra i tanti mancati (o incompiuti) della legislatura guidata dal Governo tecnico. Anche in questo caso un esempio eclatante per tutti: la riforma degli Ordini, due volte sepolta con la sfortunata navetta "Omnibus".

Temi scottanti che tuttavia dovranno forse cedere il passo a misure dotate di scadenze pressanti e quasi certamente irrealizzabili: entro marzo il castelletto della tracciabilità per la "nuova" intramoenia; entro maggio l'entrata in scena delle cure primarie h24 e i pagamenti bancomat in tutte le strutture sanitarie; entro giugno le regole sulla Re medica, la nuova remunerazione di farmacie e grossisti, l'accordo (niente affatto scontato) sui tagli alla rete ospedaliera, la ripulitura del Prontuario farmaceutico, la definitiva entrata in scena della ricetta elettronica e l'addio al vecchio foglietto rosa sinonimo di Ssn.

E per finire, il rebus del nuovo riparto - il primo a modello federalista - di cui si discute da almeno un paio d'anni senza aver sciolto ancora il nodo del benchmark. Un'agenda da perderci la testa. E da mettersi le ali ai piedi. Soprattutto perché le elezioni del 24 febbraio congelano tutte le scadenze fino a primavera. E il Ssn (le Regioni, i malati, i medici e così via) dovrà andare avanti. Con o senza riforme. Speriamo che se la cavi.

Paolo Del Bufalo, Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Tetti di spesa

**Dal 2013** il tetto della **farmaceutica** territoriale è fissato all'11,35% del Fsn e quello dell'ospedaliera al 3,5%: per quest'ultima l'eventuale extratetto sarà metà a carico delle aziende e metà a carico delle Regioni in rosso. **Spending review** (L. 135/2012, art. 15) Il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici è ridotto al 4,8 per cento per il 2013 e al 4,4% per il 2014. Il Fsa è ridotto di 600 milioni per il 2013 e di 1 miliardo dal 2014. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, art. 1, c. 131 e 132)

## Manager

Dovrà essere completato **entro febbraio** il primo aggiornamento degli elenchi regionali degli idonei a ricoprire la carica di direttori generali di Asl e ospedali azienda da cui le Regioni saranno obbligate ad attingere i manager del Ssn. **Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 4)

## Prontuario svecchiato

**Entro il 30 giugno** l'Aifa dovrà completare una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale facendo slittare in Fascia C (a pagamento) i prodotti superati. La rimborsabilità di un prodotto delistato potrà essere concessa solo per il completamento delle cure in corso. **Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 11)

## Sanità digitale

**Dal 1° gennaio** la conservazione della cartella clinica può essere effettuata senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica anche solo in forma digitale, mentre **entro giugno 2013**, Regioni e Province autonome provvederanno alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico. Sempre entro la prima metà dell'anno un decreto interministeriale stabilirà le modalità tecniche di produzione, distribuzione e gestione del documento unico d'identità e tessera sanitaria e un Dpcm regolerà la trasmissione telematica della certificazione di malattia necessaria al genitore per fruire dei congedi per la malattia del figlio. **Entro 90 giorni** dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto sviluppo bis saranno definiti i contenuti e le modalità di implementazione del Fascicolo sanitario elettronico. **Decreto «sviluppo bis»** (L. 221/2012, articolo 13)

## Competenze regionali

**Dal primo gennaio 2013** sono trasferite alle Regioni le competenze in materia di assistenza indiretta e di mobilità sanitaria internazionale: il trasferimento sarà disciplinato con regolamento Salute-Economia **entro il 30 aprile**. I risparmi quantificati per il 2013 ammontano a 22 milioni di euro. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, articolo 1, commi 81-87)

## Farmacovigilanza

In armonia con le normative comunitarie, ciascun titolare all'immissione in commercio di un prodotto farmaceutico dovrà nominare un responsabile per la farmacovigilanza. Un Dm non regolamentare Salute-Affari europei-Esteri-Sviluppo da emanare **entro febbraio** aggiornerà tra l'altro le procedure operative per la comunicazione delle reazioni avverse, le restrizioni d'uso, le procedure ispettive agli stabilimenti, i compiti dell'Aifa, le procedure d'emergenza. Le omissioni di comunicazione di rischi a Ema e Aifa da parte del titolare di Aic saranno punite con la sanzione da 20mila a 120mila euro. (Dir. 84/2010 Ue - "salvafrazioni"). **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, art. 1, commi 342-348)

## Pay back farmaceutiche

Slitta al **30 giugno** la scadenza della norma che consente alle farmaceutiche di evitare il taglio del 5% ai listini versando il corrispondente importo nelle casse regionali. Il termine può essere ulteriormente prorogato al **31 dicembre 2013** tramite Dpcm con l'Economia. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, art. 1, commi 388 e 394)

## Ludopatie

In vigore **dal 1° gennaio** la norma che impone l'obbligo di esporre le avvertenze sul rischio di dipendenza dai giochi con vincite in denaro (a esempio gratta e vinci) nonché le relative probabilità di vincita: dovranno essere applicate anche sui videotermini ed esposte nelle sale scommesse. Nei locali interessati dovrà essere esposto anche il materiale informativo predisposto dalle aziende sanitarie locali sui rischi collegati al gioco. Previsto per fine maggio l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni per le ludopatie. **Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 7) **Rinviato invece al 30 giugno** il termine per l'adozione del decreto interdirigenziale su prevenzione, contrasto e recupero. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, articolo 1, comma 388)

## Cure primarie H 24

**Entro maggio 2013** le convenzioni dei medici di famiglia, pediatri e specialisti dovranno essere adeguate alle nuove norme in tema di assistenza primaria stabilite dal decreto Balduzzi che prevede servizi sanitari attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7, grazie all'aggregazione tra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed ex guardia medica, basata anche sul ruolo unico dei generalisti. **Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 1)

## Sperimentazioni cliniche

**Entro giugno 2013** le Regioni dovranno provvedere alla riorganizzazione della rete dei propri comitati etici, incaricati di valutare i protocolli di ricerca decidendone la conferma anche in base alla capacità operativa pregressa dimostrata dagli organismi. **Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 10)

## Moneta elettronica

**Dal 1° giugno** Asl e gestori di pubblici servizi nei rapporti con l'utenza sono tenuti ad accettare i pagamenti a essi spettanti, anche con l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. **Decreto «sviluppo bis»** (L. 221/2012, articolo 15)

## Verifiche anti-fannulloni

Un Dm Salute-Lavoro-Economia da emanare **entro febbraio** disciplinerà una verifica straordinaria annuale sul personale sanitario destinato a mansioni di minore aggravio in quanto inidoneo. Il lavoratore che risultasse non avere diritto all'inidoneità sarà ricollocato dall'azienda sanitaria a svolgere la propria mansione specificando la priorità alla riassegnazione nell'ambito dell'assistenza territoriale. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, articolo 1, comma 88)

## Sicurezza trapianti

Un Dm non regolamentare della Salute fisserà **entro giugno** criteri e procedure per la gestione di tutte le attività connesse ai trapianti d'organo prevedendo norme su qualità, sicurezza e controlli per tutte le fasi del processo, dalla donazione all'eliminazione in armonia con le normative comunitarie. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, articolo 1, comma 340)

## Risparmi su beni e servizi

**Da gennaio** i contratti in essere per le forniture di beni e servizi (**farmaci esclusi**) dovranno essere ridotti del 10 per cento: Regioni e Pa potranno però conseguire l'obiettivo con misure alternative a patto che assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario. Il diritto di recesso dal contratto poco conveniente per la Pa - introdotto dalla cosiddetta spending review (L. 135 dell'agosto 2012) - vale solo per i contratti "autonomi", senza coinvolgimento della Consip, e non si applicherà se esso prevede prezzi più bassi rispetto a quelli che sarebbero garantiti tramite quest'ultima. Un decreto non regolamentare dell'Economia individuerà **ogni anno entro il 31 marzo** le categorie di beni e servizi e la soglia al superamento della quale il ricorso alla piattaforma Consip sarà obbligatorio. **Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, art. 1, commi 131-133 e 151-158)

## Intramoenia

Le Regioni dovranno provvedere alla ricognizione straordinaria degli spazi per consentire l'attività libero-professionale intramoenia, potendone prevedere anche l'affitto o l'acquisto da privati non accreditati, l'uso in convenzione presso altre strutture pubbliche ovvero l'autorizzazione a esercitare in studi collegati in rete e dotati di apparecchiature tali da monitorare prestazioni, pagamenti e tariffe: l'infrastruttura di rete per la tracciabilità dovrà essere predisposta **entro il 31 marzo**.

**Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 2)

## Rc medica

Per agevolare l'accesso alla copertura assicurativa anche dei camici bianchi appartenenti alle specializzazioni a più alto rischio, un Dpr disciplinerà **entro il 30 giugno** procedure e requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti assicurativi: **dal 13 agosto 2013** i medici dovranno essere pronti a rendere noti estremi della polizza e massimali ai clienti.

**Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 3)

## Bibite a norma

**Entro agosto 2013** bibite analcoliche a base di frutta e bevande con nomi di fantasia dovranno contenere almeno il 20 per cento di succo di frutta: le scorte non a norma dovranno essere commercializzate e smaltite entro il mese di settembre (se verrà recepita la relativa direttiva).

**Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 8)

## Remunerazione farmacie

Slitta al **30 giugno** l'adozione di un nuovo metodo di remunerazione delle farmacie per la distribuzione dei **farmaci** concessi a carico del Ssn superando l'attuale meccanismo in percentuale sul prezzo al pubblico.

Il termine può essere ulteriormente prorogato al **31 dicembre 2013** tramite Dpcm con l'Economia.

**Legge di Stabilità** (L. 228/2012, art. 1, commi 388 e 394)

## Verifiche sulle invalidità

Affidato all'Inps il piano straordinario di verifica della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali nei confronti dei beneficiari di invalidità, handicap e disabilità.

Le verifiche saranno 150mila **tra il 2013 e il 2015**.

**Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, articolo 1, comma 109)

## Importazione di plasma

Per la produzione di emoderivati da commercializzare extra-Ue basterà una notifica corredata dai documenti autorizzativi per importare plasma e intermedi provenienti da centri di Paesi terzi ma allocati negli Usa e in Canada e approvati dalla competente autorità statunitense.

**Legge di Stabilità 2013** (L. 228/2012, art. 1, c. 136).

La norma è sospesa fino a **giugno** in attesa di un decreto ministeriale attuativo (ordinanza Balduzzi).

## Lotta al tabagismo

Stretta sul fumo under-18: **dal 1° gennaio** chi vende tabacchi dovrà chiedere all'acquirente un documento d'identità salvo in caso di età manifesta e tutti i distributori automatici di sigarette dovranno avere sistemi di rilevazione dei dati anagrafici dell'acquirente: la sanzione può arrivare a 2mila euro e alla sospensione per tre mesi della licenza in caso di recidiva.

**Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 7)

## Riparto federalista

**Nel 2013** è atteso il primo riparto federalista del fondo sanitario, ma mancano ancora le tre Regioni benchmark che secondo il recente Dpcm approvato d'ufficio (senza intesa con le Regioni) dal Governo dovrebbero essere scelte tra Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e Toscana, nessuna del Sud, quindi. Le Regioni hanno già chiesto al ministero la relativa proposta.

**Federalismo fiscale** (Dlgs 68/2011, art. 27, commi 5 e 12)

## Precari in proroga

Previo accordo sindacale sono prorogati fino al **31 luglio** i contratti di lavoro subordinato a tempo determinato che hanno superato il limite dei 36 mesi.

I precari con almeno tre anni di servizio nella Pubblica amministrazione potranno contare anche su una riserva del 40% dei posti a concorso. Possibile anche una selezione per titoli ed esami per valorizzare l'esperienza lavorativa svolta.

**Legge di Stabilità** (L. 228/2012, art. 1, c. 400-401)

## I Lea del mistero

Secondo il decreto Balduzzi la partita dei Lea doveva essere chiusa **entro la fine del 2012**. La Salute ha dichiarato invece di aver inviato a fine anno all'Economia un testo che aggiorna i Lea per le malattie rare, prevede alcune nuove cronicità, introduce misure per le ludopatie e la gratuità per l'epidurale, ma è solo il primo passaggio: il percorso prevede ancora il parere delle commissioni parlamentari e l'intesa con le Regioni.

**Legge «Balduzzi»** (L. 189/2012, articolo 5)

## Standard ospedalieri

Da attuare il taglio dei posti letto a 3,7 per mille abitanti (di cui 0,7 per la lungodegenza) secondo il regolamento scritto da Salute ed Economia che le Regioni però subordinano a chiarimenti sulle risorse.

Il termine per il recepimento da parte delle Regioni dei nuovi standard è a **metà 2013**, mentre quello fissato per l'entrata in vigore del limite minimo di 60 posti letto per l'accreditamento delle strutture di ricovero private è **gennaio 2014**.

**Spending review** (L. 135/2012, art. 15, c. 13, lettera c)

## Immobili negati per il Ssn

**Da gennaio 2014** gli enti del Ssn potranno acquistare immobili solo se ne saranno comprovate documentalmente indispensabilità e indilazionabilità attestate dal responsabile del procedimento. La congruità del prezzo previo rimborso delle spese dovrà essere attestata dall'Agenzia del demanio che pubblicherà i relativi dati sul proprio sito internet. Delle predette operazioni è data preventiva notizia, con l'indicazione del soggetto alienante e del prezzo pattuito, nel sito internet istituzionale dell'ente.

**Legge di Stabilità** (L. 228/2012, art. 1, c. 138)

## Fondo rotazione Regioni

Per le Regioni in situazione di squilibrio finanziario che abbiano adottato un piano di stabilizzazione finanziaria viene creato un Fondo di rotazione con una dotazione di 50 milioni di euro: servirà a concedere anticipazioni di cassa per il graduale ammortamento di disavanzi e debiti fuori bilancio nonché a sostegno del piano citato. L'importo massimo sarà di 10 euro per abitante in rapporto alla disponibilità annua. I meccanismi saranno fissati con **Dpcm** su proposta Affari regionali-Economia d'intesa con la Stato-Regioni.

**Legge di Stabilità** (L. 228/2012, art. 1, c. 230)

## Nuovi ticket da 2 miliardi

Dal **2014**, su regolamento proposto da Salute ed Economia, saranno introdotte misure di **compartecipazione** alle prestazioni sanitarie, aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già introdotte dalle singole Regioni. Queste ultime potranno ridurre l'impatto purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario che dovrà essere preventivamente certificato dal Comitato verifica del rispetto dei Lea. Il risparmio stimato è di circa 2 miliardi l'anno.

**Manovra bis Tremonti** (L. 111/2011, art. 17, c. 1 lettera d)

# UNIVERSITÀ COME RIMEDIARE AL DISASTRO

FEDERICO VERCELLONE

**L**a ricerca, e dunque l'università, languono in Italia in una situazione angosciata. I maggiori Paesi europei e gli Stati Uniti non hanno diminuito in modo significativo, per via della crisi, i finanziamenti per la ricerca, ritenendola funzionale allo sviluppo e alla ripresa. Al contrario il governo italiano, preoccupato esclusivamente dal debito pubblico, ha tagliato drasticamente le risorse per università e ricerca come se si trattasse di optional che possono essere trascurati senza eccessivo danno nei tempi bui. E nessun leader politico, eccezion fatta per il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, né di sinistra né di centro né di destra, ha auspicato che le cose andassero diversamente. L'indifferenza della classe politica è, quantomeno in proposito, quasi unanime. In questo contesto la Riforma Gelmini dell'Università è rimasto l'unico dei disastri del precedente governo a non venir riconosciuto come tale dal Governo Monti.

Ora l'università andava indubbiamente riformata. Ma si poteva farlo in modo molto più razionale intervenendo incisivamente su singoli punti come il reclutamento e la valutazione della produzione scientifica. Si è proceduto invece cambiando tutto in un clima caotico e affannoso, dai concorsi alla governance universitaria e a tutte le strutture portanti degli atenei italiani. Come tutte le operazioni pletoriche anche questa è fallita. In assenza di un chiaro orientamento relativo al peso e al significato dell'istruzione universitaria nel nostro Paese, si sta così giungendo all'implosione delle strutture. L'impressione complessiva è che in realtà si volesse ottenere una cosa sola: tagliare i costi.

Inefficienza e approssimazione dominano il campo. Mi limito a un esempio sotto gli occhi di



tutti: le abilitazioni nazionali per i docenti di prima e seconda fascia. Il ministero dell'Università e della Ricerca, guidato da un universitario, non è in grado a distanza di mesi di concludere la procedura per l'estrazione delle commissioni che dovrebbe essere effettuata sulla base sostanzialmente automatica di un algoritmo. Per non parlare dei criteri di accesso. I commissari avrebbero dovuto originariamente essere valutati sulla base di tre indicatori, fra l'altro sin da subito molto criticati e certamente dubbi se commisurati ai parametri internazionali. In ogni caso i tre indicatori avrebbero dovuto, quantomeno inizialmente, funzionare in maniera sinergica. In realtà ora basta averne superato uno soltanto su tre per accedere alla soglia del giudizio per i candidati-abilitandi, e così pure per i candidati-commissari. Questo significa un accesso generalizzato alle valutazioni che cancella ogni possibilità di discriminare, per quanto rozzo possa essere il filtro, tra coloro che hanno lavorato, e coloro che invece non lo hanno fatto. Le commissioni insediate con questa scriteriata procedura si troveranno a valutare ciascuna centinaia e centinaia di candidati, senza aver la minima possibilità e il tempo necessario per fornire un giudizio adeguato sui titoli di un candidato.

Siamo sull'orlo del baratro. Tuttavia non bisogna abbandonarsi a un narcisismo catastrofista. Nell'immediato, senza voler ritessere tutta la tela, si potrebbero inseguire pochi chiari obiettivi che prefigurino una più generale inversione di tendenza:

a) il finanziamento adeguato della ricerca fondato su una chiara valutazione di quali siano i settori trainanti che devono essere messi nella condizione di reggere la concorrenza internazionale (senza cadere preda delle sirene tecnocratiche secondo le quali i settori naturalmente finanziati dall'industria e dall'economia reale sono quelli che vanno incrementati in modo unilaterale);

b) un finanziamento altrettanto adeguato della valutazione che orienti il processo di cui sopra (evitando tuttavia che quella dei valutatori possa divenire, prescindendo dalla buona fede dei singoli, la nuova casta dominante che ricava vantaggi secondari dalla quasi gratuità dei compiti che le vengono attribuiti);

c) la determinazione di criteri molto selettivi per il reclutamento che privilegino i settori di eccellenza con l'intento di limitare così anche la «fuga dei cervelli»;

f) nella consapevolezza che è necessario formare un nuovo management in grado di promuovere lo sviluppo nell'ambito di una cultura della «complessità», di una cultura cioè che non è (fortunatamente) più in grado di riconoscersi da tempo nell'alternativa rigida e un po' vecchiotta tra sapere scientifico e umanistico.

## TRA NUMERO CHIUSO E APERTURA TOTALE UNA TERZA VIA PER L'UNIVERSITÀ

«È stato abbattuto il numero chiuso». Con queste parole sabato scorso l'organizzazione studentesca universitaria Udu ha festeggiato la decisione del Tar del Lazio (l'ultima in pochi giorni dopo quelle dei tribunali di Sardegna, Marche, Abruzzo, Molise e Toscana) di ammettere ai corsi di laurea alcuni studenti esclusi per non aver raggiunto il punteggio minimo previsto dal test d'ingresso.

In verità l'esultanza per il momento appare esagerata perché l'ammissione degli aspiranti universitari è avvenuta con riserva e poi le decisioni dei tribunali amministrativi riguardano solo alcuni aspetti, peraltro importanti, dei test di ingresso. Si tratta, dunque, di una vittoria limitata, che però prima dell'estate potrebbe trasformarsi in una vittoria totale e rivoluzionare l'università italiana. Nei prossimi mesi, infatti, sull'intera materia dei test di ammissione si dovrà pronunciare la Corte costituzionale, «sollecitata» dal Consiglio di Stato.

Una pronuncia molto attesa che potrebbe «abbattere» non solo il numero chiuso, ma l'intera organizzazione degli atenei italiani, almeno per le facoltà inte-

ressate ai test: Medicina, Odontoiatria, Veterinaria, Architettura e professioni sanitarie. Nell'ipotesi peggiore (o migliore a seconda dei punti di vista) la Consulta potrebbe stabilire l'incostituzionalità di tutto il sistema di ingresso introdotto nell'università italiana nel 1999. Le conseguenze sono difficilmente prevedibili, ma immaginare le facoltà interessate paralizzate da ricorsi e controricorsi non dovrebbe essere un'ipotesi troppo lontana dalla realtà.

Se, invece, la Consulta decidesse di salvare il numero chiuso adottando però una graduatoria nazionale (superando l'attuale sistema delle macroaree e quello precedente con una classifica diversa per ogni ateneo) i disagi sarebbero sicuramente minori. E forse renderebbe le graduatorie più oggettive e meno legate a fattori territoriali.

Questa è, del resto, la posizione prevalente della giustizia amministrativa e potrebbe essere una giusta soluzione: alle prese con una gravissima crisi finanziaria, di «abbattimenti» i nostri atenei non ne sentono certamente il bisogno.

**Andrea Balzanetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

