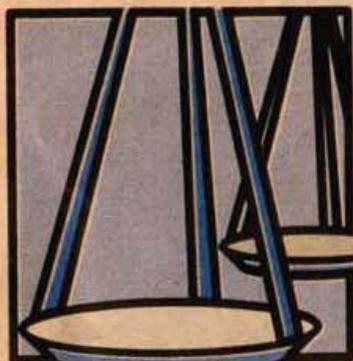


Sanità



Fecondazione: esperti a confronto dopo il rinvio della Corte costituzionale ai tribunali

Eterologa senza paracadute

Ordinanza attesa per il 4 luglio - Ma intanto migliaia di coppie emigrano

La Consulta ha preso tempo ma tornerà a pronunciarsi. Al di là delle facili strumentalizzazioni, la decisione di non decidere sul divieto di fecondazione eterologa - effettuata cioè con spermatozoi od ovociti non appartenenti alla coppia - viene letta dai giuristi di ogni "colore" come un rinvio. Tra chi esulta, come il presidente dei giuristi cattolici **Francesco D'Agostino**, «perché l'eterologa resta vietata e quel divieto garantisce il nascituro», e chi si duole per l'occasione perduta, come **Stefano Rodotà**, corre infatti una consapevolezza comune: non è finita qui, perché i tribunali riformuleranno i quesiti e la questione tornerà ai giudici costituzionali per il verdetto, stavolta definitivo.

Nel frattempo si attendono le motivazioni dell'ordinanza di rimessione ai giudici: il documento è blindato ma sarà depositato

nella Cancelleria della Corte il 4 luglio. Soltanto allora si avranno più dettagli sul ragionamento che ha portato i giudici a "congelare" l'incidente di costituzionalità in attesa di una nuova riformulazione da parte dei tribunali a quo.

Nel merito quindi si dovrebbe entrare tra un anno. Impossibile prevedere l'esito. Ma il compito dei tre tribunali di Firenze, Catania e Milano sarà quello di cogliere nella sentenza della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo del 3 novembre scorso - sentenza che la Consulta ha indicato come punto di riferimento alla luce del quale riconsiderare la questione - quei segnali che possono far evidenziare seri dubbi di incostituzionalità del "no" assoluto alla fecondazione eterologa imposto dalla legge 40.

Un divieto totale che anche i ginecologi della Sigo contestano. «Esistono specifici

condizioni di sterilità in cui l'eterologa dovrebbe essere consentita», dice il presidente **Nicola Surico**. «La donazione dei gameti rappresenta infatti l'unico rimedio disponibile per le donne in menopausa precoce dovuta a patologie invalidanti come l'endometriosi, alle terapie antitumorali e ad alcune malattie genetiche». Non solo: le oltre 2mila coppie che ogni anno vanno all'estero proprio per i trattamenti eterologici non sono tutelate. «Non è disponibile - sottolinea Surico - alcuna informazione né sulle caratteristiche genetiche e sugli accertamenti effettuati sul donatore o sulla donatrice, né sul tipo di trattamento eseguito o sul suo esito. Ma così aumentano abusi e rischi per le future madri e i nascituri».

**Flavia Landolfi
Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli interventi precedenti

Ordinanza 369/2006

Dichiarata manifestamente inammissibile, per la formulazione contraddittoria, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 13 della legge 40/2004 (divieto di diagnosi pre-impianto sull'embrione) sollevata dal tribunale di Cagliari

Sentenza 151/2009

Dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'articolo 14, comma 2, della legge 40 laddove prevedeva che le tecniche di procreazione devono creare un numero di embrioni necessari («a un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre») e del comma 3, nella parte in cui non prevedeva che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, debba es-

sere effettuato senza pregiudizio della salute della donna. Con quest'ultima conclusione la Corte ha inoltre introdotto «una deroga al principio generale di divieto di crioconservazione di cui al comma 1 dell'art. 14, quale logica conseguenza della caducazione, nei limiti indicati, del comma 2»: in presenza di rischi per la salute della donna, quindi, gli embrioni possono essere congelati

Ordinanza 97/2010

Dichiarata la manifesta inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale degli articoli 6, comma 3, ultima parte, e 14, commi 1, 2, e 3, della legge 40 - sollevate dal Tribunale ordinario di Milano - già quasi tutte risolte dalla sentenza n. 151/2009

Ginecologo, vietato assolvere «alla leggera»

Non si possono assolvere il ginecologo e la struttura sanitaria semplificando e dunque travisando «la complessità di una situazione in cui da un parto naturale in soggetto sano e con neonato non affetto da tare genetiche, deriva una serie di ritardi e di sottrazioni di documenti di monitoraggio e infine un ritardo consistente nella estrazione del feto, che certamente, eziologicamente, aggrava e in misura irreversibile, il danno cerebrale».

È dura la terza sezione civile della Cassazione nella **sentenza 7528/2012**, depositata il 15 maggio, con cui ha cassato con rinvio la decisione della Corte d'appello di Bologna che aveva mandato assolti un medico ostetrico e l'azienda sanitaria di Piacenza per mancanza di prove sull'avvenuto inadempimento contestato dai genitori di una bambina nata con gravi danni cerebrali.

I giudici di secondo grado avevano negato l'inadempimento dei medici alla prestazione di garanzia, nonostante la coppia sostenesse di aver provato sia la condotta omissiva del ginecologo sia la ritardata estrazione del feto in condizioni di grave asfissia e con irreversibili danni cerebrali. Colpe accertate anche dalle consulenze mediche senza che il medico indicasse elementi o complicanze idonee a rompere il nesso causale tra evento e danno. La Corte d'appello aveva inoltre

qualificato come imprevedibile l'ipossia e la paralisi cerebrale e aveva ritenuto puntualmente adottati, nel periodo precedente al parto, tutti gli strumenti diagnostici e terapeutici consigliati o prescritti dalla scienza attuale. Per i genitori, così facendo ha però compiuto una commissione illogica tra il giudizio di doverosa prevedibilità diagnostica dell'evento e il giudizio controfattuale sul nesso causale, peraltro tutto incentrato sul periodo di omessa rilevazione del tracciato e non anche sui venti minuti di ritardo nell'estrazione del feto con il forcipe.

La Cassazione considera fondate le censure, chiarendo subito che la responsabilità del medico e della struttura va qualificata come «contrattuale» perché connessa «con il principio di garanzia della responsabilità da contatto sociale in relazione alla tutela del diritto inviolabile della salute».

Il punto centrale della sentenza d'appello considerato «non condivisibile» è quello che ritiene non dimostrabile la relazione causale tra la sospensione del monitoraggio per 30 minuti o la tardata estrazione con il forcipe e i danni fisiopsichici della minore. Per sostenere le sue affermazioni - sostiene la Cassazione -

«la Corte richiama ma non cita gli argomenti delle consulenze tecniche, le eventuali considerazioni critiche della prima consulenza, le ragioni della scienza medi-

ca e della casistica al tempo dell'evento del settembre 1996». La motivazione è perciò «apodittica e insufficiente». A tutto ciò si aggiunge «la violazione dei principi», richiamati dalle Sezioni unite (sent. 26972/2008), «in relazione a una condotta medica omissiva e all'interno di una struttura che ben doveva comprendere una organizzazione idonea a superare una emergenza di estrema gravità».

Il principio di diritto cui i giudici dovranno rifarsi per rivalutare correttamente la fattispecie è quello indicato, per eventi diversi, nella sentenza 8826/2007: «Il risultato anomalo o anormale, in ragione dello scostamento da una legge scientifica di regolarità causale fondata sulla esperienza dell'intervento ginecologico, è da ravvisarsi in presenza di un aggravamento di uno stato morboso in cui era possibile intervenire con tempestività sia nella fase del monitoraggio che nella fase della estrazione con uso appropriato del forcipe». Principio che - scrivono i Supremi Giudici - «doveva essere oggetto di una motivazione adeguata in relazione all'inadempimento conclamato dalla omissione in cui si sostanzia l'atto medico ritardato».

La Corte d'appello dovrà inoltre rivalutare il danno, nei limiti di quanto dedotto dagli appellati parti lese.

P.F.



Ecco i tagli di Bondi 14 miliardi in due anni

Ulteriore sforbiciata sull'acquisto di beni e servizi. Incentivi, su 33 miliardi per le imprese solo 3 finiscono ai privati

Alessandro Barbera ALLE PAGINE 6 E 7

Spese, in due anni tagli per 14 miliardi

Decreto pronto per fine mese. Giro di vite sui dirigenti pubblici

ROMA

Non si tratterà di una manovra correttiva vecchio stile, perché qui c'è da correggere c'è semmai la tendenza alla recessione. Ma sempre di tagli si tratterà, pesanti e ulteriori rispetto a quelli già previsti dal decreto Salva-Italia: per almeno cinque miliardi quest'anno, altri nove nel 2013. Ieri sera la riunione interministeriale sulla «spending review» (c'erano Grilli, Giarda, Patroni Griffi, Catricalà) si svolgeva a poca distanza dal vertice d'emergenza di Monti con i leader della maggioranza. Non siamo ancora alle decisioni finali, ma ci avviciniamo a grandi passi.

Il commissario Enrico Bondi ha sul tavolo una bozza di decreto che verrà approvata da un consiglio dei ministri compreso fra il 22 e il 28 giugno. Nel mirino c'è una stretta immediata per almeno un miliardo e mezzo alle spese della Consip - la socie-

tà per gli acquisti della pubblica amministrazione - un taglio altrettanto forte alle spese per gli acquisti della sanità, una sforbiciata ai ministeri di spesa, dagli Interni alla Difesa, dal Tesoro agli Esteri. Sul tavolo c'è anche l'ipotesi di tagli alla dirigenza pubblica, attraverso

un piano di prepensionamenti, di riduzione dei buoni pasto e dei benefit. Secondo quanto emerso dalla ricognizione di Bondi nelle carriere interme-

**Cinque quest'anno
altri nove nel 2013
quanto necessario
ad evitare il rincaro Iva**

die dei ministeri ci sarebbero ampi spazi per tagli al personale. Insomma, il decreto sarà di revisione oculata della spesa per alcune voci - è il caso degli acquisti - un classico decreto di tagli lineari per altre. Si vocifera anche di forti riduzioni ad alcuni dei trasferimenti previsti per le imprese pubbli-

che, come quelli per le Ferrovie, pari ad oltre quattro miliardi di euro l'anno. Di qui la protesta del numero uno di Fs Moretti, che minaccia il blocco del trasporto pendolare finanziato da trasferimenti diretti alle Regioni.

I partiti reggeranno la prova di altri tagli alla spesa? Ci sarebbe da dubitarne, ma nei fatti è difficile immaginare il contrario. Primo: c'è da dare un segnale ai mercati per evitare di finire i prossimi nella lista dei Paesi bisognosi di aiuti. Se ciò accadesse, le conseguenze potrebbero essere molto più gravi. Secondo: i ta-

gli ipotizzati dal governo sono esattamente pari a quanto necessario per evitare l'aumento dell'Iva di quattro punti (dal 10 al 12% e dal 21 al 23%) a partire da ottobre di quest'anno e per tutto il 2013. Né il Pd, né tantomeno il Pdl, vedono con favore un ulteriore aumento dell'imposta. Terzo: per poter giustificare agli occhi dei mercati (e dell'Europa) un decreto di spesa come quello pronto sul tavolo di Corrado Passera occorre trovargli adeguata copertura. Senza tagli non ci sarebbe alcuno spazio per voci come l'aumento della detrazioni per le ristrutturazioni edilizie o per finanziare l'introduzione di un credito d'imposta per le assunzioni di personale qualificato. Voci utili, in un momento di così grave recessione, a sostenere una qualche ripresa entro la fine dell'anno. Resta ancora da decidere se dividere il piano Passera in due parti - e allora un primo decreto a costo zero potrebbe arrivare già questa settimana - o se invece, a questo punto, aspettare i tagli per approvare tutto insieme: di fatto l'ennesima manovra di finanza pubblica. [ALE. BAR.]

Sanità

È una delle voci di spesa più corpose nel bilancio pubblico dell'Italia



Tagli da 14 miliardi in due anni anticipo della Finanziaria

E nel decreto sviluppo arriva la norma «appalti trasparenti»

Si allarga ancora l'operazione spending review

Nel mirino statali e spesa farmaceutica

Pioggia di tagli per consolati prefetture, province enti e comitati

Aumento del 3 per cento delle royalties sugli idrocarburi

di **DIODATO PIRONE**

ROMA — L'operazione che il governo sta mettendo in piedi sulla spending review, la revisione della spesa pubblica, da ieri ha cambiato natura. Non si tratterà solo di un decreto destinato a comprimere le uscite dello Stato ma di un vero e proprio anticipo di Finanziaria, in grado di portare ben 5 miliardi di tagli entro quest'anno (valgono il doppio perché riguardano solo il secondo semestre) e ben 9 miliardi nel 2013. Più di quanto previsto finora. Oltre a questo provvedimento, prosegue il lavoro di messa a punto del decreto sviluppo e, soprattutto, di ricerca delle coperture indispensabili per ottenere il via libera dalla Ragioneria. Il testo definitivo potrebbe andare in consiglio dei ministri venerdì, la decisione non è ancora presa.

Nel decreto «spending» che sta prendendo forma si allarga il fronte dei (nuovi) tagli: non c'è più «solo» la ridefinizione dei contratti d'acquisto della sanità; il taglio di articolazioni secondarie della pubblica amministrazione e l'accorpamento di uffici pubblici. Il ministero del Tesoro punta ad infilare nel provvedimento an-

che nuove riduzioni agli stipendi pubblici (in particolare dei dirigenti) e tipiche voci da Finanziaria come la riduzione della spesa farmaceutica.

E' questa la novità più importante emersa dal lungo vertice svoltosi ieri pomeriggio presieduto dal premier Mario Monti e al quale hanno partecipato il sottosegretario Antonio Catricalà, il vice-ministro dell'Economia Vittorio Grilli, il ministro della Funzione Pubblica Filippo Patroni Griffi, il ministro dei Rapporti con il Parlamento, Piero Giarda e il supercommissario alla revisione della spesa Enrico Bondi.

Quest'ultimo ha svolto una minuziosa relazione nella quale ha spiegato come intende tagliare le spese. Due, in sintesi, i meccanismi che Bondi metterà in campo. Il primo è l'ampliamento dei poteri della centrale d'acquisto nazionale, la Consip, al cui prezario dovranno attenersi rigidamente anche le amministrazioni locali, a partire dalle Asl. Il secondo meccanismo di freno sarà quello dei tetti: in pratica le amministrazioni non potranno superare determinati limiti di spesa.

Giarda invece ha fatto il punto sui possibili risparmi che deriveranno da una riorganizzazione profonda dello Stato. Saranno ridotti nell'ordine: Province, Dipartimenti ministeriali, Consolati all'estero, Prefetture, strut-

ture militari. Saranno chiusi centinaia di Comitati e di Agenzie, comprese quelle delle amministrazioni locali. Per lo Stato italiano si profila un cambiamento strutturale. E cambieranno moltissime regole anche per gli statali: sarà più difficile essere promosso e probabilmente arriveranno regole molto dure per i dirigenti che dovrebbero essere ridotti. Come? Una delle norme allo studio prevede che quando compiranno 40 anni di servizio potrebbero essere messi in cassa integrazione prima di ricevere la pensione due anni dopo come prevede la riforma Fornero.

Intanto, la novità più interessante del nuovo decreto sviluppo riguarda la norma «appalto trasparente». Corrado Passera l'aveva fatta balenare nel bel mezzo d'un convegno lunedì a Milano e ieri si è materializzata nel nuovo testo del decreto. Prendendo esempio dal mondo scandinavo, il governo introduce l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche (ministeri, regioni, province, comuni, concessionari di servizi pubblici e società a prevalente partecipazione o controllo pubblico) di pubblicare sui propri siti Internet «con link ben visibile» le spese sostenute per prestazioni e forniture, servizi e appalti. Finiranno dunque su Internet i

nomi di imprese e beneficiari della commessa con i loro dati fiscali, l'importo, il dirigente pubblico responsabile, la modalità in base alla quale il soggetto è stato scelto, nonché il contratto e il capitolato. In pratica, una norma di trasparenza che ha il chiaro obiettivo di stroncare corruttele e pratiche sommerse dannose per lo Stato.

Tra le altre misure, è stata modificata la norma sui crediti di imposta per le aziende che assumono personale altamente qualificato per la ricerca. Si potrà detrarre, in modo permanente, il 35% della spesa per le nuove assunzioni con un tetto di 200.000 euro annui (si partiva dal 40% con un massimo di 300.000 euro). Previsto inoltre lo slittamento del Sistri (il sistema di tracciabilità dei rifiuti) a fine 2013 e l'aumento del 3% delle royalties sugli idrocarburi off shore. Confermati il Fondo per la crescita e l'abrogazione di 43 di norme di incentivazione ormai obsolete. «Troveremo le risorse necessarie», ha assicurato il ministro dello Sviluppo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



REVISIONE DELLA SPESA, LE IPOTESI IN CAMPO

	Nuovo sistema di acquisti pubblici con obbligo per le amministrazioni di acquistare materiale al prezzo più basso contrattato a livello centrale		Chiusura di alcune centinaia di agenzie e società pubbliche locali
	Riduzione di almeno 1,5 miliardi sui contratti d'acquisto nella Sanità		Eliminazione di alcune decine di Comitati ministeriali e dei relativi doppioni delle Regioni
	Possibile riduzione della spesa farmaceutica con taglio della remunerazione delle farmacie		Accorpamenti degli uffici ministeriali per tagliare gli affitti
	Nuovo giro di vite sui dirigenti statali che potrebbero essere messi in cassa integrazione allo scattare del 40° anno di servizio		Accelerazione dell'eliminazione delle Province, le più grandi saranno passate ai Comuni capoluoghi che diventeranno "Città metropolitane"
	Riduzione del numero dei dipartimenti dei ministeri (e quindi dei dirigenti)		Passaggio alle Regioni di parte delle competenze e del personale delle Province
	Possibili limature sul valore dei buoni pasto dei dipendenti pubblici		Nascita degli uffici unici regionali e provinciali per risparmiare gli affitti e migliorare i servizi
	Eliminazione dell'80% delle consulenze		Nuovo giro di vite sulle auto blu per colpire le amministrazioni che ne hanno più della media



L'editoriale
dei
lettori

SPRECO DI SANITÀ

Per ora, grazie all'impegno di molti, abbiamo ancora una Sanità con eccellenze e per tutti: il vero spreco sarebbe farla morire in mani incapaci o interessate

FEDERICO B.

Scrivo per ricordare ciò che non è nuovo, ma sempre attuale. Come ha ribadito il **Ministro della Salute**, gli operatori sanitari sono in sofferenza a causa delle croniche carenze di fondi nel settore e d'altro canto un contenimento della spesa si impone dati i grossi buchi nel bilancio.

Chi vede le cose dall'interno conosce almeno in parte le fonti degli sprechi che molto hanno a che fare con una storica gestione allegra dei fondi e con una tradizione clientelare e nepotistica a tutti i livelli. Come sta avvenendo in molti settori della Pubblica Amministrazione, chi, da posizioni apicali, cerca di far emergere criticità a difesa dell'operato dei propri collaboratori, nell'intento di trovare soluzioni credibili, ma a volte scomode, viene ripreso dagli amministratori politici che invece premiano chi non risolve ma non è scomodo a costo di impartire ordini contraddittori ed ingiusti (erogare più prestazioni, con meno risorse organiche e riducendo le ore di straordinario) ai propri collaboratori che sono «dirigenti» solo sulla carta.

Il risultato è che nessuno risulta responsabile di inefficienze e sprechi, l'organizzazione è carente a danno degli utenti-cittadini e degli operatori sanitari i cui sforzi personali sono troppo spesso insufficienti e che vengono lasciati soli a fronteggiare un legittimo scontento dell'utenza. L'aumento del contenzioso è solo una delle dimostrazioni di questo fenomeno.

L'impegno dei molti che hanno scelto questo lavoro per passione ancora riesce a reggere lo scheletro di una Sanità che vanta diverse eccellenze ed è per tutti: il vero spreco sarebbe farla morire nelle mani di una gestione incapace e interessata.

medico ospedaliero



CORTE DEI CONTI/ L'analisi per singole voci: le riduzioni maggiori nel settore convenzionato

Personale, manovre taglia-spesa

Effetti evidenti da blocco di contratti e turn over - Farmaci al top del calo

Le misure di contenimento della spesa hanno funzionato nel 2011 e i «costi di produzione delle funzioni assistenziali delle Regioni» (le singole voci di spesa) compresi quelli della gestione straordinaria e dei costi relativi all'attività libero-professionale intramoenia hanno raggiunto 112,4 miliardi. Il freno alla crescita secondo la Corte dei conti è legato all'efficacia delle misure di contenimento sia nazionali (blocco dei contratti, interventi di contenimento della spesa farmaceutica), sia regionali in attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.).

A livello regionale il risultato del 2011 presenta andamenti differenziati. Si registrano infatti, secondo l'analisi della Corte, costi superiori all'1,5% in sole tre Regioni del Nord (Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Trento) e una flessione superiore al 2% ancora in tre Regioni, tutte in piano di rientro (Campania, Puglia e Calabria), un andamento che riguarda, anche se con diverse intensità, tutte le Regioni con piani di rientro a eccezione della Sicilia che registra una lieve variazione positiva.

Il risultato è legato nel complesso alla flessione dei costi relativi all'assistenza erogata da strutture accreditate; la riduzione, comune a quasi tutte le Regioni (fanno eccezione Valle d'Aosta, Trento, Abruzzo e Sardegna), ha particolare rilievo in sei di esse con valori superiori al 3%. Sono i costi per l'assistenza farmaceutica (al netto dei ticket) a fornire il contributo maggiore (in media la flessione rispetto al 2010 è del 9%), con valori in alcune regioni superiori alla media (-17,4% in Calabria, -16,8% in Puglia).

Solo in alcune Regioni invece questo andamento si accompa-

gna a una flessione dei costi per l'assistenza ospedaliera in convenzione (è il caso della Liguria, del Veneto e del Molise e in misura minore di Puglia, Calabria e Sardegna) o dell'assistenza riabilitativa (Basilicata, Emilia e Lazio) o di quella integrativa (Piemonte Liguria Abruzzo Basilicata Calabria e Puglia). Si tratta di andamenti in parte compensati da un forte aumento dei costi per la specialistica (in media +3,3%) con punte superiori al 10% in Basilicata, Calabria, Abruzzo, e Bolzano, alla quale si contrappongono i cali altrettanto marcati di Friuli Venezia Giulia e Liguria oltre della Valle d'Aosta.

All'opposto della flessione dei costi "in convenzione" c'è la variazione in aumento dell'assistenza diretta (+0,4%) che registra valori superiori al 2% in quattro Regioni (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Basilicata) mentre si riduce nelle Regioni con piano di rientro (a eccezione di Sicilia e Molise). Oltre agli acquisti di beni, sono soprattutto le spese amministrative, i servizi appaltati e le spese per godimento di beni di terzi a registrare gli aumenti maggiori, e generalizzati, che non sono compensati dalla riduzione dei costi straordinari e del personale.

Personale

Secondo l'analisi della Corte dei conti continua a ridursi il costo del personale delle aziende sanitarie. Nel 2011 è stato di 36,2 miliardi con un decremento dell'1,4% rispetto al 2010 (nel 2010 aveva registrato un lieve incremento: +1,3% per effetto degli ultimi pagamenti relativi al contratto). E si notano gli effetti degli interventi di contenimento diretto del costo del personale legati alla legge 191/2009 che ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 con cui si è prorogato, per il periodo 2010-2012, il tetto alla spesa ai costi 2004 meno l'1,4% fissato

dalla Finanziaria 2007 e il decreto legge 78/2010 che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011/2013. Nelle Regioni in piano di rientro contribuiscono al contenimento dei costi gli ulteriori interventi di riorganizzazione previsti nei programmi annuali di attuazione degli stessi piani.

Beni e servizi

Nel 2011 il costo per l'acquisto di beni supera i 15 miliardi, con un incremento rispetto al 2010 del 2,4%. Al significativo rallentamento della spesa (era aumentata del 4,7% nel 2010) sembrano secondo l'analisi della Corte aver contribuito le procedure di acquisto messe in atto soprattutto dalle Regioni con piano di rientro, con forme di aggregazione a più livelli (sovra-aziendale e/o regionale). Queste scelte hanno permesso di rafforzare le misure previste dalla normativa nazionale che impongono alle aziende sanitarie e ospedaliere di motivare (con relazione agli organi di controllo e di revisione) gli acquisti di beni e servizi operati al di fuori delle convenzioni Consip e per importi superiori ai prezzi di riferimento (tratti dalle stesse convenzioni).

Sulla crescita della spesa per l'acquisto dei beni - sottolinea ancora la Corte - ha inciso il ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, che continua a essere incentivata, su tutto il territorio nazionale, per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, e l'elevato costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in Sanità. L'acquisto dei prodotti farmaceutici è incrementato rispetto al 2010 del 5% circa, nonostante la spesa farmaceutica ospedaliera abbia cominciato a ridursi rimanendo però in tutte le Regioni a un livello «ben superiore al limite previsto».

In flessione del 4,2% invece, sono i costi costituiti dalla com-

partecipazione al personale sanitario che svolge attività libero-professionale all'interno delle aziende sanitarie.

Anche i servizi (sanitari e non sanitari) aumentano in analogia percentuale: +2,27%. Un calo si registra solo in 6 Regioni (Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Marche, Campania, Puglia e Calabria), mentre in tutte le altre sono in aumento con il picco massimo del +8,76% rispetto al 2010 registrato in Veneto.

Medicina generale

Tra i costi considerati tra quelli dell'assistenza in convenzione (market), il costo dei medici di medicina generale pesa per circa 6,6 miliardi ed è aumentato rispetto al 2010 dell'1,3%. Anche in questo caso si è registrato un rallentamento nella dinamica della spesa (lo scorso anno cresciuta del 2,8%). Un risultato in parte dovuto all'incidenza dei rinnovi delle convenzioni contabilizzate nel 2010 e relativi al rinnovo degli accordi per il I biennio 2008-2009.

Farmaceutica

Continua a flettere la spesa farmaceutica convenzionata: 9,9 miliardi in flessione del 9% (si era ridotta dello 0,8% nel 2010). Un risultato che l'analisi della Corte riconduce alle misure previste dal decreto legge 78/2010 che se da un lato ha indotto uno spostamento di una parte della spesa dal comparto ospedaliero a quello territoriale, dall'altro ha previsto il recupero della quota che eccede il tetto del 13,3% del fondo sanitario nazionale attraverso il meccanismo del pay back (a carico delle aziende farmaceutiche), il miglioramento del monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche e ulteriori misure per ottenere risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti.

Specialistica

Resta invece su tassi di crescita più sostenuti l'assistenza specialistica erogata in convenzione nelle Asl: è aumentata del +3,3% (comunque in calo rispetto al 2010 quando era cresciuta del +10,4%) la variazione del costo per prestazioni specialistiche da soggetti convenzionati. Un risultato su cui potrebbe aver inciso secondo la Corte lo spostamento a livello ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate con ricovero ospedaliero. Un effetto boomerang, insomma, della razionalizzazione dei 108 Drg a rischio di inappropriatazza di cui 24 sono stati assegnati d'elezione al territorio.

Ospedaliera convenzionata

Questa voce secondo la Corte registra «solo un marginale au-

mento»: +0,5% rispetto al -0,3% del 2010 per un totale nel 2011 di 8,9 miliardi. A questa dinamica frenata ha contribuito l'attività svolta, soprattutto nelle Regioni con piano di rientro, che ha previsto l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget. In generale comunque, commenta la Corte, una regolazione «più attenta dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del Ssn, adottata a livello regionale» ha contribuito a contenere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altro).

Riabilitativa

La spesa è aumentata solo del +0,07%. In questo caso però non sono le Regioni con piano di rientro ad avere ridotto di più i costi rispetto alle altre: solo

Lazio e Campania registrano infatti il segno meno rispetto al 2010 mentre a esempio in Molise la spesa è cresciuta del +10,74%. A calare di più in assoluto è stata la spesa della Basilicata (-24,92%) e l'aumento maggiore rispetto al 2010 si è registrato a Trento (+138,31%).

Integrativa e protesica

Questa voce che comprende soprattutto servizi erogati dal privato accreditato, è pressoché stabile a livello generale nel 2011, quando aumento solo del +0,37 per cento. Ma in realtà questo risultato è legato al bilanciamento tra il forte calo registrato soprattutto nelle Regioni con piano di rientro (dal -11,65% della Puglia al -3,87% della Campania) a eccezione della Basilicata che registra con il -16,76% la riduzione maggiore e l'aumento registrato invece nelle altre Regio-

ni che va dal +23,74% delle Marche al +0,11% del Friuli Venezia Giulia.

Altra assistenza

È la voce che comprende cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani (Rsa), ai tossicodipendenti (Sert), agli alcolisti, ai disabili e comunità terapeutica.

È la voce tra quelle in convenzione ad aver registrato l'aumento percentuale più elevato dopo la specialistica (+1,92%) con punte che vanno dal +11,98% del Lazio al minimo di -5,90% in Valle d'Aosta. Anche se in realtà con il segno meno oltre la Valle d'Aosta ci sono solo altre 3 Regioni: Piemonte, Veneto e Toscana, mentre le altre sono tutte in aumento.

I costi del Servizio sanitario per funzione di spesa nel 2011 (in milioni)

Regione	Assistenza erogata da enti a gestione diretta								Assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati							Totale	Totale costi senza saldi mobilità interregionale	
	Beni	Personale	Accantonamenti tipici	Partecipazioni per intramoenia	Altri servizi sanitari e non sanitari	Interessi passivi e oneri finanziari	Imposte e tasse	Costi straordinari e variazione delle rimanenze	Medicina generale	Farmacutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protesica	Altra assistenza	Ospedaliera			
Piemonte	1.263,4	2.935,6	-	106,6	1.046,9	24,6	226,5	18,0	5.638,6	474,2	697,8	275,2	178,1	191,9	566,9	546,1	2.930,3	8.568,9
V. d'Aosta	40,6	112,5	0,1	3,3	59,4	0,0	8,1	0,0	224,1	15,4	20,6	1,9	5,1	2,7	7,8	4,8	58,2	282,3
Lombardia	2.120,5	5.114,3	291,5	236,9	2.208,4	47,4	386,3	22,7	10.427,9	901,5	1.443,6	1.054,0	242,0	242,2	1.709,1	2.294,0	7.886,3	18.314,3
Pa Bolzano	150,0	549,3	1,6	1,2	137,2	0,1	33,7	2,2	875,2	54,5	56,5	6,2	6,3	39,4	61,4	23,5	247,7	1.123,0
Pa Trento	133,4	412,9	9,1	8,8	143,6	0,0	30,0	6,6	744,3	58,4	77,0	27,3	7,1	21,9	152,2	56,2	400,0	1.144,4
Veneto	1.207,4	2.754,5	69,2	101,0	1.506,3	39,6	211,3	58,2	5.947,3	543,0	672,1	361,4	33,2	138,7	843,6	532,6	3.124,6	9.071,9
Friuli V.G.	384,8	949,0	29,7	23,7	438,9	0,5	71,2	10,4	1.908,3	128,9	219,1	50,7	62,4	46,5	49,1	63,6	620,4	2.528,7
Liguria	461,2	1.156,5	14,3	35,7	463,1	3,4	89,4	15,1	2.238,7	162,9	283,3	54,1	96,4	36,8	184,5	247,6	1.065,7	3.304,4
Emilia R.	1.228,4	3.014,7	43,7	112,0	1.210,4	45,5	222,1	23,5	5.900,3	517,5	680,2	190,5	7,4	120,5	616,4	612,5	2.745,0	8.645,3
Toscana	1.239,5	2.620,2	22,2	95,7	1.094,4	36,4	194,1	154,4	5.456,8	415,4	548,9	140,0	86,3	77,6	389,0	235,0	1.892,2	7.349,0
Umbria	266,1	614,6	16,6	13,5	263,6	2,0	44,8	3,2	1.224,4	92,4	146,7	17,1	8,3	39,1	83,5	42,3	429,4	1.653,8
Marche	485,6	1.029,1	46,3	30,8	354,0	0,7	78,5	6,9	2.032,0	173,5	255,4	44,4	71,3	34,8	110,6	109,2	799,1	2.831,1
Lazio	1.341,6	2.988,7	79,1	116,1	1.579,8	140,8	234,0	82,3	6.562,4	609,3	1.094,2	522,8	220,1	248,2	495,8	1.378,8	4.569,2	11.131,6
Abruzzo	365,8	774,2	57,1	15,4	294,9	2,2	59,4	18,2	1.587,2	152,2	250,6	56,6	74,5	25,2	90,8	127,9	777,7	2.364,9
Molise	92,5	209,2	15,5	1,8	69,6	2,2	15,8	1,4	408,0	51,1	55,0	35,7	16,7	7,1	21,4	71,5	258,5	666,5
Campania	1.127,8	3.038,2	475,2	45,9	1.070,2	24,6	250,1	76,2	6.108,2	653,1	956,4	761,6	272,8	165,9	181,1	825,0	3.815,9	9.924,1
Puglia	1.084,2	2.123,6	91,7	39,1	739,3	12,3	163,0	95,4	4.348,5	500,8	723,7	246,1	242,3	113,3	238,1	721,2	2.785,6	7.134,2
Basilicata	161,8	392,4	2,9	4,8	127,1	0,0	30,5	9,9	729,5	83,2	95,4	38,1	49,7	26,7	34,4	13,0	340,6	1.070,1
Calabria	437,9	1.260,8	68,4	8,7	291,0	17,8	90,1	15,6	2.190,1	248,3	364,5	133,5	65,1	78,0	135,7	195,4	1.220,5	3.410,6
Sicilia	981,7	2.936,2	255,0	40,9	689,5	46,3	222,9	18,8	5.191,3	589,1	955,1	519,6	167,8	195,8	341,6	699,2	3.468,3	8.659,6
Sardegna	498,1	1.162,8	10,0	12,8	423,4	2,2	85,3	14,6	2.209,2	200,1	333,5	117,3	59,0	69,6	99,7	91,2	970,2	3.179,4
Totale	15.072,3	36.149,1	1.616,2	1.054,6	14.210,7	448,6	2.747,2	653,5	71.952,3	6.624,8	9.929,7	4.653,9	1.971,9	1.921,9	6.412,7	8.890,6	40.405,5	112.357,8

Per il 2011: dati estratti dal NisS, IV trimestre al 6 aprile 2012

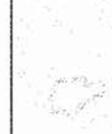
Per consentire un confronto con il 2010, tra i costi del 2011 non si considerano gli ammortamenti (1.494,5 milioni) inclusi solo a partire da questo esercizio

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

Tra market e non market

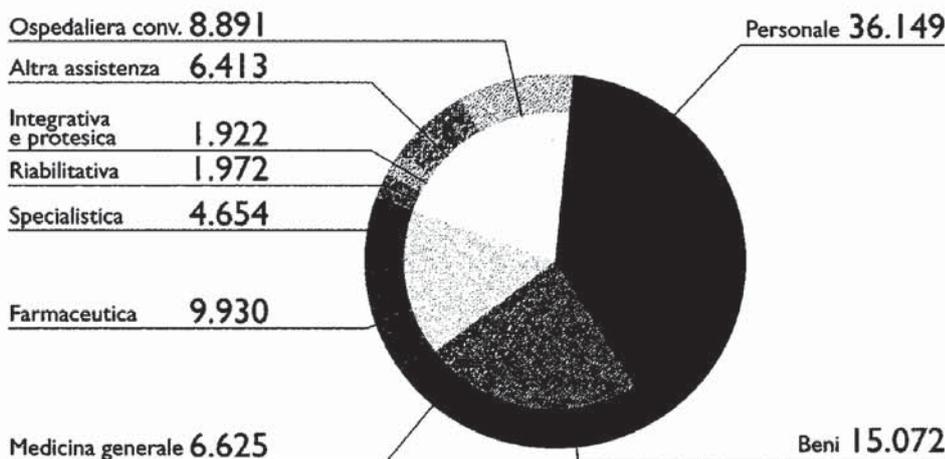
L'andamento percentuale medio della spesa per singole voci risulta da una crescita media nazionale del +0,37% dei costi per i cosiddetti produttori non market (personale, beni e servizi, interessi, imposte e tasse) e da una diminuzione del -1,41% di quelli non market (medicina generale, farmaceutica, specialistica e tutti i servizi convezionati-accreditati)

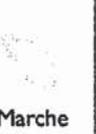
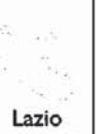
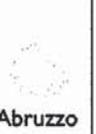
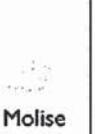
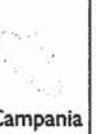
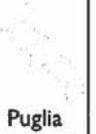
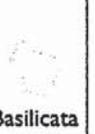
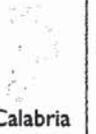
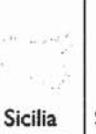
DIFFERENZA PERCENTUALE 2011-2010 DEI COSTI PER TUTTE LE VOCI DI SPESA

										
Piemonte	V. d'Aosta	Lombardia	P.a. Bolzano	P. a. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana	
-1,39	-0,20	1,52	1,19	2,41	0,81	1,58	-0,45	0,20	0,33	

LA SPESA 2011 PER LE VOCI PRINCIPALI (in milioni di euro)

La composizione della spesa per voci nel 2011 vede sempre al primo posto il personale che assorbe il 32,17% del totale (anche se in calo), seguito dai beni e servizi accorpatis con il 26,06% (13,41% i beni e 12,65% i servizi). Tra le altre voci la percentuale più elevata l'assorbe la farmaceutica (8,84%) seguita dall'ospedaliera convenzionata (7,91%) e da medicina generale (5,90%), altra assistenza (5,71), specialistica (4,14), riabilitativa (1,76), integrativa e protesica (1,71)



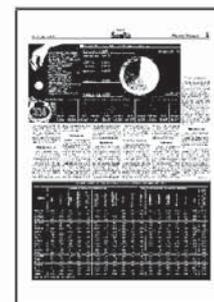
										
Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
0,35	-0,56	-1,27	-1,01	0,09	-2,20	-3,19	0,24	-2,06	0,64	0,17



I costi del Servizio sanitario per funzione di spesa - Variazione percentuale 2010/2011

Regione	Assistenza erogata da enti a gestione diretta									Assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati							Totale costi senza saldi mobilita interregionale	
	Beni	Personale	Accantonamenti tipici	Compartecipazioni per infortunio	Altri servizi sanitari e non sanitari	Interessi passivi e oneri finanziari	Imposte e tasse	Costi straordinari e variazione delle rimanenze	Totale	Medicina generale	Farmacutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protesica	Altra assistenza	Ospedaliera		Totale
Piemonte	0,54	-1,36	8,61	-3,83	0,07	33,19	-2,20	69,02	-0,49	-0,22	-9,94	-1,69	1,53	-4,20	-0,24	-0,53	-3,07	-1,39
V. d'Aosta	6,53	-1,89	-52,7	10,15	-1,22	ns	-2,78	-100,00	-0,60	6,39	-6,83	-11,14	10,52	6,50	-5,90	43,53	1,37	-0,20
Lombardia	1,30	-0,54	87,68	-3,79	6,82	0,10	-0,28	224,66	2,78	-0,61	-7,48	5,16	-0,67	3,78	1,56	1,32	-0,09	1,52
Pa Bolzano	8,08	-0,19	-46,25	73,40	3,07	ns	-0,04	59,03	1,66	1,43	-8,18	10,66	3,11	3,22	1,38	1,23	-0,45	1,19
Pa Trento	4,10	2,51	3,95	0,42	3,80	-100,00	3,89	-55,01	1,92	1,56	-1,93	9,01	138,31	1,13	3,87	2,31	3,34	2,41
Veneto	1,58	-0,61	163,28	-2,09	8,76	13,19	1,33	42,49	3,28	0,38	-9,58	-0,94	-0,96	3,09	-0,64	-7,29	-3,58	0,81
Friuli V.G.	4,06	-0,45	7,28	-3,63	7,89	198,30	3,51	-30,60	2,26	1,84	-4,91	-3,20	4,32	0,11	7,68	2,73	-0,46	1,58
Liguria	-0,43	-1,71	-32,44	0,83	2,89	-27,56	-1,49	101,46	-0,48	0,40	-5,36	-3,33	-1,10	-8,54	1,75	6,11	-0,41	-0,45
Emilia R.	1,84	0,49	-26,66	-2,31	-0,02	26,89	1,32	-45,20	0,19	1,28	-4,91	8,80	-6,05	3,20	0,52	2,16	0,23	0,20
Toscana	1,28	-0,10	-46,31	-2,95	0,30	99,60	0,28	88,31	1,59	1,95	-10,21	-0,43	3,71	0,14	-2,93	1,00	-3,14	0,33
Umbria	2,80	0,20	-41,84	8,69	4,92	19,49	0,55	-14,22	0,82	2,19	-6,26	7,50	-0,14	1,87	1,07	1,95	-0,98	0,35
Marche	1,68	-1,09	14,06	2,25	-4,05	15,90	-0,97	-58,30	-1,09	3,39	-10,26	3,76	3,07	23,74	10,59	8,76	0,79	-0,56
Lazio	2,53	-2,82	-48,36	-5,95	0,23	19,25	-1,24	-8,09	-1,78	5,61	-8,47	-0,12	-3,87	4,00	11,98	-0,60	-0,52	-1,27
Abruzzo	6,36	-1,80	-33,28	0,98	3,98	-8,66	-0,01	-62,01	-2,42	0,85	-5,04	16,18	5,39	-4,16	2,53	12,70	1,99	-1,01
Molise	8,86	-2,74	41,27	-17,96	2,42	-53,08	-4,77	ns	1,40	2,20	-5,85	5,29	10,74	8,59	1,45	-8,89	-1,90	0,09
Campania	2,10	-5,57	60,08	-11,53	-3,69	-49,68	-1,20	-56,70	-2,42	1,10	-10,51	2,92	-2,97	-3,87	4,15	2,45	-1,84	-2,20
Puglia	0,21	-3,07	30,51	-14,45	-2,58	-37,24	-2,59	10,46	-1,63	1,22	-16,76	3,43	0,99	-11,65	0,54	-2,75	-5,53	-3,19
Basilicata	8,12	-0,18	-54,47	20,27	2,04	-21,62	0,84	42,72	2,04	0,35	-10,22	45,25	-24,92	-16,76	1,82	158,75	-3,40	0,24
Calabria	11,11	-2,29	7,11	3,34	-4,96	-9,70	-7,23	-59,23	-1,25	0,13	-17,44	14,98	2,56	12,09	7,78	-2,35	-3,49	-2,06
Sicilia	6,18	-1,34	52,48	-12,22	3,37	24,65	-0,53	-75,33	1,42	1,21	-6,67	3,00	6,90	0,72	1,30	1,73	-0,50	0,64
Sardegna	2,94	-0,04	-52,55	-12,86	8,27	-18,67	-5,30	-67,21	-0,09	2,69	-4,01	5,47	5,53	1,73	7,78	-1,62	0,76	0,17
Totale	2,40	-1,43	23,99	-4,17	2,27	8,05	-0,81	-19,18	0,37	1,28	-9,01	3,32	0,07	0,37	1,92	0,46	-1,41	-0,28

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute



SANITA'

Tumori, un'authority della salute per assistere due milioni di pazienti

I nuovi farmaci sono subito disponibili soltanto in quattro regioni

ROMA - Trentamila euro l'anno. Tanto è costretta a pagare, in media, ogni famiglia italiana che ha una persona malata di tumore in casa. Una cifra che non va per medicine e terapie ma per giornate di lavoro perse dai parenti, per le badanti, per la decurtazione degli stipendi del paziente, per i trasporti. Costi sociali si chiamano.

Sono oltre due milioni gli italiani che combattono contro il cancro. Ma sono costretti a convivere con 21 sistemi regionali sanitari differenti. Quindi è chiaro che c'è chi viene assistito meglio e chi peggio, chi ha più servizi e chi ha meno servizi. «In Italia serve un'Authority della salute che vigili sui livelli sanitari realmente applicati su tutto il territorio per garantire che non ci siano disuguaglianze tra le regioni». E' l'annuncio del sottosegretario alla Salute Adelfio Elio Cardinale al convegno, alla Camera, su «Sostenibilità del sistema salute e innovazione in oncologia: dalla ricerca al paziente».

Questo significa anche diversa disponibilità dei farmaci

essenziali. La Favo, la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in **oncologia**, ha inviato una lettera al ministro della Salute Renato Balduzzi un riequilibrio nell'accesso ai farmaci oncologici nelle regioni italiane: solo in quattro regioni (Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Marche) e nella provincia autonoma di Bolzano - si spiega - vengo recepite immediatamente le indicazioni dell'Agencia italiana del farmaco, mentre in tutte le altre i nuovi medicinali vengono resi disponibili per i pazienti con grande ritardo. Per Francesco De Lorenzo, presidente Favo, «solo la piena operatività del piano oncologico nazionale può mettere fine, in Italia, alle inaccettabili disparità tra i malati di cancro nelle diverse regioni». Dall'autorizzazione internazionale di un farmaco, oltretutto, fino alla delibera che ne permette l'immissione in commercio trascorrono dai 12 ai 15 mesi. «E ulteriori ritardi - aggiunge De Lorenzo - sono determinati dai tempi di latenza per la messa a disposizione a livello regionale dopo le approvazioni degli enti regolatori internazionali e nazionali. Per tre pazienti su quattro, come abbiamo rilevato da una nostra ricerca, considera la disponibilità delle terapie come una priorità imprescindibile».

C.Ma.

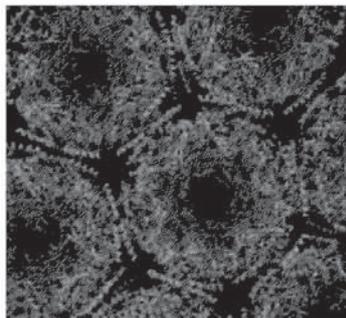
© RIPRODUZIONE RISERVATA



BIOLOGIA

**“Ho spiato
il prione
trasformarsi
in un killer”**

BANFI A PAGINA IV



Perché il prione diventa killer

Studio italiano identifica il meccanismo che manda in tilt il traffico tra i neuroni

DANIELE BANFI

Le immagini fecero il giro del mondo. Migliaia di bovini incapaci di stare in equilibrio a causa del tremore diffuso in tutto il corpo. Era il periodo di «mucca pazza», la temibile malattia che ha fatto allarmare l'intera Europa nella metà degli Anni 90 e che ha portato al temporaneo bando della carne con l'osso.

Oggi, nonostante sia trascorso un ventennio, di questa patologia si sa ancora poco. Ora, però, uno studio Telethon pubblicato sulle pagine della prestigiosa rivista «Neuron», coordinato da Roberto Chiesa dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano in collaborazione con l'Università di Milano e la University College di Londra, ha identificato per la prima volta uno dei possibili meccanismi alla base dello sviluppo di questo morbo.

Quando si parla di «mucca pazza», in realtà, ci si riferisce all'encefalopatia spongiforme bovina, una patologia caratterizzata dalla presenza dei prioni, vale a dire di forme alterate della proteina prionica cellulare, la cui funzione fisiologica non è ancora del tutto chiara. Per una serie di svariati motivi, tuttavia, può accadere che questa proteina subisca delle modificazioni strutturali che la trasformano, facendola diventare tossica. E non soltanto.

La forma anomala della proteina stessa è in grado di influenzare la proteina corretta, modificandone la struttura e rendendola quindi pericolosa. Questo meccanismo di infezione è responsabile della variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob, vale a dire la malattia che colpisce l'uomo e che è legata al consumo di carne bovina infetta.

Le malattie da prioni nell'uomo possono però insorgere anche in modo sporadico, cioè senza una causa identificata, o a causa di mutazioni genetiche che inducono la proteina prionica ad assumere spontaneamente la conformazione tossica. Circa il 15% dei casi di morbo di Creutzfeldt-Jakob e altre due malattie - l'insonnia fatale familiare e la sindrome di Gerstmann-Sträussler-Scheinker - sono infatti associate a mutazioni nel gene della proteina prionica localizzato sul cromosoma 20.

Nonostante queste patologie siano note da più di 30 anni, non era ancora ben chiaro cosa accadesse a livello cellulare. «Ecco perché per indagare in maniera più approfondita il meccanismo tossico dei prioni - spiega Chiesa - abbiamo deciso di utilizzare un modello animale della malattia di Creutzfeldt-Jakob di origine genetica che riproduce in modo fedele l'andamento della patologia: apparentemente sano alla nascita, il topo sviluppa con il tempo problemi nella coordi-

**Roberto
Chiesa**
Neurobiologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL «PRION NEUROBIOLOGY LAB» DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI DI MILANO
IL SITO: WWW.MARIONEGRI.IT/MN/EN/INDEX.HTML

nazione dei movimenti e dell'equilibrio e successivamente altri deficit neurologici. Studiare queste forme genetiche è la strada migliore per cercare di capire come le alterazioni strutturali della proteina prionica si traducano in un vero e proprio segnale tossico per il cervello».

Lo studio del gruppo milanese ha analizzato ciò che accade a livello del cervelletto, un'area fondamentale nel controllo e nella coordinazione dei movimenti. «In particolare - continua Chiesa - abbiamo visto che in corrispondenza dei primi deficit motori si ha un'alterazione nel rilascio di un messaggero chimico cerebrale, il neurotrasmettitore glutammato. Quel che ancora non conoscevamo era il meccanismo con cui ciò avveniva». Attraverso indagini più approfondite il gruppo di ricerca di Chiesa ha quindi scoperto che la proteina prionica alterata, accumulandosi all'interno dei neuroni, è in grado di ostacolare il trasporto sulla superficie della cellula di un'altra proteina fondamentale per il rilascio del glutammato, un canale che

permette l'ingresso dello ione calcio nel neurone. Il risultato è un deficit nel funzionamento del cervelletto: un vero e proprio problema di «traffico», capace di mandare in tilt i meccanismi che controllano la neurotrasmissione e, con il tempo, far degenerare il neurone, conducendolo fino alla morte.

«Questo problema di trasporto sulla superficie cellulare, con la conseguente alterazione nel rilascio dei neurotra-

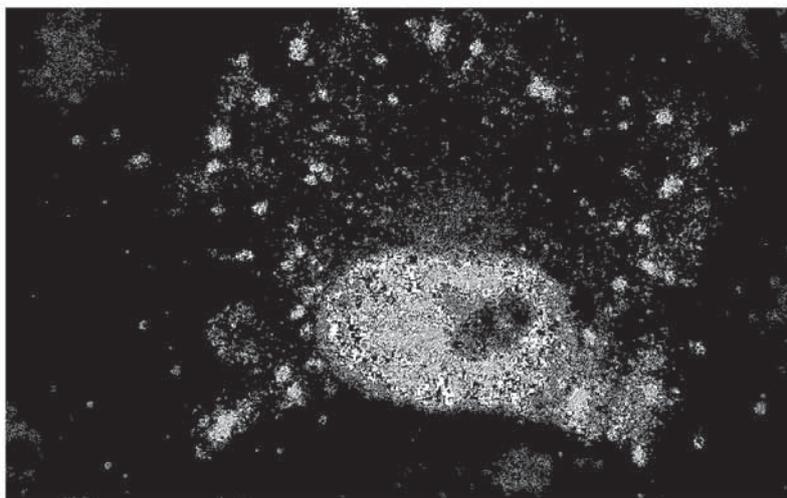
smettitori, è un meccanismo patologico del tutto nuovo che potrebbe essere alla base della disfunzione dei neuroni anche in altre malattie neurodegene-

LE PROSPETTIVE

«Si apre uno spiraglio su molte malattie neurodegenerative»

rative, nelle quali si osserva un accumulo di proteine alte-

rate all'interno della cellula. Essendo un evento precoce e probabilmente reversibile, è potenzialmente interessante in chiave terapeutica - sottolinea Chiesa -. Ripristinare il corretto trasporto della proteina potrebbe infatti rivelarsi il punto fondamentale per evitare la degenerazione dei neuroni». La strada è aperta per nuove ricerche.



I prioni a uno «sguardo» ravvicinato: la proteina anomala è alla base dell'infezione della variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob

«Over 65» a rischio-caldo, le liste dai Comuni alle Asl

Via libera del Garante della privacy allo schema di Accordo tra **ministero della Salute** e Regioni (v. pag. 6) sulla trasmissione alle Asl, da parte dei Comuni, degli elenchi aggiornati della popolazione residente di età pari o superiore ai 65 anni, iscritta nell'anagrafe.

Nel motivare il parere favorevole reso sullo schema di Accordo, che prevede la trasmissione degli elenchi entro il 18 giugno e recepisce le indicazioni già formulate dall'Ufficio del Garante in contatti informali, l'Autorità ha ricordato che il codice privacy stabilisce che la comunicazione di dati personali da un soggetto pubblico ad altri soggetti pubblici è consentita quando essa sia prevista da una norma di legge o di regolamento. Tale requisito è soddisfatto dalla normativa di settore in ambito anagrafico laddove stabilisce che l'ufficiale di anagrafe possa rilasciare, anche periodicamente, alle amministrazioni pubbliche «che ne facciano motivata richiesta, per esclusivo uso di pubblica utilità» elenchi degli iscritti nell'anagrafe della popolazione residente.

Spending review, sì del Senato Balduzzi: «Il Ssn farà la sua parte»

Via libera del Senato al Dl sulla spending review che quindi adesso passerà alla Camera per l'approvazione definitiva. Disco verde a un emendamento bipartisan che assegna al commissario Bondi il potere nelle Regioni con piano di rientro limitatamente alla spesa sanitaria. (Servizio a pag. 6)

Un emendamento affida a Bondi i tagli sulla spesa sanitaria delle Regioni in rosso

Spending, primo sì al Senato

Balduzzi: «La Sanità farà la sua parte, ma a noi la scelta sui risparmi»

Con il via libera del Senato al decreto legge sulla spending review arrivato il 7 giugno a Palazzo Madama si chiude il primo cerchio attorno al recupero di sette miliardi di euro dalla spesa pubblica, 4,2 dei quali dovranno essere "messi in sicurezza" entro la fine dell'anno. «La Sanità farà la sua parte - ha ripetuto in questi giorni il ministro Renato Balduzzi - che però ha anche ricordato come il settore in Italia sia «da serie A e se non vogliamo incidere sui servizi, se non vogliamo perdere il nostro primato, allora i tagli lasciateli indicare a noi». Un appello che arriva a ridosso dell'approvazione da parte di Palazzo Madama di un emendamento a firma di **Mariangela Bastico** (Pd) e **Paolo Tancredi** (Pdl) che assegna al Commissario straordinario **Enrico Bondi** il potere di determinare i tagli alla spesa sanitaria nelle Regioni con il piano di rientro. Il nuovo articolo 2 del Dl, così come modificato dai senatori, prevede infatti la nomina di un «Commissario straordinario al quale spetta il compito di definire il livello di spesa per acquisti di beni e servizi, per voci di costo, delle amministrazioni pubbliche». Al comma 2 si delimita però il campo d'azione di Enrico Bondi rispetto alla versione precedente del provvedimento laddove si specifica che l'inter-

vento del Commissario è confinato «limitatamente alla spesa sanitaria» alle «amministrazioni regionali commissariate per la redazione e l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario». Il provvedimento, poi, si incarica di allargare la platea dei beneficiari del pagamento dei crediti della Pa estendendo le misure salva-impresae ad Asl e ospedali delle Regioni in rosso, inizialmente tagliate fuori. Il Senato ha anche esteso tutte le condizioni più favorevoli, come il ricorso ai crediti d'imposta e al Fondo di garanzia, leva con cui le imprese potranno accedere, nei limiti dei piani di rientro, a una parte di liquidità del credito.

Novità anche sul fronte degli appalti. Il Dl ha infatti abbassato da 150mila a 50mila il limite al di sopra del quale le varie stazioni appaltanti sono obbligate a comunicare all'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, i dati sul contenuto dei bandi, dei verbali di gara, i soggetti invitati, l'importo di aggiudicazione, oltre al nominativo dell'affidatario e del progettista.

«Puntare sulla farmacia per la distribuzione di medicinali acquistati dalle strutture pubbliche e oggi consegnati da ospedali e Asl direttamente ai cittadini consentirebbe di ridurre la spesa farmaceutica ospedaliera e di

sottoporre anche questi farmaci a un preciso monitoraggio». È quanto dichiara **Federfarma** intervenendo con una nota sulla questione della spending review in Sanità.

Intanto però dopo l'ennesima fumata nera sul riparto del fondo sanitario 2012 alla Stato-Regioni della scorsa settimana e il conseguente abbandono delle conferenze - tranne per i provvedimenti urgenti legati al terremoto in Emilia Romagna - ha fatto addensare nubi sempre più scure sulla preoccupazione che l'attesa sia legata alla volontà di tagli alla Sanità per recuperare da subito il suo contributo alla spending review. «La posizione delle Regioni sul riparto è durissima - ha dichiarato **Vito De Filippo**, presidente della Basilicata che ha presieduto la conferenza delle Regioni la scorsa settimana -. Riteniamo incomprensibile il silenzio del ministero dell'Economia che anche in questa occasione non ha sciolto le riserve». «La forzatura l'hanno fatta le Regioni che due settimane fa hanno presentato fuori sacco la proposta, arrivata all'Economia alle 20,30 del giorno precedente», ha replicato il sottosegretario all'Economia, **Vieri Ceriani**.

Flavia Landolfi



WELFARE DAY/ Indagine Rbm Salute-Censis su 14 enti che contano 2 milioni di iscritti

Fondi troppo «sostitutivi»

E oltre 9 milioni di persone rinunciano alle cure per ragioni economiche

Altro che integrazione. I fondi sanitari fanno supplenza a tutto tondo nei confronti della Sanità pubblica, costituendo per 11 milioni di persone l'indispensabile risorsa necessaria a far fronte ai "vuoti" e alle "attese" in più casi dispensate dal Ssn. Il tutto in un panorama che nel 2010 ha visto altri nove milioni di persone costrette a rinunciare alle cure sanitarie per motivi economici.

A tracciare il profilo del disagio che porta alla rinuncia e a candidare la Sanità integrativa al ruolo di possibile supporto a una Sanità equa e sostenibile è la ricerca Rbm-Censis, promossa in collaborazione con Munich Re, presentata la settimana scorsa in occasione del Welfare Day dal direttore del Censis, **Carla Collicelli**. Sotto la lente, in particolare, i dati sull'autoesclusione dalle cure: nel pool di chi resta ai margini spiccano in particolare gli over-65 (1 su 4), le donne (61%), i cittadini del Mezzogiorno (quattro milioni). A soffrire di più sono le Regioni sotto piano di rientro testimoni di un dato che tuttavia salta agli occhi in tutto il Paese: nel 2010 la spesa per la Sanità privata - a tutta crescita - si è attestata a quota 30,6 miliardi, dopo un aumento del 25,5% nel decennio a ritmi che non hanno subito rallentamenti neanche di fronte alla crisi (+2,2% nel 2005-2007; +2,3% nel 2008-2010). La rottura del patto sociale - sottolinea lo studio - è dietro l'angolo e bisogna cominciare a pensare a una nuova forma di Sanità per puntellare un Ssn non più sostenibile e che rischia di lasciare ancora più persone senza tutela. I Fondi, appunto. Una realtà in fieri indagata dal Censis attraverso l'analisi su un campione di 14 Fondi sanitari, di cui otto di tipo aziendale e sei da contratto collettivo nazionale: di questi 10 sono a gestione assicurata e,

quattro a gestione autoassicurata e, ancora, 10 sono multicategoriali e quattro categoriali. Complessivamente la ricerca ha riguardato una platea di due milioni di assistiti, un importo richiesto pari nel triennio 2008-2010 a quasi 1,5 miliardi di euro e un importo liquidato di 1,1 miliardi di euro. Uno spaccato di spessore, rispetto a una realtà che quota a sei milioni il numero degli iscritti e a varie centinaia gli organismi in pista, di cui circa 300 già iscritti all'Anagrafe della Salute.

Dall'analisi emerge che l'85% degli assistiti fa capo a Fondi a gestione assicurata (ovvero convenzionati con una compagnia di assicurazione) e meno del 15% a Fondi autoassicurati, che operano tramite l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda queste ultime, nel 2010 le prestazioni integrative e complementari hanno assorbito il 44,3% degli importi richiesti (28 e 16,8%, rispettivamente), mentre a quelle sostitutive è andato il restante 55,7 per cento. Dal punto di vista dei sinistri, per i quali è stato richiesto un rimborso, invece, il 34% afferivano all'area delle prestazioni complementari; l'11% a quella delle prestazioni integrative e quasi il 55% a quella delle prestazioni sostitutive.

«Risulta evidente - conclude lo studio - che la Sanità integrativa non riesca a concentrare le proprie risorse sulla sua missione esplicita - l'integrazione - probabilmente perché troppo forte è la pressione che subisce da parte degli assistiti in termini di domanda per prestazioni sostitutive, e ciò la costringe a esercitare un ruolo di prevalente supplenza rispetto alla Sanità pubblica».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tipo di prestazione	%
Sostitutive	55,7
Integrative + complementari	44,3
• di cui integrative	27,8
• di cui complementari	16,5

Fonte tabelle: Censis

Tipo di prestazione	Liquidato	Sinistri
Complementare	14,9	34,1
Integrativa	22,8	11,0
Sostitutiva	62,3	54,9
Totale	100,0	100,0

Tipo di prestazione	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Complementare	62,7	16,1	13,7	9,12	101,7
Integrativa	98,3	31,0	28,1	14,2	171,7
Sostitutiva	190,9	53,4	70,9	28,3	343,6
Totale	352,0	100,5	112,7	51,7	617,0

Tipo di prestazione	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Piano di rientro	Altre Regioni	Italia	Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Complementare	20,2	13,5	16,5	36,2	32,8	34,2
Integrativa	24,7	30,3	27,8	9,8	11,7	11,0
Sostitutiva	55,1	56,1	55,7	53,9	55,5	54,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



INTESA OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA-MAGI ONLUS

Malattie rare, dai test genetici alla terapia

Sperimentazioni su **farmaci** biotech Priorità: accorciare i tempi di diagnosi

Per le malattie rare di origine genetica l'importanza di una corretta diagnosi è fondamentale ed è possibile solo attraverso test genetici mirati. Studi statistici hanno dimostrato che oggi in Europa un malato di malattie genetiche e rare riceve la diagnosi in media dopo sei anni dall'esordio dei sintomi.

In Italia, se si escludono rare eccezioni (centri regionali per la cura della fibrosi cistica), non esistono centri in cui i pazienti possono percorrere tutto l'iter clinico a partire dalla formulazione di una diagnosi fino alla conferma (con tecniche di genetica molecolare o citogenetica) e alla strutturazione di un piano terapeutico e/o riabilitativo.

In aggiunta, in molti casi, la stessa definizione diagnostica necessita di indagini genetiche che allo stato attuale sono disponibili in Italia solo per alcune patologie (non più di 500 a fronte di una media europea di 1.500 malattie diagnostiche); quindi deve essere fatta all'estero con ovvi disagi per pazienti e familiari e notevole aggravio per il bilancio sanitario nazionale.

L'accordo di collaborazione tra l'Ospedale San Giovanni Battista di Roma dell'Ordine di Malta e Magi Onlus nasce proprio per costituire una rete che metta in comune le capacità di diagnosi molecolare con l'esperienza clinica e la possibilità di costruire un percorso terapeutico/riabilitativo ad hoc per una serie di malattie rare

di tipo vascolare, quali il linfedema primario, i lipedemi, le lipodistrofie e le malformazioni venose. Così si costruisce un modello di collaborazione, che ha il paziente al centro e che ha l'obiettivo di seguirlo dall'ipotesi diagnostica, al test e all'identificazione della patologia, alla terapia e alla riabilitazione.

Magi Onlus da una parte mette a disposizione la sua esperienza nel campo delle malattie rare e il suo laboratorio spin-off (Magi's lab Srl), un vero e proprio punto di riferimento in Italia nei test molecolari genetici; dall'altra il San Giovanni Battista ha costituito da tempo una task force per la terapia e riabilitazione di malati affetti da malattie rare in ambito vascolare.

In questo modo il San Giovanni Battista diventa il centro di riferimento per queste patologie per l'intero territorio nazionale, evitando così che i pazienti si debbano spostare all'estero. Inoltre Magi Onlus si farà carico anche del costo dei ticket degli esami, qualora siano richiesti.

La collaborazione ha dato risultati importanti già nei primi mesi: sono state individuate, infatti, altre 9 nuove mutazioni che permetteranno di rendere ancora più sensibile l'esame.

I risultati scientifici sono stati presentati in importanti congressi nazionali e internazionali e hanno avuto riconoscimenti, come il premio ricevuto al 37° Congresso della Società europea di Linfologia.

Grazie alla formalizzazione dell'accordo nei prossimi 12 mesi il lavoro diagnostico sarà intensificato e si ipotizza

di arrivare a 400/500 test. Inoltre, grazie al fatto che l'intesa è stata siglata anche da Bruno Pastore, rappresentante magistrato per le attività sanitarie dell'Ordine di Malta, sarà possibile coinvolgere tutte le strutture sanitarie afferenti all'Ordine nel nostro Paese.

L'accordo tra Magi e il San Giovanni Battista nasce proprio per ridurre al minimo le difficoltà dei malati e ridurre i tempi per la diagnosi e l'inizio del percorso terapeutico/riabilitativo. In particolare l'accordo prevede una serie di aree di lavoro comune.

● **Consulenza multispecialistica.** Per un miglior inquadramento clinico e la formulazione di una corretta ipotesi diagnostica è necessario il lavoro di équipe, che coinvolge caso per caso diversi specialisti esperti di un gruppo di patologie rare, oltre al genetista medico. Questa attività, spesso troppo onerosa per l'ente pubblico, è invece resa possibile dalla collaborazione dei due centri che sfrutterebbero la sporadica presenza dei massimi esperti per singole patologie, che offrirebbero le loro competenze per svolgere le consulenze multispecialistiche, grazie anche a strumenti come la telemedicina per la consultazione a distanza di singoli esperti, per la comunicazione e la trasmissione di immagini e l'accesso a banche dati di tipo biomedico.

● **Diagnosi di genetica molecolare.** Per le malattie genetiche rare non diagnosticabili in Italia la Magi metterà a disposizione tutti i propri mezzi per

offrire i test genetici con l'obiettivo di svolgere anche ricerca a sostegno dei malati rari.

● **La terapia farmacologica.** In quest'ambito, che richiede ingenti investimenti, si valerà l'avvio di sperimentazioni di nuovi **farmaci** di origine biotecnologica. Lo studio e la scoperta di nuovi geni coinvolti, a esempio nel linfedema primario, permetteranno di mettere a punto nuovi **farmaci** o di sperimentare prodotti biotech, come alcune tipologie di proteine ricombinanti, come già stanno facendo alcuni centri in Usa, che consentiranno di "correggere" farmacologicamente i difetti di sviluppo del sistema linfatico in alcune zone corporee nei soggetti affetti dalla mutazione. L'intesa apre anche possibili prospettive per l'estero, grazie alla dimensione sovranazionale dell'Ordine di Malta: si intravede così anche la possibilità di diffondere più rapidamente le conoscenze e i protocolli diagnostico-assistenziali fra i vari ospedali che l'Ordine ha in Europa.

Matteo Bertelli
Presidente Magi Onlus
Sandro Michellini
Responsabile Unità
di riabilitazione vascolare
Osp. San Giovanni Battista

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tre priorità per i medici Fnomceo

Il riordino della professione infermieristica? È una proposta di mansionario calata dall'alto, che non tiene conto della reale organizzazione del lavoro né considera i nuovi profili di responsabilità che si configurerebbero con questa revisione delle competenze».

Il presidente Fnom Amedeo Bianco torna a bocciare in toto l'impianto del documento messo a punto dai tecnici del tavolo ministero-Regioni. «Da parte dei medici - precisa ancora Bianco - non c'è alcuna pregiudiziale a discutere di una nuova organizzazione del lavoro, del resto già in via di confi-

gurazione con l'attivazione di modelli multi-professionali. È certo però che ogni riorganizzazione va ponderata e deve passare per una negoziazione che non sia meramente sindacale ma "professionale", tra operatori che pur lavorando fianco a fianco rispondono ad aree diverse del processo assistenziale. Ogni sovrapposizione di ruoli e profili di responsabilità non può che ingenerare ulteriore confusione in un processo già di per sé in itinere».

Quando parla di profili di responsabilità Bianco si riferisce sia al fronte civile e penale sia a quello squisitamente professionale. Mentre «una traccia

generica e ambigua come quella presentata, che entra a gamba tesa su competenze specifiche come la responsabilità su suture e altri atti clinici, non aiuta nessuno: né i professionisti, che siano medici o infermieri, né il sistema assistenziale nel suo complesso né, tantomeno, i pazienti».

Da qui la richiesta di un approccio nuovo, basato su tre pilastri: la contestualizzazione del restyling sull'attività effettivamente svolta, la definizione delle responsabilità di processo e, in linea con il nuovo documento Ipvsi, la garanzia di interventi e investimenti adeguati sulla formazione.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

