

# Scatta il taglio dei punti nascita ecco i 23 reparti a rischio chiusura

*Domani la firma sul decreto. Da Cefalù a Pantelleria è già protesta*

**Nel mirino le strutture che garantiscono meno di 500 parti l'anno. Ma ci sono deroghe**

## GIUSI SPICA

INSICILIA chiudono i battenti 23 punti nascita, il 30 per cento delle 70 strutture attualmente attive. Il decreto dell'assessorato alla Salute che "taglia" i reparti di ginecologia e ostetricia con meno di 500 parti all'anno è già pronto sulle scrivanie di piazza Ottavio Ziino: manca solo la firma di Massimo Russo, che potrebbe arrivare domani. A meno di improvvisi colpi di scena sulla mozione di censura. Quel che è certo è che non si potrà più nascere a Petralia, Alcamo, Cefalù, Palazzo Adriano, Niscomi, Licata, Marsala e Lipari. È braccio di ferro, invece, sull'ospedale di Corleone, che si attesta su meno di 200 parti. Le associazioni dei ginecologi parlano di «provvedimento indispensabile per garantire la sicurezza di donne e neonati». Ma sindaci e pazienti di molti presidi a rischio sono già sul piede di guerra.

A determinare la chiusura dei punti nascita che non rispondono agli standard è la normativa ministeriale, recepita gradualmente dall'assessorato alla Salute, che nel piano sanitario 2011-2013 ha programmato, in questa prima fase, la soppressione o l'accorpamento delle strutture che si attestano sotto quota 500 parti all'anno. Tante: secondo i dati della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, che ieri ha inaugurato a Palermo un grande meeting con oltre 2 mila specialisti da tutta Italia, l'Isola detiene la maglia nera a livello nazionale, con ben 38 strutture sotto dimensionate.

Solo a Palermo — stando al

dossier pubblicato sul sito dell'Aoigo i e datato 2006 — sono quattro i reparti al di sotto degli

standard: Cefalù (378 parti), Corleone (177), Palazzo Adriano (58) e Petralia (141). Il decreto "cancellerà" di fatto le nascite in questi comuni, che dovranno fare riferimento all'ospedale Cimino di Termini Imerese. Con grande disappunto da parte di sindaci e cittadini. Il primo ad alzare la voce è stato il primo cittadino di Cefalù, Giuseppe Guercio, che il 6 settembre scorso ha presieduto un'infuocata conferenza coi sindaci di tutto il comprensorio delle Madonie per chiedere all'assessore di "ripensarci". Sul piede di guerra anche i pazienti affezionati all'ospedale San Raffaele Giglio, che su Facebook hanno dato vita a un gruppo con oltre mille iscritti per dire no alla chiusura del reparto e si dicono pronti a scendere in piazza: «Cefalù — protesta Laila Maccarrone, anima del gruppo — funziona meglio di Termini Imerese. Qui vengono a partorire tutte le donne delle Madonie. Nel 2010 si è raggiunta quota 480, tanto quanto l'ospedale Cimino. Perché non chiudono quello?».

L'onda della protesta si allarga alle isole minori, che pagheranno il prezzo più alto della rimodulazione. Non si potrà più nascere a Lipari e a Pantelleria. Le gravide delle Eolie dovranno spostarsi a Milazzo, mentre quelle di Pantelleria dovranno rivolgersi all'ospedale di Trapani. Il piano prevede di mantenere dei presidi ostetrici nelle isole per l'assistenza pre-parto. In caso di

emergenza i medici disporranno l'immediato trasferimento in elisoccorso. Il sindaco di Lipari, Mariano Bruno, non ci sta e punta il dito contro l'assessore: «Massimo Russo viene meno all'impegno preso sei mesi fa di mantenere in vita il punto nascita nell'isola e si trincerava dietro la scusa che i nostri ginecologi non hanno la manualità per far nascere i bambini perché fanno pochi parti. Tutti i nostri figli sono nati qui, da sempre. E ci batteremo fino alla fine contro la chiusura».

Secondo le associazioni dei ginecologi, il provvedimento è indispensabile: «Queste strutture — ha commentato Antonino Perino, direttore della scuola di specializzazione di Ostetricia e Ginecologica dell'università di Palermo — possono essere mantenute in caso di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali del territorio e in caso risulti difficile o impossibile attivare i servizi di trasporto assistito materno». A salvarsi, infatti, saranno solo i reparti che sorgono in zone disagiate: resta aperto, per esempio, il reparto di Bronte, che si attesta intorno ai 400 parti. Stessa deroga per Sant'Agata di Militello (422) e Mussomeli (233). Anche l'ospedale di Lentini, appena ristrutturato, avrà la sua Ginecologia, dove verranno a nascere i pazienti di Augusta, che chiude i battenti. Per Giuseppe Ettore, presidente regionale dell'Aoigo, «per far fronte alla giusta rimodulazione serve un piano sul territorio, il potenziamento degli organici nelle strutture e un'adeguata formazione di medici e ostetrici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le strutture a rischio chiusura**



**LIPARI**

L'ospedale di Lipari si attesta a quota 70 parti all'anno e verrà chiuso



**CEFALÙ**

Il reparto di ginecologia del San Raffaele Giglio ha fatto circa 480 parti nel 2010



**PETRALIA**

Chiude la ginecologia del presidio "disagiato" di Petralia (141 parti circa)

**I punti nascita a rischio**

Numero annuo di parti - dati 2006

**PROVINCIA DI TRAPANI**

Mazara	486
Marsala	430
Salemi	
Alcamo	
Pantelleria	54

**PROVINCIA DI MESSINA**

Messina*	610
Milazzo	463
Mistretta	117
Lipari	70

\*Ospedale Papardo di Messina accorpato col reparto dell'ospedale Piemonte

**PROVINCIA DI PALERMO**

Cefalù	370
Corleone	177
Palazzo Adriano	58
Petralia	141

**PROVINCIA DI AGRIGENTO**

Licata	412
--------	-----

**PROVINCIA DI CALTANISSETTA**

Mazzarino	156
San Cataldo	194
Niscemi	191

**PROVINCIA DI ENNA**

Leonforte	279
Piazza Armerina	290

**PROVINCIA DI RAGUSA**

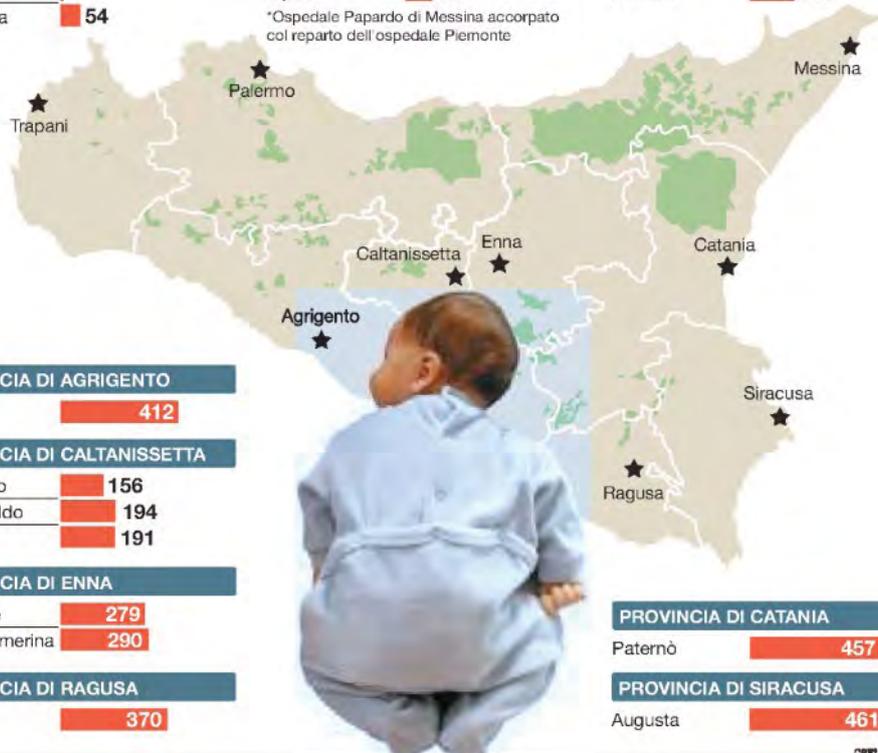
Comiso	370
--------	-----

**PROVINCIA DI CATANIA**

Paternò	457
---------	-----

**PROVINCIA DI SIRACUSA**

Augusta	461
---------	-----



OSPI/ANSA/11

# Vince il tumore con la chemio Congelò gli ovuli e ora è incinta

*Bolognese di 37 anni sarà la prima mamma a sconfiggere il cancro*

## LA VICENDA

## La malattia

Tre anni fa Alberta scopri di avere un tumore al seno. Iniziò così la chemioterapia che ne avrebbe compromesso la fertilità: perciò chiese di congelare gli ovociti per conservarli. Finita la cura gli oncologi diedero l'ok alla gravidanza

## La gravidanza

La coppia si è rivolta al centro per l'infertilità del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. I medici: «Da quattro ovociti abbiamo ottenuto tre embrioni, poi trasferiti nel grembo della donna. Dopo 12 giorni il test: positivo»

## LA CONSERVAZIONE

**Gli embrioni sono stati congelati per tre anni in attesa della guarigione**

Valerio Baroncini

■ BOLOGNA

**Una donna bolognese di 37 anni, dopo aver sconfitto una grave forma di cancro, sarà presto madre grazie a una nuova tecnica di conservazione degli ovociti non fecondati**

**CI SONO** più di tremila embrioni abbandonati nei centri per la fertilità italiani. Senza una mamma, senza un papà. I bimbi di domani senza un domani. Nel grembo di Alberta, una bolognese di 37 anni, ne erano stati trasferiti tre. La professoressa Eleonora Porcu li aveva conservati per tre anni: congelati. Dentro Alberta, oggi, un domani c'è. Uno di quegli embrioni ha iniziato a crescere: fra sei mesi sarà un bimbo, con una mamma e un papà. Questo anche se Alberta era stata aggredita da un cancro, devastante, al seno. E' guarita ed è così la prima paziente in Italia che dopo un tumore di questo tipo rimane incinta grazie alla tecnica di congelamento degli ovuli. «È il sogno della mia vita che si sta realizzando», dice Alberta commossa.

**DA MAMMA** a mamma: anche Eleonora Porcu ha figli, vanta un'esperienza internazionale nel campo e, quando ha dato ad Alberta la notizia che l'embrione stava crescendo, ha provato «un'emozione immensa». Cresciuta con Carlo Flamigni, la Porcu è una scienziata cattolica nota a tutto il mondo scientifico per avere intrapreso molti anni fa, fra i primi,

proprio la via alternativa al congelamento dell'embrione: ha scelto di studiare e realizzare la conservazione degli ovociti, cellule germinali femminili non ancora fecondate. Grazie all'impegno di Porcu e al centro ospitato al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna diventare mamme dopo un tumore al seno è quindi una speranza concreta. «Questo successo supera tutti gli altri — dice la professoressa —. Il Vangelo ci spiega che siamo servi inutili. Io questa volta posso dire di essermi sentita utile: non ho passato tanti anni di studio e ricerche invano».

**LA STORIA** di Alberta lo racconta con i fatti. Tre anni fa la 37enne aveva scoperto di essere malata. Ora però può sorridere grazie agli ovociti che aveva deciso di crioconservare nel Centro bolognese prima di iniziare la chemioterapia, cosciente dei rischi di infertilità cui sarebbe andata incontro a causa della terapia.

Alberta, spiega Porcu, «è stata sottoposta ad una mastectomia allargata e ad una chemio molto forte per un tumore al seno aggressivo. Prima aveva crioconservato i suoi ovuli. Visto il tipo di cancro da cui era affetta, sensibile agli estrogeni — prosegue l'esperta — abbiamo utilizzato una tecnica particolare di stimolazione delle ovaie con un nuovo farmaco, il letrozolo, che consente il trattamento ormonale della paziente senza che gli stessi ormoni vadano ad accrescere il tumore». In questo modo, sono stati recuperati e congelati 16 ovociti.

Lo scorso luglio, Alberta ha proceduto alla fecondazione assistita. La procedura della crioconservazione degli ovuli, prosegue Porcu, «è ovviamente consentita dalla

legge italiana, mentre non sarebbe stato possibile procedere alla crioconservazione degli embrioni, prevista solo in casi eccezionali e non programmati». Alberta è così il primo caso italiano di gravidanza dopo un cancro al seno: «Questo — sottolinea l'esperta — è il tumore più diffuso e devastante per le donne, con numeri impressionanti. Il caso della 37enne dimostra che c'è una speranza di poter diventare madri per tutte le migliaia di donne colpite da questa forma di tumore».

**LA SPERANZA** di Alberta diventa quella di un intero Paese: «Avere un bimbo era il mio sogno. Ed è stata proprio la speranza di avere un figlio che mi ha dato forza e coraggio, la forza di andare avanti e battere la malattia — spiega la futura mamma —. Quello che vorrei comunicare a tutte le donne colpite dal cancro al seno come me è che davvero non bisogna arrendersi mai, perché può esserci sempre un futuro, come io stessa sto vivendo e sperimentando». Una volta saputo della malattia, Alberta aveva subito pensato al suo bimbo e alle conseguenze della chemio: alla decisione di congelare i propri ovuli è arrivata grazie al consiglio della madre. «Aveva letto su Internet un articolo della dottoressa Porcu, allora l'ho contattata», dice. Da mamma a mamma, ancora una volta.



→ **A Bologna** una donna uscita dalla chemioterapia fecondata con ovuli congelati: primo caso in Italia

→ **Un migliaio nel mondo** finora le nascite con questa tecnica. Un centro studi all'università felsinea

# Dalla chemio al nido La storia di Alberta speranza per le donne

## Migliaia di casi

Ogni anno tra 15mila e 26mila donne malate con problemi di fertilità

MARZIO CENCIONI

ROMA

A Bologna un caso che apre la speranza per molte donne ammalate di cancro: la signora Alberta, 37 anni, che ha battuto la malattia e dopo la chemioterapia ha trovato una gravidanza con ovuli congelati.

La storia di Alberta è una caduta senza rete, prima, e poi un'impennata di gioia e di speranza. Ammalata per un cancro che a 37 poteva falciare la sua vita, pochi mesi dopo sta portando avanti una gravidanza che è anche una nuova frontiera per il nostro paese: la prima, dopo un trattamento di chemioterapia, ottenuta grazie al congelamento degli ovuli. Tre anni fa Alberta seppe di avere un tumore al seno e iniziò una chemioterapia che avrebbe potuto comprometterne la fertilità. Invece ora, con quella terribile malattia fortunatamente ormai alle spalle, è al terzo mese di una gravidanza che procede senza problemi. «Alberta è la prima donna in Italia che dopo una chemioterapia antitumorale riesce a concepire un figlio con il congelamento degli ovuli» spiega Eleonora Porcu, ricercatrice dell'Università di Bologna, che ne ha assistito la maternità e ne ha presentato il caso davanti al congresso della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Si-

go) a Palermo.

## I NUMERI DEL DOLORE

«Ogni anno - spiega Porcu - sono centinaia di migliaia le donne che hanno problemi di fertilità per colpa del cancro. In Italia si stima che il problema riguardi dal 40 al 70 per cento delle donne sottoposte a chemioterapia: secondo Porcu, per il solo tumore al seno parliamo di un numero che oscilla tra le 15mila e le 26mila donne l'anno. A differenza del congelamento degli embrioni, continua la ricercatrice, il congelamento degli ovociti (cellule uovo, dette anche ovuli) è espressamente consentito dalla legge italiana e ha il vantaggio di poter essere praticato preventivamente, anche in assenza di un candidato papà, in attesa del momento e della persona propizia. «Alberta si rivolse a noi a fine 2008 su consiglio del suo oncologo» ricostruisce Porcu. «Prima di iniziare la chemio voleva sottoporsi alla crioconservazione degli ovociti. Qualche mese fa è tornata. La terapia aveva avuto successo e secondo gli oncologi poteva provare ad avere un figlio». Come spesso accade, però, dopo una chemio può essere difficile concepire in modo naturale, così Alberta e suo marito, che risiedono nella provincia di Bologna, si rivolsero di nuovo al Centro per l'infertilità e la procreazione medicalmente assistita, diretto da Porcu e coordinato di Stefano Venturoli, presso il policlinico universitario Sant'Orsola Malpighi di Bologna.

«Scongellammo quattro ovociti e ottenemmo tre embrioni che trasferimmo nel grembo della mamma. Dopo 12 giorni gli esami rivelarono che uno di questi stava crescendo. La gravidanza era in corso».

## PIONIERI LONTANI

Ad oggi sono circa un migliaio le persone nate da ovuli congelati. Il primo caso in Australia nel 1986. Sulle stesse orme, un gruppo di ricercatori dell'Università di Bologna guidato da Eleonora Porcu, avrebbe ridato impulso qualche anno dopo agli studi sul congelamento degli ovociti, applicando con successo nel 1997 tecniche innovative tuttora in auge. Ne sarebbe nata una bimba che ha ormai 14 anni e vive in Veneto.

Nuovo primato nel 2007: due gemelline partorite da una mamma senza ovaie furono i primi esseri umani nati da ovuli congelati di una donna resa sterile dal cancro. «Purchè siano disponibili almeno due settimane prima dell'inizio della chemioterapia - commenta Porcu - la crioconservazione degli ovuli può essere considerata un modo ideale per preservare la fertilità nelle pazienti con cancro al seno». ♦



Alberta è al terzo mese di gravidanza. Speranze per le donne con il tumore al seno



#### LA VICENDA

● Alberta, 37 anni, in vista della chemioterapia per un tumore al seno si è fatta congelare alcuni ovuli. La storia è stata raccontata dalla ricercatrice Eleonora Porcu (foto)

● Dei quattro ovociti trasferiti nel grembo della donna, uno ha iniziato a crescere. Ora Alberta è al terzo mese di gravidanza. Questa tecnica è consentita dalla legge.

# Mamma dopo la chemio

*Bolognese incinta grazie agli ovuli congelati. È il primo caso in Italia*

di Antonella Cardone

BOLOGNA - Per la prima volta in Italia, a Bologna una donna è riuscita a rimanere incinta dopo il tumore al seno e la chemioterapia. È accaduto ad Alberta, 37 anni, che ha scelto di congelare gli ovuli prima di sottoporsi alla pesante cura per il cancro e oggi è al terzo mese di gravidanza.

La sua storia è stata raccontata da Eleonora Porcu, ricercatrice dell'Università, al congresso della Società italiana di ginecologia e ostetricia che si svolge a Palermo. Ogni anno, spiega la Porcu, sono centinaia di migliaia

le donne che hanno problemi di fertilità per colpa del cancro. In Italia si stima che il problema riguardi dal 40 al 70 per cento delle donne sottoposte a chemioterapia, un numero che oscilla tra le 15mila e le 26mila donne l'anno. A differenza del congelamento degli embrioni, continua la ricercatrice, il congelamento degli ovociti (cellule uovo, dette anche ovuli) è espressamente consentito dalla legge italiana e ha il vantaggio di poter essere praticato preventivamente, anche in assenza di un candidato papà, in attesa del momento e della persona propizi.

Alberta e suo marito, che risie-

dono nella provincia di Bologna, si rivolsero qualche mese fa al Centro per l'infertilità e la procreazione medicalmente assistita del Sant'Orsola. «Scongellammo quattro ovociti e ottenemmo tre embrioni che trasferimmo nel grembo della mamma. Dopo 12 giorni gli esami rivelarono che uno di questi stava crescendo. La gravidanza era in corso» racconta la Porcu. «Purché siano disponibili almeno due settimane prima dell'inizio della chemioterapia - conclude la ricercatrice - la crioconservazione degli ovuli può essere considerata un modo ideale per preservare la fertilità nelle pazienti con cancro al seno».



## ■ Sanità

*Dopo il cancro al seno  
rimane incinta  
congelando gli ovuli*

NEGROTTIA PAGINA 16

### PROCREAZIONE ASSISTITA

Ogni anno sono centinaia di migliaia le donne che hanno problemi di fertilità per patologie oncologiche

Il cancro al seno è spesso difficile da trattare, e anche la stimolazione ovarica è un rischio

# Incinta dopo il tumore grazie a ovuli congelati

*Le furono prelevati  
prima della chemio  
al Centro sterilità del  
S. Orsola di Bologna*

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

**U**n altro successo delle tecniche di procreazione assistita dà nuove speranze di diventare madri a migliaia di donne che superano il tumore al seno e cure che spesso rendono sterili. L'ha reso noto Eleonora Porcu, responsabile del Centro di cura della sterilità all'ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, al congresso della Società italiana di ginecologia e ostetricia a Palermo. A rendere possibile la gravidanza in una donna che si era dovuta sottoporre a terapie contro il cancro al seno è stato il congelamento degli ovociti, che le erano state prelevate prima di sottoporsi alla chemioterapia. «Il tumore al seno – sottolinea Eleonora Porcu – è il più diffuso nel sesso femminile, e coinvolge profondamente la donna sia fisicamente sia emotivamente. È un tumore spesso difficile da trattare, e poiché è ormono-dipendente rende anche difficile procedere alla stimolazione ovarica. Infatti abbiamo usato una sostanza particolare per ridurla».

Il caso riguarda una donna, Alberta, ora di 37 anni, che vive in provincia di Bologna e che alla fine del 2008 scoprì di essere malata di tumore al seno. Il suo oncologo le consigliò – proprio in vista di una possibile gravidanza – di rivolgersi al Centro del Sant'Orsola, coordinato da Stefano Venturoli, che vanta un'esperienza forse unica al mondo in tema di congelamento degli ovociti. Una tecnica che, avviata in Australia negli anni Ottanta, era stata però lasciata in

disparte in favore del congelamento degli embrioni. Proprio il Centro di Bologna, sin dagli anni Novanta, aveva intensificato gli studi in materia, ottenendo la nascita di una bambina nel 1997. «Prima di iniziare la chemio – racconta Eleonora Porcu – volevo sottopormi alla crioconservazione degli ovociti. Qualche mese fa è tornata. La terapia aveva avuto successo e secondo gli oncologi poteva provare ad avere un figlio».

Iniziava quindi la seconda fase della terapia, perché dopo la chemio può diventare molto difficile concepire naturalmente: «Scongellammo quattro ovociti – continua Eleonora Porcu – e ottenemmo tre embrioni che trasferimmo nel grembo della mamma. Dopo 12 giorni gli esami rivelarono che uno di questi stava crescendo. La gravidanza era in corso. Mamma e papà sono felici». Ora è al terzo mese e sta procedendo regolarmente.

«Alberta è la prima donna in Italia – aggiunge Porcu – che dopo una chemioterapia antitumorale riesce a concepire un figlio grazie alla tecnica del congelamento degli ovuli». Analogo primato era stato ottenuto dal Centro di cura della sterilità del Sant'Orsola di Bologna nel 2007, quando una donna aveva partorito due gemelle dopo essere stata sottoposta ad asportazione delle ovaie in seguito a un carcinoma ovarico. Prima dell'intervento, infatti, era stata sottoposta a prelievo e congelamento degli ovociti. Ogni anno, aggiunge Eleonora Porcu, sono centi-



naia di migliaia le donne che hanno problemi di fertilità a causa del cancro. In Italia si stima che il problema riguardi dal 40 al 70% delle donne sottoposte a chemioterapia: secondo Porcu, per il solo tumore al seno tra le 15mila e le 26mila donne l'anno. A differenza del congelamento degli embrioni, spiega la ricercatrice, il congelamento degli ovociti è consentito dalla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita e ha il vantaggio di poter essere praticato preventivamente, anche in assenza di un candidato papà, in attesa del momento e della persona giusti. «Purché siano disponibili almeno due settimane prima dell'inizio della chemioterapia – commenta Porcu – la crioconservazione degli ovuli può essere considerata un modo ideale per preservare la fertilità nelle pazienti con cancro al seno».

## GLI ANDROLOGI

### CRESCE CONSERVAZIONE AL GELO DI GAMETI MASCHILI

Anche sul fronte maschile si sta diffondendo la conservazione dei gameti al gelo, con azoto liquido (a  $-196^{\circ}$ ), anche se, secondo gli esperti, maggiori informazioni su tale tecnica andrebbero indirizzate soprattutto ai giovani affetti da tumore e che vanno incontro a terapie che possono alterarne la fertilità: «In Italia – rileva il presidente della Società italiana di andrologia e medicina della sessualità (Siams), Carlo Foresta – sono attivi nelle varie regioni una decina di centri per la crioconservazione dei gameti. In totale, si registrano 8-10mila campioni di spermatozoi crioconservati. Nel solo centro di Padova (diretto dallo stesso Foresta, ndr) sono presenti circa 1.000 campioni di gameti congelati e provenienti da giovani affetti da tumore; altri 400 campioni sono invece gameti crioconservati per altre ragioni». La causa prima che spinge alla crioconservazione degli spermatozoi, afferma Foresta, «è l'insorgenza di un cancro al testicolo, la neoplasia più frequente tra i maschi fra 16 e 40 anni. Ma vi sono pure altre cause e il fenomeno è in crescita anche tra gli over 60».

PARLA IL PRESIDENTE IGNAZIO MARINO

## «Togliete i fondi agli inadempienti»

«Questa indagine è molto preziosa perché il Governo può utilizzarla per pungolare le Regioni e gli ospedali in ritardo a mettersi in regola in tempi brevissimi altrimenti dovranno scattare le sanzioni previste dalla stessa legge e cioè meno fondi a disposizione». Il senatore **Ignazio Marino**, presidente della commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario, si dice «molto soddisfatto» per questa inchiesta dei Nas.

«Era giusto capire dopo oltre un anno dall'entrata in vigore di questa legge quale fosse la situazione. E devo dire - spiega il senatore del Pd - che è meno negativa di quello che immaginassi, visto che si può dire che il 70% dei 244 ospedali vistati dai Nas è più o meno in regola con le norme, anche se ci sono gravissimi ritardi soprattutto in alcune aree del Paese». Per Marino il dato più negativo riguarda il consumo di oppioidi: «È evidente che qualcosa non va se al Nord sono stati prescritti il 68% di questi farmaci contro il 6% del Sud. Un dato, questo, che si può solo in parte spiegare con la migrazione dei pazienti meridionali, soprattutto quelli oncologici, verso il settentrione». Il problema sta anche nella ritrosia dei medici a prescrivere gli oppioidi, resiste infatti un tabù tra i camici bianchi: «Per chi come me ha studiato medicina negli anni Settanta e Ottanta - aggiunge Marino - l'impiego degli oppioidi è ancora erroneamente considerato una extrema ratio da impiegare solo per i malati terminali. E invece vanno utilizzati per ogni tipo di dolore acuto».

E poi ci sono ritardi «imbarazzanti» an-

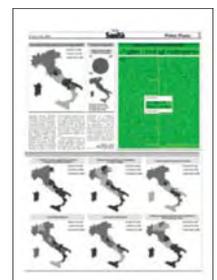
### «La colpa è di Regioni e manager»

che sulle altre misure della legge non solo del Sud: «A esempio al Nord la Liguria è in ritardo - spiega il presidente della commissione d'inchiesta del Senato - come l'Umbria e la Sardegna al Centro. Mentre al contrario la Basilicata è tra le Regioni più virtuose. È comunque inaccettabile che alcuni ospedali non abbiano adottato neanche una misura di questa legge». Per Marino la responsabilità è sia delle Regioni che di chi dirige le strutture sanitarie: «Sono certo che il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, che crede molto in questa legge, farà il possibile per convincere chi è in ritardo a mettersi subito in regola». Come? Per il senatore del Pd bisogna ricorrere alla stessa legge che al suo articolo 3 mette a

disposizione «una sanzione importante che può essere molto efficace»: per le Regioni inadempienti è infatti previsto il mancato accesso ai fondi integrativi del Ssn. «Ecco, per chi continuerà a violare la legge - spiega Marino - dovranno scattare que-

ste sanzioni». Ma non è che questa legge è troppo all'avanguardia per l'Italia? «Nei principi è una delle migliori in Europa, siamo gli unici, a esempio, a prevedere delle norme per curare il dolore pediatrico - conclude ancora il senatore -, ma resta il fatto che i fondi a disposizione sono assolutamente insufficienti. Per la cura del dolore sul territorio, dopo cioè la dimissione del paziente dall'ospedale, c'è un milione di euro a disposizione per quest'anno. In Germania ne hanno stanziati 150 per le stesse finalità. Qualcuno deve aver fatto male i conti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PILLOLE&SPESA****Farmaci, Regioni in trincea***Si riapre la partita dei conti in corsia - Pani va all'Aifa*

**R**egioni di nuovo all'attacco sulla **farmaceutica** ospedaliera: un documento approvato dai presidenti prevede uno sfondamento di 2,6 miliardi per il 2011. Le Regioni sollecitano la riapertura immediata del tavolo previsto dal Patto

sulla salute 2010-2012 per l'individuazione di nuovi strumenti di governo del settore e per l'apertura del confronto con **Farmindustria** sull'attuazione della manovra di primavera.

A PAG. 6-7

*Il buco dell'ospedaliera e il nodo biosimilari approdano al tavolo dei governatori***Farmaci, Regioni all'attacco****La ripresa del tavolo avviato nel 2010 richiesta anche da **Farmindustria****

**D**i emergenza in emergenza. Con gli echi della manovra bis non ancora assopiti le Regioni si trovano costrette a rimettersi ancora l'usurato cantiere della spesa **farmaceutica** pubblica, sperando di sciogliere i nodi che da tempo attanagliano il settore. Regioni all'attacco, dunque, sul fronte della spesa per pillole e sciroppi, con un dato all'ordine del giorno fin dal mese d'aprile che fa rabbrivire: la previsione di un disavanzo sul fronte della spesa ospedaliera da 2,6 miliardi.

I calcoli le Regioni li hanno fatti a valere sulla spesa 2010, quando il capitolo delle cure in corsia ha assorbito il 5% del Fondo sanitario nazionale invece che il 2,4% programmato.

Uno sbalzo ancora tutto da risolvere, visto che la norma di riferimento è quella contenuta nel Dl 159/2007 che definisce "ospedaliera" l'esborso al netto della diretta (pura o per conto, fa lo stesso) e accolla alle Regioni l'onere del ripiano: «recuperino come e dove meglio credono - dice in sostanza la norma - purché garantiscano l'equilibrio economico complessivo».

Una modalità che sconcerata non poco le Regioni che avevano ottenuto con il Patto per la salute 2010-2012 l'istituzione di un tavolo proprio per definire modalità di governo del settore. Di quel tavolo - di cui s'è solo sentito parlare - non s'è fatto più nulla: dopo i primi approcci - all'inizio del 2010 - un se-

quel di manovre senza respiro ha reso sordo il Governo a qualsiasi sollecitazione.

A rinverdire la necessità di quel tavolo - sollecitato stavolta anche da **Farmindustria** - ci ha pensato però la manovra di primavera (Dl 98/2011) che ha arricchito di grattacapo sia i territori che le imprese.

La norma incide sugli "eventuali" disavanzi che dovessero registrarsi a partire dal 2013 in caso di mancato raggiungimento di una Intesa Stato-Regioni da chiudere entro aprile 2012.

Missione impossibile quella di intendersi sui conti e sui controlli, ma sia le aziende che le Regioni sono più che interessate a farlo: in mancanza di accordo, infatti, il 35% dell'eventuale sfondamento dell'ospedaliera sarà posto a carico delle imprese, in rapporto ai fatturati conseguiti rifornendo le strutture pubbliche e il tetto della territoriale sarà fissato a quota 12,5 per cento.

Un quadro a tinte fosche davanti al quale la concertazione sembra essere d'obbligo. Nel frattempo bolle ancora in pentola (vedi sotto) anche la questione dei biosimilari: un vulnus con cui le aziende dovranno fare i conti visto il potenziale di risparmio che può essere garantito da questa categoria di prodotti, di cui le Regioni non sembrano disposte a privarsi.

Sul tappeto, infatti, manco a dirlo, c'è come sempre l'annosa questione del federalismo delle cure e l'accesso

ritardato all'innovatività.

L'accordo siglato a novembre 2010 per garantire l'accesso immediato ai **farmaci** definiti innovativi dall'Aifa anche nelle more dell'aggiornamento dei prontuari regionali è stato un po' un buco nell'acqua.

A suo tempo i territori hanno criticato il contenuto della lista predisposta dall'Aifa. Il documento trasmesso ai presidenti dalla Commissione salute va oltre e fa anche un po' d'autocritica. L'accordo prevedeva che in presenza di più alternative terapeutiche le Regioni fossero autorizzate ad attivare forme di concorrenzialità nel mercato **farmaceutico** ospedaliero. I tecnici delle Regioni segnalano invece che il prezzo d'acquisto dei **farmaci** da parte delle aziende sanitarie avviene quasi sempre a prezzo ex factoring, ovvero in assenza di mercato. Un tema in più per il tavolo dove aziende e territori dovranno per forza esporre le proprie ragioni e trovare una soluzione "sostenibile" per tutti.

pagine a cura di  
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera sul Fsn (2010)**

Regione	Fsn gen.-dic. 2010	Spesa farmaceutica ospedaliera	Incidenza % spesa osp. su Fsn
Piemonte	7.924.162.291	490.590.722	6,2%
V. Aosta	220.042.632	12.473.226	5,7%
Lombardia	17.035.148.952	730.922.051	4,3%
Bolzano (*)	835.304.110	56.396.000	6,8%
Trento	886.816.902	30.888.540	3,5%
Veneto	8.508.007.711	429.660.795	5,1%
Friuli V.G.	2.170.454.800	135.292.546	6,2%
Liguria	3.086.552.187	159.734.356	5,2%
Emilia R.	7.755.503.811	431.759.102	5,6%
Toscana	6.681.511.532	424.861.355	6,4%
Umbria	1.617.478.956	85.541.613	5,3%
Marche	2.804.139.480	176.043.703	6,3%
Lazio	9.805.336.892	473.076.566	4,8%
Abruzzo	2.356.372.548	121.993.523	5,2%
Molise	569.637.959	24.820.619	4,4%
Campania	9.803.980.636	425.831.020	4,3%
Puglia	6.993.313.393	365.761.325	5,2%
Basilicata	1.044.401.963	53.215.703	5,1%
Calabria	3.478.050.732	195.837.782	5,6%
Sicilia	8.575.524.609	336.620.425	3,9%
Sardegna	2.851.547.905	184.580.228	6,5%
<b>Totale</b>	<b>105.003.289.999</b>	<b>5.345.901.200</b>	<b>5,1%</b>

(\*) Per il dato di Bolzano non è stato inviato il flusso dell'erogazione diretta  
Fonte: documento Regioni sulla spesa ospedaliera

**IL CONFRONTO A DISTANZA TRA AIFA, REGIONI E SALUTE**

# Tutti i rebus delle previsioni e dei conteggi

«**L**e valutazioni di carattere economico riportate nel presente documento, sono state eseguite sulla base della spesa rilevata nei modelli Ce, contrariamente a quanto monitorato dall'Aifa che utilizza i dati rilevati dal flusso della Tracciabilità. I due dati differiscono, per l'anno 2010, di ben 881 milioni sul totale nazionale». Basta questa frasetta d'esordio, presa di peso dal documento sulla spesa ospedaliera approvato giovedì scorso dalle Regioni, a confermare che c'è "maretta" non solo sulla disamina dei conti di settore (vedi articolo a pagina 7), ma anche sugli effetti delle manovre di contenimento della spesa varate dal Governo.

Sotto la lente dei tecnici regionali che hanno curato la stesura del documento è finita ad esempio la riclassificazione degli ex Osp2 - scivolati dall'ospedale ai territori per un artificio contabile necessario ma non sufficiente a raddrizzare i conti del comparto. L'operazione - voluta alla legge 122/2010 - ha inciso su un budget annuo valutato nell'ordine dei 600 milioni di euro, in precedenza erano contabilizzati come spesa farmaceutica ospedaliera. L'effetto benefico però - segnalano le Regioni - di fatto non c'è stato. «Per il 2011 - fanno osservare - ipotizzando un incremento della spesa farmaceutica ospedaliera rispetto al 2010 in linea con il trend degli ultimi anni (+ 8 %) al

netto dei farmaci ex Osp2 si può valutare una spesa di 5,2 miliardi di euro pari al 5,1% del Fsn, il che significa che la diminuzione di spesa derivante dalla riclassificazione di parte dei farmaci ex Osp2 viene totalmente assorbita dall'aumento dei consumi». Con questa premessa il calcolo previsionale sui 2,6 miliardi di sfondamento è presto fatto. Ma sulla questione non sembra esserci pieno accordo tra Aifa e i territori, attori di una lunga diatriba epistolare su chi debba conteggiare cosa e perché. Oggetto del contendere la reale consistenza dell'onere legato alla distribuzione diretta, appunto.

Stanca di contestare i dati più volte trasmessi dai territori e non ottenendo soddisfazione neanche dalla Salute (almeno stando a quanto si legge in un messaggio trasmesso il 9 agosto ai ministeri competenti, Salute ed Economia) l'Agenzia è corsa ai ripari, segnalando senza pietà in un documento di monitoraggio consuntivo della territoriale 2010 - approvato in Cda la settimana scorsa - che mancano all'appello circa 10 milioni di euro rispetto al previsto tetto del 13% e che saranno attivate le complesse procedure di calcolo e di pay back previste dalla legge 222/2007. Chi pagherà, come e perché resta ancora un mistero.

## Trasmissione dati contestata

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Altri 100 milioni sulle imprese

**I**l consuntivo sulla **farmaceutica** territoriale 2010 approvato in Cda Aifa evidenzia un disavanzo di circa 100 milioni di euro sul tetto del 13,3 per cento. Con onere a carico delle imprese.

A PAG. 6-7

**AIFA/ In Cda il consuntivo dello scorso anno e il monitoraggio sul I semestre 2011**

# Cure Ssn, corsie rosso fuoco

**E sulla spesa 2010 c'è un pay back da 100 milioni pronto per le imprese**

## Compartecipazione in aumento: +30%

**L**a farmaceutica convenzionata netta è in calo dell'8,2%; le ricette lievitano dell'1,1%; il ticket registra una crescita semestrale del 35,6 per cento. Solo l'ospedaliera - geneticamente fuori budget - è già costata quasi il doppio del previsto: a giugno - senza vaccini e al netto della distribuzione diretta dei **farmaci** di fascia A - si è attestata a 2.528 milioni, il 4,6% del Fondo sanitario contro un tetto programmato del 2,4% e uno scostamento in valore assoluto di +1.204 milioni.

A documentare il rosso di metà anno per le cure in corsia è il monitoraggio semestrale approvato giovedì scorso dal Cda dell'Aifa che nel frattempo ha anche messo a fuoco una seconda brutta notizia per il comparto: dal consun-

tivo 2010 è emerso durante l'estate un extratetto della **farmaceutica** territoriale di circa 100 milioni, dovuto essenzialmente al computo della spesa per distribuzione diretta, che l'Agenzia si preparerebbe a esigere dai produttori col meccanismo del pay back.

Dai dettagli dei trend registrati da gennaio a giugno 2011, emerge per la **farmaceutica** convenzionata netta una riduzione, rispetto all'anno precedente di -476,0 milioni cui ha sostanziosamente contribuito la crescita della compartecipazione a carico del cittadino aumentata in molte Regioni di oltre il 30% e legata nel 90% dei casi all'aumento delle quote versate di tasca propria per il differenziale rispetto al prezzo di riferimento a conferma dell'effetto pronta cassa del taglio dei listini dei **farmaci** off patent.

Calcolata al netto delle compartecipazioni, la spesa territoriale (convenzionata e diretta) evidenzia uno scostamento rispetto al tetto di -759,2 milioni, con una incidenza sul Fsn dell'11,9% contro il previsto 13,3

per cento. Questo dato resta tuttavia problematico poiché ottenuto stimando l'incidenza della distribuzione diretta per molte Regioni che hanno comunicato per questa voce importi inferiori a quelli registrati nello stesso periodo del 2010: a conti fatti l'avanzo della territoriale all inclusive rispetto al tetto del 13,3% potrebbe attestarsi ad appena 154,4 milioni: un'incidenza sul Fsn del 13 per cento.

La spesa complessiva del primo semestre del 2011 ha fatto registrare infine uno scostamento assoluto rispetto pari a 807 milioni, corrispondente a un'incidenza sul Fsn in aumento del 17,2%: escludendo le quote di compartecipazione per i differenziali sul prezzo di riferimento, la spesa **farmaceutica** totale a livello nazionale ha assorbito il 16,5% del Fsn. Un punto percentuale in più rispetto al budget programmato del 15,5 per cento.

**Monitoraggio della spesa farmaceutica gennaio-giugno 2011**

Regione	Spesa territoriale*		Spesa non convenz.ta		Spesa ospedaliera**		Spesa territ. e osp.***	
	Inc. % su Fsr (1)	Inc. % su Fsr (2)	Inc. % distrib.ne diretta	Inc. % spesa osped.	Inc. %	Inc. % (3)	Inc. %	Inc. % (4)
<b>Abruzzo</b>	13,50%	14,10%	38,25%	61,75%	3,60%	3,60%	17,70%	17,00%
<b>Basilicata</b>	13,10%	13,10%	41,03%	58,97%	4,00%	4,00%	17,20%	16,50%
<b>Bolzano</b>	8,60%	9,10%	26,07%	73,93%	4,40%	4,40%	13,50%	13,10%
<b>Calabria</b>	11,90%	12,40%	10,57%	89,43%	5,60%	5,60%	18,10%	17,40%
<b>Campania</b>	11,90%	14,00%	26,08%	73,92%	4,10%	2,80%	16,90%	16,10%
<b>Emilia R.</b>	12,20%	12,20%	41,09%	58,91%	4,20%	4,20%	16,50%	15,90%
<b>Friuli V.G.</b>	12,40%	12,40%	28,76%	71,24%	5,20%	5,20%	17,50%	17,00%
<b>Lazio</b>	14,10%	14,90%	32,47%	67,53%	4,20%	3,90%	18,70%	17,90%
<b>Liguria</b>	13,20%	13,50%	42,14%	57,86%	4,10%	4,10%	17,60%	17,00%
<b>Lombardia</b>	9,50%	11,40%	4,57%	95,43%	5,10%	3,90%	15,40%	14,90%
<b>Marche</b>	13,30%	13,30%	37,21%	62,79%	5,30%	5,30%	18,70%	18,00%
<b>Molise</b>	13,40%	13,80%	50,03%	49,97%	2,80%	2,80%	16,50%	15,70%
<b>Piemonte</b>	11,50%	11,80%	27,54%	72,46%	4,90%	4,90%	16,70%	16,20%
<b>Puglia</b>	13,60%	14,80%	29,21%	70,79%	4,90%	4,50%	19,30%	18,50%
<b>Sardegna</b>	15,40%	15,40%	40,00%	60,00%	4,90%	4,90%	20,20%	19,50%
<b>Sicilia</b>	14,50%	15,50%	40,00%	60,00%	3,30%	3,30%	18,70%	17,80%
<b>Toscana</b>	12,40%	12,40%	40,02%	59,98%	4,70%	4,70%	17,00%	16,50%
<b>Trento</b>	10,00%	10,00%	31,68%	68,32%	3,30%	3,30%	13,30%	12,90%
<b>Umbria</b>	12,60%	12,60%	35,46%	64,54%	5,00%	5,00%	17,50%	16,80%
<b>V. Aosta</b>	11,60%	12,00%	39,19%	60,81%	3,30%	2,80%	14,80%	14,40%
<b>Veneto</b>	9,50%	11,10%	13,19%	86,81%	5,50%	4,50%	15,60%	15,10%
<b>Italia</b>	<b>12,10%</b>	<b>13,00%</b>	<b>28,07%</b>	<b>71,93%</b>	<b>4,60%</b>	<b>4,10%</b>	<b>17,20%</b>	<b>16,50%</b>

Note: (\*) tetto 13,3%; (1) al netto del ticket fisso su ricetta; (2) comprendente valori stimati su base storica della spesa per distribuzione diretta di fascia A; (\*\*) tetto 2,4%; (3) calcolata su valori di spesa per distribuzione diretta di fascia A stimati su base storica; (\*\*\*) tetto 15,7%; (4) al netto del differenziale versato dai cittadini rispetto al prezzo di riferimento

## Il «Sì» a Pani ipoteca le commissioni Aifa

**È** arrivato giovedì - dopo le sollecitazioni del ministro della Salute Fazio sull'urgenza della nomina ai vertici dell'Aifa in vista dell'imminente partenza dell'attuale Dg, Guido Rasi, atteso all'Ema, nominato nei mesi scorsi direttore esecutivo dell'Agenzia europea dei medicinali - il via libera delle Regioni all'avvicendamento con Luca Pani.

I governatori hanno però subordinato la nomina dell'esperto cagliaritano, che in questi anni ha rappresentato l'Aifa nel Comitato per i medicinali a uso umano dell'Ema, a una serie di impegni e paletti, come annunciato dal presidente Vasco Errani (Emilia). «Diamo il nulla osta alla nomina anche sulla base di una serie di impegni che proponiamo e che chiediamo al ministro di confermare oggi».

Nel mirino delle Regioni - come peraltro inserito a verbale a fine seduta - il regolamento dell'Aifa, in fase di elaborazione al ministero della Salute.

Tre i punti che i governi locali desiderano vedere esplicitamente inseriti nel prossimo vademecum



**Luca Pani**

operativo dell'Authority: un livello di confronto permanente con il tavolo **farmaceutica** delle Regioni; il rafforzamento del rapporto tra Cts (struttura scientifica), Cta (struttura che definisce i prezzi) e Cda dell'Agenzia; la disponibilità del ministro a discutere/confrontarsi sulla governance e presidenza di Cts e Cta con le Regioni.

Tre cautele che potrebbero rivelarsi vitali nel tentativo delle Regioni di garantirsi più voce in capitolo che in passato nella gestione del regolatorio **farmaceutico**, anche scopo risparmio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Fecondazione assistita

Migliorano le tecniche mentre al congresso della Società di conservazione

si annuncia la nascita di un bimbo da congelamento di tessuto ovarico corticale (secondo caso al mondo). Ma è allarme sui problemi di peso delle donne

## Obesità non fa rima con fertilità “Ecco perché diventa ostacolo”

**Preeclampsia, diabete gestazionale e feti grandi i tre problemi**

LETIZIA MAGNANI

**F**rasei mesi Torino terrà a battesimo il primo bambino italiano ottenuto grazie al congelamento del tessuto ovarico corticale della sua mamma (Alberta, 37 anni, alle spalle la chemio per il tumore al seno). Si tratta del secondo caso al mondo. Il primo fu annunciato dalla rivista *Lancet* nel 2004 (nello stesso anno negli Usa vi fu un caso con gravidanza interrotta), con la nascita di una bambina in Belgio, con la stessa tecnica, il prelievo di parte del tessuto ovarico con laparotomia. Questa nuova tecnica permetterebbe anche alle donne affette da gravi patologie, come i tumori, di provare comunque ad avere bambini senza sottoporsi ad altre tecni-

che più complicate, come la crioconservazione degli ovociti, per i quali occorre comunque la stimolazione ovarica.

Tecnica quest'ultima che ha reso felici moltissime coppie: oggi sono duemila i bambini nati nel mondo con il congelamento degli ovociti. Stando ai dati Pro-Fert, Società italiana di conservazione della fertilità, forniti al recente congresso di Desenzano, sono 321 i bambini nati con la crioconservazione degli ovociti. «I risultati migliori, 308 bambini — spiega Andrea Borini, presidente di Pro-Fert — sono stati ottenuti dal 2001 al 2010 grazie al miglioramento delle tecniche».

Dagli Stati Uniti arriva però un nuovo problema: l'ostacolo obesità. Per Nicola Rizzo, direttore di clinica ostetrica all'Università di Bologna «oggi si parla dei problemi legati alla gravidanza dovuti all'obesità, perché sempre più persone nel mondo sono sovrappeso o obese». Quattro persone su dieci ne sono affette anche nel nostro Pae-

se e sono sempre di più le donne giovani e obese che si presentano in un centro di procreazione assistita. «Nelle donne obese in gravidanza possono insorgere tre problemi — dice ancora Rizzo — la preeclampsia, ovvero una forte ipertensione nella seconda parte della gravidanza, con rischio di compromissione del rene e perdita di albumina, uno dei casi più frequenti di morte in gravidanza. L'altro problema è il diabete gestazionale, più frequente in donne sovrappeso; infine la macrosomia, ovvero feti di grandi dimensioni, con complicazioni al momento della nascita». L'obesità, inoltre, secondo la più recente letteratura scientifica «può anche rendere infertili le donne e perfino vanificare le tecniche di procreazione assistita». «Nelle donne obese — conferma Borini — diminuisce la capacità di produrre follicoli: bisogna dunque usare più farmaci, con costi che lievitano, e aumentano i casi di insuccesso e aborti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA SCHEDA**

**LA TECNICA**  
I bimbi nati nel mondo con la tecnica di congelare gli ovociti sono 2000, 321 dei quali in Italia

**GLI OVOCITI**  
Sono 32 mila quelli congelati in Italia, metà dei quali sono poi stati scongelati

**I PAZIENTI**  
Sono 60.000 le coppie che si rivolgono ai centri specializzati in fecondazione assistita

**L'OBESITÀ**  
In Italia 4 persone su 10 sono obese o sovrappeso. Obesità o eccessiva magrezza sono causa di infertilità

**I TRANSFER**  
Sono stati 2551 i transfer di embrioni (dati Tecobios) Procreazione con 398 gravidanze

Analisi Anaao-Assomed sugli effetti fino al 2021 della gobba pensionistica "negativa"

# Medici: -30mila in dieci anni

Allarme specialità: quali sono le più colpite - La ricetta: al lavoro prima nel Ssn

L'età minima scatta a 58 anni      La previsione è sottostimata      Va rivisto l'iter della formazione      Inutile aumentare le iscrizioni

Entro il 2021, tra dieci anni, l'andamento della cosiddetta gobba pensionistica provocherà un depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario italiano di almeno 30mila unità anche per effetto delle ultime modifiche agli assetti previdenziali. Ma quel che è peggio sarà la carenza in cui si troveranno le specialità principali per la salute, che sconteranno gli effetti della gobba uniti a quelli di una programmazione degli accessi alla professione attualmente inefficace.

**La «gobba pensionistica».** Come evidenzia il grafico, siamo ormai nella fase ascendente della «gobba pensionistica». Il pericolo di un prossimo esodo dei professionisti su base previdenziale è stato riconosciuto anche dal **ministero della Salute** che nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22mila medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018.

Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un congruo versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti ospedalieri in organico grazie alla riforma ospedaliera «Mariotti» del 1968 e all'istituzione del Ssn nel 1978; inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di avere il titolo di specializzazione per essere assunti nel Ssn.

Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età).

I dati Cassa pensioni sanitari-Inpdap ci forniscono il comportamento attuale dei medici dipendenti ai fini dell'andata in quiescenza.

In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con una quota di 100 (somma tra età alla quiescenza e

anni di contribuzione), ben al di sopra della quota minima prevista attualmente per il pensionamento (quota 96, che diventerà 97 a partire dal 2013) ma con circa 3 anni di anticipo rispetto alla classica pensione di vecchiaia (65 anni), rinunciando in molti casi al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del Ssn che rientrano nel calcolo della pensione con il metodo retributivo non hanno alcuna convenienza nel rimanere in servizio una volta raggiunti i 40 anni di contribuzione.

Se valutiamo il grafico in base ai dati Cps-Inpdap relativi al comportamento attuale dei medi-

ci dipendenti ai fini del pensionamento (62 di età+35 anni minimi di contribuzione), vediamo che i nati tra il 1942 e il 1949 (in giallo nel grafico) hanno già raggiunto i criteri di pensionamento: si tratta di circa 14.300 medici che attualmente sono già andati in pensione o si apprestano a farlo. I nati tra il 1950 e il 1959 (in rosso nel grafico) acquisiranno il criterio dal 2012 al 2021: si tratta globalmente di 61.300 medici (il 53% dei medici dipendenti del Ssn nel 2008). Nel decennio successivo (in blu nel grafico) saranno circa 29.700 i medici che raggiungeranno gli attuali criteri, anche se è verosimile per essi una profonda revisione del sistema previdenziale. Le date di effettivo abbandono del posto di lavoro slitteranno di 12 mesi per la previsione della finestra mobile contenuta nella legge 122/2010. Come si può notare solo dopo il 2028-2029 (nati nel 1966-1967) si tomerà a un numero di pensionamenti annuali al di sotto di 2.500, che rappresenta il numero dei pensionamenti della Cps-Inpdap per il 2009 (tabella 1).

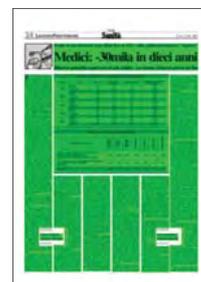
**La carenza di specialisti.** L'esodo pensionistico dei medici rappresenta non una semplice ipotesi ma una preoccupante realtà e i rischi di un decadimento qualitativo del Ssn, in mancanza di adeguate contromisure, appaiono certi. Infatti le capacità formative dell'Università sono attualmente limitate: circa 5.000 specialisti per anno di cui solo 3.000-3.500 sceglieranno di lavorare come dipendenti del Sistema sanitario nazionale. Nei prossimi 10 anni, si prospetta, pertanto, una mancanza di circa 30.000 specialisti che svolgono funzioni non delegabili ad altre professioni sanitarie. La tendenza alla riduzione dei medici in attività è testimoniata anche dalle statistiche Oecd 2011 che mostrano in Italia un numero di medici «praticanti» per mille abitanti in rapido decremento rispetto ai dati precedenti, essendo al 3,4 per mille contro il 3,1 medio dei Paesi Oecd, con la possibilità che con l'attuale ritmo di uscita

dal sistema, nei prossimi 5 anni il nostro indice sia al di sotto della media Oecd.

Anche se non esiste al momento a livello nazionale una banca dati esaustiva e comprensiva dei dati anagrafici e di disciplina per i medici dipendenti del Ssn, una previsione dei flussi pensionistici per le singole specialità può essere ottenuta considerando, da un lato, che nel prossimo decennio (2012-2021) l'uscita media dal sistema interesserà almeno il 50% dei medici dipendenti oggi in servizio e, dall'altro, valutando le attuali capacità formative post laurea proiettate a 10 anni. Il dato del 50% di uscita dal sistema è fortemente avvalorato anche dall'analisi della distribuzione per età dei medici dipendenti del Ssn che evidenzia come nel 2009 ben il 69% della popolazione risulti avere un'età maggiore o uguale a 50 anni.

Applicando, pertanto, la percentuale di uscita del 50% al numero dei medici dipendenti suddivisi per specialità, come risulta dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2009, si può ottenere con elevata approssimazione il numero dei possibili pensionamenti per specialità nel periodo 2012-2021.

Analizzando i contratti di formazione specialistica degli ultimi cinque anni (2006-2007 e 2010-2011) assegnati dal Miur alle singole facoltà di Medicina e proiettandoli a 10 anni, ammettendo una invarianza di programmazione, avremo l'indicazione degli eventuali deficit di specialisti all'interno del Ssn nel prossimo decennio per le principali specialità del mondo ospedaliero.



Per calcolare il deficit reale, si dovrebbe valutare, come già detto, che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie poi di lavorare effettivamente per il Ssn (dati F n o m C e o 2010).

Scelte diverse sono: convenzionamento con il Ssn, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

Per i pediatri può essere quantificata invece una opzione del 100% perché nel calcolo è inclusa la pediatria di libera scelta che rappresenta la scelta più importante dopo quella di specialista dipendente del Ssn. Per gli an-

estesisti il dato arriva all'85%. Per gli internisti il dato è del 75 per cento. Per le specialità generaliste (medicina interna e chirurgia generale) una parte minore del deficit potrebbe essere coperta con il sistema delle specialità equipollenti.

Anche ammettendo, come riportato nella tabella 2, che tutti i contratti di formazione si trasformino in rapporti di lavoro con il Ssn (ma sappiamo in partenza che non sarà così), i deficit, ancorché sottostimati, appaiono importanti e tali da determinare considerevoli problemi nell'erogazione dei servizi sanitari. Quelli maggiori (*in media il 25% della forza lavoro, ndr.*) si avranno nelle specialità generaliste e cioè Medicina interna (-1.950), Chirurgia generale (-950) e Pediatria (-3.400 includendo oltre agli ospedalieri anche la pediatria di libera scelta). Deficit minori ma comunque significativi per le altre specialità (Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia, Anestesiologia).

**Una ricetta per la formazione.** Se si considera l'attuale transizione demografica ed epidemiologica, con la crescita esponenziale di malati anziani e con polipatologie, la prossima difficoltà nel reperire specialisti con formazione olistica avrà pesanti ripercussioni negative nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali per questa tipologia di malati.

Al contrario di quello che succede nel resto d'Europa, in Italia un medico può diventare specialista solo se riesce a entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 105 dell'8 maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in am-

bito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati.

Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere; ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

Solo da specialista, un medico può partecipare a un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella branca specialistica, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o essere assunto nel privato.

Di fronte alla prossima uscita dal mondo della Sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte alla evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge una riorganizzazione della formazione specialistica.

Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente; normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione, che consente l'utilizzo delle strutture ospedaliere nella formazione specialistica.

Se la formazione attuale è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi. Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25mila unità. Un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque, come abbiamo visto, largamente insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, anche adottando criteri prudenziali nella valutazione dei flussi.

La riorganizzazione del sistema formativo è prerogativa dell'Università, pretendere che i futuri specialisti da inserire nel Ssn siano all'altezza del ruolo professionale che li aspetta è compito delle Regioni, che sono responsabili della qualità delle cure, e quindi del funzionamento del si-

stema; ma il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università.

Fino a quando la legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il Ssn non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

Purtroppo, dalle classifiche internazionali, il Sistema sanitario nazionale italiano, considerato dall'Oms fra i migliori del mondo è, nei fatti, subordinato per molti aspetti a una Università relegata tra le posizioni di retroguardia.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta tra l'Università e gli ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvi motivi di dotazione di posti letto, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

È opportuno inoltre aumentare la disponibilità dei contratti di formazione specialistica e che la loro programmazione corrisponda alle esigenze delle singole Regioni.

Solo recentemente il Governo sembra abbia preso coscienza del problema, proponendo una riforma della formazione post laurea. Al contrario, nei precedenti due anni abbiamo assistito all'emanazione di atti che rischiano di aggravarlo. Ci riferiamo, in particolare, alla cosiddetta "rottamazione" dei medici con 40 anni di contributi e al blocco del turn over che ha colpito i medici dipendenti nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, reiterato anche dalla recente manovra economica estiva (legge 111/2011) e allargato di fatto a tutte le aziende sanitarie con la previsione di un tetto della spesa per il personale limitato al bilancio 2004 ridotto del-

l'1,4 per cento.

**Conclusioni.** In conclusione, noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina non risolve il problema della prossima mancanza di medici perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica.

La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema.

Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale e al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche.

La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali e accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

**Carlo Palermo**

Coord. Conferenza segretari  
Anaao-Assomed di Regioni e Pa  
**Enrico Reginato**  
Vice-presidente Fems  
(Federazione europea  
medici salariati)

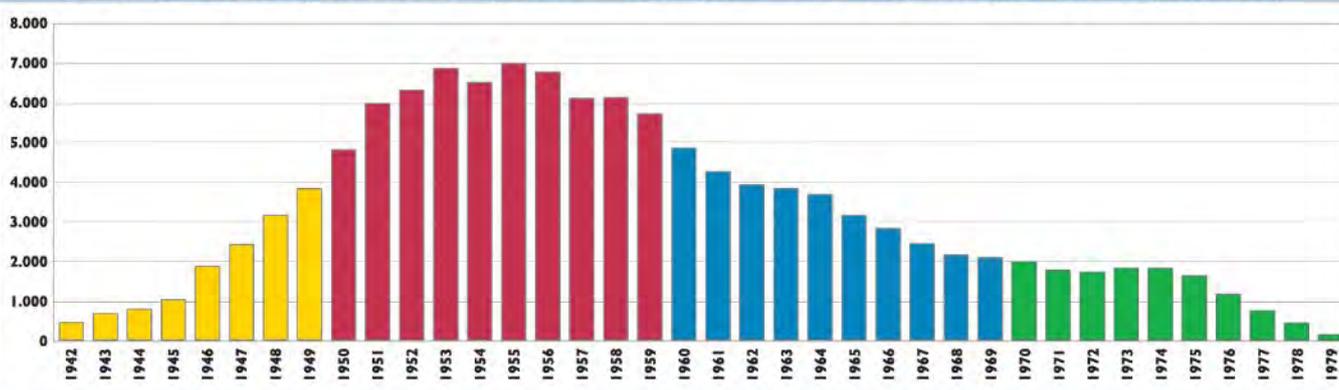
**Tabella 1 - Serie storica dei trattamenti pensionistici Cps-Inpdap**

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>61,6</b>	<b>37,7</b>	<b>71.560</b>
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	<b>Totale</b>	<b>2.437</b>	<b>61</b>	<b>37,8</b>	<b>69.713</b>
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	<b>Totale</b>	<b>3.355</b>	<b>60,8</b>	<b>37,9</b>	<b>69.676</b>
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	<b>Totale</b>	<b>2.690</b>	<b>61</b>	<b>37,9</b>	<b>69.934</b>
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>62,2</b>	<b>38,4</b>	<b>71.184</b>

**Tabella 2 - Le carenze nelle principali specialità**

I parametri di riferimento	Pediatria (inclusi PIs)	Medicina interna	Chirurgia generale	Cardiologia	Ortopedia	Ginecologia	Anestesiologia
Numero di medici ospedalieri che acquisiranno nel periodo 2012-2021 gli attuali criteri di pensionamento, suddivisi per singola specialità	5.700	4.200	3.700	2.900	2.100	2.700	5.700
Contratti di formazione assegnabili secondo l'attuale programmazione nel periodo 2012-2021 (fonte Miur)	2.300	2.250	2.750	2.570	1.880	2.120	5.350
<b>Differenza</b>	<b>-3.400</b>	<b>-1.950</b>	<b>-950</b>	<b>-330</b>	<b>-220</b>	<b>-580</b>	<b>-350</b>

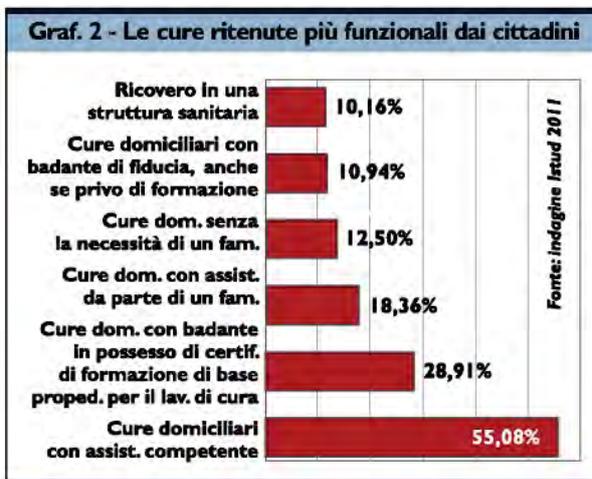
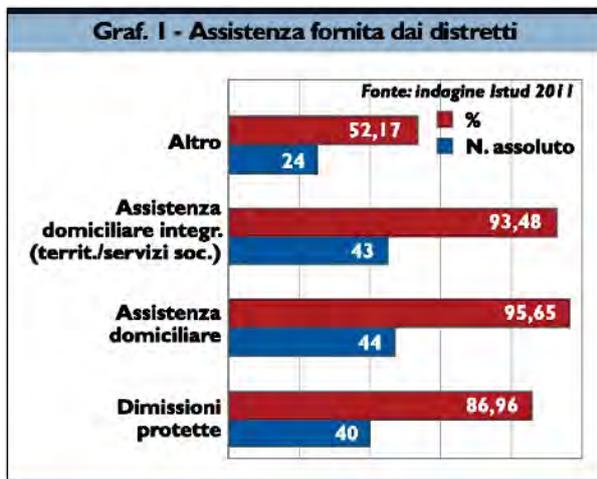
**Grafico 1 - 115.000 medici dipendenti del Ssn a tempo indeterminato e a tempo determinato nel 2008, distribuiti per anno di nascita (dati FnomCeo)**



OSSERVATORIO ISTUD/ Presentati i dati della ricerca 2011 sull'organizzazione territoriale

# Cure a casa senza standard

Distretti, zero contabilità analitica - Solo il 21,5% usa la telemedicina



Il 12 settembre si è tenuta a Roma, nell'Ospedale Fatebenefratelli, la III Giornata nazionale delle cure a casa, in cui è stata presentata la ricerca 2011 dell'Osservatorio nazionale delle cure a casa di Fondazione Istud, giunto al suo terzo anno di attività.

Alla Giornata era presente il comitato d'indirizzo: Agenas, ministero della Salute, ministero della Funzione pubblica e dell'innovazione, Agenzia per il terzo settore, Card (Confederazione associazioni regionali di distretto), Cittadinanzattiva, Ail, Federsanità Anci, Sit (Società italiana di telemedicina), e Cnr.

L'Osservatorio ha analizzato la sostenibilità del modello gestionale e organizzativo delle cure domiciliari indirizzato alla qualità, attraverso l'uso di strumenti come "badantato" e medicina telematica.

Nell'indagine, sono stati coinvolti sia i fornitori di cure (distretti, comuni, servizi privati e del terzo settore), sia i cittadini.

Alle surveys hanno risposto i distretti sanitari del 68% delle Regioni, con una concentrazione maggiore nel Centro Italia, e 257 cittadini. Dall'Osservatorio è emerso che le cure domiciliari, dove

presenti in Italia, sono davvero funzionanti e si consolida

il ruolo centrale del distretto nella loro organizzazione (92% di copertura, grafico 1), che è in grado di offrire nell'86% dei casi le dimissioni protette, concertate tra ospedale e bacino territoriale. Non ci sono liste d'attesa nell'81,5% dei casi e, qualora esistano, sono previsti dei canali che assicurano la presa in carico dell'emergenza in 72 ore.

Importante è la presenza dell'équipe multidisciplinare quale modello di competenze che si va più ampliando e aprendo alla cronicità, anche se non vi è ancora una buona integrazione tra la parte sanitaria e quella sociale, come confermato dall'assenza di convenzioni tra distretti e Comuni.

Vi sono due notizie preoccupanti: nell'83% dei distretti vi è una situazione di carenza dell'organico e vengono richiesti più infermieri professionali (57,2%), e altre professioni.

La questione va risolta perché gli infermieri potrebbero, se dotati di maggiore autonomia professionale (come in Regione Toscana nella cura dell'emergenza/urgenza), effettuare prestazioni più complesse.

La seconda notizia è di natura gestionale: il 93% dei distretti non ha impostato una contabilità analitica per l'uso dei costi standard per pazien-

te. Se oggi questo non è grave, lo sarà a partire dal 2012 dove il finanziamento sarà stabilito sui costi standard dei percorsi diagnostico-terapeutici. Senza la consapevolezza economica, non solo si rischia la stasi delle cure a casa ma addirittura la loro involuzione.

Di fatto i cittadini preferiscono le cure a casa nel 90% dei casi (a conferma del sondaggio Istud 2009), mentre solo il 10% ricorrerebbe al ricovero in una struttura sanitaria (grafico 2). E la sorpresa è che il 69% dei cittadini è disposto a pagare un contributo secondo il reddito, pur di avere le cure a casa, non ricoverare o istituzionalizzare un proprio caro.

Le persone desiderano una burocrazia snella e liste da cui scegliere badanti qualificati. Una meta a cui tendere per la società, tra cui gli anziani soli, è l'housing sociale, comunità residenziale a servizi condivisi, oggi in fase di sperimentazione in diversi Comuni italiani.

Per la tecnologia vi è convergenza tra i fruitori di cure domiciliari e i fornitori di medicina telematica: il 74% dei cittadini si dichiara favorevole all'uso della telemedicina e il 52% dei distretti la ritiene un investimento necessario per risparmiare.

Tra i distretti solo il 21,5% dichiara di aver adottato alcu-

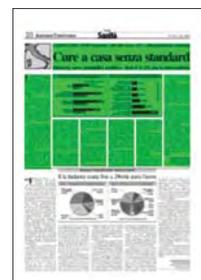
ne applicazioni di telemedicina. La tecnologia è un'occasione da sfruttare perché sarà possibile seguire i pazienti a distanza, rispondendo a un bisogno dichiarato: la costanza di presenza "anche in assenza".

Se i nostri anziani sono più reticenti all'uso della telemedicina (in Uk vi sono casi di anziani che rompono gli strumenti per paura di non essere più visitati), le giovani generazioni si sentiranno a proprio agio nel colloquiare a distanza con il terapeuta.

La tecnologia è pronta, ora bisogna preparare culturalmente gli utilizzatori: "Fatta è l'Italia, ora dobbiamo fare gli Italiani". Per mantenere vive e vantaggiose le cure a casa, gli utilizzatori (medici, infermieri, professionisti sanitari, e pazienti e familiari) vanno preparati in fretta. Forse più in fretta che non il tempo impiegato a fare gli italiani.

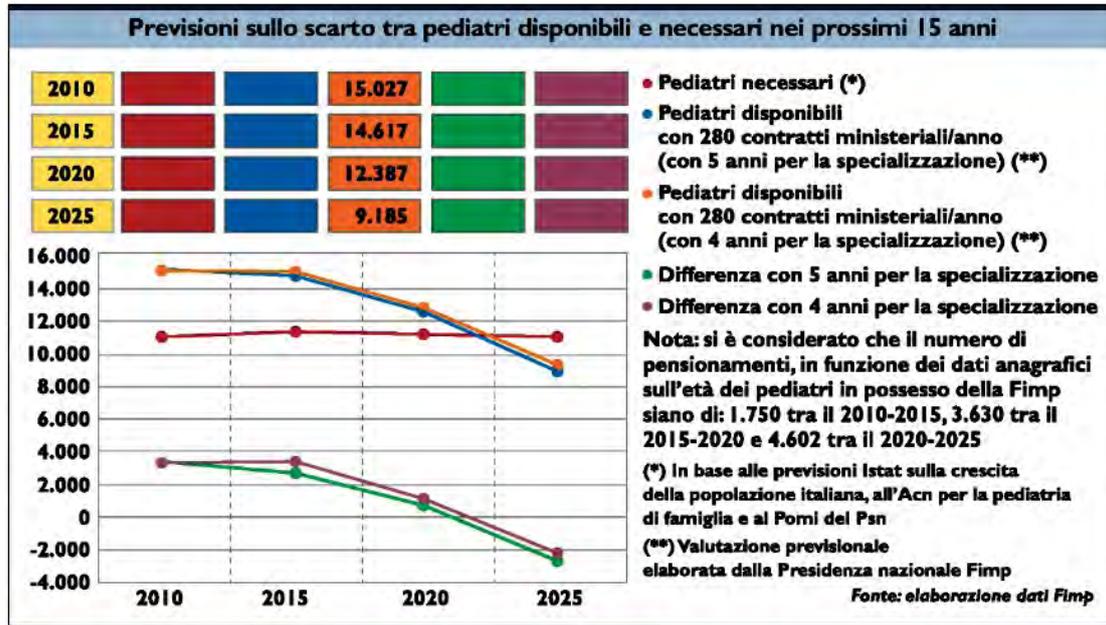
**Maria Giulia Marini**  
Direttore Practice Sanità e Salute, Fondazione Istud

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**STUDIO FIMP**

# Addio a 1.500 pediatri di famiglia



**I**n Italia operano circa 14.700 pediatri, di cui 7.500 nella pediatria di libera scelta. Il numero al momento è in linea con il fabbisogno, anche se in alcune Regioni si registra già una carenza di pediatri, dovuta a una cattiva distribuzione sul territorio nazionale. Il problema maggiore, però, è per il futuro in quanto nel 2020 si passerà dagli attuali 7-8mila pediatri di libera scelta a 6mila, e si determinerà un saldo negativo tra chi va in pensione o smette di fare il pediatra per qualsiasi altro motivo (valutati attualmente tra 400 e 600 ogni anno) e la formazione di nuovi specialisti.

Queste le considerazioni elaborate dall'ufficio di presidenza della Fimp, il sindacato dei pediatri di libera scelta, i cui tecnici hanno incrociato i dati relativi al numero di borse per la specialità pediatrica, le proiezioni sui medici in odor di pensione per classe d'età (si veda il grafico, tenendo conto che la proiezione considera tutti i pediatri e che oggi il cluster di età prevalente è 45-55 anni) e le statistiche sulla natalità (500mila nascite l'anno). «Attraverso calcoli di proiezione che tengono conto delle previsioni Istat di crescita della popolazione, delle leggi, degli accordi collettivi nazionali, dei piani sanitari nazionale e regionali, del progetto obiettivo materno-infantile, per mantenere gli attuali livelli di assistenza si dovrebbero prevedere

fin d'ora non meno di 400 contratti ministeriali l'anno per la pediatria», spiega il presidente Fimp **Giuseppe Mele**. «Per frenare questa emorragia di pediatri - continua - bisogna infatti intervenire aumentando ulteriormente il numero di posti per la specializzazione post laurea, incrementando il numero di accessi alle scuole di specialità del 25% (50 nuovi posti per ciascun anno accademico in corso) e determinando una crescita del numero delle borse ministeriali da 212 alle 282 annue previste dal ministero della Salute».

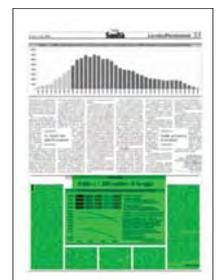
L'allarme Fimp, in linea con quanto anticipato nell'analisi Anaao-Assomed pubblicata in queste pagine, accende i riflettori su un problema che ancora è dietro l'angolo, ma a cui secondo i pediatri occorre porre rimedio fin da oggi. Aumentando i posti a bando per la specialità, intanto, anche a rischio di riproporre il tormentone della "pletora medica", una volta che la fase discendente della gobba pensionistica sarà stata superata. E sostenendo il progetto ministeriale che prevede la sforbiciata sulle specializzazioni in Medicina: da cinque a quattro anni. Una proposta su cui i professionisti delle cure ai più piccoli si dicono assolutamente d'accordo. Così come concordano con l'ipotesi, lanciata dal ministro della Salute Fazio, stralciata e poi ripresentata sotto altra forma nel Ddl Omnibus (si veda arti-

colo a pag. 9), di svolgere gli ultimi due anni dell'iter di specializzazione nelle strutture Ssn. «O sul territorio - continua Mele - perché la nostra parola d'ordine dev'essere "spazio ai giovani". In questo senso pensiamo che vada anche ridimensionato quel fenomeno, non certo irrilevante, secondo cui molti colleghi ospedalieri avvicinandosi il momento della pensione lasciano le strutture e rifinalizzano la propria attività professionale sul territorio, a prescindere dalle "zone carenti"».

Ultimo, ma non certo in ordine d'importanza visti i numeri al galoppo, il tema della progressiva femminilizzazione della professione: oggi le dottoresse pediatre sono il 60-63% del totale. «Mentre la convenzione - ammette Mele - è scritta al maschile e una giovane specializzata, magari madre di famiglia, che voglia optare per la libera scelta dovrà farci i conti. Anche questo è un aspetto a cui, in prospettiva, dovremo metter mano».

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**RIFORME****Specializzandi in ospedale***Nel Ddl omnibus la facoltà di terminare i corsi nel Ssn*

**G**li specializzandi potranno volontariamente scegliere negli ultimi due anni di studi di lavorare all'interno delle strutture del Ssn e non più nei policlinici universitari. Il loro contratto resterà quello con l'Università, ma i medici saranno subito operativi nelle corsie degli ospedali. A stabilirlo è un emendamento al Ddl «omnibus» del **ministro Fazio** - che in settimana sarà votato in aula a Monteci-

torio - reso più soft "in corsa" dopo la prima bocciatura per il rischio di eccesso di spesa legato alla previsione iniziale di far finanziare i contratti direttamente dalle Regioni. Ora la commissione Bilancio ha dato il via libera assieme ad altre modifiche chieste al Ddl e sull'ultima versione il ministro ha incassato anche l'ok di Ordini e sindacati.

A PAG. 11

*SENATO/ Al voto in aula in settimana gli emendamenti al Ddl omnibus di Fazio*

# Specializzandi subito nel Ssn

**Prevista la possibilità di lavorare negli ospedali negli ultimi due anni di studio**

**S**pecializzandi al lavoro nel Ssn già durante gli ultimi due anni di studi: dovrà essere un accordo Stato-Regioni a decidere esattamente come e la scelta sarà su base volontaria. Questo il contenuto di un emendamento al Ddl «omnibus» del **ministro della Salute Ferruccio Fazio** (quello su sperimentazioni e ordini, AC 4274-A) all'esame dell'aula della Camera, presentato dal Governo. E che la scorsa settimana è stato a lungo in dubbio nella sua versione iniziale in cui si permetteva alle strutture del Ssn di assumere a tempo determinato gli specializzandi durante gli ultimi due anni di scuola, con oneri a carico delle Regioni: la Ragioneria generale dello Stato l'ha bocciato perché avrebbe generato un eccesso di spesa.

Il nuovo testo prevede invece che l'eventuale inserimento dei medici «su base volontaria» non può «dar luogo a indennità o corrispettivi diversi da quelli spettanti a legislazione vigente». La loro retribuzione in sostanza resterà a carico delle Università come avviene oggi in base al contratto di formazione che vale circa 1.800 euro al mese per ogni specializzando. Anzi, il nuovo testo specifica chiaramente che dall'operazione non devono derivare «nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». E nel nuovo testo è stata anche eliminata la possibilità per i medici di partecipare ai turni di guardia.

In settimana l'aula voterà il

pacchetto di emendamenti che "aggiustano" il tiro di una serie di previsioni dopo che la commissione Bilancio, oltre al via libera a quello sugli specializzandi, ha dichiarato l'inammissibilità di una serie di modifiche con cui sarebbero stati riscritti o cassati alcuni articoli. Eccezione è un emendamento del Governo che aggiunge un intero articolo in cui si regola l'acquisto delle apparecchiature di risonanza magnetica.

Sull'emendamento per gli specializzandi, Fnom e Anaa hanno dato il loro pieno assenso già dalla prima versione, criticata invece da Fp Cgil medici e associazioni degli specializzandi che però sono stati soddisfatti della seconda su cui sembra esserci un accordo generale. E gli universitari, contrari a interrompere il percorso formativo, hanno dato giudizi diplomatici: «Bisogna vedere dove funziona bene la specializzazione e copiarla. E cioè nei Paesi anglosassoni, dove c'è il medico specializzando residente che lavora in ospedale ed è pagato», ha detto il rettore della Sapienza di Roma Luigi Frati.

**I contenuti all'esame della Paula.** Nel testo del Ddl approvato in aula, per le sperimentazioni cliniche è prevista la riduzione dei comitati etici e il sostegno all'attività o l'ottimizzazione dei centri clinici per gli studi di fase 0 e fase I, con la definizione dei requisiti minimi dei centri. Tutta la documentazione dovrà essere informatizzata e si dovrà rivede-



re il sistema di notifica di reazioni ed eventi avversi. Si costituirà poi un Comitato nazionale delle politiche sulla sperimentazione dei medicinali, dovranno essere identificati compiti e finalità dei comitati etici regionali, i contenuti minimi dei contratti per le sperimentazioni cliniche, i meccanismi di valutazione dei risultati e i criteri per l'informatizzazione e la formazione del personale. Da rivedere anche l'apparato sanzionatorio per la violazione delle norme con sanzioni penali (arresto e ammenda) se questa lede gli interessi generali dell'ordinamento.

Sul capitolo della ricerca sanitaria è prevista una quota del 10% da destinare ai progetti dei ricercatori under 40 che si calcola solo sugli stanziamenti per la ricerca finalizzata. I fondi destinati alla ricerca, inoltre, non potranno essere pignorati.

Per quanto riguarda l'esclusiva per i direttori scientifici degli Ircs, il rapporto di lavoro esclusivo è compatibile con l'incarico di direzione di struttura complessa e con l'esercizio dell'attività libero-professionale, purché entrambi siano svolti nell'ambito della medesima struttura sanitaria di appartenenza. Nel caso il direttore scientifico sia anche primario, però, il trattamento economico complessivo non può superare di oltre il 20% quello riservato ai soli direttori scientifici.

All'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» di Roma, sono destinati 45 milioni (detratti dalle assegnazioni alla Regione Lazio) per la realizzazione e il funzionamento dell'unità per alto isolamento prevista per far fronte a situazioni di emergenza biologica a livello nazionale.

C'è poi il capitolo delle professioni sanitarie e della riforma degli Ordini. Il Ddl prevede una delega al Governo per la riforma degli Ordini e delle Federazioni di medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, con la revisione della legge del 1946. A questi si asse-

gnano compiti di controllo, vigilanza, sanzione, aggiornamento e formazione. Obiettivo è creare un «sistema degli Ordini» più vicino alle esigenze dei cittadini. La delega prevede una nuova disciplina per la realizzazione degli albi, regole deontologiche e anche la possibilità della creazione di un Ordine degli odontoiatri separato da quello dei medici.

In generale per le professioni si conferma l'obbligo di iscrizione ad albi ed elenchi anche per i pubblici dipendenti; si prevede l'individuazione di norme deontologiche condivise per il lavoro nelle équipe multiprofessionali e si ipotizza l'assoggettabilità degli iscritti ad albi e Ordini anche a sanzioni di natura economica in caso di illeciti.

Prevista anche la confisca delle «cose e degli strumenti» serviti a commettere esercizio abusivo di una professione sanitaria.

Il Ddl prevede poi l'inserimento tra le professioni sanitarie, sottoposte all'alta vigilanza del **ministro della Salute**, di biologi e psicologi.

Per quanto riguarda l'e-health, il testo disciplina anche a livello nazionale il fascicolo sanitario elettronico e avvia un tavolo per l'implementazione e l'omogeneizzazione sul territorio nazionale delle attività di telemedicina e di teleconsulto.

Sul rischio clinico, per tutti gli iscritti ad albi, elenchi e registri c'è l'obbligo per le strutture di presentare una relazione annuale su eventi avversi, cause e contromisure.

Previsti infine entro 180 giorni dall'emanazione della legge il riordino delle attività idrotermali con la realizzazione di un testo unico e la possibilità di affidare gli esami di validazione biologica delle unità di sangue nelle attività trasfusionali a laboratori pubblici che abbiano i requisiti per l'accreditamento.

**Paolo Del Bufalo  
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Quando la grattachecca fa cultura (e punteggio)

**A**lla grattachecca la celeberrima enciclopedia on line Wikipedia dedica ben 11 righe. A partire dalla definizione: «È un alimento rinfrescante tipico della città di Roma». E giù a seguire, etimologia del termine e considerazioni sull'evoluzione del preparato. Gli ingredienti? Ghiaccio, ovviamente, e succo di frutta o sciroppo. Del cioccolato, neanche l'ombra. Logico, no? Questo devono aver pensato gli ideatori del test di ammissione alla laurea in Professioni sanitarie della Sapienza: la capacità di ragionare di uno studente si prova anche in base alla sua frequentazione del chiosco «Sora Maria», ben noto agli studenti della Capitale. E del resto, come ha tenuto a precisare il Magnifico Rettore Frati rispondendo alle polemiche di quanti protestavano che questa no, non è cultura, ben «il 58% degli aspiranti ha risposto correttamente». Il cioccolato, insomma, con gli ingredienti della grattachecca proprio non c'entra e chi abbia almeno un briciolo di logica non può fallire nella risposta. Con buona pace di quanti si erano preparati su astrusi rompicapo enigmistici e sulle ultime news da Borse mondiali e Maghreb. (B.Gob.)

### L'EMENDAMENTO SUI MEDICI IN FORMAZIONE

**1.** Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dei ministri della Salute e dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sono definite le modalità, anche negoziali, per l'inserimento dei medici in formazione specialistica ammessi al biennio conclusivo del corso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale costituenti la rete formativa.

**2.** L'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale avviene su base volontaria, non può dar luogo a indennità o corrispettivi, comunque denominati, diversi da quelli spettanti a legislazione vigente e comporta la graduale assunzione delle responsabilità assistenziali secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

**3.** L'accordo di cui al comma 1 disciplina altresì la partecipazione del medico in formazione alle attività ordinarie delle unità operative di assegnazione, nonché le modalità per consentire l'applicazione delle nuove disposizioni anche ai medici in formazione alla data dell'accordo medesimo.

**4.** Dall'attuazione dei commi 1, 2 e 3 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. ●

**Ddl farmacie: riordino verso le prime modifiche**

Al via in commissione Igiene e Sanità al Senato l'esame degli emendamenti al testo per la riorganizzazione dei presidi. (Servizio a pag. 11)

**SENATO/IGIENE E SANITÀ****Riordino delle farmacie in cerca di mediazione**

«No» alla creazione di una lista di Otc vendibili senza farmacista; «sì» all'apertura della dispensazione dei farmaci di fascia C su ricetta, non rimborsabili dal Ssn da parte delle parafarmacie, assoggettando però anche gli esercizi di vicinato alla rete di tracciabilità e controllo che attiene agli esercizi farmaceutici; «no» al trasferimento della concessione per via successoria; «no» al limite massimo delle 12 ore d'apertura giornaliera della farmacia; «no» all'obbligo di riportare in farmacia per la distribuzione per conto i prodotti papabili per la distribuzione diretta da parte delle strutture del Ssn.

Sono questi alcuni degli emendamenti targati Pd che hanno tenuto banco martedì scorso in commissione Igiene e Sanità al Senato, alla ripresa dell'esame in sede referente del Ddl 863 (Gasparri e altri) capostipite delle proposte di riordino dell'esercizio farmaceutico - dieci in tutto quelle all'ordine del giorno - scelto dalla XII come testo base per la prosecuzione dell'iter.

Il Ddl - che risale al 2008 - punta a risolvere la diatriba sul ruolo di farmacie e parafarmacie ed è significativa l'accelera-

zione in sede referente - dove al termine della seduta sono stati dati per illustrati tutti gli emendamenti proposti - proprio mentre ferve il confronto all'interno della categoria dei titolari di farmacia sui paletti di cui accettare lo smantellamento in vista dell'apertura delle trattative sul rinnovo della convenzione con il Ssn. Proprio per non interferire con l'iter del Ddl in itinere, la XII commissione ha proposto un emendamento che prevede la cancellazione delle norme sui nuovi servizi in farmacia oggetto dell'articolo 12 del Ddl Omnibus, AC 4274-A, del ministro della Salute, Fazio, attualmente all'esame dell'assemblea di Montecitorio (v. *articolo in questa pagina*). È tuttavia difficile prevedere una navigazione tranquilla del provvedimento visti i contenuti che sembrano decisamente cozzare con le spinte liberalizzatrici riemerse con veemenza durante l'esame della manovra bis. Tra i punti qualificanti del Ddl figura infatti, tra l'altro, la stesura di un elenco di farmaci vendibili senza la presenza del farmacista, il trasferimento della concessione per l'apertura delle farmacie per atto tra vivi, donazione o successione, la titolarità a persone fisiche o giuridiche,

l'indizione di un concorso straordinario per tutte le sedi già previste in pianta organica con una corsia preferenziale per i titolari o direttori di parafarmacie, la trasformazione di tutti i dispensari in presidi e così via. Norme, insomma, che serrano i ranghi piuttosto che allentarli, il cui esame sembra destinato a procurare ancora qualche dispiacere alla XII che martedì si è trovata anche ad affrontare l'ipotesi di un eventuale conflitto d'interessi del relatore, **Luigi D'Ambrosio Lettieri** (Pdl), presidente dell'Ordine dei farmacisti di Bari, vistosi accusare da notizie di stampa di attività lobbistiche e protezione di interessi corporativi. Accuse respinte al mittente dal senatore pugliese che ha tuttavia invitato i colleghi a valutare l'opportunità di una sua rinuncia all'incarico di relatore. Non essendovi stata nessuna richiesta esplicita in tal senso, però, Lettieri è rimasto al suo posto anche su invito del presidente **Antonio Tomassini** (Pdl) e il Ddl farmacie si avvia a vivere un'altra settimana di iter difficile all'insegna della mediazione.

**S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La medicina**

Sla, il morbo degli sportivi  
geni e cause ambientali

**Sla**

La recente scoperta italiana pubblicata su *Neuron* è un altro passo per affrontare la "patologia degli sportivi". Ma si studiano anche traumi, agenti tossici e dieta. **Oggi convegno, il 2 ottobre la Giornata**

**Se per la cura si punta sui geni****INUMERI**

In Italia ci sono più di 5.000 malati di Sla. Ci si ammala in età superiore ai 20 anni. Colpisce entrambi i sessi.

**CHE COS'È**

È una malattia neurodegenerativa. Comporta la perdita progressiva dei motoneuroni, che controllano i muscoli.

**LE FORME**

La sporadica: 90% dei casi. Familiare: colpisce più membri della famiglia. Guam: associata a Parkinson e demenza.

**LA DIAGNOSI**

Non esiste un test. Il neurologo fa esami neurofisiologici; Rmn encefalo; rachicentesi o puntura lombare; biopsia muscolare.

**Le terapie staminali e le ricerche su Nature legate alla proteina alterata che si accumula**

**IRMA D'ARIA**

**L**a Sclerosi laterale amiotrofica (Sla) resta una patologia misteriosa, difficile da diagnosticare e per la quale non ci sono farmaci efficaci. Questa malattia neurovegetativa, della quale sono vittima molti sportivi, e che in Italia colpisce più di 5 mila persone, compromette le funzioni motorie prima e vitali poi (uso degli arti superiori e inferiori, deglutizione, fonazione, respirazione) ed è fatale spesso entro 3-5 anni dall'esordio. Ora l'unica terapia che sembra avere un qualche effetto nel rallentare la progressione della malattia è il riluzolo, un farmaco ad azione antieccitotossica. Ma la strada per una cura è lunga e la Sla, «malattia orfana di trattamento», ha bisogno di fondi. Per questo è nata quattro anni fa l'Agenzia di ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica (AriSLA),

primo organismo a livello europeo ad occuparsi in maniera esclusiva di ricerca sulla Sla, che ha stanziato per il 2011 un milione di euro per finanziare con un nuovo bando di concorso otto progetti. Due i filoni principali della ricerca: terapie staminali e studi genetici su cui proprio oggi si confronteranno i ricercatori internazionali in occasione del secondo convegno nazionale AriSLA. «Gli studi genetici», anticipa Giulio Pompilio, direttore scientifico dell'Agenzia, «hanno consentito di identificare nuovi geni associati alla Sla. È una grande opportunità soprattutto per quanto riguarda le diagnosi di predisposizione alla malattia e le terapie personalizzate». Fa ben sperare, ad esempio, lo studio (ora su *Neuron*) dei ricercatori italiani del centro Sla delle Molinette, dell'Università cattolica del Sacro Cuore e dell'università di Cagliari che ha individuato il gene responsabile della Sla familiare e sporadica. Stesso filone per un'altra ricerca pubblicata su *Nature*: non solo sono state scoperte mutazioni che causano la Sla in un nuovo gene chiamato ubiquilina 2, ma è stata

rilevata la presenza di accumuli di questa proteina alterata anche in pazienti con Sla sporadica. Purtroppo, però, la genetica non può da sola risolvere i problemi legati alla diagnosi e alla cura della Sla che nel 90% dei casi è di origine sporadica. «Come in altre patologie degenerative», prosegue Pompilio, «l'impiego delle cellule staminali ha suscitato nuove speranze di cura: ora gli studi devono essere condotti con assoluto rigore scientifico e normativo». Tra i filoni delle ricerche finanziate da AriSLA anche quello sui fattori ambientali. «L'esposizione ad alcuni agenti tossici come pesticidi, metalli pesanti, virus; l'attività sportiva o determinate abitudini alimentari sono stati associati allo sviluppo della malattia», spiega il presidente dell'Agenzia. In occasione della Giornata nazionale contro la Sla (il 2 ottobre), l'Associazione Sclerosi Laterale Amiotrofica (Aisla) promuove in oltre 90 piazze l'iniziativa «Quello buono... sostiene la ricerca»: con 10 euro sarà possibile acquistare una bottiglia di Barbera d'Asti Docg e finanziare i progetti.