

RIPARTO 2012**Accordo per 108,8 miliardi***Intesa lampo tra i governatori - Edilizia, sbloccate le risorse*

Intesa lampo tra le Regioni (in sole 6 ore) sul riparto dei 106,2 miliardi di parte corrente del fondo sanitario nazionale 2012, a cui si aggiungono altri 2,6 miliardi di quote vincolate. Il riparto dovrà approdare ora in Stato-Regioni per la via

libera finale. In settimana si avvia la discussione sul Patto per la salute. Edilizia: dall'incontro dei governatori con il ministro degli Affari regionali sbloccati 970 milioni.

A PAG. 2-3

Intesa lampo raggiunta appena in sei ore tra i governatori sull'assegnazione dei fondi 2012

Riparto: 108,8 miliardi in cassa

Mobilità: al Sud il 72% del debito - Edilizia: sbloccati 970 milioni - Patto: si tratta

Riparto 2012 a tempo di record: in sole sei ore i governatori hanno concordato la scorsa settimana l'assegnazione dei 106,2 miliardi assegnati per quest'anno (il fondo supera i 108,8 miliardi, ma 2,6 sono somme vincolate). Tanto che la seconda giornata di conferenza dei presidenti è stata sconvocata per lasciare posto a un incontro tra i presidenti delle Regioni e il ministro della Salute **Renato Balduzzi** con il quale hanno discusso, oltre all'ok definitivo delle tabelle del riparto che può così essere formalizzato, anche di una parte delle risorse del fondo: 30-40 milioni per garantire a tutte le Regioni un incremento rispetto al 2011 che arriveranno da ritocchi alle altre quote del fondo. Ora toccherà alla Stato-Regioni dare il via libera definitivo.

E le Regioni hanno ufficialmente dato la loro disponibilità ad aprire la discussione del «Patto per la salute 2013-2015», sempreché si chiarisca l'intreccio tagli-disponibilità per i prossimi anni. Si tratta di un passaggio fondamentale in cui «è necessario reimpostare la strategia per il futuro della Sanità italiana, coniugando un adeguato finanziamento con le esigenze di razionalizzazione, equità, sostenibilità e universalità del Ssn garantendo i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio», ha spiegato il rappresentante dei governatori **Vasco Errani** (Emilia Romagna). Che ha aggiunto come «le Regioni hanno dimostrato ancora una volta una grande coesione e un forte senso di responsabilità».

L'accordo conferma l'impianto della divisione della torta decisa nel 2011 e riconosce quote aggiuntive alle Regioni che hanno registrato aumenti di popolazione. Per quest'anno, quindi, nessuna modifica ai vecchi criteri di divisione dei fondi: il riparto sarà basato soprattutto su età e numerosità della popolazione, rinviando il cambio di rotta chiesto da alcune Regioni al 2013, primo anno del federalismo fiscale, a partire dalla deprivatione invocata dal Sud.

A guadagnare di più rispetto al 2011 sono la Lombardia (350 milioni circa), il Lazio (poco meno di 200), l'Emilia-Romagna (150 circa), la Campania e il Veneto (entrambe 140 milioni in più).

La quota vincolata è di circa 2,5 miliardi, di cui 1,48 per gli obiettivi del Piano



sanitario nazionale, altri 370 milioni per varie voci che vanno dalla lotta all'Aids alle borse di studio per i medici di medicina generale, altri 576,93 milioni sono vincolati per altri enti (Cri, Oms ecc.) e 179 milioni sono accantonati per garantire le risorse per gli accertamenti medico-legali che la Corte costituzionale ha dichiarato essere compito delle Asl (70 milioni) e per i meccanismi sanzionatori e premiali relativi a Regioni, Province e Comuni (109) previsti dal federalismo fiscale.

La mobilità. I governatori hanno anche approvato la mobilità per il fondo 2012 che coinvolge 3,796 miliardi di cui 1,338 di "perdite" e altrettanti di guadagni per le Regioni. In realtà sulla mobilità l'Italia è pressoché spaccata in due con il Sud (tranne il Molise, grazie all'Istituto Neuromed di Isernia che attira pazienti da tutto il Paese), e metà del Centro in passivo e il Nord (tranne un pugno di milioni per Valle d'Aosta, Trento e Liguria) e l'altra metà del Centro in attivo.

Le cifre parlano chiaro: su 1,338 miliardi di passivo, 1,265 devono essere pagati dal Sud con il Lazio e le Marche (alle tre Regioni del Nord in passivo toccano solo 72,8 milioni), mentre della stessa cifra in attivo dal Lazio in giù spettano solo 36,4 milioni al Molise.

A guadagnare di più dalla mobilità è la Lombardia, che incassa 464 milioni, seguita dall'Emilia Romagna il cui guadagno è di 363,7 milioni: queste due Regioni da sole assorbono il 62% circa di tutto l'attivo nazionale. Al terzo posto la Toscana

che di milioni ne guadagna 133,6.

Sull'altro versante ci sono al primo posto i -299 milioni della Campania (che tuttavia migliora il saldo negativo rispetto allo scorso anno, quando di milioni da restituire ne aveva oltre 330), seguita con -250 milioni dalla Calabria e -204 della Sicilia. Le tre Regioni da sole assorbono oltre il 56% del passivo nazionale. Peggioramenti significativi si registrano invece nel Lazio, che passa da -55 milioni del 2011 a -117,5 e in Abruzzo che da -94,4 milioni passa a -116,4. In assoluto tutto il Sud assorbe il 72% del passivo.

In aumento anche le quote che spettano al Bambino Gesù di Roma (+6,4 milioni) e all'Ordine di Malta (+1,6 milioni).

Edilizia sanitaria. Altra buona notizia la scorsa settimana: «Sono state sbloccate risorse. Questo è molto importante», ha annunciato Errani giovedì 1° marzo al termine dell'incontro con il ministro degli Affari regionali **Piero Gnudi** sul trasporto locale dove si è discusso anche di fondi per l'edilizia sanitaria. Da quanto è emerso al termine del tavolo di confronto sono circa 970 milioni i fondi per l'edilizia sanitaria resi così disponibili.

Patto per la salute. Da questa settimana «inizieremo a discutere del nuovo Patto della salute», ha annunciato giovedì scorso Errani al termine dell'incontro con Balduzzi.

Il presidente della conferenza delle Regioni ha evidenziato «l'unità e la coesione trovate tra le Regioni e il ministero che

rappresentano un punto di forza. Ora che iniziamo a lavorare nel merito concretamente sul Patto della salute, questo clima ha concluso - è utile per raggiungere buoni risultati».

La base di lavoro è la premessa già a suo tempo elaborata in Commissione salute e poi discussa in queste settimane con una serie di modifiche. Gli argomenti partono dalla sostenibilità del sistema e inquadrano quattro azioni prioritarie: fabbisogno e finanziamento, riordino delle cure primarie, ticket ed esenzioni, nuova declinazione dei Lea. Queste ultime due legate a doppio filo alla questione tagli e finanziamenti, che le Regioni intendono porre al Governo per poter scrivere la parola fine sull'intenzione o meno di procedere con le previsioni contenute nelle ultime manovre.

Accanto a queste ci sono poi punti specifici da definire anche con ulteriori normative e accordi: il capitolo della **farmaceutica** e quello dei dispositivi medici, le problematiche del personale dipendente, le tariffe, la Tuc (tariffa unica convenzionale) e la mobilità interregionale che con questa si paga, i rapporti Ssn-Università, la riorganizzazione della rete ospedaliera, il capitolo degli investimenti e quello dei piani di rientro, la residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera e l'organizzazione delle strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La tabella finale per la mobilità 2012 (milioni di euro)

Regioni	Totale crediti	Totale debiti	Saldo (cassa)	Regioni	Totale crediti	Totale debiti	Saldo (cassa)	Regioni	Totale crediti	Totale debiti	Saldo (cassa)
Piemonte	227,5	221,1	6,4	Emilia R.	576,6	212,9	363,7	Puglia	109,4	281,1	-171,7
Valle d'Aosta	10,2	23,0	-12,8	Toscana	305,4	171,8	133,6	Basilicata	68,9	88,0	-19,1
Lombardia	783,8	319,8	464,0	Umbria	94,7	91,9	2,8	Calabria	23,0	273,0	-250,0
Bolzano	28,3	24,7	3,6	Marche	109,9	132,3	-22,5	Sicilia	57,7	261,6	-203,9
Trento	45,4	61,4	-16,0	Lazio	306,8	424,2	-117,5	Sardegna	17,1	81,9	-64,8
Veneto	318,5	222,1	96,4	Abruzzo	87,2	203,6	-116,4	Bambino Gesù	164,3	-	164,3
Friuli V.G.	99,0	68,5	30,5	Molise	88,1	51,7	36,4	Acismom	36,2	-	36,2
Liguria	142,8	186,7	-44,0	Campania	95,2	394,3	-299,1	Totale	3.795,7	3.795,7	0,0

Lettera al ministro: «Dov'è finita la deprivazione?»

«Caro Ministro, peccherò di ingenuità, ma ammetto che sul riparto del Fondo mi sarei aspettato di vedere finalmente ponderato l'indice di deprivazione socioeconomica: credevo, come molti, che a esso si riferiva quando parlava di "piccola sperimentazione". Lo consideravo un primo atto doveroso per iniziare a riportare sullo stesso piano la Sanità del Nord e del Sud alla soglia del federalismo. Non è andata così, alla fine si riparte grosso modo come lo scorso anno, con tutte le conseguenze che ne deriveranno con "l'avvento" dei costi standard a partire dal 2013. Come in una saga infinita, attendiamo di vedere nella puntata successiva il riconoscimento del fattore povertà.

Ma adesso che il Paese sa di quanto può disporre (risorse peraltro esigue), non crede che sia giunto il momento di chiudere rapidamente il capitolo dei Lea, prevedendo una volta

per tutte quali sono i livelli di assistenza da garantire e quali no? Lo so che ci vuole coraggio, che le novità e la cancellazione di bisogni per quanto dati, non sono facili neanche per un Governo che sta operando con determinazione e che non deve rispondere a logiche partitiche, ma è evidente che se non si metterà adesso mano allo scalpello, passeranno altri anni senza riuscire a operare quel salto di qualità.

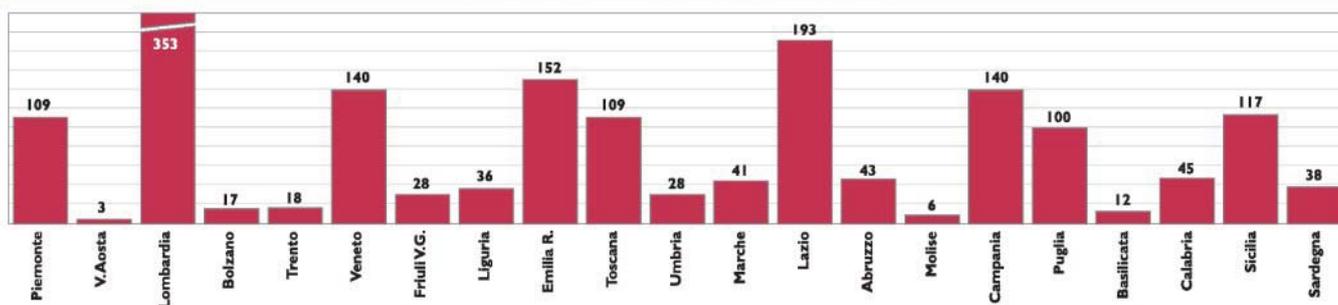
Non vorrei passare per campanilista (è più il timore che il Sud arrivi con il fiato corto all'appuntamento con il federalismo a muovere la mia penna), ma urge provvedere a una revisione dei Piani di rientro e con essa allo sblocco del turn over. D'altronde, lei stesso ha ribadito che «per i Piani di riqualificazione e di rientro, previsti per le Regioni in condizione di deficit sanitario, occorre garantire un maggiore equilibrio tra profilo economico finanziario e qualità dei servizi». Lei sa bene, grazie

alla sua lunga, innegabile e comprovata esperienza, che molte delle disfunzioni che si registrano in questi giorni nel Pronto soccorso sono legate anche alla carenza di personale, all'impossibilità di assumere energie nuove. Caro Ministro, se non ora, quando rivedremo strumenti rivelatisi in parte inadeguati? Per ultimo e per una questione di equità e appropriatezza a lei tanto cara, sarebbe interessante che nel Patto salute si prevedesse un freno per i ricoveri inappropriati fuori Regione. Si potrebbe, a esempio, cominciare dall'introduzione dell'obbligatorietà di atti convenzionali tra le Regioni e da una revisione della tariffa unica che stabilisca a priori e in maniera uniforme, il costo delle prestazioni in mobilità su tutto il territorio. Caro Ministro, non mi resta che augurarle buon lavoro per una stagione non facile, carica di trasformazioni radicali e tante aspettative.

Raffaele Calabro

Senatore e consigliere per la Sanità della Regione Campania

Le differenze di incasso con il 2011 (milioni di euro)



Riparto 2012: tutti i calcoli dei governatori (milioni di euro)

Regioni	Totale fabbisogno 2011	Proposta ministero 2012 finale	Capitaria secca	Incremento popolazione 2010-2011 (unità)	Differenza per quota accesso 2011	Incr. pop. per quota accesso 2012	Proposta regioni pre riequilibrio	Diff. proposta incremento ministero finale	Totale	Quota accesso senza Abruzzo	Fondo 5 mln Abruzzo (euro)	Totale complessivo dopo i riequilibri	Quota accesso
Piemonte	7.870	7.974	7.806	11.105	89	19,4	7.979	-4,4	7.979	7,68%	384.191	7.978	7,51%
V. d'Aosta	222	225	225	364	3	0,6	225	0,1	225	0,22%	10.852	225	0,21%
Lombardia	16.989	17.333	17.369	91.573	192	160,4	17.342	9,0	17.342	16,70%	835.076	17.341	16,33%
Bolzano	848	866	889	4.223	10	7,4	865	-0,7	865	0,83%	41.657	865	0,81%
Trento	900	918	927	4.631	10	8,1	918	0,2	918	0,88%	44.218	918	0,86%
Veneto	8.468	8.608	8.648	25.416	96	44,5	8.608	0,2	8.608	8,29%	414.516	8.608	8,10%
Friuli	2.190	2.216	2.164	1.729	25	3,0	2.218	2,0	2.218	2,14%	106.796	2.218	2,09%
Liguria	3.018	3.048	2.831	802	34	1,4	3.054	5,9	3.054	2,94%	147.053	3.054	2,88%
Emilia R.	7.750	7.887	7.762	36.849	88	64,5	7.902	14,5	7.902	7,61%	380.501	7.902	7,44%
Toscana	6.621	6.725	6.567	19.683	75	34,5	6.731	5,2	6.731	6,48%	324.103	6.730	6,34%
Umbria	1.594	1.620	1.588	5.696	18	10,0	1.622	2,0	1.622	1,56%	78.116	1.622	1,53%
Marche	2.746	2.786	2.741	5.793	31	10,1	2.787	1,3	2.787	2,68%	134.225	2.787	2,62%
Lazio	9.790	9.982	10.033	46.820	111	82,0	9.983	0,4	9.983	9,61%	480.695	9.982	9,40%
Abruzzo	2.336	2.368	2.351	3.468	26	6,1	2.368	0,3	2.378			2.383	2,24%
Molise	568	574	560	-449	6	-	575	0,6	575	0,55%	27.671	575	0,54%
Campania	9.756	9.901	10.217	9.394	111	16,5	9.882	-18,1	9.896	9,53%	476.515	9.895	9,32%
Puglia	6.928	7.032	7.165	7.224	78	12,7	7.019	-12,6	7.028	6,77%	338.434	7.028	6,62%
Basilicata	1.020	1.031	1.029	-1.362	12	-	1.032	1,3	1.032	0,99%	49.695	1.032	0,97%
Calabria	3.439	3.485	3.523	2.065	39	3,6	3.482	-2,7	3.484	3,36%	167.761	3.484	3,28%
Sicilia	8.558	8.676	8.846	8.083	97	14,2	8.669	-7,4	8.674	8,35%	417.697	8.674	8,17%
Sardegna	2.874	2.918	2.934	3.007	33	5,3	2.912	-6,1	2.912	2,80%	140.226	2.912	2,74%
Totale	104.486	106.174	106.174	286.114	1.184	504,2	106.174		106.213.749.548	5.000.000	5.000.000	106.214	

Farmaci disponibili in tempi più veloci in arrivo nuove regole europee

di ANTONIO TAJANI *

TRA qualche mese acquistare un medicinale potrà costare fino al 25% in meno e i pazienti affetti da malattie gravi disporranno di una più ampia gamma di trattamenti. Un accesso più rapido dei pazienti ai medicinali, originali o generici; un recupero più celere dei costosi investimenti effettuati dall'industria **farmaceutica**; un sistema sanitario più snello ed efficiente: sono questi i tre obiettivi che si prefigge la nuova proposta di direttiva appena presentata dalla Commissione per modernizzare i sistemi nazionali che fissano prezzi e rimborsi dei prodotti **farmaceutici**.

Alcuni tra i 27 Stati membri dell'Ue, a cominciare dall'Italia, hanno ancora procedure troppo lunghe e complesse per consentire l'immissione sul mercato e la copertura mutualistica di medicinali già autorizzati sotto il profilo **farmaceutico**. Ritardare l'accessibilità di prodotti innovativi più efficaci di quelli già presenti sul mercato o, di prodotti generici altrettanto validi ma spesso molto meno costosi, comporta una perdita secca in termini di salute e vantaggi economici per i nostri cittadini e di competitività e di spinta ad innovare per l'industria europea.

Da Bruxelles arriva quindi una scossa per eliminare lungaggini amministrative del passato. Il meccanismo è semplice: la Commissione propone di stabilire un limite non più, come finora, di 180 giorni ma, in generale, salvo casi più complessi, di 120 giorni per l'accettazione mutualistica di prodotti innovativi e di appena 30 giorni per i prodotti generici. Se Consiglio e Parlamento

ci seguiranno, e mi auguro che lo facciano in tempi rapidi, questo significherà una riduzione di più dell'80% per cento dei tempi di disponibilità di quest'ultima categoria di **farmaci**, che consentiranno anche risparmi ragguardevoli per le casse dello Stato. Oggi un prodotto generico (o equivalente) impiega in media 5 mesi, con punte fino ad 8 mesi, prima di poter essere offerto al pubblico dopo aver ottenuto l'autorizzazione **farmaceutica**. Un'entrata sul mercato più rapida porterebbe a risparmi nell'ordine di centinaia di milioni di euro per l'erario di ciascuno Stato membro e quindi per le tasche dei cittadini. Quanto sia importante ricorrere maggiormente a prodotti generici altrettanto sicuri è anche la linea indicata dal governo italiano nel decreto «cresci-Italia», di cui si sta dibattendo proprio in questi giorni al Senato. Mi conforta constatare quanto Bruxelles e Roma siano appaiate in questo sforzo congiunto verso un sistema sanitario più efficiente e meno costoso. Per il nostro Paese, in particolare, questa è una sfida cruciale, considerata l'elevata presenza degli over 65 anni, destinata peraltro a crescere significativamente nei prossimi anni.

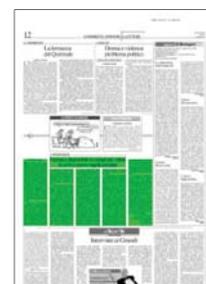
Un altro punto sul quale mi sono personalmente impegnato è stato quello di introdurre nella proposta dei sistemi di controllo e di intervento più incisivi, in caso di violazione di questi termini per le decisioni degli organi pubblici competenti. Occorre un quadro normativo che dia certezza alle imprese. Per questo la proposta odierna mira a riformare alla radice una direttiva del 1989, che non prevede meccanismi sanzionatori adeguati in

caso di sfioramento dei termini. Risultato: troppo spesso, anziché 180, i giorni necessari per una decisione di includere o meno un medicinale nel prontuario nazionale o comunque per essere messo a disposizione dei pazienti sono molti di più (in un caso siamo arrivati addirittura a 700). Inammisibile per tutti: imprese, cittadini e amministrazioni. Per questo proponiamo dei meccanismi nazionali accelerati di ricorso, con possibilità anche di risarcimento danni per la società **farmaceutica** interessata e di penalità addirittura giornaliere.

La proposta, insomma, è vasta e ambiziosa. Ci sarà da lavorare duro per portare a compimento questa riforma. L'Italia, facendo proprio tesoro del dibattito in corso, avrà un ruolo di spicco da svolgere assieme agli altri partner e al Parlamento europeo con cui ho già avviato personalmente i primi contatti. Se la salute è una competenza, in primis, nazionale, essa resta un bene comune, da tutelare con regole condivise più moderne, nell'interesse dei nostri cittadini ma anche di un'industria europea che deve continuare a investire in Europa per poter eccellere su scala mondiale.

** Vice presidente della Commissione europea e Commissario responsabile per l'industria e l'imprenditoria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LIBERALIZZAZIONI AL GIRO DI BOA



Rivoluzione in farmacia

Altri 5mila presidi - Più mercato ai comer - C'è la monodose

Primo via libera, giovedì scorso, in Senato, al Dl sulle liberalizzazioni che detta una autentica rivoluzione per il pianeta farmacia.

Via la pianta organica e quorum unico a 3.300 cittadini, per un totale di circa 5mila nuove aperture da realizzare nel giro di un anno e mille stress in arrivo per il pool dei titolari che saranno costretti a buttarsi nella mischia usando sconti e orario lun-

go per sopravvivere. Ma sono novità che lasciano una buona dose d'ossigeno alle parafarmacie, premiate con qualche fettona di mercato in più e con la parità professionale appena recuperata.

Titoli di coda, infine, per le aziende Pharma, di nuovo faccia a faccia con lo spettro dei monodose: sanno solo che spenderanno di più.

A PAG. 8-9

LIBERALIZZAZIONI/ Si del Senato alle misure che cambiano la rete con 5mila aperture

Farmacie a quorum unico

Veterinari e galenici fuori canale - Per le cure Ssn arrivano i monodose

Cinquemila farmacie in più, perché il quorum passa da 3mila a 3.300 abitanti a negozio. Cinquemila farmacie a rischio di chiusura, perché tanti sarebbero, secondo il senatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri** (Pdl), i titolari di farmacia in età pensionabile divenuti improvvisamente incompatibili nel ruolo di direttore. Dalla numerica surreale del day after la "rivoluzione" tracciata con l'articolo 11 del Dl liberalizzazioni potrebbe non trasparire affatto. Eppure dal braccio di ferro protrattosi per oltre una settimana nelle stanze e stanzette che fanno ala alla Commissione Industria del Senato, e poi dal voto di fiducia dell'Aula, i titolari sono usciti in "prognosi riservata".

E hanno subito uno shock multiplo: addio pianta organica; concorsi ad armi pari (su riserve e punteggi) con i colleghi di parafarmacia; regole nuove su eredità e concorrenza e - quel che è peggio - ricetta fuori canale. Poca cosa per ora: solo i **farmaci** veterinari. E i veterinari neanche sono stati contenti. Ma il percorso sembra più che mai segnato. Tanto più che c'è bello e pronto un decreto che spiega come deve funzionare la parafarmacia candidata a vendere anche la fascia C "delistata" dal decreto salva-Italia. E a quel decreto ormai si ispireranno tutte, perché le liberalizzazioni del Senato hanno abbattuto anche il paletto che concedeva la vendita dell'ex **farmaco** su ricetta solo alle parafarmacie dei Comuni con più di 12.500 abitanti.

Ce n'è abbastanza per dispiacere i titolari che fino all'ultimo hanno sperato di strappare il quorum a 3.500 giudicato l'ultimo baluardo sostenibile prima del tracollo. I dispiaceri sono tanti e non sono solo per i farmacisti. Una stiletta è arrivata anche alle aziende **farmaceutiche**: assieme ai medici hanno ottenuto una ripulitura della norma sulla prescrizione e dispensazione dei generici, ma

hanno incassato anche la sorpresa di un riconfezionamento che alle loro casse non farà risparmiare un bel niente.

Un po' contenti - dopo tante delusioni e tentennamenti - sono stati solo i parafarmacisti: la pari dignità coi colleghi di bancone la chiedevano da tempo e almeno sulla carta l'hanno ottenuta. E hanno già annunciato che la prossima battaglia sarà la "C" tutta intera anche ai comer e nel vicinato.

Molti intanto affileranno le armi per approfittare dell'occasione offerta dai concorsi a percorso agevolato e con punteggio alla pari.

Tra strappi e ritocchi, alla fine, rete e mercato avranno un altro aspetto. E dato che ci vorrà un anno per chiudere il cerchio delle nuove aperture magari in pista ci potrà essere anche la nuova convenzione delle farmacie cui il testo finale dell'articolo 11 fa un pallido riferimento rinviando a essa la definizione della dotazione standard di personale delle farmacie "riconosciute" dal Ssn. Fissato il quorum a 3.300, concesso un 5% di aperture in deroga con diritto di prelazione ai Comuni nei luoghi ad alta frequentazione la norma prevede procedure ultrarapide: i Comuni dovranno individuare le nuove sedi disponibili entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge; Regioni e Pa dovranno bandire il concorso straordinario per titoli nei 60 successivi. Sull'inadempienza del Comune interverrà la Regione; per l'inerzia regionale scatterà la nomina di un commissario ad acta. Ai concorsi parteciperanno gli under-65 non titolari o titolari o soci di farmacie rurali sussidiate o sovranumerarie e tutti concorreranno alla pari. Come ad armi pari sarà la guerra degli sconti: le farmacie potranno praticarli su tutti i prodotti pagati direttamente dal cittadino e potranno rimanere aperte fuori orario una volta

coperto il turno. Anche questo non è piaciuto ai titolari. La presidente Federfarma, **Annarosa Racca**, ha espresso «grande amarezza per un provvedimento miope» e «gravi preoccupazioni per il futuro del servizio **farmaceutico**».

«Ancora una volta la farmacia è vista come esercizio meramente commerciale invece che come importante presidio di salute pubblica del Ssn - ha detto - così sarà impossibile mantenere l'attuale qualità del servizio assicurato ai cittadini». Stesso dispiacere per il presidente della Fofi, **Andrea Mandelli**: «Il farmacista non è un operatore economico, invece ancora una volta farmacista e farmacia sono considerati soltanto come un motore dei fatturati, come professionisti della salute, etici». Ancora più deluse le farmacie comunali, francamente trascurate dal decreto: «L'ambiguità con cui viene trattata la proroga del diritto di prelazione dei sindaci sull'apertura di nuove farmacie apre legittimi dubbi sulla durata di tale sospensione - ha scritto **Assofarm** - fino a far legittimamente credere che si tratti di un primo passo verso la sua completa cancellazione».

Per Famindustria, invece, c'è stata di nuovo la sgradevole consapevolezza di trovarsi sempre nel mirino: «Ogni volta sulla **farmaceutica** ne esce una nuova, come se fosse la causa di tutti i mali» ha commentato il presidente **Massimo Scaccabarozzi**. «Quello delle confezioni ottimali è un falso problema che porterà costi aggiuntivi per le imprese». Per le imprese, invece, il Governo farebbe meglio a rivedere i tetti di spesa per il prossimo anno: «C'è tempo fino ad aprile per farlo - dice **Scaccabarozzi** -. Il rischio, altrimenti, è che salti tutto il sistema **farmaceutico**».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le novità per il comparto farmaceutico**Tutte le scelte del riordino**

Quorum. Sarà possibile aprire una farmacia ogni 3.300 abitanti: per aprirne una in più basterà superare il 50% del quorum (*comma 1, a*)

Aperture in deroga. Potranno essere previste dai Comuni nei luoghi ad alta frequentazione in misura non superiore al 5% del numero complessivo delle farmacie. In porti, aeroporti, stazioni, autostrade con hotel o ristoranti, dovranno essere collocate ad almeno 400 metri di distanza da un presidio preesistente; nei centri commerciali con superficie superiore a 10mila mq la distanza minima sarà di 1.500 metri. distanza la distan (*comma 1, b*). I Comuni potranno esercitare il diritto di prelazione fino al 2022 e non potranno cedere la titolarità o dare in gestione la sede così ottenuta che altrimenti sarà dichiarata vacante (*comma 10*)

Pianta organica. Viene abolita. I Comuni avranno 30 giorni di tempo dall'approvazione della legge per individuare le zone nelle quali collocare le nuove farmacie: saranno decise dai Comuni sentita la Asl e l'Ordine provinciale dei farmacisti, basandosi sui dati di popolazione Istat 2010. Il dato sarà aggiornato annualmente (*comma 1, c*). Se il Comune è inadempiente provvede la Regione entro 60 giorni (*comma 9*)

Concorsi. Saranno per soli titoli e dovranno essere banditi dalle Regioni entro 60 giorni dall'invio da parte dei Comuni dei dati sulle sedi disponibili. Tutta la procedura, assegnazione delle sedi compresa, dovrà essere conclusa nell'arco di 12 mesi. (*comma 3*) In caso di inadempienza regionale scatteranno i poteri sostitutivi con la nomina di un commissario ad acta (*comma 9*)

Riserve. Ai concorsi potranno partecipare solo farmacisti under-65 non titolari di farmacia in qualsiasi situazione si trovino ovvero titolari o soci di società titolari di farmacia rurale sussidiata, di farmacia soprannumeraria o di parafarmacia. Ciascun candidato potrà partecipare massimo a concorsi in due Regioni. Escluso il diritto di prelazione dei Comuni. Esclusi i farmacisti titolari e i soci di società di titolari di farmacie preesistenti alle nuove aperture (*comma 5*)

Partecipazione associata. Gli under-40 potranno concorrere per la gestione associata sommando i titoli posseduti. L'assegnazione è condizionata al mantenimento della gestione societaria paritaria per almeno 10 anni, salvo decesso o sopravvenuta incapacità (*comma 7*)

Punteggi. L'attività svolta e le relative maggiorazioni di punteggio di titolari di farmacia rurale sussidiata, di farmacia soprannumeraria e di parafarmacia saranno equiparate. Idem per i collaboratori di farmacia e di parafarmacia (*comma 5*)

Graduatoria. Sarà unica, regionale, per titoli, valida due anni. A parità di punteggio prevale il candidato più giovane. I vincitori dovranno dichiarare entro 15 giorni l'accettazione della sede, pena decadenza (*comma 6*)

Orari. Le farmacie potranno restare aperte oltre orario fatti salvi i turni (*comma 8*)

Sconti. Le farmacie potranno praticare sconti su tutti i farmaci e i prodotti acquistati direttamente dal cliente (*comma 8*)

Successione ereditaria. Gli eredi avranno 18 mesi di tempo dal decesso del titolare per assumere la titolarità o cedere la farmacia (*comma 11*)

Farmaci a brevetto scaduto. Il medico nel prescrivere un farmaco informerà il paziente dell'esistenza di altri equivalenti in commercio. Salvo diversa richiesta del paziente, il farmacista deve fornire il medicinale prescritto, se nella lista di equivalenza non vi sono medicinali di prezzo più basso, ovvero il medicinale di prezzo più basso, se nella lista vi sono prodotti meno costosi rispetto a quello prescritto (*comma 12*)

Farmaci monodose. Entro il 31 dicembre l'Aifa dovrà revisionare le modalità di confezionamento dei farmaci per identificare confezioni ottimali, anche di tipo monodose, in funzione delle patologie da trattare (*comma 12*)

Fascia "C" delistata. Abolito il limite fissato dal Dl "Salva-Italia" (presenza in Comuni con più di 12.500 abitanti): tutte le parafarmacie e tutti i corner potranno vendere i medicinali di Fascia "C" riclassificati come dispensabili senza ricetta (*comma 13*)

Veterinari su ricetta. Potranno essere venduti anche in parafarmacia e nei corner della Gdo (*comma 14*)

Galenici ufficiali. Quelli che non prevedono la presentazione di ricetta medica potranno essere allestiti anche in parafarmacia e nei corner Gdo (*comma 15*)

Dotazione di personale. Quella necessaria al mantenimento della convenzione con il Ssn sarà oggetto di trattativa al tavolo per il rinnovo dell'accordo (*comma 16*)

Limite di età alla direzione della farmacia. La direzione della farmacia privata può essere mantenuta fino al raggiungimento del requisito dell'età pensionabile da parte del farmacista iscritto all'albo (*comma 17*)

SALUTE**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

MEDICI INDIGNATI, IN RITARDO

Un provvedimento ingiusto. Immotivato. Così i medici del Policlinico Umberto I di Roma hanno protestato in massa dopo la sospensione dei camici bianchi del Pronto Soccorso, ritenuti responsabili del trattamento ad una paziente malata di Alzheimer, e in coma, tenuta "legata" ad una barella. Però la donna non era in coma e i medici hanno contestato il senatore Ignazio Marino, perché tutto è nato da un suo blitz alla struttura, fatto insieme ad un altro senatore, Domenico Gramazio. Punizione a parte, restano i problemi: le carenze del Pronto Soccorso, di questo come di tanti altri ospedali, e le condizioni di lavoro del personale sanitario dei Dea. Nei quali, ogni anno, si registrano 23 milioni di accessi, che diventano ricoveri nel 15 per cento di casi. Infatti i ricorsi ai Dea sono, all'80% circa, codici verdi e bianchi. Perciò non urgenti. Allora perché non prevedere altre strutture territoriali d'intervento per tali richieste? Quanto ai camici bianchi, perché protestano solo quando si sentono puniti ingiustamente? La loro indignazione sarebbe più comprensibile se si rifiutassero di lavorare in condizioni inaccettabili. E i malati, forse, sarebbero solidali...

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE**La prevenzione**

Malattie renali
due facili test
per la diagnosi
precoce

MARGRETH

Rene

Esami del sangue e dell'urina per verificare la funzionalità. In Italia 5 milioni di malati: giovedì visite per la Giornata mondiale

Due semplici test salva organi e il rischio di dialisi si allontana

Una malattia che spesso non ha sintomi: over 60 ipertesi e diabetici più a rischio

ALESSANDRA MARGRETH

Controlli, prevenzione e informazione: l'8 marzo è la Giornata mondiale del rene. In Italia sono state organizzate numerose iniziative per far conoscere i rischi di una malattia renale e l'importanza degli esami diagnostici. Sono ben cinque milioni gli italiani colpiti da problemi ai reni, e il loro numero è in continuo aumento.

Nelle piazze di 36 città sarà possibile sottoporsi gratuitamente al rilevamento della pressione arteriosa e all'esame delle urine, due esami fondamentali per individuare precocemente i disturbi renali. Dato che la prevenzione inizia fin da giovani, per loro è stata aperta una fan page su Facebook e caricato un video dell'evento su YouTube. previste anche visite in

35 scuole sul territorio nazionale. In circa 215 Centri di nefrologia sarà possibile effettuare visite gratuite (info sui siti della Società del Rene e Fondazione Italiana, vedi in *Per saperne di più*). Josefa Idem, la pluricampionessa mondiale e olimpica di canoa, è stata scelta come testimonial.

Per migliorare sempre più a ogni livello la conoscenza su come evitare e affrontare le malattie renali, sono uscite le "Linee Guida per l'identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica". Un'importante novità è il coinvolgimento del medico di medicina generale nella diagnosi precoce. Spetterà a lui identificare i soggetti a rischio. Altre innovazioni introdotte dalle Linee Guida, valutazioni più precise per la misurazione della funzione renale e dei fattori di rischio sull'insorgenza dell'insufficienza renale e sue complicazioni. E indicazioni per un maggiore controllo delle malattie associate a quella renale.

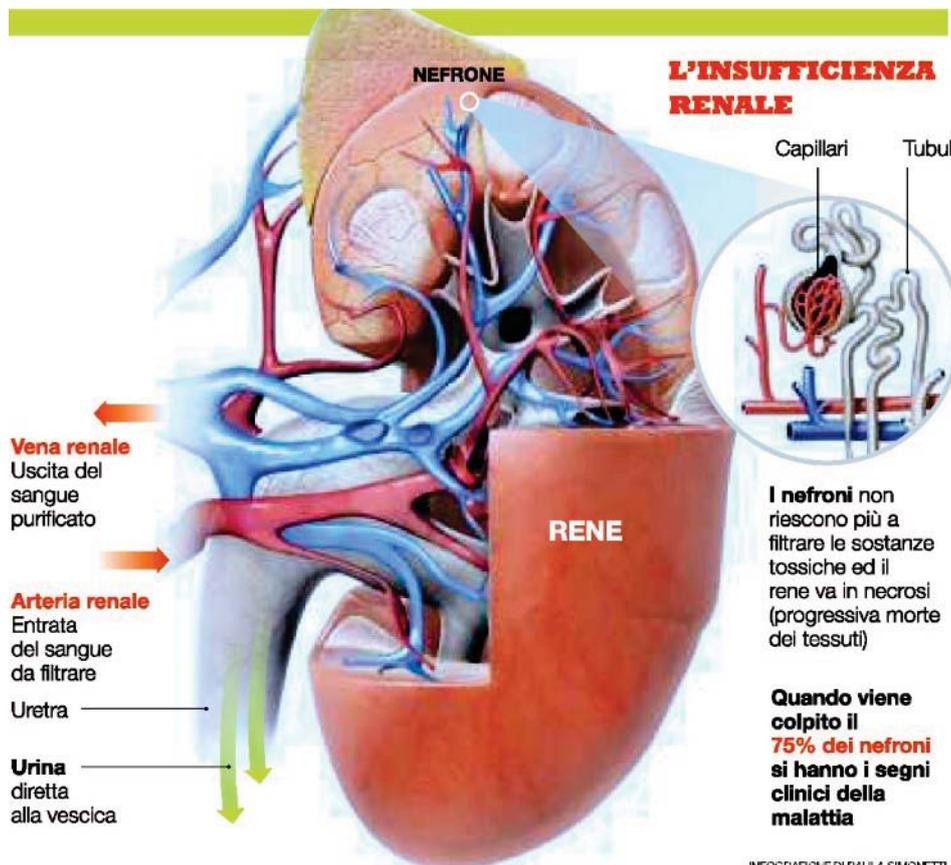
Chiarisce Rosanna Coppo, presidente Sin, Società italiana di nefrologia: «I reni si possono deteriorare, spesso senza dare alcun

sintomo. Gli esami per una diagnosi precoce sono quello delle urine e la misurazione del valore di creatinina nel sangue: sono semplici, specifici e poco costosi. Si può così riuscire a ridurre l'evoluzione alla dialisi e la comorbilità cardio-vascolare. E addirittura arrestare del tutto situazioni iniziali di danno renale e di sviluppo di malattia renale cronica progressiva».

In Italia si pensa che 1 persona su 7 (il 13%) abbia un grado di insufficienza renale moderata, cioè una funzione renale dimezzata o più che dimezzata rispetto alla norma. La malattia renale cronica è un grave problema progressivo, spesso legata a fattori di rischio come diabete e ipertensione. L'ultimo stadio della malattia richiede il ricorso alla dialisi e al trapianto come soluzione. Le persone maggiormente a rischio sono gli over 60 anni, gli ipertesi, i diabetici, gli obesi, chi ha casi in famiglia e chi abusa di farmaci anti-infiammatori. Controllare i problemi renali migliora anche la situazione a livello cardiovascolare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





INFOGRAFICHE DI PAULA SIMONETTI

I NEFROPATICI



I PROGETTI

UN CONFRONTO TRA 19 PAESI E UNO STUDIO SULLE TERAPIE

Al via il progetto "Kidney Health for Life - La salute del rene a tutela della vita". Spiega Rosanna Coppo, presidente Sin: «Prevede l'analisi dei diversi approcci sanitari nazionali alle cure per la malattia renale cronica in Europa e in Canada - in totale sono 19 Paesi - con un confronto delle diverse politiche sanitarie, sistemi di cura, strutture e linee guida, relativamente a diagnosi e trattamento. I risultati di questo lavoro aiuteranno a migliorare diagnosi e trattamento della malattia renale cronica. In programma anche un workshop interattivo internazionale». L'iniziativa

è stata realizzata con il contributo incondizionato di Abbott. Con il contributo di un'altra farmaceutica (Amgen-Dompé) si avviano anche nuovi studi epidemiologici. Racconta Coppo: «Da quest'anno 21 giovani ricercatori possono approfondire studi relativi ai meccanismi di diffusione epidemiologica e progressione della malattia. I progetti che verranno sviluppati riguardano, ad esempio, le nuove frontiere diagnostiche, la diffusione della malattia renale tra gli stranieri in Italia, la qualità di vita dei pazienti, l'efficacia e gli effetti collaterali delle terapie».

(al. mar.)

SALUTE

Ortopedia

Indagine campione in tre regioni delle Società di ortopedia e artroscopia: si riducono l'uso dei farmaci e altri costi sanitari quando si opera correttamente. Ma i tempi, per le fratture, sono essenziali: bisognerebbe intervenire entro 24 ore dal trauma, la media è 5 giorni

Quando l'operazione fa anche risparmiare

Le malattie del sistema muscolo scheletrico e i traumi contengono il primato ai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio quanto a numero di ricoveri ospedalieri. Se poi si considerano gli interventi che ogni anno vengono eseguiti per installare impianti di protesi d'anca ginocchio spalla e altre articolazioni, la situazione italiana primeggia della graduatoria europea. Un solo numero a commento: 400 mila interventi d'elezione nel 2011. La ricerca "Chirurgia protesica e artroscopica" voluta dalla Società italiana di ortopedia e traumatologia (Siot) e dalla Società italiana di artroscopia (Sia), evidenzia come interventi appropriati di chirurgia ortopedica siano in grado di ridurre il consumo di farmaci, il ricorso ai trattamenti riabilitativi e di abbreviare il ritorno alla vita attiva. Tre le regioni prese a campione per l'indagine realizzata da CliCon: Lombardia, Emilia Ro-

magna e Lazio. Il dato più saliente dimostra che i pazienti sottoposti a intervento protesico o artroscopico negli anni successivi all'intervento fanno meno ricorso a cure rispetto al periodo che lo ha preceduto. In particolare, per gli impianti di protesi i costi diretti riguardanti i farmaci e le prestazioni specialistiche si abbassano rispettivamente del 73% e del 59%. Stessa cosa per l'artroscopia con riduzioni del 56% sui trattamenti farmacologici e del 76% per le indagini specialistiche. Interessante il dato sul numero di reinterventi. Nei casi di impianto di protesi in media il 95% dei pazienti nei tre anni successivi non ha avuto necessità di revisione o rimozione; circa i pazienti con artroscopia solo il 4,7% di essi ha subito un successivo intervento di protesi. «Allo stato attuale un'operazione di chirurgia ortopedica, quando ritenuta appropriata, va considerata come un pezzo

importante di un percorso di cura più ampio che oggi si avvale di una tecnologia molto avanzata e della multidisciplinarietà», sottolinea Marco d'Imporzano, presidente Siot. Inaccettabili dunque i ritardi con cui s'interviene. Le raccomandazioni italiane ed internazionali dicono di procedere alla riparazione di una frattura di femore entro le 24 ore dal trauma. Nella pratica clinica accade che questi tempi vengano rispettati in meno del 50% dei casi. Soltanto nel 29% dei casi si opera una frattura del collo del femore entro i due giorni, la media italiana di attesa è di 5 giorni (fino a 29 giorni). Per una frattura di tibia e perone bisogna aspettare in media 4 giorni. Altra lacuna: la parcellizzazione dei piccoli ospedali che non realizzano volumi importanti di interventi. Infine: migliore organizzazione. Non si può operare solo di mattina...

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I RICOVERI
Oltre un milione e 200 mila i ricoveri per acuti compreso il day hospital per malattie del sistema scheletrico e traumi



L'ANCA
In Europa, l'Italia è al terzo posto per numero di protesi d'anca impiantate (100.000 l'anno) In Germania sono 250.000



LE DONNE
Nel 65% dei casi italiani la sostituzione d'anca riguarda le donne; sale al 75% se l'impianto è post frattura da osteoporosi



GLI OSPEDALI
150 strutture con oltre 100 interventi al collo del femore (250 sotto i 50); tibia e perone 750 strutture meno di 50 interventi



In vista della Settimana mondiale, l'Unione Europea si appresta a varare un programma settennale di ricerca sull'efficienza mentale. Ecco a che punto sono arrivati gli studi. E quali sono gli stili di vita che dobbiamo tenere se vogliamo diminuire il rischio di cadere nella demenza senile

Cervello

Movimento, dieta, gioco le sei mosse vincenti per proteggere la mente

ARNALDO D'AMICO

A

ttività fisica moderata e costante, dieta mediterranea e esercizi mentali. Sono questi, in ordine d'importanza, i fattori che conservando l'efficienza del cervello accrescono qualità e quantità della vita. Seguono, sempre in ordine decrescente, altri tre fattori, considerati separatamente perché di difficile definizione e misurazione. Sono: qualità del sonno, intensità dei rapporti sociali e livelli di stress cronico. L'elenco dei sei fattori è il frutto delle ricerche svolte sull'argomento negli ultimi anni sintetizzate da Stefano Cappa, docente di Neuroscienze Cognitive dell'Università Vita e Salute-San Raffaele di Milano, punto di riferimento della Società italiana di neurologia per questa disciplina, una delle protagoniste della Settimana mondiale del cervello, dal 12 al 18 marzo.

Rispetto al "mens sana in corpore sano" enunciato dai Romani oltre duemila anni fa non sembra un gran progresso. «Dal punto di vista pratico, non abbiamo ancora una ricetta rivoluzionaria di stili di vita salutari per la mente — commenta Cappa — Ma il lavoro sin qui svolto ha portato alcune scoperte sorprendenti, che stanno dando nuovo impulso alla ricerca sui fattori protettivi dell'efficienza mentale. Non a caso, il programma settennale di ricerca dell'Unione Europea che parte dal 2014 investirà moltissimo in questo settore della medicina. Ormai è chiaro che dalla farmacologia non arriverà una "pillola salva-memoria" mentre l'invecchiamento della popolazione moltiplica i casi di demenza che stanno portando al collasso i sistemi sanitari. Riuscire a prolungare anche di soli due anni una condizione di buona efficienza mentale porterebbe vantaggi sociali ed economici vitali».

Ed ecco cosa si sa dei sei fattori.

Attività fisica: «Bastano 30 minuti al giorno cinque volte a settimana — spiega Cappa — va bene camminare, pedalare o nuotare o qualunque altra attività, anche moderata. Si è sempre pensato che i benefici neurologici fossero la ricaduta di quelli sul sistema cardiovascolare. E invece cresce l'evidenza di un effetto protettivo dell'attività fisica direttamente sul cervello».

Dieta mediterranea: anche qui la novità sta nella scoperta di un effetto diretto, non conseguente, come s'è sempre pensato, alle migliori condizioni metaboliche e cardiovascolari di chi segue questo stile alimentare. Una protezione maggiore sembra derivare da regimi alimentari simil vegetariani, con ulteriori restrizioni dei prodotti animali, zuccheri raffinati e cibi industriali, inevitabilmente ipocalorici.

Attività mentali: cruciverba, sudoku e giochi vari aiutano a rimanere lucidi. Alta scolarità e lavori intellettualmente impegnativi risultano protettivi nei confronti della demenza. Ma, a differenza dei fattori precedenti, i benefici sembrano meno duraturi. «Le ricerche dimostrano che chi si

dedica ai giochi ha capacità superiori alla media nel praticarli, ma la maggiore abilità non si estende ad altre prestazioni mentali. Invece l'alta scolarità e le attività lavorative intellettuali, più che proteggere dalla demenza sembrano rinviare la data di comparsa. Probabilmente una vita intellettualmente stimolante fornisce al cervello una "riserva cognitiva" che gli consente di resistere più a lungo alla perdita di cellule nervose».

Dal 2014 inizia la sfida del progetto europeo set-

tennale "Horizon". Conclude Cappa: «Gli effetti protettivi risultano da ricerche retrospettive, che hanno confrontato negli anziani le prestazioni mentali con il modo in cui sono sempre vissuti. Ora si vedrà se si verificheranno meno casi di demenza in soggetti che a 50 anni iniziano a seguire la dieta mediterranea e un programma di attività fisica. Se, come spero, i risultati saranno positivi, avremo la ricetta della longevità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I 6 FATTORI FONDAMENTALI

Influenzano le capacità mentali e la qualità della vita

ATTIVITÀ FISICA

30 minuti al giorno, anche una passeggiata, 5 volte a settimana. I benefici sul cervello sono diretti, non conseguenti a quelli circolatori, come s'era sempre pensato



ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA

Anche in questo caso, i benefici sono diretti, forse determinati dal maggior introito di antiossidanti portati da frutta e verdura più abbondanti in questa dieta



GIOCHI

Cruciverba, sudoku, scacchi e altri giochi di abilità mentale mantengono lucidi. Ma le ricerche non dimostrano che le buone prestazioni in campo verbale, matematico, ecc si estendano poi alle altre funzioni mentali. Effetti protettivi o "ritardanti" nei confronti della demenza da alta scolarità e lavori intellettuali



QUALITÀ DEL SONNO

Più che la durata, sulla conservazione delle capacità mentali pesa la qualità del sonno. Il sonno disturbato da problemi medici (difficoltà respiratorie, dolori artrosici, ecc) o ambientali (rumore) o preoccupazioni varie diminuisce molto l'attenzione, la capacità di concentrazione e le facoltà mnemoniche



VITA SOCIALE

Maggiori livelli di lucidità mentale e di autonomia e meno casi di demenza tra gli anziani impegnati in attività che li portano a interagire spesso con gli altri



STRESS CRONICO

Mentre lo stress di breve durata (un problema anche grave, ma che viene risolto) è uno dei più potenti fattori protettivi della mente, quello cronico, causato da problemi irrisolti e/o irrisolvibili (ad esempio, disagio sociale, handicap, povertà) è il peggior tossico del cervello



SALUTE

La ricerca/2

Prestigioso premio ad una neurologa siciliana

Alzheimer, lo studio di segni premonitori

Fare una diagnosi più precoce, ancor prima che la malattia si manifesti a livello clinico. A questo mira la ricerca della neurologa palermitana, Chiara Cerami, 32 anni, che ha vinto il più cospicuo premio italiano per la ricerca (360mila euro per 4 anni) promosso dalla Fondazione Lilly insieme alla Fondazione Cariplo ("Un'idea per il futuro"). Alla Cerami, laureata a Palermo, e oggi consulente neurologo al San Raffaele di Milano, è stata assegnata la ricca borsa di ricerca per uno studio che punterà a individuare "Nuovi biomarcatori per la diagnosi precoce della malattia di Alzheimer". Il progetto della ricercatrice palermitana studierà come diagnosticare precocemente l'Alzheimer, anche prima dell'insorgenza dei disturbi cognitivi, e fornirà gli strumenti per monitorare la progressione di malattia. L'utilizzo di nuovi marcatori consentirà di indirizzare meglio i pazienti verso cure mirate e innovative. Per la prima volta la neurologa palermitana valuterà insieme i due aspetti alla base della malattia, l'infiammazione e la degenerazione, e cercherà le alterazioni prima dell'insorgenza della malattia.

(tiziana lenzo)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MENO CENTENARI DEL PREVISTO LA BIOLOGIA CONTRO LA STATISTICA



Per loro era una promessa di matrimonio, ma adesso quel patto sta gettando nello scompiglio il mondo dei demografi e dei gerontologi, alle prese con un quesito: quanto e come aumenta la probabilità di morire con l'avanzare dell'età? E con un dato di fatto: la diminuzione del numero di centenari negli Stati Uniti.

Quando, negli anni Settanta, Leonid Gavrilov, un ricercatore russo ora emigrato a Chicago, chiese a Natalia di sposarlo le giurò che, se avesse accettato, avrebbe scoperto come rallentare i processi di invecchiamento. Insieme hanno elaborato la teoria dell'affidabilità per spiegare come mai quanto più una persona è vecchia, tanto maggiori saranno le probabilità che muoia: il corpo, dicono, è come una macchina e, anche quando i singoli pezzi continuano a funzionare, alla fine si fermerà. Il problema è capire quando e come succederà. Il loro ultimo studio dimostra che il tasso di mortalità, dopo gli 80 anni, cresce progressivamente con l'aumentare dell'età e non forma, invece, un *plateau*, come loro stessi, e altri ricercatori, avevano sostenuto in precedenza. La nuova ricerca potrebbe, dunque, spiegare come mai i centenari americani non sono aumentati (dovevano essere 114 mila nel 2010, secondo proiezioni del 2004, ma l'anno scorso erano soltanto 53.364). Si ha, però, l'impressione che queste elucubrazioni matematiche e statistiche non siano sufficienti a rispondere a tutte le domande sulla «salute» dei grandi vecchi. Gli *oldest old*, come li chiamano gli americani. Perché a questo punto occorre fare i conti con la biologia.

Ci dicono che l'età media è in aumento (80 anni), ci dicono che è possibile vivere fino a 120 anni, ma come mai i centenari diminuiscono? Non sarà che i prossimi ultraottantenni saranno troppo carichi di smog e cibi malsani, avranno vissuto troppo sedentariamente, avranno sviluppato dipendenze da nuove tecnologie, con il loro carico di inquinamento elettromagnetico o acustico (tanto per dirne due) da contraddire tutte le previsioni statistiche e da rassegnarsi a non raggiungere il traguardo dei cent'anni?

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

