

Errore shock, ritirato il nuovo catechismo

“Contraccezione lecita”. Sbaglio nella traduzione, il Vaticano blocca l'edizione italiana

MARCO ANSALDO

CITTÀ DEL VATICANO — Domande brevi, e risposte concise, seguite da un commento ugualmente sintetico sulla fede spiegata ai ragazzi. Ma forse la fretta ha giocato un brutto scherzo durante la revisione di YouCat, acronimo di Youth Catechism, il libro sul catechismo fatto per i giovani e impreziosito dalla Premessa di Benedetto XVI, anticipato ieri da Repubblica. È un errore sulla delicatissima questione della contraccezione farà ora mandare al macero le decine di migliaia di copie già stampate e presenti nelle librerie.

Il punto controverso ruota attorno alla domanda numero 420 delle 527 riunite nel volume. Dove ci si chiede: «Può una coppia cristiana fare ricorso ai metodi anticoncezionali?». E la risposta tranciante è: «Sì, una coppia cristiana può e deve essere responsabile nella sua facoltà di poter donare la vita». Come si evince da un'affermazione così assertiva, oltretutto non conseguente alla logica della domanda, l'errore risiede nella traduzione della stessa domanda. Tanto è vero che al punto successivo si legge: «Perché non tutti i mezzi per evitare il concepimento di un figlio sono ugualmente buoni?». E la risposta fa chiarezza sulla «regolazione consapevole del concepimento» e quindi sulla «pianificazione naturale della famiglia», cioè la prassi prescritta dalla dottrina.

Già ieri mattina alcuni acuti osservatori di cose religiose avevano notato la contraddizione. Nel pomeriggio poi il Catholic News Service (Cns), l'agenzia dei vescovi americani, dava la notizia della sospensione temporanea del libro, spiegando la decisione con il fatto che la traduzione italiana dava «erroneamente l'impressione che le coppie cattoliche possano usare “metodi contraccettivi”».

L'edizione italiana è stata così sospesa in modo che, spiega una portavoce della casa di pubblicazione Città Nuova, Elena Cardinali, «l'editore italiano possa rivedere il testo». Il testo, che si trovava in libreria già nei giorni scorsi, ben visibile in particolare a Roma nei negozi lungo via della Conciliazione che sfociano su piazza San Pietro, ha avuto 14 mila copie. L'errore presente in italiano non si rileva né nell'edizione originale tedesca, della nota casa cattolica Pattloch, né in quella americana in inglese. Nel volume vengono trattati in modo soft temi controversi come la contraccezione, l'eutanasia passiva, il celibato, l'omosessualità e il divorzio. Il testo italiano ha avuto la supervisione del cardinale Angelo Scola, patriarca di Venezia.

Questa mattina in Vaticano è

Rischiano di andare al macero decine di migliaia di copie già stampate

prevista in ogni caso un'annunciata conferenza stampa, alla quale parteciperanno il cardinale Stanislaw Rylko, capo dicastero per i Laici, l'arcivescovo di Vienna, Christoph Schoenborn (l'edizione originale è a cura della Conferenza episcopale austriaca), e monsignor Rino Fisichella, capo dicastero per la Nuova evangelizzazione. YouCat doveva essere un'operazione di largo respiro, lanciata in vista della visita del Papa fra il 16 e il 21 agosto prossimo a Madrid per la Giornata mondiale della Gioventù. Rischia invece di essere un caso per un deprecabile errore di traduzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ritirata l'edizione italiana per i giovani: un errore apriva alla contraccezione

Il catechismo tradito dal traduttore

di GIAN GUIDO VECCHI

Un pomeriggio tra blog e siti Internet. Si sparge la voce che la Chiesa abbia rivoluzionato il catechismo e detto «sì» a preservativi e pillole, si leggono titoli come «Contraception Ok!» pure su giornali online australiani. E tutto per un (tragico) errore di traduzione di un libro sul catechismo che ieri sera ha costretto la casa editrice italiana, Città Nuova, a decidere di «sospendere temporaneamente» l'edizione e ritirare le copie già distribuite.

A PAGINA 25

Il caso Edizione italiana, apertura anche all'eutanasia passiva

«Sì ai contraccettivi» Ritirato il catechismo

Errori nella traduzione del volume per giovani

CITTÀ DEL VATICANO — La risposta comincia con un bel «sì, una coppia cristiana può e deve essere responsabile nella sua facoltà di poter donare la vita», e fin qui tutto bene. Il problema è la domanda. Che, nella versione italiana di YouCat, acronimo per *Youth Catechism* — il catechismo per i giovani preparato in vista della Gmg di Madrid e tradotto in 13 lingue con tanto di prefazione di Benedetto XVI — suona così: «Può una coppia cristiana fare ricorso ai metodi anticoncezionali?».

Apriti cielo, per un pomeriggio tra blog e siti ai quattro angoli del pianeta si sparge la voce che la Chiesa abbia rivoluzionato il catechismo e detto «sì» a preservativi e pillole, si leggono titoli come «Contraception Ok!» pure su giornali online australiani. E tutto per un (tragico) errore di traduzione che ieri sera ha costretto la casa editrice italiana, Città Nuova, a decidere di «sospendere temporaneamente» l'edizione e ritirare le copie distribuite: il testo, uscito il 30 mar-

zo, ha già venduto 14 mila copie.

E pensare che proprio oggi «YouCat» sarà solennemente presentato in Vaticano. Il problema è che la domanda autentica chiedeva una cosa diversa: non si riferiva all'uso degli anticoncezionali ma al controllo delle nascite. L'edizione di riferimento è in tedesco, curata dal cardinale di Vienna Christoph Schönborn, e il quesito numero 420 nell'originale suona così: *Darf ein christliches Ehepaar Empfängnisregelung betreiben?*. Ovvero: può una coppia cristiana esercitare una regolazione dei concepimenti? La versione inglese, per dire, traduce con chiarezza: «May a Christian married couple regulate the number of children they have?».

Quella italiana invece no, l'espressione «ricorso a metodi anticoncezionali» stravolge il senso del «sì» successivo. E vero che, a leggere il seguito della risposta, le cose si chiariscono: «A volte ci si trova in presenza di condizioni sociali,

psichiche e di salute nelle quali un altro figlio potrebbe costituire una sfida così grande da sfiorare il sovrumano», si legge. «Il regolamento della fertilità non può significare che una coppia pratica un'esclusione sistematica del concepimento», «non può neppure significare che i figli vengono esclusi per ragioni egoistiche» e «non può significare la liceità di ogni mezzo anticoncezionale». Difatti vengono indicati come leciti i metodi di «pianificazione naturale della famiglia» in base ai periodi fecondi o inferti della donna. E alla fine si confermano i «no» ai «metodi contraccettivi artificiali» che «la Chiesa rifiuta», sia che «si tratti di mezzi chimici (la pillola), meccanici (condom, spirale) e chirurgici (sterilizzazione)». Mezzi che «interferiscono, manipolandola, nell'unione fra uomo e donna».

L'incidente, comunque, non toglie nulla allo scopo di «YouCat»: rendere più accessibile ai giovani l'insegnamento cristia-

no attraverso un'esposizione colloquiale, in 527 domande e risposte, del catechismo ufficiale: che «ovviamente», spiegano Oltretrevere, «non cambia in nulla». Quello degli anticoncezionali, del resto, non è l'unico problema che si annuncia.

Almeno nell'edizione italiana, al quesito 382 sembra esserci confusione tra l'eutanasia passiva, che la Chiesa rifiuta come quella attiva, e il «no» condiviso all'accanimento terapeutico. Difatti si legge: «Chi aiuta a morire una persona nel senso dell'eutanasia attiva viola il quinto comandamento; chi invece aiuta una persona durante la morte nel senso di un'eutanasia passiva obbedisce invece al comandamento dell'amore per il prossimo. Si intende con questo che, essendo la morte del paziente ormai sicura, si rinuncia a procedure mediche straordinarie, onerose o sproporzionate rispetto ai risultati attesi...».

Gian Guido Vecchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le edizioni

Youth Catechism, sintetizzato con *YouCat*, è il catechismo per i giovani preparato per la Gmg di Madrid. Con una prefazione di Benedetto XVI, è stato tradotto in 13 lingue

La traduzione

Nell'edizione italiana, un errore di traduzione ha fatto sì che si fraintendesse una domanda sulla legittimità del controllo delle nascite: la traduzione sembrava parlare di anticoncezionali, che la Chiesa invece rifiuta

La Chiesa e il controllo delle nascite

No ai metodi artificiali

La Chiesa cattolica ha sempre rifiutato l'uso di «metodi contraccettivi artificiali», dalla pillola al preservativo

L'apertura al preservativo

Lo scorso autunno il papa ha dichiarato che «vi possono essere singoli casi giustificati» per l'uso del profilattico, come «primo atto di responsabilità»

L'opposizione alla pillola

È del 2009 l'attacco sull'*Osservatore Romano* alla pillola, che seminarebbe ormoni nell'ambiente con «effetti ecologici devastanti»

L'arresto Arrestato un impiegato nella sede di Lady Asl. Il pizzo sui rimborsi Tangenti da 60 trapiantati di cuore

ROMA — Abbassava il fascicolo con una smorfia di rammarico e lo spingeva verso il paziente in coda. A quel punto, incontrando l'espressione preoccupata di fronte a sé, suggeriva: «Se vuole possiamo fare a modo mio».

A modo suo voleva dire pagare. Tangenti sui rimborsi per i trapianti cardiaci. Ne stava intascando una anche ieri mattina — mille euro, era solo la prima tranche — quando è stato arrestato con l'accusa di concussione.

Cinquantacinque anni, sposato, padre di famiglia, vita da impiegato della pubblica amministrazione. Non un debito, nessun vizio. Buoni rapporti con i colleghi. Nessun precedente, neppure una multa. Invece Roberto Cigna, impiegato regionale, aveva trasformato uno sportello amministrativo in un centro di potere.

L'azienda sanitaria in cui lavorava da sempre è quella della Roma C, la stessa in cui, anni fa, si scoprì l'indebitato impero di Lady Asl, Anna Iannuzzi. Qui però nostra signora delle mazzette sulla sanità, di nuovo alla ribalta per i suoi rapporti con l'imprenditore ucciso in Prati, Roberto Ceccarelli, c'entra poco. Almeno sembra. Cigna avrebbe costruito in proprio la sua discrezionalità, un giorno dopo l'altro, una domanda di rimborso alla volta.

Dopo aver perquisito il suo ufficio, acquisito l'archivio, confiscato le pratiche e visionato i suoi file, gli investigatori coordinati dal pm Sergio Colaiocco, si preparano a verifi-

care se esista un livello superiore in questa vicenda di sciagallaggio collaudato, le cui vittime potrebbero essere una sessantina (oltre al danno recato alla azienda pubblica). Malati che, avendo diritto a rimborsi per il trapianto di cuore, hanno dovuto versarne una parte all'impiegato.

A lungo monitorato dal nucleo investigativo dei carabinieri, guidato dal colonnello Lorenzo Sabatino, Cigna è stato arrestato in flagranza e oltre alla concussione potrebbe essergli contestato il falso. Le indagini sono partite dalla denuncia di un trentanovenne operato al cuore presso il Sant'Orsola di Bologna che aveva presentato la richiesta per farsi pagare le spese accessorie dell'operazione (il trapianto è solo in parte rimborsabile). Con lui Cigna aveva recitato la solita parte: prima il rifiuto della pratica poi l'offerta di intercedere a suo favore in cambio di una percentuale: «I novanta giorni di tempo per richiedere il rimborso sono scaduti...» aveva spiegato all'uomo in coda. Falso, non è quello il termine. Poi s'era offerto: «Se ti faccio recuperare i soldi, *famo fifty fifty*» aveva detto in un romano non troppo cifrato. Su 7.500 euro, in seguito, ne aveva pretesi 2.500. Ma l'uomo s'era rivolto ai carabinieri.

Si vedrà nei prossimi giorni, dopo che il magistrato avrà ascoltato funzionari e dirigenti regionali, se attorno all'impiegato «modello» s'era creata una rete di complicità.

Ilaria Sacchettoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mazzetta di 2500 euro da un paziente che era stato operato a Bologna. «Mi diceva: ci sono problemi, ti aiuto io»

Roma, tangenti sul trapianto di cuore

Impiegato della Asl arrestato mentre intascava il pizzo per sveltire le pratiche dei rimborsi

ROMA — Un impiegato della Asl Rm C è stato arrestato dai carabinieri: era arrivato a chiedere una tangente sui recuperi delle spese dei pazienti trapiantati. «Le pratiche burocratiche — faceva capire l'impiegato agli assistiti — possono essere lunghe. Possiamo sveltirle, basta una spintina». L'ultima proposta, un mix di imprudenza e spericolatezza, l'ha ricevuta un medico che sei mesi fa ha

ricevuto un cuore nuovo a Bologna. Il paziente racconta: «Mi diceva: ci sono problemi, la aiuterò». L'impiegato è stato sorpreso in ufficio con i soldi ancora in mano. Intanto da una ricerca del Centro nazionale trapianti risulta che il 30% dei laziali si rivolge al Nord.

ARCOVIO E LIPPERA
A PAG. 11

MALASANITÀ

Il funzionario 55enne è stato sorpreso con in mano i mille euro consegnati da un medico che 6 mesi fa ha ricevuto un cuore nuovo

Tangenti sui trapianti a Roma arrestato impiegato della Asl

Chiedeva il pizzo ai pazienti per sveltire le pratiche di rimborso

di LUCA LIPPERA

ROMA — Al Distretto 11 della Asl Rm C, piazza Pecile 20, piano quarto, ufficio rimborsi, c'era un pezzo d'Italia senza ritengo. I carabinieri l'hanno snidato dietro la scrivania e dietro gli occhiali di un normalissimo funzionario di cinquant'anni che era arrivato — in un Paese dove tutto ormai pare normale — a chiedere tangenti sui recuperi spese dei pazienti trapiantati. «Le pratiche burocratiche — faceva capire l'impiegato agli assistiti — possono essere lunghe. Ma noi possiamo sveltirle. Basta una spintina...». L'ultima proposta, un mix di imprudenza e spericolatezza, l'ennesima prova che non ci si ferma più davanti a nulla, l'ha ricevuta un medico che sei mesi fa ha ricevuto un cuore nuovo a Bologna. Mille euro «per far partire l'iter e per stare più sicuri...». Mille euro che questa volta si sono tramutati in arresto.

L'impiegato, Roberto Cigna, 55 anni, è stato sorpreso ieri mattina in ufficio dagli

uomini del Nucleo Investigativo guidati dal colonnello Lorenzo Sabatino. Aveva i soldi ancora in mano. Giampiero D., il medico che glieli aveva dati dopo averlo denunciato ai carabinieri, era appena uscito dalla stanza. Cigna, raccontano, era «stupito» e si è guardato intorno come «se non riuscisse a capire perché stesse capitando proprio a lui». Bisogna capirle, certe sfumature, perché la sede Asl di piazza Pecile, al di là delle pecche del singolo funzionario, è un posto che ne ha viste davvero di tutti i colori.

A Cigna un certo andazzo deve essere sembrato normale. L'edificio della Rm C, vicino alla circonvallazione Ostiense, semiperiferia sud, è stato negli anni uno dei crocevia dello scandalo legato alla funambolica figura di Lady Asl. Il palazzo, un casermone bruttissimo in mezzo ad altri casermoni,

era uno dei palcoscenici battuti da Anna Giuseppina Iannuzzi e dai suoi complici per concordare e distribuire milioni e milioni di tangenti che hanno messo in ginocchio la Sanità laziale.

Certe cose lasciano il segno e uno dei colleghi del funzionario, quando ha saputo dell'arresto, ha fatto una riflessione tanto vera quanto tremenda. «Perché sorprendersi? — ha detto — In questa Asl ci sono persone che hanno fatto fuori ottanta milioni di euro e stanno a spasso libere e felici. Ci hanno messo in mutande. Non abbiamo più neanche i soldi per fare le fotocopie. Eppure sono tutti fuori».

Ma Roberto Cigna, di San Paolo, sposato, due figli, si era

spinto — secondo le accuse — al di là di quel limite dove lo sconcerto diventa indignazione. I pazienti del Servizio Sanitario Nazionale, quando subiscono interventi complessi, come lo sono i trapianti, devono spesso tirare fuori migliaia di euro di tasca propria per integrare le spese ospedaliere. Si tratta di denaro di cui si può

chiedere almeno in parte il rimborso e ogni rimborso, è ovvio, implica una pratica e un ufficio che la segua. Cigna, dalla sua piccola, anonima postazione, era l'uomo che poteva sveltire o rallentare, il deus ex machina in grado di far arrivare i soldi subito o secondo i tempi biblici



del pachiderma burocratico. I casi sarebbero stati decine e la

procura nei prossimi giorni sentirà i vertici dell'Azienda Sanitaria per capire se la macchia non sia ancora più grande di quanto appaia.

Giampiero D., 40 anni, che vive non lontano dall'Eur, doveva avere indietro circa ottomila euro. Il medico alla fine dell'anno scorso ha ricevuto un cuore nuovo all'ospedale Sant'Orsola di Bologna. Ora si trattava di recuperare i soldi anticipati per gli esami più urgenti e per parte della degenza. L'ufficio competente, c'è scritto anche sul sito internet della Asl, è quello di via Pecile 20 e lì lo aspettava il trattamento riservato a chissà quanti altri prima di lui. All'inizio Roberto Cigna, secondo la ricostruzione dei carabinieri, gli ha chiesto il cinquanta per cento del totale. C'è stata una trattativa. «Mille euro per ora possono bastare», ha concesso l'impiegato. Il dottore, allibito, ascoltava, ribolliva e pensava già alla denuncia, perché quando è troppo è troppo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MEDICINA GENERALE/ Fondazione Simg-Ceis Tor Vergata: primi risultati del progetto «Sissi»

Mmg: il vero costo delle cure

Nel 2009 procapite medio di 382,7 euro per farmaci, visite, analisi e ricoveri

La quota capitaria media italiana nel 2009 è stata di poco più di 1.800 euro pro capite. Ma le risorse assorbite dalle cure - farmaci, visite, analisi e ricoveri - si sono fermate a una media di 382,7 euro, depurate dai costi per beni, servizi, manutenzioni, pasti e personale amministrativo. Tutti quei costi fissi cioè che non servono in realtà a comprendere la qualità e la tipologia delle prestazioni erogate. Il livello di spesa medio è lievemente più elevato al Nord e scende lungo la Penisola con valori medi più bassi al Sud.

A fare i conti delle cure "vere e proprie" senza altri oneri gestionali-amministrativi sono la Fondazione Simg (Società italiana di medicina generale) e il Ceis (Centro studi economici e internazionali) dell'Università di Tor Vergata di Roma, che utilizzando il database "Health Search - Csd Lpd" creato dai medici di medicina generale, hanno avviato da due anni il progetto «Sissi» (Simulazione spesa sanitaria italiana) con l'obiettivo di analizzare l'andamento dei costi e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, valutandone efficienza ed efficacia, che ora ha tirato le prime somme della situazione dell'assistenza italiana.

«Valutare un costo standard a livello generale - spiega il presidente della Simg **Claudio Cricelli** - non consente di considerare le fortissime variazioni che esistono sul territorio e che inducono spesso altrettanto forti variazioni nella tipologia, ma anche nell'entità dei costi. A esempio la vicinanza o meno di un ospedale rende per la popolazione più o meno importanti i servizi territoriali. Dove non c'è un'ottima medicina territoriale magari aumenterà il consumo di farmaci. Dove la conformazione geografica è impervia si utilizze-

ranno di più le prestazioni reperibili in loco. E così ancora la popolazione anziana che spesso ha difficoltà di mobilità, preferisce un'ospedalizzazione anche breve che non una serie di visite specialistiche a cui spesso non sa nemmeno come recarsi. Spiegare le differenze dell'assorbimento di risorse non può essere fatto solo a livello macro e i vari fenomeni sono visti bene dalla medicina generale».

E «Sissi» rappresenterà anche l'Italia a livello Ocse: in una riunione a Parigi la scorsa settimana, l'organizzazione ha deciso di utilizzare le banche dati della medicina generale di tre Nazioni - Inghilterra, Olanda e Italia (e per l'Italia è stata scelta «Sissi») - per comprendere non più solo i livelli di spesa, ma anche la ragione delle differenze che tra questi esistono.

La situazione nelle Regioni. Per tutti gli anni compresi tra il 2001 e il 2009 la spesa pro capite per le Regioni del Centro e per le Isole è inferiore alla media nazionale (oltre 43 euro pro capite in meno al Centro nel 2001, quasi 55 euro pro capite in meno per le Isole nel 2009), mentre le Regioni del Sud e quelle Nord-orientali fanno registrare un livello di spesa costantemente superiore alla media.

La crescita della spesa per le sole cure ha però seguito percorsi differenti. Se la spesa media nelle Regioni del Nord-est è aumentata tra il 2001 e il 2009 del 36,7%, in linea con il dato nazionale che

indica un aumento del 34,5% nello stesso periodo, quella delle Regioni del Centro è cresciuta del 47,3%, mentre per le Regioni meridionali, caratterizzate anch'esse da un livello di spesa superiore alla media nazionale, l'aumento è stato del 22,3 per cento. Ancora una volta, il 2006 rappresenta un anno di svolta, in cui la spesa media in termini nominali cessa di crescere o, spesso, comincia a ridursi.

A livello di Regione la spesa pro capite maggiore è quella di Emilia Romagna (463,6 euro) Friuli (445,2), Marche (440,7) e Lombardia (430,4). Al contrario la più bassa è in Trentino Alto Adige (311,4), Piemonte (320,9), Liguria (325,7) e Sicilia (326,8 euro).

Confrontando il dato con quello della quota capitaria generale, si nota che sono in linea con il totale della spesa Emilia Romagna e Friuli (che hanno quote elevate di entrambi). Ma per le Marche a esempio la quota capitaria totale è sotto la media di quella nazionale, mentre è alta la quota per le sole cure. Ciò significa che la Regione ha bassi costi fissi rispetto alle risorse assorbite dall'assistenza. Al contrario Trentino e Liguria, che hanno alte quote capitarie generali, ma bassi pro capite di cura, con una quota elevata, quindi, di costi fissi.

Le caratteristiche della popolazione. La prima evidenza che emerge da «Sissi» è il profilo della spesa (farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri) lungo il ciclo di vita dei pazienti. La spesa è molto contenuta nelle età più giovani, si impenna intorno ai 55 anni e raggiunge il

massimo intorno ai 75 anni. Da quel momento la spesa scende nuovamente. I bassi livelli di spesa nei giovani sono ovviamente legati alla bassa probabilità di ricorso ai servizi sanitari di una popolazione prevalentemente in buona salute. Dopo gli 80 anni invece subentrano altri fattori secondo l'analisi del database dei medici di medicina generale: superata l'attesa media di vita (75 anni) il numero dei pazienti si riduce notevolmente e questo spiega i più bassi volumi di spesa; aver superato l'aspettativa media di vita può derivare da un processo di selezione per cui in media solo pazienti più sani raggiungono quell'età (e costano meno); il numero dei pazienti over 75 anni registrati presso i Mmg potrebbe essere molto più basso del numero reale di ultra 75enni per il processo di istituzionalizzazione di chi ha maggiori problemi di salute.

I trend di spesa. Negli anni è aumentato il peso delle visite specialistiche e accertamenti diagnostici, dal 18,8% del 2001 al 23,5% del 2009, mentre si è ridotta la quota relativa ai ricoveri ospedalieri, dal 44,8% del 2001 al 36,8% del 2009. Per quanto riguarda la spesa per farmaci, questa è aumentata a tassi molto elevati tra il 2001 e il 2006, poi si è ridotta fino al 2008. Nel 2009 c'è stato un nuovo incremento.

Negli anni osservati, la spesa media è aumentata indipendentemente dalla classe di età dei pazienti, raggiungendo un picco nel 2006. A partire da quella data i costi medi si riducono in modo considerevole. Per i pazienti tra i 35 e i 44 anni la spesa pro capite in termini nominali nel 2009 è superiore del 23,5% rispetto alla spesa pro capite del 2001, un dato che sale al 33,1% per i na-

zienti con un'età compresa tra i 64 e i 74 anni e al 38,6% per la classe di età successiva.

La spesa pro capite varia, ovviamente, per tipologia di spesa e per classe di età. Ed è variata negli anni per le varie misure di contenimento e/o razionalizzazione che sono state avviate tra il 2001 e il 2009. Così, la spesa **farmaceutica** è aumentata fino al 2006 per poi ridursi fino al 2008 e leggermente risalire nel 2009. La spesa ospedaliera è cresciuta fino al 2007 per scendere nel 2008 e 2009. Al contrario, la spesa per accertamenti

diagnostici e per visite specialistiche è sempre cresciuta negli anni, passando da poco meno di 90 euro per assistito a circa 158 euro.

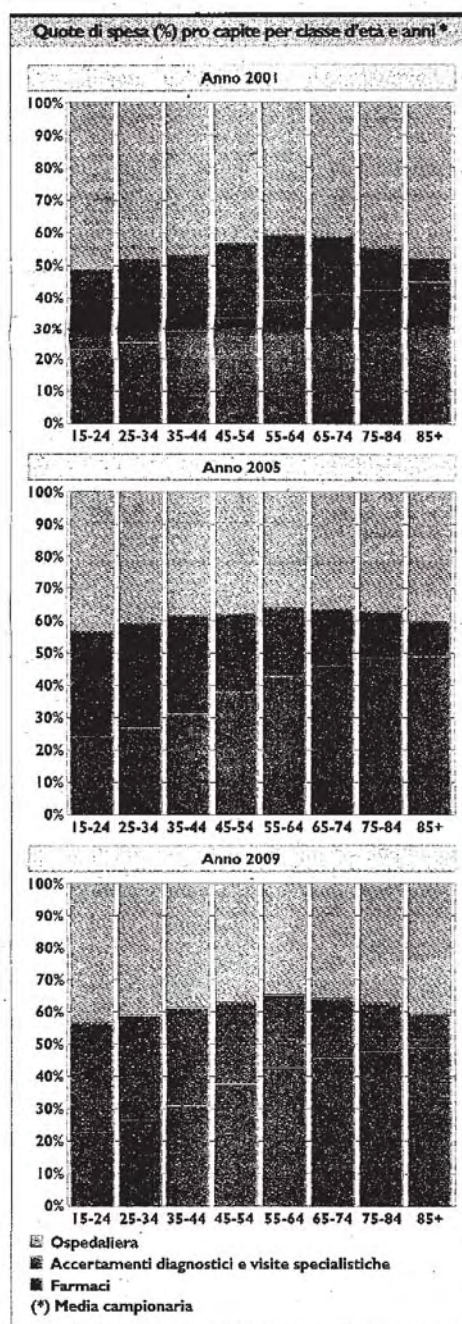
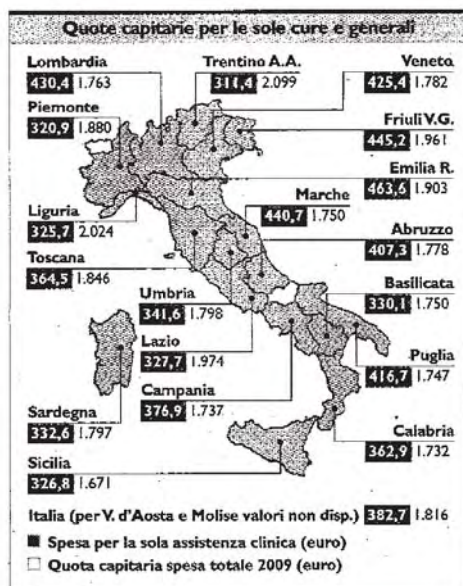
In funzione di queste dinamiche, il peso della spesa **farmaceutica** sul totale cresce fino al 2006 (42,6%) per poi ridursi nel 2008 (38,5) e risalire leggermente nel 2009 (39,2%). L'incidenza della spesa ospedaliera ha invece un andamento inverso, visto che la quota è passata dal 45% del 2001 al 36,1% del 2006, tra le diverse macroaree. Osservando queste spese per classe di età invece, la quota della spesa **farmaceutica** sul totale cresce con l'età mentre si riduce quella della spesa per accertamenti diagnostici e visite specialistiche. La quota della spesa ospedaliera ha un andamento a "U", descrive «Sissi» visto che raggiunge il suo minimo nella classe di età tra 55 e 64 anni.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche sempre più costose

Spese "fisse": alte in Liguria e Trentino, basse in Emilia e Friuli



Spesa totale (milioni di €) per le cure negli anni 2001-2009

Anno	Farmaci		Accertamenti/ visite specialistiche		Ricoveri	
	Spesa	% su tot. anno	Spesa	% su tot. anno	Spesa	% su tot. anno
2001	7.758	36,4%	4.012	18,8%	9.563	44,8%
2002	9.135	37,6%	4.883	20,1%	10.252	42,3%
2003	10.560	40,2%	5.432	20,7%	10.258	39,1%
2004	11.699	41,4%	5.817	20,5%	10.776	38,1%
2005	12.640	41,5%	6.547	21,4%	11.301	37,1%
2006	14.125	42,6%	7.170	21,6%	11.887	35,8%
2007	12.314	38,9%	7.150	22,6%	12.136	38,5%
2008*	12.286	38,8%	7.340	23,2%	12.050	38,0%
2009*	13.019	39,7%	7.726	23,5%	12.092	36,8%

(*) I pesi per il riporto all'universo sono ottenuti mediante un modello di previsione

Spesa (€) pro capite per classe d'età negli anni 2001-2009

Classe d'età	Anni								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 *	2009 *
15-24	135,4	140,9	138,6	140,4	144,8	152,8	150,4	150,9	150,7
25-34	156,8	161,4	164,9	170,6	176,9	187,7	188,0	182,8	186,7
35-44	182,1	194,2	197,0	206,6	212,6	230,1	224,4	223,1	225,0
45-54	245,3	263,6	272,5	280,9	291,0	307,1	302,4	290,8	292,8
55-64	332,0	367,3	379,5	395,6	416,5	441,8	425,3	409,5	412,0
65-74	430,6	480,9	511,0	540,0	566,5	604,1	583,4	562,9	573,3
75-84	473,0	530,1	575,5	599,9	639,2	686,5	661,2	637,6	655,9
85+	421,0	460,5	492,3	512,9	556,5	597,8	583,8	573,8	583,1
Totale	284,5	312,4	328,5	345,8	364,9	390,4	382,6	374,5	382,7

(*) I pesi per il riporto all'universo sono ottenuti mediante un modello di previsione

Spesa pro capite secondo l'indice di co-morbilità (più patologie)

Pat.	Anni								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
0	251,3	274,2	286,3	299,3	310,9	327,5	317,3	307,8	310,5
1	516,3	568,5	605,2	637,8	657,0	702,4	673,6	657,7	672,1
2	568,4	601,2	629,2	637,9	656,2	682,6	646,5	620,3	615,4
3-4	770,3	826,6	860,3	885,8	945,8	983,8	936,7	895,2	921,0
5+	750,0	836,8	911,3	961,1	1.129,4	1.311,8	1.266,0	1.163,6	1.212,6
Totale	284,5	312,4	328,5	345,8	364,9	390,4	382,6	374,5	382,7

(*) I pesi per il riporto all'universo sono ottenuti mediante un modello di previsione

Spesa pro capite per area geografica negli anni 2001-2009

Area	Anni								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Nord-Ovest	276,9	304,1	313,0	331,0	347,7	382,6	381,6	375,7	389,8
Nord-Est	309,2	332,1	349,8	366,9	389,4	412,8	421,9	410,1	422,6
Centro	241,4	285,2	304,5	321,4	344,0	367,7	345,3	336,9	355,6
Sud	317,1	336,2	357,4	372,1	390,8	404,9	392,6	385,8	387,9
Isole	261,1	290,5	304,2	328,4	342,5	379,8	361,5	348,0	378,1
Totale	284,5	312,4	328,5	345,8	364,9	390,4	382,6	374,5	382,7

(*) I pesi per il riporto all'universo sono ottenuti mediante un modello di previsione

Spesa (€) pro capite per anno

Anno	Farmaci		Accertamenti/ visite specialistiche		Ricoveri	
	Spesa	% su totale anno	Spesa	% su totale anno	Spesa	% su totale anno
2001	172,9	36,4	87,9	18,5	213,6	45,0
2002	199,0	37,6	103,8	19,6	225,9	42,7
2003	225,5	40,2	113,2	20,2	222,1	39,6
2004	245,1	41,2	120,1	20,2	230,2	38,7
2005	262,8	41,3	134,5	21,1	239,1	37,6
2006	292,7	42,6	146,5	21,3	248,6	36,1
2007	259,4	38,5	151,0	22,4	262,8	39,0
2008	254,1	38,4	151,9	23,0	255,0	38,6
2009	266,0	39,2	157,7	23,3	254,3	37,5

Spesa (€) pro capite per classe d'età e per tipologia di spesa

Tipologia di spesa	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Media
Anno 2001									
Farmaci	45,3	59,1	81,0	136,2	225,2	324,9	374,6	320,8	172,9
Acc. diagn. e vis. spec.	50,5	64,4	70,8	88,7	109,0	127,4	110,9	63,9	87,9
Ospedalizzazione	102,7	114,4	131,7	180,3	250,0	347,9	403,0	360,2	213,6
Totale	198,5	238,0	283,5	405,2	584,3	800,2	888,5	744,9	
Anno 2005									
Farmaci	53,2	73,9	108,6	181,3	328,3	499,8	604,0	510,4	262,8
Acc. diagn. e vis. spec.	68,4	89,7	103,9	128,7	162,5	202,0	187,2	115,2	87,9
Ospedalizzazione	96,7	117,0	133,6	188,9	271,6	399,0	471,5	421,7	213,6
Totale	218,3	280,6	346,1	498,9	762,4	1.100,7	1.262,8	1.047,2	
Anno 2009									
Farmaci	46,4	67,4	100,4	169,6	313,4	491,5	602,3	540,7	266,0
Acc. diagn. e vis. spec.	79,5	104,8	122,0	147,9	182,8	234,8	218,4	134,1	157,7
Ospedalizzazione	102,9	124,8	149,2	190,7	264,7	406,8	496,9	446,1	254,3
Totale	228,8	297,0	371,6	508,2	760,9	1.133,1	1.317,6	1.120,9	

Nota: Medie campionarie

I risultati di una ricerca Unipol sull'atteggiamento dei cittadini nei confronti di strutture e operatori

Fiducia al 76% verso il Ssn

Rapidità e comfort giocano pro-cliniche - Il professionista piace privato

A more a senso unico da parte degli italiani per il servizio sanitario pubblico.

Per due italiani su tre (67%) quello della Sanità è un diritto fondamentale e ben il 76% dichiara assoluta fiducia nel proprio medico di famiglia, il 64% dichiara la stessa fiducia negli ospedali pubblici, il 34% si dice arciconvinso che le strutture pubbliche sono sempre migliori di quelle private.

Di tutto rispetto, comunque, anche le quote di fiducia riscosse dalle cliniche che riscuotono il favore dal 58% degli interpellati.

E quanto emerge da una ricerca on line su un campione rappresentativo della popolazione realizzata dall'Istituto Nextplora per l'Osservatorio Sanità istituito da UniSalute, la compagnia del gruppo Unipol specializzata in assistenza e assicurazione sanitaria. Nei dati emersi dallo studio a colpire è soprattutto la dicotomia che emerge quando al centro dell'analisi non c'è il servizio o le strutture quanto piuttosto i professionisti del settore: in questo caso è il privato a vincere in modo schiacciante il confronto.

L'80% degli intervistati dichiara infatti di sentirsi rassicurato dagli specialisti che operano in ambito privato, mentre solo un italiano

su due (51%) ripone la stessa fiducia nello specialista al servizio del Ssn.

A far pendere invece nel caso la bilancia verso le strutture private è soprattutto l'esigenza di rapidità (75%) e di comfort in fase di ricovero.

Un quadro confermato se si vanno ad analizzare le differenti zone d'Italia, con alcuni significativi picchi: i tempi rapidi come motivo di preferenza delle struttu-

re private sono al centro dell'attenzione soprattutto a Bologna (98%) e Roma (97%); il principio che la Sanità pubblica come diritto fondamentale del cittadino è radicato al massimo in Veneto (96% del campione) mentre il generalista fa il pieno di fiducia sulla dorsale adriatica, tra Rimini e Ancona (93%).

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CERM/ Ricetta alternativa alla prevista riduzione dei listini dei medicinali fuori brevetto

«Tagli Aifa, pescate altrove»

Le misure: riordino della distribuzione, C fuori canale e nuovi ticket

«Non ci sarebbe stato bisogno di tagliare i prezzi degli off patent se non ci fossero i comportamenti oligopolistici delle farmacie a ostacolare il buon funzionamento del reference pricing in fascia A e delle liste di trasparenza in fascia C».

A pensarla così sono gli economisti del **Cerm Fabio Pammolli e Nicola Salerno**, che in un articolo appena pubblicato ipotizzano una soluzione alternativa per concretizzare i 600 milioni di risparmio sulla spesa **farmaceutica** pubblica pretesi dalla manovra di primavera (Dl 78/2010): «Una riforma della distribuzione al dettaglio - scrivono - avrebbe effetti più ampi, strutturali e senza contraddizioni».

Come già in passato, nel mirino del **Cerm** c'è il meccanismo di remunerazione delle farmacie - ancora basato sui margini proporzionali al prezzo di vendita - che «incentiva la canalizzazione al paziente dei prodotti più costosi a scapito della concorrenza di prezzo e a danno del Ssn» nonché l'ovvio rimpianto per quel fantastico calmieratore dei consumi che era l'ormai (neanche tanto) dimenticato ticket sui farmaci.

Ed ecco la «cura» suggestiva e dirompente suggerita dai due economisti:

1) eliminare la pianta organica e il prezzo unico nazionale sostituendolo con la possibilità di sconti variabili da farmacia a farmacia anche sulla fascia A: «Ipotizzando riduzioni di prezzo del 10% si libererebbero risorse per oltre un miliardo», calcolano gli autori. La valutazione è fatta alla luce di quanto è accaduto con la liberalizzazione dei Sop-Otc: «altro non è stata se non la rimozione della pianta organica e dello *uniform price* per una particolare categoria di prodotti - scrivono - e gli sconti nelle parafarmacie e nei corner Gdo hanno raggiunto punte superiori al 30%»;

2) liberalizzare la vendita dei farmaci di fascia C su ricetta nelle parafarmacie e nei corner Gdo: «Ipotizzando un range di sconti del 10-30% la spesa a carico dei cittadini diminuirebbe di una cifra compresa tra i 320 e i 960 milioni di euro»,

dicono. E i risparmi sarebbero ancora maggiori a fronte della spinta a nuove aperture nel fuori canale grazie all'ampliamento delle categorie di prodotti commercializzabili;

3) se la liberalizzazione della fascia C portasse anche solo 500 milioni di risparmi sull'out of pocket - concludono i due - «Si creerebbe spazio per un copay percentuale sui prodotti di fascia A mediamente pari al 4-5%». A rendere più sostenibile il sacrificio ci sarebbero inoltre - sempre secondo le stime Pammolli-Salerno - anche i 90 milioni di risparmio sui circa 890 milioni di euro corrispondenti alla spesa privata in fascia A.

«Il copay responsabilizza il paziente-cliente sia nell'atto del consumo che nella scelta del prodotto più economico a parità di effetti terapeutici» (agomentano ancora gli autori). «L'effetto dinamico del copay percentuale (traslazione di quote di spesa più razionalizzazione della stessa spesa) potrebbe portare a risparmi di carattere strutturale per il Ssn superiori ai 600 milioni di attesi da taglio dei prezzi deciso dall'Aifa». «Non esistono motivazioni eco-

nomiche / giuridiche / sanitarie per impedire che un farmacista abilitato possa avviare la propria farmacia, prodigandosi in positiva concorrenza con tutti gli altri», (concludono) «In Italia sono circa 80mila i farmacisti abilitati, contro le circa 17mila farmacie contemplate dalla pianta organica. Un potenziale professionale e produttivo che i titolari (gli incumbent) tengono in disparte a danno dei cittadini e del Ssn».

Si potrebbe studiare una remunerazione ad hoc per i presidi delle zone svantaggiate, o si potrebbe provvedere ai bisogni di queste ultime tramite le farmacie comunali e una rete di filiali di farmacie ospedaliere. E le farmacie potrebbero rifarsi sfruttando la prospettiva multi service che gli si è appena aperta, ipotizzano gli economisti.

Tutto a patto che sia garantita la concorrenza, che del commercio - si sa - è l'anima innegabile e irrinunciabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ultimo slogan dell'Oms: «Nessuna azione oggi, nessuna cura domani»

«Nessuna azione oggi, nessuna cura domani». Suona così lo slogan scelto dall'Oms per segnalare - in occasione della Giornata mondiale della Salute celebrata giovedì scorso - che in tema di antibiotico-resistenza siamo quasi al punto di non ritorno. Acquisto e uso disinvolto degli antibiotici anche quando non sono necessari, assenza di piani d'azione nazionali, carenza di linee guida e di sistemi di sorveglianza sono stati la culla migliore per far prosperare la tubercolosi multiresistente e il batterio New Delhi metallo-beta-lattamasi (Ndm-1), che ora terrorizza gli esperti per la capacità di resistere anche agli antibiotici di ultima generazione. Il tema sarà al

centro dell'incontro annuale di settembre con i ministri della Sanità Ue, ma intanto l'appello lanciato dall'Oms è stato prontamente raccolto dall'Ifpma, la federazione internazionale delle associazioni dei produttori: «Continueremo a investire nelle attività di R&S necessarie allo sviluppo di nuovi agenti antibatterici e daremo una mano allo sforzo dell'Oms e dei Governi nel supportare un uso appropriato degli antibiotici - ha mandato a dire Big Pharma - ma in cambio chiediamo una partnership che incentivi la nostra attività di ricerca in questo settore».

Gli antibiotici non sono un gran buon affare, spiega Ifpma in un position paper. Le nuove entità chimiche vengono tenute da parte in attesa di emergenze peggiori; le terapie durano pochi giorni; il loro sviluppo costa caro per la necessità di campioni di popolazione altamente selezionati (antibiotico resistenti) per i trials clinici.

Dunque anche per Ifpma bisogna agire oggi per le cure di domani. Il discorso è convincente.

E ci prendiamo la libertà di utilizzare (nel piccolo) lo

stesso slogan nel proporre il contenuto di queste due pagine, convinti che tutte le tesi in campo muovano dalla convinzione che la capacità di ricerca delle imprese vada tutelata alla pari del diritto dei cittadini di ricevere le cure migliori al prezzo più accessibile. Una banalità tanto, tanto difficile da realizzare. Ne diamo conto nella certezza che dal dibattito forse qualcosa di buono può nascere.

Onestamente non ce la sentiamo di dire che l'una o l'altra delle tesi espone servirebbe a risolvere il problema dell'instabile equilibrio del comparto pharma. Certo è che per le cure di domani bisogna agire ora. E non saranno l'accetta dei tagli (ovunque e su chiunque) o le barriere dei particolarismi a fare la differenza. Magari sarà l'etica del confronto a salvare la capra del business e i cavoli della sostenibilità. O almeno ce lo auguriamo.

pagine a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UNA MONOGRAFIA E UN PANEL DI ESPERTI

«Così dichiareremo guerra alla cecità di genere»

Consumano il 20-30% di farmaci in più rispetto agli uomini, ancor più fanno grande ricorso a integratori alimentari e rimedi botanici (40% in più), subiscono mediamente un maggior numero di reazioni avverse, ma continuano a essere sistematicamente trascurate dai trials clinici. Basta poco per prendere le misure alla "cecità di genere": la ricerca medica viene fatta quasi sempre su uomini giovani e su animali maschi. Un esempio per tutti: i grandi trials clinici sulle terapie cardiovascolari non hanno mai arruolato più del 26-36% di donne, rimanendo per lo più al di sotto della potenza statistica necessaria a ottenere dati significativi.

Il dato - con mille altri che documentano appunto una cecità dura a morire - sono contenuti nel volume «Farmacologia di genere», edito dalla Seed con il patrocinio della Società Italiana di Farmacologia, di cui sono autori **Flavia Fran-**

coni (coordinatrice del dottorato di Farmacologia di genere dell'Università di Sassari e responsabile del gruppo Farmacologia di genere della Sif), **Simona Montilla** (ricercatrice Aifa) e **Stefano Vella** (direttore del Dipartimento del farmaco dell'Iss), presentato la settimana scorsa a Roma.

Una monografia «realizzata con l'obiettivo di diffondere gli elementi di base della farmacologia di genere, per dimostrare come le donne, anche dal punto di vista farmacologico e clinico, abbiano caratteristiche e reazioni assai diverse da quelle degli uomini», spiega la Franconi.

Tanta trascuratezza ci trova in buona compagnia: «La medicina di genere è stata trascurata in tutta Europa - spiega la Montilla - e anche i progetti e i programmi sanitari orientati alla salute della donna, si sono concentrati solo sulle aree terapeutiche esclusive del genere femminile».

L'obiettivo invece deve essere proprio quello di «superare l'approccio vecchio e riduttivo che limita tutto alla questione ginecologica o andrologica», conclude Stefano Vella, sottolineando l'importanza del progetto strategico «Salute della donna», avviato nel 2008, finanziato dalla Salute e coordinato dall'Iss con l'obiettivo di studiare protocolli di prevenzione e linee guida specifiche per il genere femminile.

Un tassello in più lo ha appena aggiunto l'Aifa, che alla medicina di genere ha appena dedicato un gruppo di lavoro ad hoc, guardando avanti perché - afferma il Dg, **Guido Rasi** - «La medicina di genere rappresenta il primo passo verso la medicina personalizzata che rileva oltre alle differenze biologiche anche quelle socioculturali che variano non solo in funzione del sesso ma anche nel bambino e nell'anziano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PUNTO SULLE SPECIALITÀ ENTRATE IN COMMERCIO LO SCORSO ANNO

Nel mercato 2010 solo 47 nuove cure

Solo l'11% del totale delle specialità farmaceutiche entrate in commercio in Italia nel 2010 riguarda nuove entità terapeutiche e di queste solamente 3 farmaci sono andati a coprire aree terapeutiche per le quali non erano disponibili trattamenti alternativi, mentre il grosso delle new entry è costituito da farmaci generici.

Il dato emerge da uno studio di Serena Frau, farmacista membro della redazione di Dialogo sui farmaci - bollettino bimestrale indipendente del Servizio farmaceutico territoriale della Asl 20 di Verona associato dal 1999 all'International Society of Drug Bulletin (Isbd) come membro del Comitato direttivo - che svela i segreti delle 859 specialità - corrispondenti a 259 principi attivi - registrate in Italia lo scorso anno.

Il 58% delle nuove registrazioni, per un totale di 501 specialità medicinali, è rappresentato da farmaci che hanno perso il brevetto: 418 di questi sono equivalenti unbranded e 83 sono equivalenti branded; 29 specialità sono biosimilari (3%). Le restanti 162 specialità (12%) sono invece

farmaci "copia", ancora coperti da brevetto, identici a quelli già in commercio o variazioni minori degli stessi. I nuovi principi attivi registrati nel corso del 2010 sono invece appena 47, di cui 29 (62%) per uso territoriale: nel 64% dei casi (30 prodotti) sono approdati sul mercato nazionale su procedura centralizzata europea, 15 (32%) i casi di mutuo riconoscimento e appena 2 (4%) le procedure nazionali. Per il 34% delle nuove registrazioni l'Aifa ha previsto l'adozione di paletti prescrittivi (Note limitative, piani terapeutici, registri di monitoraggio) e solo in due casi sono state introdotte limitazioni restrittive rispetto alle indicazioni terapeutiche autorizzate dall'Ema.

Dall'analisi emerge in particolare che solo 3 delle 47 nuove entità terapeutiche vanno a coprire vuoti terapeutici. Delle altre, 6 presentano dei vantaggi rispetto alle alternative già in commercio (es. maggior efficacia o sicurezza o - a parità degli altri fattori - miglior prezzo rispetto al comparator); 10 presentano vantaggi in ristrette sottopopolazioni di pazienti; 4 hanno un'efficacia dub-

bia rispetto alle alternative; 8 non presentano alcuna novità rispetto alle alternative in commercio; 7, infine, hanno un profilo di sicurezza incerto o specifiche aree di rischio.

Per quanto riguarda l'evoluzione del mercato degli equivalenti - che nel 2010 ha totalizzato il

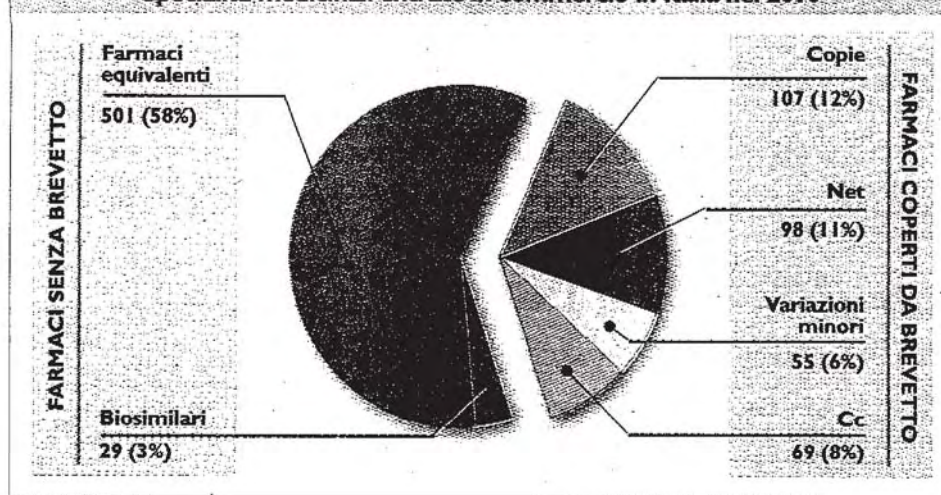
30% della spesa farmaceutica e il 50% dei consumi - i principi attivi scaduti di brevetto nel 2010 sono stati 29: il 28% rientra nelle 2 categorie terapeutiche a maggior consumo, ossia farmaci dell'apparato cardiovascolare (36% della spesa e del 47% dei consumi) e farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolico (16% della spesa e 14% dei consumi).

Sono proprio gli equivalenti dell'area cardiovascolare ad aver indotto una maggiore riduzione dei prezzi degli originatori (-43% del prezzo per nebivololo, -44% per lecardipina, -53% con

losartan, -61% per losartan/idroclorotiazide). Pur con una riduzione drastica del prezzo iniziale, gli originatori hanno mantenuto ancora un prezzo superiore a quello di riferimento, oscillante da €1 a €2.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Specialità medicinali entrate in commercio in Italia nel 2010



RACCOMANDAZIONE SOTTO LALENTE FINO A FINE GIUGNO

Ema a consulto sul packaging dell'Otc

Garantire confezioni e foglietti illustrativi capaci di assicurare le informazioni indispensabili per un corretto uso dei medicinali senza ricetta registrati con procedura centralizzata Ue diventa indispensabile soprattutto alla luce della diversità di scelte compiute dalle autorità nazionali sul fronte della dispensazione.

Ne è convinta l'Ema che ha da poco avviato una consultazione pubblica per un periodo di 3 mesi (conclusione il 30 giugno) su una raccomandazione su confezionamento degli Otc: obiettivo dichiarato, ridurre rischi di errore e confusioni specie là dove la presenza del farmacista non è vincolante per la

vendita. Le indicazioni sono volutamente "semplici" per aiutare il paziente a non commettere errori.

Qualche esempio: riportare il nome del farmaco su almeno tre facciate non contrapposte della confezione, per facilitare l'identificazione del prodotto comunque sia riposto sullo scaffale; non utilizzare colori diversi nella scritta per evitare possibili confusioni; raggruppare le informazioni per lingua nel caso di confezioni multilingue.

Raccomandazioni ad hoc anche per la formulazione dei "bugiardini": non dovranno riportare alcun tipo di informazione promozionale; dovranno essere esclusi pittogrammi che inducano a supera-

re le corrette indicazioni terapeutiche; rendere comunque sempre disponibili informazioni che consentano di identificare chiaramente il farmaco rispetto a un prodotto non medicinale. Ovviamente escluso l'utilizzo di immagini di bambini, giocattoli o analoghi. Mentre sarà ammesso l'uso di immagini riferite a parti del corpo umano ma solo se il farmaco è indicato per l'uso in un solo sito o autorizzato per una sola indicazione. Vietato infine inserire scritte come "può essere usato in gravidanza" o "adatto nei diabetici": in questi casi - dice l'Ema - il consiglio del medico è comunque indispensabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

REPLICA DEI SENATORI ALL'ANTITRUST

«Intervento improvvido sui biosimilari»

Il tema dei farmaci biosimilari è da tempo al centro del dibattito culturale, scientifico e legislativo nazionale e internazionale e sempre più è destinato a esserlo per le ricadute che le scelte in materia possono avere sia per la sicurezza dei pazienti sia per i potenziali benefici economici a vantaggio dei sistemi sanitari universalistici derivanti dall'ingresso sul mercato di questi prodotti.

Il legislatore comunitario e l'ente regolatore europeo, l'Ema, hanno affrontato con il dovuto anticipo l'aspetto più delicato della questione - la dicotomia tra farmaci "biologici" e "biosimilari" - adottando una definizione e un processo registrativo decisamente diversi da quelli previsti per i farmaci generici. L'Ema, correttamente, riconosce una corrispondenza di "indicazione terapeutica", ma non può stabilirne la "equivalenza terapeutica", stabilendo di fatto come principio generale che i farmaci biosimilari sono simili ma non identici a quelli di riferimento.

Vale la pena di ricordare che stiamo parlando di farmaci destinati a patologie di estrema serietà, in cui l'incidenza delle considerazioni economiche deve essere posta in secondo piano, anche in riferimento alla nostra Costituzione, che garantisce per ogni cittadino il diritto alla salute. Per questo - avendo il legislatore comunitario affidato al legislatore nazionale il compito di definire specifiche norme di trattamento - siamo convinti che la questione meriti una definizione rapida e possibilmente condivisa, a beneficio degli interessi della Sanità pubblica e di tutela del diritto d'accesso della popolazione alla migliore cura possibile.

A questo obiettivo mira il disegno di legge n. 1875 attualmente all'esame della commissione Igiene e Sanità - di cui siamo firmatari assieme ai colleghi senatori Cesare Cursi e Stefano De Lillo - su cui si è registrato un improvvido intervento dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 12/2001, ndr).

Al contrario di quanto sostenuto dal Garante siamo convinti che il Ddl da noi proposto possa

rappresentare un modello di riferimento che molti Stati dell'Unione potrebbero interpretare come best practice su questo tema, di non semplice interpretazione, specie da parte di un organismo assolutamente non competente sul piano tecnico.

Il nostro Ddl parte proprio dalla diversità sostanziale fra "farmaci biologici" e "farmaci biosimili" sancita a livello comunitario senza disconoscere in alcun modo l'efficacia di questi ultimi ma puntando a definire con chiarezza il regime d'accesso dei pazienti a questi prodotti, per evitare che - in presenza di un vuoto normativo in materia - si finisca col ricorrere impropriamente alla disciplina prevista per i generici.

Obiettivo che intendiamo condividere con l'Aifa e con il ministero della Salute, riaffermando nella maniera più categorica la centralità della figura del medico terapeuta, il quale deve avere la libertà di scegliere la terapia che risulta più appropriata per il paziente come stabilito anche dall'Ema.

Lo stesso Garante afferma nella sua nota che non si può escludere a priori che in alcuni casi il biosimilare abbia addirittura effetti

terapeutici superiori: è il segno evidente che una differenza esiste. E quando la stessa Autorità afferma che il divieto di lotto unico è "sproporzionato" non possiamo non evidenziare che se quel divieto servisse a salvare anche solo una vita umana non lo si può e non lo si deve considerare sproporzionato rispetto alla tutela della salute dei cittadini, diritto garantito dalla nostra Costituzione.

Il tema - lo ripetiamo - è delicatissimo e cruciale: il Parlamento ha l'assoluto diritto-dovere di esprimersi in materia. E siamo anzi convinti della necessità di creare un tavolo centrale, una sorta di cabina di regia, che sollevi le Regioni da decisioni che le inducono troppo spesso a una gara dissennata nella sperimentazione.

Antonio Tomassini
Presidente

Daniele Bosone
Vice-presidente

Commissione Igiene e Sanità del Senato

«Una cabina di regia sollevi le Regioni da dissennate sperimentazioni»



SICILIA/ Tra gli obiettivi del Piano 2011-2013 il taglio del 15% della mobilità passiva

Stop ai viaggi della speranza

Fissati 54 target da raggiungere - Più territorio e ricoveri appropriati

Arginare entro il 2013 l'esodo dei pazienti verso il Nord che con i "viaggi della speranza" fuggono dagli ospedali siciliani: il target è almeno il 15% di "fughe" in meno rispetto a oggi. Bloccare la crescita delle liste di attesa per le prestazioni di diagnostica anche grazie all'apertura di tre centri di eccellenza - uno pediatrico a Palermo, uno oncologico a Messina e uno ortopedico a Catania - e ridurre la mortalità neonatale allineandosi alla media nazionale, migliorando infine le reti cliniche a colpi di «hub e spoke».

Sono questi alcuni dei ben 54 obiettivi scritti nero su bianco nel nuovo Piano della salute regionale 2011-2013 appena approvato dalla commissione Sanità dell'Assemblea regionale siciliana e promosso dall'assessore **Massimo Russo** come un «grande esempio di democrazia partecipata perché fissa gli obiettivi di salute della Regione dopo un lungo confronto con esperti, società scientifiche, università e rappresentanti della società civile».

Il piano copre un lungo vuoto durato più di dieci anni - l'ultimo Psr risale addirittura al 2000 - e punta a un sistema di rete che scommette sul territorio «quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari con la realizzazione di un sistema che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure». Il piano punta poi alle condizioni per la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera con dosi massicce di appropriatezza per i ricoveri: dall'acuzie alla riabilitazione fino alla lungodegenza.

Il piano è articolato in quattro sezioni principali: la prima, «analisi di contesto», comprende un approfondimento del profilo demografico, biostatistico, epidemiologico e socio-economico della popolazione siciliana distribuita nelle nove province, finalizzata all'individuazione del fabbisogno di salute; la seconda sezione, «la risposta

di salute in Sicilia», mette in evidenza la rilevanza strategica, sia dal punto di vista sociale che sanitario, dell'attività di prevenzione nei diversi ambiti specialistici, compresi quelli alimentare, veterinario e dell'ambiente. È prevista poi una parte dedicata alla centralità del territorio con la riorganizzazione dell'assistenza primaria, il potenziamento della rete assistenziale territoriale e l'implementazione di più qualificati modelli di cura per la gestione delle cronicità e la continuità assistenziale. Viene, inoltre, dato rilievo alle tematiche relative all'integrazione socio-sanitaria includendo la non autosufficienza, le disabilità e gli immigrati, le politiche del farmaco, la nuova configurazione dell'offerta ospedaliera secondo il

L'ultimo Psr risale a oltre dieci anni fa

principio delle reti integrate e l'applicazione del modello «hub&spoke», le innovazioni del sistema di emergenza-urgenza e l'assistenza nelle isole minori. La terza sezione, «aree prioritarie di intervento», delinea specifici ambiti di intervento in aree di peculiare interesse quali la salute della donna e del bambino, l'area oncologica, l'area cardiologica, le neuroscienze, la gestione del politraumatizzato, l'area dei trapianti e il piano sangue, l'area della salute mentale e le dipendenze. Infine, la quarta sezione - «Qualità, ricerca e sviluppo» - affronta temi trasversali ai vari ambiti specialistici, di fondamentale importanza per la riqualificazione del sistema sanitario e per la sua misurabilità, tra i quali si annoverano il miglioramento della qualità, il governo clinico e la sicurezza dei pazienti, la formazione degli operatori, la comunicazione-consenso informato, la ricerca e la programmazione degli investimenti nonché le modalità di monitoraggio e valutazione delle azioni inerenti all'attuazione del piano.

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rischio strumentalizzazioni per la cosiddetta "emergenza" da gobba pensionistica

Medici, la carenza che non c'è

Nel 2018 il numero di dottori per paziente sarà superiore alla media Ue

Nei prossimi anni vedremo calare la disponibilità di medici nel nostro Paese. Tale previsione è anche riportata nel nuovo Piano sanitario nazionale 2011-2013, il cui iter di approvazione è in corso. A partire dal 2012 è previsto un saldo negativo fra entrate e uscite con tendenza al progressivo allargamento della forbice negli anni a seguire; la stima parla di una carenza di 18.000-22.000 medici entro il 2018, passando da 3,7 medici attivi per 1.000 ab. a 3,5 (la media europea è di 3,1 medici attivi per 1.000 ab.).

In realtà, alcuni segnali li possiamo già vedere, soprattutto se ci riferiamo a specifiche specializzazioni, in particolare quelle che comportano maggiori rischi professionali e sacrifici personali. Sovente appaiono sulla stampa articoli di chiusure di reparti per carenza di medici, riduzioni delle attività, allungamento delle liste d'attesa, esternalizzazioni a privati di attività sanitarie e quant'altro. Spesso le direzioni delle aziende sanitarie o ospedaliere devono ricorrere ad accordi onerosi per assicurare le guardie, mantenere le attività o consentire la fruizione delle ferie al personale.

Per prevenire o attutire l'emergenza medici che si profila all'orizzonte il **ministero della Salute** ha richiesto un ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero delle immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e chirurgia, già a partire dall'anno accademico 2008/2009, con l'auspicio di assicurare un ricambio generazionale che garantisca l'opportuno e indispensabile trasferimento di competenze e abilità che solo la pratica clinica può assicurare.

La situazione, però, va esaminata con attenzione perché foriera di facili stru-

mentalizzazioni. Già esultano gli avvocati che hanno sostenuto la tesi delle erronee istruttorie sul numero degli ammissibili ai corsi di laurea prima e specializzazione poi e che contrastano la regola del numero chiuso introdotta nel 1999. Sono sul piede di guerra i sindacati medici del Servizio sanitario nazionale che paventano il rischio di scardinamento del sistema dei compensi nel caso in cui l'azienda ricorra all'appalto di turni di guardia o all'esternalizzazione di alcune attività a organizzazioni private. Protesteranno ancor più le cittadini quando l'effettiva carenza aggraverà la situazione delle liste d'attesa o peggio ancora determinerà la chiusura di alcuni servizi.

Ciò che appare strano, però, è che pochi si soffermano a comprendere l'essenza del problema. Perché in Italia stiamo parlando di emergenza se il rischio è che entro il 2018 avremo 3,5 medici ogni 1.000 ab., quando la media europea è di 3,1? Quella che si prospetta all'orizzonte è una reale carenza? O è dovuta al fatto che la nostra organizzazione odierna deriva da quella impostata quando il problema era inverso, cioè soffrivamo della pleora di medici? Non è che abbiamo medicalizzato troppo e fatto fare ai medici ciò che nel resto d'Europa svolgono altri professionisti della salute? Siamo così certi che l'apporto dei medici in determinate attività porti un reale valore aggiunto?

Alcuni esempi possono aiutare a sostenere la questione. Per partorire per via naturale oggi è richiesta la presenza del medico; forse potrebbe bastare l'ostetrica.

Per certificare l'abitabilità di un edificio o la sicurezza di un'impresa serve il medico; forse è sufficiente un tecnico della prevenzione. Per fare le vaccinazioni deve esserci il medico; forse basta l'assistente sanitaria.

La gestione dei controlli routinari

della cronicità è affidata a medici specialisti in svariate discipline; forse potrebbe essere svolta da infermieri op-

portunamente formati che riferiscono al medico i soli casi di scostamento dalla normalità. Analogamente la cronicità psichiatrica potrebbe essere gestita valorizzando i contenuti professionali degli psicologi. In sala operatoria, in diverse discipline, spesso è presente il secondo e a volte il terzo chirurgo; forse gli infermieri di sala potrebbero essere coinvolti in funzioni superiori.

La presenza di guardie notturne negli ospedali varia da ospedale a ospedale, senza un reale motivo; forse il sistema delle guardie notturne andrebbe studiato con maggiore attenzione.

Si potrebbe continuare a lungo con esempi di questo tipo che, invece che essere accettati come modalità immutabili di erogazione delle attività, andrebbero visti come situazioni sulle quali varrebbe la pena fare degli approfondimenti con le diverse componenti professionali. La realtà è che la carenza medica non può essere affrontata se non intervenendo sull'organizzazione, alla luce dei livelli di istruzione e formazione raggiunti dalle altre professioni sanitarie. Teniamo anche conto che i costi formativi fra medici e altri professionisti della salute sono

molto diversi, e non solo per la questione delle borse di studio legate alla specializzazione.

All'orizzonte si prospetta un cambiamento epocale che deve essere opportunamente accompagnato, anche per poter superare prassi esistenti e vincoli normativi che oggi obbligano ad avvalersi dei medici anche per attività che potrebbero essere gestite da



altre figure professionali. Mai e poi mai dovremo rischiare di far incorrere il nostro personale appartenente alle altre professioni sanitarie in situazioni di abuso della professione medica.

Per partire con il piede giusto, sarebbe utile aggiungere, alla fine del capitolo del Piano sanitario nazionale 2011-2013 relativo alle risorse umane, un ulteriore punto per la ridefinizione delle funzioni del personale sanitario alla luce delle nuove competenze e abilità acquisite dalle diverse professioni sanitarie. Così, oltre che del problema, inizieremo a parlare anche della soluzione.

Giuseppe Tonutti

*Direttore generale
dell'Ass 6 "Friuli Occidentale"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ruoli da cedere a infermieri&Co

Il punto è l'eccesso di medicalizzazione

GIAPPONE, SOS CIBI RADIOATTIVI

UN MARE DI RISCHI

«Fukushima grave come Chernobyl». Crescono i timori a Tokio per pesce, latte, verdure. Super controlli sull'import e sulla contaminazione in Italia. Gli esperti: «Ecco come evitare anche il minimo pericolo»

FARRUGGIA ■ Alle pagine 2 e 3

«Radiazioni anche da noi» Super controlli sui cibi

Ma gli scienziati italiani rassicurano: «Quantità lievi»

STRETTA SORVEGLIANZA

Gli esperti francesi: le donne incinte, i bambini e le madri che allattano al seno sono le categorie più esposte

In Giappone la contaminazione radioattiva del cibo ha raggiunto livelli «gravi». I prodotti surgelati e i derivati, sfruttando le pieghe del commercio globale, potrebbero arrivare anche in Italia. L'import dopo il 21 marzo è quasi a zero

Alessandro Farruggia
■ ROMA

PER DIRLA con Peter Cordingley dell'Organizzazione mondiale della sanità, un'istituzione che non fa dell'allarmismo la sua cifra stilistica, «in Giappone la contaminazione radioattiva del cibo è grave». E infatti si sono raggiunti i 15.020 bequerel/kilo di *iodio 131* negli spinaci e in altre verdure a foglia larga (limite massimo ammesso, 2 mila), 1.510 bequerel/litro di *iodio 131* nel latte (limite di 300) e 890 bequerel al chilo di *cesio* nella carne (limite massimo, 500).

Questi prodotti arriveranno nei nostri mercati? Magari sfruttando triangolazioni, che, passando da altri paesi, possa farli sembrare sicuri? Sulle truffe nessuno può garantire.

Di cibo dal Sol Levante ne importiamo poco, e al ministero della Salute hanno messo in atto un sistema di monitoraggio dell'import alimentare dal Giappone (pesce, crostacei, funghi, alghe, soia, the verde). E la sorpresa è che da metà marzo il flusso si è quasi esaurito spontaneamente: dal 21 marzo al 7 aprile non è giunta in Italia nessuna partita di prodotti animali (pesce compreso) dal Giappone, mentre tra il 21 marzo e il 2 aprile sono arrivate solo 9 derrate alimentari non animali: praticamente zero. Nessuno vuole i cibi di Tokyo. E un calo si è verificato anche nei ristoranti giapponesi, anche se il pesce che vi si consuma non proviene dalla nazione devastata dal sisma-tsunami. Quanto ai prodotti ittici etichettati 'Oceano pacifico' che si trovano nei nostri negozi, va detto che non vengono da acque giapponesi.

C'È PERÒ ANCHE un altro problema: le radiazioni partite da Fukushima, in quantità molto limitate, sono state rilevate anche in Europa. A sollevare l'allarme per bambini, donne incinte e in allattamento è un centro di ricerca indipendente francese, il Criirad. Ma i nostri ricercatori negano un rischio reale per la salute. «E' vero che ci sono cate-



rie più sensibili — osserva Elena Fantuzzi, direttore dell'Istituto di radioprotezione dell'Enea — ma i livelli di dose attuali in Europa sono assolutamente irrilevanti per tutti, incluse anche le categorie più sensibili».

I francesi fanno però valere il principio di precauzione. «I pericoli — osservano al Criirad — sono certamente molto bassi, ma tenendo conto della possibile durata di contaminazione, l'esistenza di particolari abitudini alimentari e la vulnerabilità di alcuni gruppi di popolazioni, sembra utile evitare che gli alimen-

ti sensibili costituiscano la base della dieta nelle prossime settimane. Questa misura riguarda in particolare i bambini, le donne incinte e le madri che allattano al seno». Al Criirad danno anche alcune indicazioni sugli alimenti da evitare o assumere con misura: «Insalate, bietole, spinaci, cavolo e simili se non coltivati in serra; latte e formaggi freschi (specie di capra e di pecora), e carne, fatta eccezione per quella proveniente gli allevamenti in stalla».

ECESSIVO? «I risultati delle prime misure effettuate sul latte a partire dal 30 marzo — osserva Giancarlo Torri responsabile servizio misure radiometriche all'Ispra — hanno evidenziato un valore molto piccolo di concentrazione di Iodio 131, variabile tra 0,28 e 5,24 Bq/l. Si consideri che il livello massimo ammissibile di radioattività per lo Iodio 131 nel latte è pari a 150 Bq/l per gli alimenti per lattanti».

Il valori più alti per il latte sono stati rilevati dall'Arpa Umbria il 5 aprile e dall'Arpa Emilia Romagna il primo aprile. Ma siamo appunto attorno a 5-7 bequerel per litro. la

radioattività c'è, insomma, ma è poca. Per quanto riguarda i vegetali a foglia larga, anche qui è stata riscontrata radioattività da Iodio 131, con i valori più alti in Val d'Aosta (7,97 bequerel/kilo) e Friuli (5.8 bequerel/kg), ma il valore soglia è molto più alto che per il latte. «Dovremmo porci il problema — chiosa la dottoressa Fantuzzi — solo se e quando ci avvicinassimo a livelli attorno ai 150 bequerel litro per il latte». E per fortuna ne siamo lontanissimi.

NAOTO KAN, primo ministro giapponese
«La situazione si sta stabilizzando passo dopo passo. Le radiazioni stanno diminuendo»

DENIS FLORY, portavoce dell'Aiea
«Tutti i campioni di frutta, ortaggi, carne, pesce e latte hanno mostrato livelli di contaminazione sotto la soglia»

WEN JIABAO, presidente della Cina
«Le preoccupazioni relative all'impatto sull'ambiente marino delle nazioni vicine sono da prendere sul serio»

Prodotti da evitare

Sono assolutamente sconsigliati i prodotti di origine animale (pesce) o vegetale (funghi e alghe) che arrivano dal Giappone

Oms: «Nessuna paura»

Secondo l'Oms, chi vive al di fuori del Giappone non corre alcun rischio per le radiazioni rilasciate dalla centrale di Fukushima. Le misurazioni effettuate non hanno mostrato variazioni significative

Effetto globale

L'emergenza alimentare potrebbe estendersi al di là dei confini nipponici. Il commercio del pesce surgelato è un mercato globale: il tracciamento dei prodotti è difficile

I derivati del pesce

Osservati speciali i derivati del pesce: oli, estratti, farine, colla, alcuni tipi di mangimi. Difficili, in molti casi, i controlli su utilizzi industriali e tracciabilità

Pillole di iodio

L'associazione dei farmacisti e il ministero della Salute hanno più volte sconsigliato agli italiani l'acquisto di pillole di iodio. Se assunte inutilmente, rischiano di essere dannose per la salute

Controllare l'etichetta

Se non volete rinunciare a pesce pescato nell'oceano Pacifico o a prodotti alimentari importati dal Giappone, controllate che siano stati preparati prima dell'11 marzo

Vertice a Roma Controlli sanitari per i migranti

■ Concordare una serie di azioni per migliorare la preparazione dei servizi sanitari nazionali, in modo che siano in grado di far fronte all'emergenza umanitaria legata all'arrivo delle migliaia di migranti in fuga dal Nord Africa. Con questo obiettivo, si terrà oggi a Roma un incontro organizzato dal **Ministero della Salute** italiano, in collaborazione con la Commissione Europea e con il sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Ufficio Regionale per l'Europa.

Si punta dunque a mettere in campo un piano che porti al miglioramento della sorveglianza delle malattie ed alla diagnosi precoce e monitoraggio: strumenti essenziali per far fronte alle sfide sanitarie che potrebbero presentarsi in caso di arrivo di un gran numero di migranti in Europa. L'evento riunirà delegati provenienti da Cipro, Francia, Grecia, Malta e Spagna, insieme ai rappresentanti delle principali agenzie delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea coinvolte.

L'idea è dunque quella di rafforzare la cooperazione ed il coordinamento internazionali sugli aspetti sanitari della crisi per garantire che i sistemi sanitari ricevuti siano preparati.

«Sin dall'inizio della crisi in Nord Africa – ha sottolineato il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** – abbiamo avviato iniziative immediate per rafforzare la sorveglianza epidemiologica e l'assistenza sanitaria sia ai profughi che sbarcano sulle coste europee, sia nei Paesi africani al centro della crisi. In collaborazione con le Regioni abbiamo inviato task force mediche»



Farmaci

Dal 15 aprile taglio ai prezzi dei generici

■ L'Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato sul suo sito internet la cosiddetta «lista trasparenza», che contiene l'elenco dei nuovi prezzi di riferimento dei farmaci equivalenti fuori brevetto. Si tratta di una lista di oltre 4mila farmaci (4189 per l'esattezza), il cui prezzo è stato ridotto, così come previsto dalla manovra estiva 2010, sulla base del confronto con i prezzi vigenti in altri Paesi europei, UK, Germania, Francia e Spagna. Il prezzo dei nuovi farmaci, scontato fino ad un massimo del 40%, entrerà in vigore a partire dal 15 aprile.

