

**Flash****L'appello****ALLARME GINECOLOGI  
IN FUTURO POCCHI**

Nei prossimi 10 anni mancheranno all'appello 580 ginecologi. Il presidente della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia), Nicola Surico, plaude alla decisione del Governo di ampliare del 10% le nuove immatricolazioni alle facoltà di medicina. Ma non basta. È infatti urgente intervenire anche sulla formazione post laurea

Lo stato dell'arte sull'utilizzo dei diversi test per l'individuazione del papillomavirus

# Hpv, screening a confronto

Studi sull'ottimizzazione della prevenzione primaria in nove territori

Regione e programma di screening di riferimento	Data avvio progetto	Numero di donne invitate
Vallecambria - Lombardia	2010	10.200 (25-64 anni)
Firenze - Toscana	2010	2.706 (25-64 anni)
Roma G - Lazio	2009	40.950 (25-64 anni)
Ferrara - Emilia R.	2010	2.000 (25-64 anni)
Torino-Ivrea - Piemonte	2010	18.439 (35-64 anni)
Trento -Trentino A.A.	2010	7.710 (35-64 anni)
Reggio Emilia - Emilia R.	2010	4.899 (35-64 anni)
Perugia-Umbria	2010	6.000 (35-64 anni)
Este Monselice-Veneto	2010	23.479 (25-64 anni)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'algoritmo basato sul test Hpv e sul successivo triage citologico</li> <li>● Le procedure di gestione del prelievo cervicale</li> <li>● L'utilizzo di test molecolari per la ricerca di Hr Hpv Dna validati per lo screening</li> <li>● La centralizzazione dei test molecolari e della lettura del Pap test e i relativi controlli di qualità</li> <li>● La definizione di protocolli condivisi sull'algoritmo generato dal test Hr Hpv Dna e dal triage citologico</li> <li>● La valutazione dell'impatto organizzativo</li> <li>● La valutazione dei costi e delle risorse necessarie</li> <li>● La valutazione delle performance e dell'impatto sulla base degli indicatori oggi disponibili ed, eventualmente, di altri nuovi e specifici indicatori</li> </ul> |
|--|

**I**l carcinoma della cervice uterina è, a livello mondiale, il secondo tumore maligno nella donna, con circa 500mila nuovi casi per anno, dei quali l'80% nei Paesi in via di sviluppo, e oltre 250mila decessi. In Italia, i dati dei registri nazionali tumori mostrano che ogni anno si hanno oltre 3mila nuovi casi con circa 1.500 decessi. Eppure questo tumore è uno dei più conosciuti ed è stato il primo cancro a essere riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della Sanità come totalmente riconducibile a un'infezione, il virus responsabile infatti è il Papillomavirus umano (Hpv).

La recente scoperta che l'infezione da Hpv è la causa principale del tumore del collo dell'utero ha aperto la strada a nuove strategie di prevenzione basate sulla vaccinazione e sull'utilizzo del test Hpv ad alto rischio oncogeno come test primario nello screening.

**Lo screening del tumore del collo dell'utero in Italia: una fase di transizione.** Fino a oggi la prevenzione del tumore del collo dell'utero si è basata sul Pap test, la lettura citologica dello striscio cervicale, e questa pratica ha ottenuto grandi successi: i tassi di incidenza del tumore del collo dell'utero si sono ridotti di almeno tre volte nel corso degli ultimi decenni. Tuttavia il livello di adesione delle italiane allo screening organizzato è ancora piuttosto basso, stimato intorno al 40 per cento. I dati dell'Osser-

vatorio nazionale screening rivelano che nel 2009 sono stati oltre 3 milioni e mezzo gli inviti e circa 1 milione 400mila i test di screening effettuati in seguito a tale invito. Questo significa che dobbiamo fare ancora molto per migliorare.

Numerosi studi randomizzati, fra cui lo studio italiano Ntec (New technologies for cervical cancer) hanno dimostrato la maggiore efficacia del test Hpv, che permette di rilevare la presenza dei ceppi di Papillomavirus ad alto rischio oncogeno, rispetto al Pap test e aperto la strada a nuovi scenari che lo vedono protagonista come test primario di screening in sostituzione del Pap test. Le attuali raccomandazioni ministeriali prevedono l'impiego del test Hpv come strumento secondario, da utilizzare successivamente al Pap test, nel triage delle diagnosi citologiche borderline e nel follow-up delle pazienti trattate per lesioni precancerose. Date le numerose evidenze cliniche e scientifiche che ne hanno dimostrato l'efficacia, le raccomandazioni hanno consentito l'utilizzo del test Hpv nello screening primario in studi sperimentali al fine di valutare l'effettiva fattibilità operativa. Tali studi sono stati avviati a partire dal 2009 e sono ancora in corso in molte Regioni.

**Gli studi di fattibilità: Pap test e test Hpv a confronto.** Gli studi di fattibilità

mettono a confronto il test Hpv e il Pap test come strumenti di screening primario all'interno di programmi di screening organizzato. L'obiettivo è quello di valutare l'efficacia operativa e organizzativa di un nuovo approccio, che inverte l'utilizzo di Pap test e test Hpv, ovvero introduce il test Hpv Dna come test primario e il Pap test come test secondario, di triage. Le valutazioni in corso riguardano molteplici fattori, che comprendono anche gli aspetti di informazione e comunicazione alle donne e agli operatori sanitari coinvolti. I primi riscontri emersi dagli studi di fattibilità sono positivi ed evidenziano vantaggi organizzativi e di efficacia con l'introduzione del test Hpv come strumento primario di screening. Inoltre la possibilità data dal test di allungare gli intervalli dello screening da 3 a 5-7 anni rappresenta un vantaggio, non solo in termini di ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie, ma anche per incentivare l'adesione delle donne allo screening.

I risultati e le valutazioni che emergeranno saranno fondamentali per valutare l'estensione di questo approccio a livello nazionale e l'eventuale cambiamento delle raccomandazioni ministeriali.

**Sergio Pecorelli**  
Ordinario Clinica ostetrica e ginecologica Università di Brescia - Presidente Agenzia Italiana del Farmaco



L'ultima manovra riapre la partita dei finanziamenti al Servizio sanitario per i prossimi tre anni

# La salute torna sulla giostra dei tagli

**Balduzzi: «Garantiremo la qualità» - Regioni in trincea: «Mancano 17 miliardi»**

**L**a necessità di far tornare in salute i conti dell'Italia non lascia fuori nemmeno questa volta la Sanità, nonostante i tagli da 17 miliardi tra il 2012 e il 2014 che le Regioni denunciano come effetto delle precedenti manovre. Tagli quindi, ma usando le forbici dell'appropriatezza e della qualità. Ecco allora che i nuovi risparmi per almeno altri 2-2,5 miliardi dovranno avere come guida quell'equità che il **ministro della Salute Renato Balduzzi** ha dichiarato di volere difendere fin dall'inizio del suo mandato.

A PAG. 2-3

## Le spine nel fianco del professore



Secondo il ministro la necessità di razionalizzazione non deve perdere d'occhio l'equità

# «Tagliamo, ma con qualità»

Risparmi dall'appropriatezza delle cure con Lea e ticket da rimodulare

“ **Si deve evitare che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia dei cittadini nel sistema. È necessario perciò che ogni misura in tale direzione si accompagni a una misura volta ad aumentare qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati** ”

**T**agli sì, ma cercando di usare il più possibile le forbici dell'appropriatezza e della qualità. Perché il Ssn altrimenti rischia di crollare dopo le cure dimagranti da 17 miliardi previste da qui al 2014 dalle manovre già approvate negli ultimi mesi. Resta però il fatto che anche la Sanità sarà con molta probabilità costretta a pagare almeno in parte il conto salato della prima manovra firmata da Mario Monti da licenziare entro lunedì 5 dicembre: al momento di andare in stampa (venerdì 2 dicembre) nel possibile menù delle misure salva-Italia c'è anche l'ipotesi di un taglio lineare alle risorse sanitarie di 2-2,5 miliardi. Un taglio doloroso che poi le Regioni dovrebbero autogestire in casa propria decidendo dove risparmiare. Ma sul tappeto ci sono anche altre misure possibili: a partire da

super accise sui tabacchi e alcol fino al fiorire di nuovi ticket, come quelli sui ricoveri che però non sarebbero in grado di fare cassa subito e in maniera sufficiente. La vecchia ipotesi di 10 euro a ricovero, se tornasse in vita, avrebbe un gettito modesto (120 milioni su 12 milioni di ricoveri l'anno ma senza considerare gli esenti), 740 milioni se il ticket valesse per ogni giornata di ricovero (74 milioni, esenti inclusi). Resterebbe comunque da affrontare la riforma delle esenzioni per reddito, per numerosità delle famiglie e appropriatezza delle prestazioni. E così la soluzione più rapida - ma non indolore - per il Governo sarebbero i tagli lineari ai fondi regionali accompagnata dalla riduzione dei livelli essenziali di assistenza.

Una partita apertissima fino all'ultimo con il neo-ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, a tentare di



mediare per garantire quell'equità che vuole essere la stella polare di questo Governo insieme alla linea del rigore e della crescita. Del resto è stato lo stesso ministro a far capire, durante la sua audizione in Senato di mercoledì scorso, che sacrifici vanno fatti anche nel Ssn, ma guardando sempre alla qualità e all'appropriatezza. «Si deve evitare - ha detto ai senatori della commissione Igiene e Sanità - che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia nel sistema, che è elemento importante della vitalità e dell'orgoglio del nostro sistema sanitario». «Ogni misura in tale direzione - ha chiarito poi Balduzzi - si deve accompagnare a decisioni volte ad aumentare qualità

e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi». D'altra parte, ha ammesso ancora il ministro, «in questo momento cui siamo in presenza di un temuto, forte rallentamento della crescita, anche in Sanità è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che regola la materia, altrimenti il grado di soddisfazione dei cittadini si ridurrebbe in modo considerevole». Questo perché la «bontà di fondo del servizio sanitario nazionale», che tuttavia «necessita una costante manutenzione», non è in discussione.

A far tremare i polsi a tanti dentro il Ssn sono anche le altre misure anti-crisi: se la revisione dell'articolo 18 dello statuto dei lavoratori sui

licenziamenti sarà quasi sicuramente congelato, almeno per il momento, è invece sicura la stretta sulle pensioni con l'introduzione del sistema contributivo per tutti e l'allungamento dell'età pensionabile. Un giro di vite che riguarderà molti tra medici e personale sanitario.

La manovra arriverà subito alla Camera questa settimana per poi passare nell'aula dal 13 dicembre con il voto entro il 17. Anche il Senato si è già impegnato a fare presto con l'obiettivo di arrivare alla via libera finale prima di Natale.

**Marzio Bartoloni**  
**Paolo Del Bufalo**  
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti delle manovre (legge 122/2010 e legge 111/2011)	
Periodo	Effetto
<b>2010</b>	Effettivo aumento delle risorse per il Ssn pari a 250 milioni, a fronte dei pattuiti 550 milioni. I restanti 300 sono subordinati al realizzarsi delle economie relative alla spesa farmaceutica
<b>2011</b>	Decurtazione delle risorse per il Ssn di 418 milioni a fronte del blocco dei contratti e delle convenzioni e una riduzione di 600 milioni in funzione delle disposizioni di razionalizzazione della spesa farmaceutica
<b>2012</b>	Riduzione del finanziamento del Ssn di 600 milioni per la razionalizzazione della spesa farmaceutica oltre a una ulteriore riduzione prevista in 1.132 milioni di euro per il blocco dei contratti e delle convenzioni. Il fabbisogno riconosciuto determinato aggiungendo al valore dell'esercizio precedente la maggiorazione prevista nel vigente Patto per la salute nella misura del 2,8% risulta pertanto pesantemente ridotto (circa 1,75%) a causa delle manovre correttive
<b>2013 e 2014</b>	Il fabbisogno riconosciuto è stato rideterminato applicando gli incrementi previsti dalla manovra rispettivamente nelle misure dello 0,5% e dell'1,4%. La crescita risulta pertanto inferiore al Pil nominale negli stessi anni (+3,3% e 3,4%). Le misure di contenimento della spesa sono state stimate in 2.500 milioni per l'anno 2013 e in 5.450 milioni per l'anno 2014. Tali misure saranno definite con un'intesa (forte) Stato-Regioni, entro il 30 aprile 2012

Tagli in Sanità delle manovre finanziarie nel 2012-2014 (mln €)				
	2012	2013	2014	Totale tagli 2012-2014
<b>Articolo 9, comma 16, della legge 122/2010 (Riduzione livello finanziamento Ssn - Blocco dei contratti e delle convenzioni)</b>	1.132	1.132	1.132	<b>3.396</b>
<b>Articolo 11, comma 12, della legge 122/2010 (Economie di spesa - Farmaceutica)</b>	600	600	600	<b>1.800</b>
<b>Articolo 17, comma 6, della legge 111/2011 (Reintroduzione ticket specialistica ambulatoriale)</b>	834	834	834	<b>2.502</b>
<b>Articolo 17 della legge 111/2011 (Misure di contenimento della spesa)*</b>		2.500	5.450	<b>7.950</b>
<b>Patto per la salute 2010-2012 - Articolo 2, comma 67, della legge 191/2009 - Risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale</b>	466	466	466	<b>1.398</b>
<b>Totale tagli</b>	<b>3.032</b>	<b>5.532</b>	<b>8.482</b>	<b>17.046</b>

(\*) Tali misure saranno definite con un'intesa (forte) Stato-Regioni, entro il 30 aprile 2012

Libro bianco di Fiaso sulle best practice: 69 esperienze per migliorare la qualità riducendo i costi

# La buona Sanità ai tempi della crisi

Dalle liste d'attesa ai tempi di pagamento dei fornitori fino alla continuità assistenziale

**L**a buona Sanità c'è, basta cercarla. Anche in momenti di crisi come questi. Lo dimostrano le 69 esperienze selezionate dal Comitato scientifico dell'Osservatorio Fiaso (qui sotto ne pubblichiamo sette) sulle buone pratiche sanitarie che guardano con un occhio al miglioramento delle performance e con l'altro alla riduzione dei costi. Un lavoro che parte da oltre 150 esperienze raccolte nell'ultimo anno e che dopo la selezione condotta dal comitato scientifico (composto da esperti delle istituzioni, del mondo accademico e delle rappresentanze dei cittadini) ha portato alla realizzazione del primo «Libro bianco della Buonasanita», presentato lo scorso martedì, 6 dicembre, a Roma. Oltre al Libro bianco l'attività dell'Osservatorio di Fiaso ha consentito infatti fino a oggi la messa in rete di 89 buone pratiche, accuratamente classificate in

modo da renderle più facilmente consultabili agli operatori delle aziende sanitarie e quindi più facilmente esportabili sul territorio nazionale.

«La raccolta sistematica delle best practice sanitarie - ha spiegato il presidente della Fiaso, **Giovanni Monchiero** - è il contributo che come aziende offriamo in questa fase così difficile del Paese per dimostrare con i fatti che è ancora possibile coniugare buona qualità dei servizi e sostenibilità economica». «E il Libro bianco della buona Sanità - prosegue ancora Monchiero - è lì a dimostrare che questo obiettivo si può centrare solo puntando sulla aziendalizzazione del sistema del quale le esperienze selezionate sono il frutto diretto, nonostante le tendenze neo-centralistiche da anni in atto».

**Red. San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Prevenire i bisogni degli anziani fragili

«**G**estione anticipata della fragilità»: è il progetto del distretto Sud-Est dell'Asl di Parma. Due le fasi principali del piano. La prima azione è stata quella di rilevare le principali caratteristiche degli anziani del distretto. La rilevazione è stata condotta dal medico curante e dall'assistente sociale del Comune, che hanno compilato insieme una scheda di valutazione sull'assistito: monitorati 3.138 anziani. Dopo circa un anno e mezzo è stato possibile passare alla seconda fase del progetto: con lo stesso metodo è stato eseguito il follow up della popolazione esaminata in partenza che ha permesso di individuare i principali fattori della perdita di autosufficienza degli anziani e quindi l'identificazione ex ante di alcuni segnali di criticità. Questo ha consentito la valutazione di anziani prima «invisibili» ai servizi sociali. Dall'esperienza, durata tre anni, ne è uscito rafforzato anche il rapporto fra medici e assistenti sociali, tanto che la segnalazione dei casi a rischio da parte dei medici agli assistenti è diventata una prassi consolidata.

## Corsie più libere con i letti «swing»

**M**eno attesa in corsia con i letti «swing». Meno tempo di attesa al pronto soccorso e aumento dei ricoveri diurni. Sono alcuni dei risultati raggiunti dall'Aou di Parma grazie a un progetto che dal 2008 ha introdotto in ospedale gli «swing bed», ovvero quei letti che possono essere usati, secondo necessità, sia per pazienti critici che di lungodegenza. Il progetto parmense ha dimostrato che con soli 12 «letti scambiatori» è stato possibile attivare un circolo virtuoso che ha permesso di aumentare il flusso di malati da reparti per acuti a reparti di lungodegenza, incrementando i posti liberi per il pronto soccorso. In pratica grazie anche all'introduzione della figura professionale del «bed manager», sono stati identificati 12 letti di lungodegenza aggiuntivi. Su quei letti sono stati trasferiti malati stabili, prossimi alle dimissioni. In questo modo è stato possibile liberare posti letto per malati post-acuti o post-terapia intensiva provenienti dai reparti per acuti e le unità ospedaliere di Medicina sono riuscite ad accogliere con ritmi più regolari i ricoveri dal pronto soccorso.

## «Code» in base alle priorità

**A**Trento, l'azienda provinciale per i servizi sanitari ha affrontato di petto il problema delle liste d'attesa. Il progetto ha preso forma nel 2000 con un'esperienza pilota che riprende l'uso di raggruppamenti di attesa omogenei (Rao). Un modello ideato per facilitare l'applicazione di criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali basati su criteri clinici espliciti e concordati con i Mmg. In sostanza sono state definite tre categorie di priorità clinica (Rao A, max tre giorni di attesa dalla prenotazione, Rao B, max 10 giorni, Rao C, max 30 giorni), che consentono al medico di stabilire a priori il tempo di attesa ritenuto adeguato. Tale metodo permette di ridurre al minimo i tempi anche del medico di famiglia, che altrimenti, di fronte a un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare telefonicamente il collega specialista per fissare un appuntamento in tempi ragionevoli. Questa formula ha consentito di rispettare i tempi massimi di attesa per priorità clinica e ha ridotto l'invio di pazienti al pronto soccorso.

**La bioingegneria ripara i tessuti**

I tessuti bio-ingegnerizzati, nuova frontiera della medicina rigenerativa a cui ha lavorato, dal 2007 al 2009, l'azienda sanitaria di Cesena, che ha messo a punto un supporto, "scaffold" in gergo, decellularizzato e biocompatibile per la riparazione di tessuti. Suddivisa in tre stadi (gli studi in vitro, gli studi ex vivo e la sperimentazione clinica), la ricerca ha consentito la messa a punto di un innovativo tessuto distribuito dalla Banca della cute di Cesena su scala nazionale a ospedali e case di cura pubblici e privati, dietro specifica richiesta. Oggi il tessuto prodotto è utilizzato clinicamente con successo soprattutto in due ambiti: quello dermatologico, per il trattamento di ferite gravi, e quello ortopedico per la riparazione della cuffia dei rotatori della spalla. I pazienti sottoposti all'innesto non hanno mai mostrato reazioni avverse, nemmeno nel tempo.

**Telecardiologia intra-aziendale**

Nel giugno del 2006 l'Aou «Umberto I Gm Lancisi, G. Salesi» di Ancona ha deciso di realizzare un progetto di telecardiologia avanzato intra-aziendale, indirizzato in particolare ai pazienti con sindromi coronariche acute e ricoverati in ambienti "protetti": rianimazioni, oncologie, ematologie e presidi materno-infantili. In caso di necessità viene anche attuato un telemonitoraggio continuo dei parametri vitali essenziali, in modo che la situazione clinica sia condivisa tra cardiologo ed ematologo. Il cardiologo si reca pertanto nei reparti di terapia intensiva solo se strettamente necessario. Un percorso dunque articolato che mira ad assicurare la continuità assistenziale e che ha permesso di eseguire valutazione cardiologica nel 100% dei pazienti trattati, contro il 30% del passato, oltre a ridurre i costi e i tempi di attesa per visite e follow-up, realizzati direttamente nel corso della visita di controllo ematologica.

**L'Asl paga prima con l'informatica**

Tempi di pagamento più rapidi con la dematerializzazione degli ordinativi bancari. È quello che ha fatto l'Asl di Chiavari che ha trasformato, grazie a un sistema informatizzato, il flusso completo degli ordinativi bancari di incasso e pagamento applicando la firma digitale, conforme a standard nazionali, e l'archiviazione ottica sostitutiva di quella cartacea. Questo ha consentito dal primo novembre del 2010 di dematerializzare 12mila ordinativi l'anno, pari a 30mila fogli di carta. Meno carta e più trasparenza anche grazie al nuovo "Portale Fornitori", che con una password mette a portata di click lo stato dei pagamenti. Un progetto che ha portato anche a una riduzione dei tempi di pagamenti dei fornitori, contenuti entro i quattro mesi. Ancora sicuramente superiori ai 30 giorni della direttiva Ue che dovremmo recepire nel 2013, tempi che scontano però il problema, comune a tutte le Aziende, dei ritardati flussi di cassa.

**L'informazione viaggia in chat**

Offrire un servizio di informazione immediato e di facile utilizzo rivolto a cittadini ed enti che navigano su internet. È il servizio «Urp on line» dell'Asl di Firenze nato nel 2009 con l'obiettivo di mettere in contatto, in tempo reale e a costo zero, il cittadino e l'operatore dell'Ufficio relazioni con il pubblico. Basta cliccare sull'icona «Urp on line» - a destra della home page del sito dell'Asl -, registrarsi, indicando il proprio indirizzo di posta elettronica, e subito si può iniziare a utilizzare la chat. L'operatore viene immediatamente allertato da un segnale, sia visivo che sonoro, e risponde alla chiamata dell'utente, che automaticamente riceverà un primo messaggio standard: «Salve, come posso aiutarvi?». Da questo momento comincia la conversazione tra utente e operatore. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì (9-13) e richiede pochi operatori che possono "chattare" con gli utenti da qualsiasi Pc aziendale.

**LA STRATEGIA DELLA COMMISSIONE EUROPEA**

# Antibiotico-resistenza, il piano quinquennale

**Le grandi linee dell'azione**

**I sette settori nei quali è urgente intervenire**

- L'uso appropriato degli antimicrobici (nell'uomo e negli animali)
- La prevenzione delle infezioni microbiche e della loro propagazione
- Lo sviluppo di nuovi antimicrobici efficaci o di trattamenti alternativi
- La cooperazione internazionale per arginare i rischi di aumento della resistenza agli antimicrobici
- Il miglioramento del monitoraggio in medicina umana e animale
- La ricerca e l'innovazione
- La comunicazione, l'educazione e la formazione

**Le 12 azioni concrete proposte**

- Sensibilizzare all'uso appropriato degli antimicrobici
- Migliorare la legislazione europea nel campo dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati
- Formulare raccomandazioni per un uso prudente degli antimicrobici in medicina veterinaria e predisporre rapporti di follow-up

- Rafforzare le misure di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali
- Introdurre nella nuova legislazione veterinaria dell'Ue strumenti per rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni negli animali
- Promuovere nuove forme di collaborazione che consentano di mettere a disposizione dei pazienti nuovi farmaci antimicrobici
- Condurre un'analisi dei fabbisogni di nuovi antibiotici in medicina veterinaria
- Sviluppare e/o rafforzare gli impegni multilaterali e bilaterali per la prevenzione e il controllo della resistenza agli antimicrobici
- Rafforzare i sistemi di sorveglianza della resistenza agli antimicrobici e del loro consumo in medicina umana
- Rafforzare i sistemi di sorveglianza della resistenza agli antimicrobici e del loro consumo in medicina veterinaria
- Rafforzare e coordinare le attività di ricerca
- Informare meglio il pubblico sulla questione della resistenza agli antimicrobici

**D**avanti all'emergenza suscitata dal dilagare delle infezioni resistenti agli antibiotici, la Commissione europea è corsa ai ripari con un piano d'azione quinquennale. Il fenomeno è sempre più rilevante secondo gli ultimi dati presentati a Bruxelles dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc): nei Paesi dell'Unione, ogni anno, 25.000 persone muoiono a causa di queste infezioni, che determinano un carico economico di circa un miliardo e mezzo di euro.

La diversa distribuzione dei casi nei Paesi membri riflette il differente ricorso a queste classi di medicinali che si registra nelle aree mediterranee rispetto al nord: l'Italia è uno dei Paesi di Europa in cui le resistenze sono più diffuse e in aumento e, con le sue quasi 30 DDD (Defined Daily Doses) di antibiotico consumate ogni 1.000 abitanti, è purtroppo al terzo posto in Europa, poco sotto la Francia, ampiamente superata solo dalla Grecia.

La questione però non può essere confinata a livello nazionale, né può essere ignorata dai membri più virtuosi dell'Unione, come i Paesi scandinavi, dove i casi sono sporadici grazie a un rigido sistema di sorveglianza su tutti i pazienti provenienti dall'estero. Anche questa barriera potrebbe non bastare infatti ad arginare il dilagare delle infezioni resistenti, tra-

smesse direttamente o attraverso l'ambiente, dagli animali all'uomo, da uomo a uomo e perfino da batterio a batterio, attraverso il passaggio di geni, come il noto Ndm-1, isolato per la prima volta a Nuova Delhi. Proprio in questi giorni l'Associazione dei microbiologi clinici italiani ha segnalato che a Bologna sono stati documentati sei nuovi casi di infezione da questi cosiddetti superbatteri positivi per Ndm-1. Uno solo di questi pazienti risulta reduce da un viaggio in India, mentre per gli altri si ipotizza un contagio ospedaliero avvenuto in Italia.

Sebbene ci siano segnali - non per questo, ma per altri batteri resistenti agli antibiotici più comuni - di un'estensione del problema al territorio, il nodo cruciale resta quindi comunque quello degli ospedali e delle case di ricovero per anziani e lungodegenti. È qui che si verifica la maggior parte dei casi, ed è qui che soprattutto si sviluppano le resistenze, anche perché si calcola che fino al 50 per cento dell'uso degli antibiotici che si fa negli ospedali è inappropriato. Se non si metteranno in atto efficaci misure igieniche per la prevenzione delle infezioni microbiche e della loro propagazione, oltre che per ostacolare lo sviluppo di nuove resistenze, rischiano di rivelarsi vani tutti gli sforzi fatti per indirizzare nuove risorse verso la ricerca di nuovi stru-

menti di diagnosi e lo sviluppo di nuovi farmaci, anche attraverso la collaborazione pubblico-privato con le aziende farmaceutiche, come previsto dall'Imi, l'Innovative medicines initiative.

La crescente mobilità di merci e persone attraverso le frontiere rischia di aggravare poi la situazione, tanto più quando sarà davvero liberalizzata a tutti gli effetti la circolazione dei malati da un Paese all'altro dell'Unione. Le severe misure di controllo adottate nei Paesi scandinavi dovrebbero perciò diventare la norma, così come i sistemi di sorveglianza e follow up, in un'ottica di cooperazione internazionale che non si limiti all'Europa. Questi e altri provvedimenti sono descritti in un nuovo piano della Commissione europea elaborato per rinforzare le misure prese in passato, che si sono rivelate insufficienti a tenere la situazione sotto controllo. «Si pensi per esempio al divieto di usare gli antibiotici per promuovere la crescita del bestiame, adottato in Europa dal 2006» ha commentato **Paola Testori Coggi**, che, nell'ambito della Commissione è a capo della Dg Salute e tutela del consumatore. «Questo provvedimento ha penalizzato i nostri allevatori nella concorrenza internazionale, eppure non è bastato a frenare l'insorgenza e la diffusione di resistenze tra gli animali e da questi all'uomo».

Per questo il piano d'azione della Commissione non si concentra solo sull'uso degli antibiotici da parte dei medici, ma dedica diversi punti all'uso di questi farmaci in ambito veterinario. Si raccomanda poi di insistere con le campagne di sensibilizzazione nei confronti del pubblico, dei medici e dei farmacisti: i primi perché non pretendano gli antibiotici, i secondi perché non li prescrivano e i terzi perché non li vendano senza ricetta.

L'esperienza di alcuni Paesi europei, dove sono state prese misure adeguate sul territorio e negli ospedali, dimostra che la tendenza si può invertire: in sei Paesi dell'Unione, tra il 2008 e il 2009, il consumo totale di antibiotici sul territorio è calato di oltre il 5 per cento; tra il 2009 e il 2010 il tasso di infezioni da *Staphylococcus Aureus* resistente alla meticillina (Mrsa), il responsabile di una delle più importanti e diffuse di queste infezioni in campo nosocomiale, è sceso in sette nazioni, tra cui la Francia e la Grecia. Speriamo che qualche segnale positivo venga presto anche dall'Italia, dove, al contrario, tra il 2009 e il 2010, unica in Europa, si è osservato un drammatico incremento di infezioni da *Klebsiella pneumoniae* resistente al carbapenem, prima sporadiche, ora tra il 10 e il 25 per cento del totale.

**Roberta Villa**

OASI 2011 // L'effetto delle politiche regionali di contenimento della farmaceutica

# Il ticket taglia i costi del 15%

Il Ssn copre il 72,5% degli oneri di settore contro il 74,4% del 2001

Tabella 2 - Alcuni indicatori sulle politiche regionali

Regioni	Compartecipazioni alla spesa/spesa farmaceutica lorda	Incidenza spesa x farmaci soggetti a prezzo di rif. (naz.) sulla spesa farm. convenzionata netta	Incidenza forme alternative di distribuzione dei farmaci sulla spesa farmaceutica territoriale	Regioni	Compartecipazioni alla spesa/spesa farmaceutica lorda	Incidenza spesa x farmaci soggetti a prezzo di rif. (naz.) sulla spesa farm. convenzionata netta	Incidenza forme alternative di distribuzione dei farmaci sulla spesa farmaceutica territoriale
	2010	2009	2010		2010	2009	2010
Piemonte	6,4%	26,3%	16,6%	Marche	4,5%	28,4%	15,5%
V. d'Aosta	3,7%	25,7%	15,1%	Lazio	8,0%	27,7%	11,5%
Lombardia	10,2%	23,0%	13,6%	Abruzzo	7,9%	25,3%	15,0%
Pa Bolzano	9,4%	25,5%	15,8%	Molise	8,8%	25,2%	10,0%
Pa Trento	3,4%	-	14,8%	Campania	8,0%	29,0%	10,9%
Veneto	10,5%	25,6%	15,4%	Puglia	5,1%	26,8%	12,7%
Friuli V.G.	3,8%	26,0%	16,4%	Basilicata	4,1%	25,8%	12,4%
Liguria	6,3%	27,1%	16,3%	Calabria	8,5%	24,8%	12,5%
Emilia R.	4,4%	30,5%	16,9%	Sicilia	10,8%	28,2%	8,9%
Toscana	4,5%	32,4%	17,0%	Sardegna	4,1%	27,4%	18,2%
Umbria	4,6%	29,6%	16,8%	<b>Italia</b>	<b>7,6%</b>	<b>27,1%</b>	<b>13,7%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Aifa, Federfarma e Corte dei conti

**A** dieci anni dalla legge 405/2001, come si posizionano le Regioni sul governo dell'assistenza farmaceutica? E quale impatto le politiche regionali hanno avuto sulla spesa? La risposta viene da un'approfondita analisi dell'Osservatorio Farmaci del Cergas, pubblicata sull'ultimo Rapporto Oasi 2011.

L'eterogeneità delle politiche regionali ha delle ragioni profonde, che vanno al di là del semplice dettato della 405 sulla regionalizzazione della politica del farmaco. Queste radici stanno (i) nella responsabilità regionale, piena o parziale in caso di Regioni soggette a Piano di rientro, sull'equilibrio economico-finanziario, (ii) nell'onere a carico delle Regioni, in caso di mancato equilibrio economico-finanziario, di copertura dello sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera, posto pari al 2,4% delle risorse complessivamente erogate al Ssn, (iii) e nell'obiettivo, posto a carico delle Regioni, di copertura del 30% dello sfondamento eventualmente accertato e/o previsto del tetto relativo alla spesa farmaceutica territoriale, pari al 13,3% del finanziamento complessivo Ssn.

Gli strumenti regionali sono stati e sono tuttora diversi. L'eterogeneità ha inizialmente riguardato la farmaceutica territoriale, su cui si sono concentrate (i) le azioni di governo diretto della domanda, attraverso forme di compartecipazioni alla spesa (fisse per confezione e, fino al 2008, applicate come prezzo di riferimento su inibitori di pompa protonica), (ii) le misure di regolazione indiretta della domanda, per mezzo del governo del comportamento prescrittivo, e (iii) l'adozione di forme di distribuzione dei farmaci, alternative all'assistenza in regime di convenzione (distribuzione diretta e per conto). Le Regioni si sono poi concentrate sul governo dei farmaci usati in ambito ospedaliero, con l'introduzione sempre più estesa di prontuari terapeutici ospedalieri regionali vincolanti, un tendenziale accentramento dei processi di acquisto e un aumento delle gare gestite in equivalenza terapeutica. Queste ultime, insieme alla definizione (o negoziazione) di quote prescrittive in medicina generale, rispondono all'esigenza di allargare il perimetro di concorrenza tra imprese per stimolare competizione di prezzo e ottenere shift prescrittivi, a favore delle molecole generiche, nell'ambi-

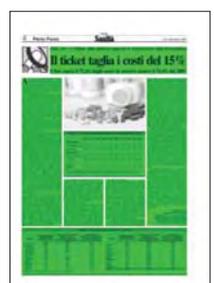
to di prodotti per la stessa indicazione terapeutica, nella presunzione di una sostanziale omogeneità tra gli stessi.

Le Regioni (e le aziende sanitarie) si sono differenziate anche per le modalità con cui le politiche sono state introdotte e implementate. Alcune hanno fatto leva prevalentemente su strumenti negoziali (quali accordi integrativi regionali e locali con i Medici di medicina generale); altre, invece, in assenza (o limitata presenza) di indirizzi regionali pregressi, hanno utilizzato la leva dei piani di rientro investendo su tutti i fronti delle politiche del farmaco o, più in generale, hanno adottato un approccio più di tipo top down, con un presumibile maggiore impatto nel breve periodo, ma con i presupposti per una difficoltà di governo nel lungo periodo.

La variabilità delle politiche e della loro adozione nel tempo si riflette nel trend nazionale della spesa farmaceutica pubblica (compresa la componente ospedaliera) e privata (compresi i farmaci non rimborsati dal Ssn). Le iniziative di contenimento (nazionali e regionali) hanno prodotto un aumento più consistente della spesa privata rispetto a quella pubblica, anche se l'effetto non è molto consistente: il Ssn oggi copre il 72,5% della spesa farmaceutica, contro il 74,4% del 2001 (tabella 1).

Più rilevante è il fenomeno di riduzione della variabilità della spesa privata, in quanto molte Regioni del Sud, tipicamente caratterizzate da un'elevata copertura pubblica della spesa, hanno introdotto negli ultimi anni, con maggiore intensità, iniziative di contenimento della spesa pubblica, con trasferimento dell'onere della spesa dal Ssn al paziente. La variabilità della spesa pubblica rimane invece abbastanza costante nel tempo, segno di una persistente differenziazione delle politiche sul farmaco.

La differenziazione delle politiche pubbliche risulta anche evidente da indicatori più specifici, quali (i) l'incidenza delle compartecipazioni alla spesa sulla spesa convenzionata lorda (con valori nel 2010 tra il 3,4% della Pa di Trento e il 10,8% della Regione Sicilia), (ii) l'incidenza della spesa per farmaci soggetti a prezzo di riferimento sulla spesa farmaceutica convenzionata, più elevata in quelle Regioni (Toscana, Emilia Romagna e Umbria) che da tempo han-



no investito sulle politiche di governo del mix prescrittivo, (iii) l'incidenza di forme alternative di distribuzione sulla spesa per farmaci in classe A, superiore laddove sono stati stipulati importanti accordi di distribuzione per conto o la Regione e le aziende sanitarie hanno investito da anni in attività di distribuzione diretta.

La valutazione di impatto sulla spesa (pubblica e privata) delle politiche del farmaco regionali si è focalizzata (i) sulle compartecipazioni alla spesa in forma di quota fissa per confezione, (ii) sulle (eventuali) compartecipazioni collegate a prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee (inibitori di pompa protonica), (iii) sulle azioni regionali di indirizzo del comportamento prescrittivo verso molecole a prezzo unitario più basso. Ovviamente le altre politiche che agiscono sulla spesa sono state considerate come variabili di controllo, per evitare che l'effetto delle politiche su cui si è concentrata l'analisi sia sovra o sotto stimato per effetto delle altre iniziative di contenimento. In sintesi, l'adozione di compartecipazioni alla spesa in forma di quota fissa per confezione, ha prodotto in media un aumento della spesa a carico del paziente dell'11% e una riduzione della spesa pubblica del 15 per cento. Le compartecipazioni, quindi, non solo hanno determinato un trasferimento dell'onere di spesa dallo stato ai pazienti, ma hanno avuto un effetto importante sui consumi di farmaci, che ha prodotto una contrazione della spesa pubblica superiore a quella privata.

Anche i target sul comportamento prescrittivo e il prezzo di riferimento per categoria terapeutica omogenea hanno prodotto una contrazione della spesa pubblica e un aumento di quella privata, ma l'effetto, soprattutto per i prezzi di riferimento per categorie omogenee di farmaci, è stato meno consistente. Inoltre, l'aumento della spesa privata è stato, (i) nel caso dei target prescrittivi, di poco superiore alla spesa pubblica, segno che lo shift prescrittivo viene comunque pagato, sulle molecole destinatarie dello shift, in termini di compartecipazioni collegate al prezzo di riferimento (nazionale) e (ii) importante nel caso del prezzo di riferimento per categoria terapeutica omogenea, segno che i pazienti hanno accettato di pagare una compartecipazione, pur di non veder modificata la prescrizione.

Si tratta di risultati rilevanti, anche in termini prospettici, pensando all'accelerazione di diverse Regioni sul fronte delle compartecipazioni alla spesa di questi ultimi mesi, in risposta all'attesa re-introduzione delle stesse a livello nazionale, e ai recenti indirizzi sulle quote prescrittive. Attualmente il contesto italiano lamenta una carenza di studi di valutazione di impatto delle politiche pubbliche sul farmaco sia centrali che regionali e locali. Questo basso investimento (e scarsa attenzione alle evidenze di impatto) è comprensibile nel momento in cui si devono effettuare scelte in condizioni di urgenza, ma è importante che le politiche possano fare esperienza di valutazioni di impatto pregresse. La speranza è che l'Osservatorio Farmaci abbia potuto contribuire, almeno in parte, a tale gap informativo.

**Claudio Jommi**

*Università Piemonte Orientale*

*e Osservatorio Farmaci - Cergas Bocconi*

**Patrizio Armeni, Clea De Luca,**

**Monica Otto e Vincenzo Vella**

*Osservatorio Farmaci Cergas Bocconi*

**Tabella I - La spesa farmaceutica pubblica e privata in Italia (2001-2010)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Spesa pubblica</b>										
● Pro capite (euro)	239,8	251,1	251,3	270,4	275,7	290,7	287,2	290,2	286,5	287,1
● Coeff. var.	10,8%	9,4%	10,4%	10,7%	12,2%	12,9%	10,7%	11,9%	11,4%	12,4%
<b>Spesa privata</b>										
● Pro capite (euro)	82,7	93,3	107,4	101,7	105,7	100,5	105,0	108,2	109,9	109,1
● Coeff. var.	20,5%	18,9%	16,9%	17,4%	15,2%	15,9%	15,7%	15,6%	15,4%	14,5%
<b>Copertura pubblica</b>	74,4%	72,9%	70,1%	72,7%	72,3%	74,3%	73,2%	72,9%	72,3%	72,5%

Fonte: nostra elaborazione su dati Conti economici Aziende sanitarie e Federfarma. Il coefficiente di variazione è un indicatore di variabilità del dato tra le diverse Regioni, pari al rapporto tra deviazione standard e valore medio

**Allarme Censis:  
welfare al collasso**

**C**resce tra gli italiani la paura sul futuro incerto del Ssn. La continua caccia alla sostenibilità finanziaria a colpi di tagli e risparmi si fa sentire sui pazienti. Tanto che per un italiano su tre prestazioni e cure sono sensibilmente peggiorate negli ultimi due anni. Lo dice il 45° rapporto del Censis.

A PAG. 3

**IL 45° RAPPORTO DEL CENSIS SULLA SITUAZIONE SOCIALE DEL PAESE**

# L'insostenibile pesantezza dei tagli: per gli italiani welfare al collasso

*Per un cittadino su tre (al Sud uno su due) i servizi sanitari sono peggiorati*

**I**l "default" del welfare e della Sanità italiana è diventato uno degli incubi che popolano le notti dei cittadini. La continua caccia alla sostenibilità finanziaria a colpi di tagli e risparmi si fa sentire sul Ssn e sui pazienti che accedono ai suoi servizi. Tanto che per quasi un italiano su tre - uno su due se si considera solo chi abita al Sud - prestazioni e cure sono sensibilmente peggiorate negli ultimi due anni. Insomma i continui sacrifici sono diventati insostenibili e si fanno sentire sulla qualità dell'assistenza. Quanto potrà resistere ancora - si chiedono i cittadini - il welfare come l'abbiamo conosciuto finora?

A raccontare il pessimismo degli italiani sullo stato di salute del nostro Servizio sanitario e dell'assistenza sociale è il Censis nel suo 45° rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, presentato venerdì scorso a Roma. Che fotografa bene gli umori degli italiani smentendo, almeno per ora, il "mantra" tanto abusato negli ultimi tempi secondo il quale chi spende meno spende meglio. Il rapporto spiega, invece, come «minore spesa oggi non vuol dire migliore spesa». Anzi: «La cura a cui è sottoposto il Servizio sanitario agli occhi dei cittadini italiani non sta generando effetti positivi, visto che nell'ultimo biennio i dati dell'indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis indicano che è solo l'11% a ritenere migliorato il Servizio sanitario della propria Regione, quasi il 29% ha registrato un peggioramento e circa il 60% una sua sostanziale stabilità». Guarda caso il giudizio negativo si concentra soprattutto lì dove si è tirata di più la cinghia e cioè nelle Regioni sottoposte a piani di rientro che dal 2001 al 2010 hanno registrato un incremento della spesa del 19%, contro il +26,9% del resto delle Regioni. Addirittura nel 2006-2011 le Regioni col piano di rientro hanno ridotto la spesa in termini reali dello 0,6%, mentre le altre Regioni hanno avuto un aumento di oltre il 9 per cento. «È evidente dai dati - scrive il Censis - che in alcune delle Regioni finanziariamente in maggiore difficoltà le briglie più strette sulla spesa sanitaria pubblica cominciano a vedersi, e la corsa

insostenibile verso l'alto è al momento bloccata». Una corsa bloccata che tra l'altro sembra ancora oggi cristallizzare il divario delle performance regionali, «tanto che nelle Regioni del Mezzogiorno - aggiunge il Censis - è più alta la percentuale di cittadini che parla di un suo peggioramento negli ultimi due anni; inoltre, dagli ospedali ai laboratori di analisi, ai medici specialisti, sino agli uffici delle Asl, nel Sud e isole continuano a esserci quote più alte di cittadini rispetto al resto d'Italia che li valutano come inadeguati». Da qui i timori per il futuro della nostra Sanità. Due le grandi paure che attanagliano i cittadini: un'accentuazione delle differenze di qualità tra le Sanità regionali (35,2%) e che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della Sanità (35%). Seguono poi i timori che i problemi di disavanzo rendano indispensabili dei robusti tagli all'offerta (21,8%), che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi necessarie, come l'assistenza domiciliare territoriale (18%) e che, infine, l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi (16,3%).

Per questo il Censis si dice convinto che per rispondere alle attese dei cittadini, «le dinamiche future del Servizio sanitario regionalizzato, emancipato dall'eccesso di vincoli della politica, devono rispondere adeguatamente alla duplice esigenza di garantire la sostenibilità finanziaria e al contempo dare a tutti i cittadini, ovunque risiedano, la qualità attesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Giudizio sul Servizio sanitario della propria Regione negli ultimi due anni per area geografica (%)**

Il Servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia
Migliorato	13,3	13,3	15,5	5,3	11,0
Peggiorato	19,2	18,2	26,1	44,6	28,9
Rimasto uguale	67,5	68,5	58,4	50,1	60,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Differenza % migliorato-peggiorato</b>	<b>-5,9</b>	<b>-4,9</b>	<b>-10,6</b>	<b>-39,3</b>	<b>-17,9</b>

Fonte: indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis, 2011

**Aspetti che gli italiani temono di più per il futuro della Sanità per area geografica (%)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia
Che aumentino troppo le differenze di qualità tra le Sanità regionali	31,6	24,2	38,2	42,6	35,2
Che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della Sanità	29,5	41,2	36,2	35,2	35,0
Che problemi di disavanzo rendano indispensabili robusti tagli all'offerta	23,6	35,2	18,7	14,4	21,8
Che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi (a esempio, assistenza domiciliare, territoriale) necessarie	16,0	11,4	15,9	24,7	18,0
Che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi	19,1	14,3	23,7	11,0	16,3

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis, 2011

**Graduatoria regionale delle variazioni percentuali della spesa sanitaria pubblica (%)**

	2001-2010	2006-2010		2001-2010	2006-2010		2001-2010	2006-2010
Friuli V.G.	26,6	19,7	Sardegna	18,3	4,1	Abruzzo	11,0	-4,4
Emilia Romagna	31,1	11,3	Calabria	9,9	3,8	Sicilia	20,5	-10,3
Trentino A.A.	29,9	10,6	Liguria	13,5	3,6	Nord-Est	28,7	10,8
Valle d'Aosta	28,2	10,3	Basilicata	24,0	3,4	Nord-Ovest	26,5	8,1
Toscana	25,4	10,0	Umbria	24,1	3,2	Centro	24,6	1,9
Lombardia	26,9	9,4	Marche	19,5	2,5	Sud e isole	15,7	-1,8
Veneto	26,8	8,2	Molise	21,2	2,4	Italia	22,8	3,9
Piemonte	31,2	7,2	Campania	10,5	-1,9	Regioni con Piano di rientro*	19,3	-0,6
Puglia	20,0	4,7	Lazio	25,4	-3,0	Altre Regioni	26,9	9,4

(\*) Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat e ministero della Salute

In un convegno organizzato a Roma dall'Authority il punto sulla lotta alle e-pharmacy

# Aifa attacca su falsi e on line

Nel 2011 oscurati 50 siti - Sequestri postali in crescita - Avanza Medicrime

## CONTRAFFAZIONE

«**I** farmaci falsi rendono 150 volte più della droga e sono meno rischiosi: un euro investito in un medicinale contraffatto fa guadagnare in media 2.500 euro, la droga solo 16». Il dato è stato riferito dal comandante dei Nas, **Cosimo Piccinno**, durante i lavori dell'incontro organizzato la settimana scorsa dall'Aifa sulla lotta alle e-pharmacy illegali. «Nessuna sfida al mondo del web» - ha tenuto a precisare il padrone di casa, **Sergio Pecorelli**, presidente dell'Aifa. «Vogliamo che venga utilizzato in modo adeguato, prudente e per combattere la contraffazione dei farmaci: un fenomeno che in Italia ha una rilevanza al di sotto della media Ue (0,1% contro lo 0,2% europeo), un dato buono ma non sufficiente».

A dimostrare che c'è motivo di tener desta l'attenzione, peraltro è proprio una indagine condotta dall'Aifa in collaborazione con la Fimmg da cui è emerso che il 72% dei medici di famiglia sospetta che i propri pazienti abbiano assunto farmaci contraffatti, il 40% che acquistino farmaci on

line, attività che in Italia è illegale. A dimostrare che c'è movimento nel settore sono i dati dell'Agenzia delle Dogane, riferiti da **Paola Riccio**, dello Sviluppo economico: più sequestri (da 43.500 nel 2010 a 79mila nel 2011) per meno pezzi e l'aumento dei sequestri postali (il 69% riguarda farmaci) dimostrano che è Internet a farla da padrone.

Il contrattacco sferrato dalle autorità regolatorie si è tradotto nel 2011 nella chiusura di cinquanta farmacie on line illegali, grazie al memorandum d'intesa siglato nel maggio scorso dall'ente privato statunitense LegitScript a dall'Aifa per l'oscuramento delle e-pharmacy non autorizzate.

Ma la svolta decisiva - ha spiegato **Domenico Di Giorgio**, direttore dell'Unità anti-contraffazione dell'Aifa - «sarà rappresentata dal recepimento della convenzione europea Medicrime firmata lo scorso 28 ottobre, grazie alla quale, un bollino identificherà i siti legali».

**S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**RAPPORTO AIOP**

**«Ospedali Ssn spreconi»**

*Le cliniche: nel pubblico un'inefficienza da 13 miliardi*

**G**li ospedali pubblici italiani ricevono un finanziamento più alto del valore delle prestazioni che erogano e sprecano in media oltre il 29% dei finanziamenti, pari a circa 13 miliardi l'anno. A sostenerlo è il rapporto Aiop 2011 (ospedalità priva-

ta) che rilancia la propria ricetta: terzietà dei controlli, trasparenza dei bilanci pubblici e revisione dei sistemi di finanziamento, accreditamento in una logica di sistema misto pubblico/privato.

A PAG. 14-15

**RAPPORTO AIOP/ Nell'edizione 2011 analisi su inefficienze sommerse e indicatori di qualità**

# Corsie Ssn, sprechi da 13 mld

**Assorbito il 28% in più del fabbisogno - In Calabria il dato peggiore (46,4%)**

**P**rendono più di quanto danno. Spendono più di quanto offrono. E arrivano a sprecare ben 13 miliardi l'anno. A regalare il poco caritatevole patentino di "inefficienza sommersa" alle corsie ospedaliere pubbliche è il rapporto "Ospedali & Salute 2011" realizzato dall'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), in collaborazione con Ermeneia - Studi & strategie di sistema, e presentato giovedì a Roma.

Nel mirino del rapporto un settore che assorbe circa 60 miliardi di euro l'anno, il 27,9% in più del fabbisogno, e non mantiene ciò che promette. Con il Sud che spreca più del Nord, in una classifica che vede la Calabria regina dell'inefficienza (46,4%) e la Lombardia (19,3% contro il 16,9% del 2010) che per la prima volta cede lo scettro il Veneto, modello di virtù (17,2%). E il Lazio che resta la Regione che in termini assoluti brucia più denari di tutte, con 1.900 milioni di euro mal destinati. «L'obiettivo non è puntare il dito contro gli amministratori degli ospedali pubblici - spiega **Nadio Delai**, presidente di Ermeneia - bensì sottolineare ancora una volta che le risorse economiche a disposizione non sempre vengono utilizzate nel migliore dei modi». Un monito che suona stranamente coerente con le raccomandazioni di efficienza espresse a più riprese dal neo **ministro della Salute, Renato Balduzzi**.

I dati sugli sprechi sono stati calcolati a valere sui Drg, come se gli ospedali pubblici fossero trattati alla pari con le strutture private: all'ammontare così calcolato sono state poi aggiunte altre voci di ricavi ulteriori legate a esempio alle prestazioni specialistiche, alle attività di pronto soccorso, terapia inten-

siva eccetera. Gli indicatori di inefficienza sono stati infine calcolati sulla differenza tra i costi reali desunti dai bilanci consuntivi del 2009 e l'ammontare dei ricavi teorici.

A pesare sulle performance - che migliorano leggermente per il Centro Italia (dal 33,4% della rilevazione del 2010 al 32,8% di quest'anno) e per due delle regioni sotto commissariamento (Campania, dal 42,4 al 41,7%; Lazio dal 43 al 41,3%) - è un mix di variabili: costo dei posti letto, invecchiamento della popolazione, mobilità dei pazienti, tasso di ospedalizzazione e case mix (complessità delle prestazioni).

La bella performance del Veneto, a esempio, corrisponde al costo per posto letto tra i più contenuti (circa 272mila euro annui), a una elevata complessità delle prestazioni (1,07 contro la media di 1,01), a un alto indice di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni (1,43) e al tasso di ospedalizzazione contenuto (119,4 contro il dato medio delle Regioni a statuto ordinario 136,2). A mettere la maglia nera alla Calabria sono i bassi costi per posto letto e il basso tasso di ospedalizzazione uniti a un basso indice d'invecchiamento e di complessità delle prestazioni (0,85) e a un indicatore di fuga più che elevato. Quasi altrettanto male anche Sardegna (41,8% di inefficienza) e Sicilia (37,8%).

«Di fronte a questa analisi c'è da chiedersi se i tagli lineari siano davvero l'unica strada percorribile», commenta **Enzo Paolini**, presidente Aiop, rispolverando il vecchio cavallo di battaglia dell'Associazione: «terzietà dei controlli, trasparenza ai bilanci pubblici e revisione dei sistemi di finanziamento e accreditamento in una logica di

sistema misto pubblico/privato».

E per sfatare i principali pregiudizi ricorrenti che tanto indispettiscono le case di cura private il rapporto Aiop usa a piene mani gli indici di "case mix" e "peso medio" delle prestazioni offerte dalle due realtà, citando un dato essenziale: nel 2009 l'indicatore di complessità delle patologie trattate nel privato accreditato ha raggiunto un indice di 1,4 contro quello del pubblico pari a 1,07. Il sorpasso, insomma. Per non parlare degli accordi come quelli sottoscritti in Lombardia ed Emilia Romagna dove la partnership col privato accreditato ha portato a una riduzione dei tempi di attesa fino all'80 per cento.

Dati che non potevano non suscitare la replica piccata del presidente della Fiaso, **Giovanni Monchiero**: «È quantomeno inelegante che l'associazione dell'ospedalità privata si dedichi a ricerche sugli ospedali pubblici, che non sprecano denaro ma impegnano risorse per garantire anche le cure più costose a quei pazienti che solitamente le strutture private non prendono nemmeno in carico», ha commentato a caldo. «La stima è stata arbitrariamente ricavata applicando alle strutture pubbliche i Drg, ossia le tariffe di rimborso per le singole prestazioni ospedaliere, applicate nelle case di cura private, tenendo solo in minima

parte conto del fatto che gli ospedali pubblici devono garantire assistenza a tutti, anche a chi soffre di patologie gravi e costose da un punto di vista assistenziale. Un dovere che comporta il mantenere attivi 24 ore su 24 servizi altamente qualificati e costosi come le rianimazioni e i pronto soccorsi e che non consente agli ospedali pubblici di programmare la propria attività sui Drg più remunerativi, come legittimamente fa il privato». Come dire che è facile accusare di sprechi chi è costretto per dovere d'ufficio a girare in Rolls Royce.

Forse l'acredine del report si spiega almeno in parte con l'analisi sull'impatto della crisi che per la prima volta comoda l'analisi presentata dall'Aiop, da cui emerge che tre strutture accreditate stanno pagando cari gli effetti della congiuntura economica.

Per le strutture accreditate il problema più gettonato (74,2%) restano i rapporti con le Regioni, resi sempre più critici dai crescenti ritardi nei rimborsi.

Per le cliniche private non accreditate la bestia nera (82,3%) è la diminuzione del pool dei pazienti che possono permettersi visite, analisi e ricoveri a pagamento. E i fatturati sembrano colare a picco: quest'anno per la prima volta la quota di imprese ospedaliere priva-



te, che si troveranno con un bilancio inferiore rispetto all'anno precedente, sarà superiore (51,7%) di quelle con i conti in aumento.

Da segnalare però che il privato è pronto a riorganizzarsi: la maggior parte degli imprenditori dichiara di voler reagire alla crisi promuovendo nuovi processi organizzativi e gestionali (50,3%), molti ritengono necessario aumentare le dimensioni della struttura (45,9%), acquisire nuove apparecchiature e personale (44,7%), promuovere alleanze tra strutture diverse (44%), innovare i servizi al paziente (43,4%) e riqualificare il personale (37,7%).

La crisi insomma ha messo le ali ai piedi agli imprenditori: la percentuale di chi pensa a soluzioni radicali di riposizionamento, ristrutturazione e riorganizzazione della propria realtà aziendale è schizzata a quota 32,7 per cento. Per una metamorfosi che è ancora tutta da inventare.

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 Regioni e in quelle a statuto speciale**

Regioni	Ricostruzione del valore della "produzione" ospedaliera (a) (mln €)				Totale costi reali corretti (mln €) (b)	Quota di inefficienza (mln €) (c)	% di inefficienza sui costi totali (d)	
	Valore produzione a Drg	Valore prestazioni specialistiche	Quota aggiuntiva per attività "a funzione"	Totale ricavi teorici				
Nord	Piemonte	1.645,2	515,3	246,8	2.407,3	3.345,2	937,9	28,0
	Lombardia	2.940,5	882,2	441,1	4.263,7	5.285,6	1.021,8	19,3
	Veneto	2.218,0	643,2	332,7	3.193,9	3.858,8	664,9	17,2
	Liguria	785,0	180,5	117,7	1.083,3	1.436,5	353,3	24,6
	Emilia R.	2.097,7	576,9	314,7	2.989,2	3.900,0	910,8	23,4
<b>Media 5 Regioni del Nord</b>	<b>1.937,3</b>	<b>559,6</b>	<b>290,6</b>	<b>2.787,5</b>	<b>3.565,2</b>	<b>777,7</b>	<b>21,8</b>	
Centro	Toscana	1.269,3	342,7	190,4	1.802,4	2.339,3	536,9	23,0
	Umbria	467,0	102,7	70,1	639,8	827,5	187,7	22,7
	Marche	781,0	148,4	117,1	1.046,5	1.443,1	396,6	27,5
	Lazio	1.955,5	449,8	293,3	2.698,6	4.598,9	1.900,3	41,3
	<b>Media 4 Regioni del Centro</b>	<b>1.118,2</b>	<b>260,9</b>	<b>167,7</b>	<b>1.546,8</b>	<b>2.302,2</b>	<b>755,4</b>	<b>32,8</b>
Sud	Abruzzo	747,2	134,5	112,1	993,8	1.372,5	378,8	27,6
	Molise	172,0	20,6	25,8	218,4	321,3	102,9	32,0
	Campania	1.375,5	247,6	206,3	1.829,4	3.136,1	1.306,7	41,7
	Puglia	1.309,7	183,4	196,5	1.689,5	2.252,4	562,9	25,0
	Basilicata	243,5	24,4	36,5	304,4	399,4	95,0	23,8
	Calabria	558,7	116,1	83,8	758,5	1.414,4	655,9	46,4
<b>Media 6 Regioni del Sud</b>	<b>734,4</b>	<b>121,1</b>	<b>110,2</b>	<b>965,7</b>	<b>1.482,7</b>	<b>517,0</b>	<b>34,9</b>	
<b>Media delle 15 Regioni</b>	<b>1.237,7</b>	<b>304,5</b>	<b>185,7</b>	<b>1.727,9</b>	<b>2.395,4</b>	<b>667,5</b>	<b>27,9</b>	
Regioni a statuto speciale	Valle d'Aosta	65,5	20,9	9,8	96,3	150,2	54,0	35,9
	Pa Trento	205,0	81,4	30,8	317,1	467,9	150,8	32,2
	Pa Bolzano	251,2	96,8	37,7	385,7	607,4	221,7	36,5
	Friuli V.G.	628,0	139,1	94,2	861,3	1.145,5	284,2	24,8
	Sicilia	2.005,3	211,9	300,8	2.518,0	4.047,2	1.529,2	37,8
	Sardegna	613,3	122,7	92,0	828,0	1.422,6	594,6	41,8
	<b>Media Regioni a statuto speciale</b>	<b>628,1</b>	<b>112,1</b>	<b>94,2</b>	<b>834,4</b>	<b>1.306,8</b>	<b>472,4</b>	<b>36,1</b>

(a) Ricostruita, a partire dal valore della produzione sulla base dei Drg, raggruppati per discipline e corretti con quote aggiuntive riconosciute come "fisiologiche" (specialistica + attività "a funzione") e con riferimento ai dati consuntivi 2009  
 (b) Comprensivi di: costi del personale (corretti attraverso una ponderazione che tiene conto dell'Indice di case-mix) + costi per beni + costi per servizi appaltati + altri costi residui presenti nei Conti economici 2009 degli istituti ospedalieri pubblici (aziende ospedaliere e ospedali a gestione diretta)  
 (c) Calcolato come differenza tra il totale dei costi reali corretti e il totale dei ricavi teorici  
 (d) Calcolato come rapporto tra il valore dell'inefficienza (in milioni di euro) e il totale dei costi reali corretti (in milioni di euro)  
 Fonte: indagini Emeneia - Studi & Strategie di sistema, 2011 (elaborazioni e stime su dati regionali e ministero della Salute)

**Confronto tra pubblico e case di cura accreditate Aiop sulla base del case-mix delle prestazioni effettuate**

Regioni	Istituti pubblici				Istituti privati			
	2006 *	2007 *	2008 *	2009 **	2006 *	2007 *	2008 *	2009 **
Piemonte	1,12	1,17	1,15	1,10	1,19	1,29	1,31	1,33
Lombardia	1,06	1,11	1,05	1,04	1,26	1,30	1,29	1,26
Pa Bolzano	0,91	0,95	0,89	0,94	0,80	0,84	0,80	0,87
Pa Trento	0,96	1,00	0,98	1,00	-	-	0,76	0,75
Veneto (a)	1,02	1,06	1,03	1,07	1,06	1,05	1,04	1,13
Friuli V.G.	1,08	1,11	1,05	1,08	0,92	0,95	0,95	0,82
Liguria (b)	1,09	1,12	1,08	1,09	2,21	2,29	2,31	1,94
Emilia R.	1,08	1,11	1,05	1,05	1,11	1,19	1,16	1,16
Toscana	1,08	1,12	1,10	1,10	1,36	1,33	1,32	1,34
Umbria	1,01	1,05	1,00	1,00	1,03	1,07	1,04	1,06
Marche	1,03	1,07	1,01	1,04	0,77	0,89	0,86	0,96
Lazio	0,98	1,01	0,98	1,01	0,90	0,94	0,97	0,96
Abruzzo	0,90	0,98	0,96	0,96	0,88	1,06	1,07	1,11
Molise	0,95	1,00	0,98	0,98	0,77	0,84	0,95	-
Campania	0,96	1,00	0,91	0,92	0,86	0,89	0,93	0,90
Puglia	0,91	0,95	0,92	0,92	1,04	1,37	1,32	1,28
Basilicata	0,98	1,06	1,02	1,02	n.d.	n.d.	n.d.	-
Calabria	0,87	0,89	0,86	0,85	0,94	0,97	0,91	0,88
Sicilia	0,91	0,95	0,93	0,87	0,90	0,96	0,91	1,00
Sardegna	0,89	0,93	0,91	0,91	0,72	0,86	0,90	0,84
<b>Totale</b>	<b>1,00</b>	<b>1,05</b>	<b>1,00</b>	<b>1,01</b>	<b>1,00</b>	<b>1,07</b>	<b>1,07</b>	<b>1,07</b>

(\*) Valori calcolati con la versione Drg Cms 19.0 adottata dal ministero della Salute che utilizza i pesi Medicare 2002, con un "allargamento" dei Drg precedenti (che passano da 492 a 521).  
 (\*\*) Valori calcolati con un'ulteriore versione Drg Cms 24.0 adottata successivamente dal ministero della Salute. In tale versione sono stati ulteriormente "esplosi" alcuni Drg preesistenti (in tal caso il numero aumenta ulteriormente, passando da 521 a 538).  
 (a) Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 ospedali privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usl  
 (b) L'indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità  
 Fonte: elaborazioni Emeneia - Studi & Strategie di sistema su dati ministero della Salute e Aiop

**Incidenza della spesa ospedaliera pubblica e privata accreditata sulla spesa sanitaria**



Anni	Pubblica	Privata accreditata
2004	42,8%	4,1%
2005	43,2%	4,1%
2006	45,4%	4,1%
2007	46,4%	4,1%
2008	46,6%	4,1%
2009	46,8%	4,0%

Fonte: indagine Ermeneia - Studi&Strategie di sistema, 2011

**Un sistema ospedaliero sotto sforzo**

Fenomeni	Dati	
	Accreditati	Non accred.
<b>L'impatto della crisi</b>		
Le strutture ne hanno risentito molto + abbastanza	72,3	70,6
La crisi ha accentuato le difficoltà, specie nei rapporti col Ssn	74,2	52,9
La crisi ha mutato i comportamenti dei pazienti (meno visite ecc.)	29,4	82,3
<b>La progressiva "polarizzazione" delle strutture ospedaliere</b>	<b>2010/2009</b>	<b>2011/2010</b>
Andamento fatturato in crescita e/o costante ma consistente	52,2	45,5
Andamento fatturato in diminuzione e/o costante ma modesto	45,6	51,7
<b>La reattività delle strutture</b>		
	<b>Accreditati</b>	<b>Non accred.</b>
L'imprenditore ha ancora voglia di scommettere sul futuro	89,3	94,1
<b>L'orientamento delle strutture verso strategie più dinamiche</b>	<b>Fino al 2010</b>	<b>Dal 2011</b>
Nessuna strategia: la situazione è buona e/o abbastanza buona	5,1	4,7
Strategia di attesa sperando di superare le attuali difficoltà	10,9	12,0
Strategia di adattamento flessibile	60,0	46,6
Strategia di significativo riposizionamento, ristrutturazione ecc.	18,2	32,7
Trasformazione profonda delle strategie e della gestione	5,8	4,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>La tenuta di occupazione e investimenti</b>		
	<b>2010/2009</b>	<b>2011/2010</b>
<b>L'andamento positivo dell'occupazione (in crescita forte + discreta + costante ma consistente):</b>		
- Case di cura accreditate	89,7	81,3
- Case di cura non accreditate	58,6	68,7
<b>L'andamento positivo degli investimenti (in crescita forte + discreta + costante ma consistente):</b>		
- Case di cura accreditate	75,4	63,8
- Case di cura non accreditate	88,2	82,4

Fonte: indagine Ermeneia - Studi&Strategie di sistema, 2011

**Flash****Il rapporto****SANITÀ PEGGIORATA  
PER UN ITALIANO SU TRE**

Quasi un italiano su tre (28,9%) giudica peggiorato negli ultimi due anni il servizio sanitario, il 60% registra una sostanziale stabilità, l'11% vede un miglioramento: è la risposta al quesito sul Servizio sanitario secondo il 45mo Rapporto annuale del Censis (dati indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis). Critiche sul fronte delle differenze tra sistemi regionali (35,2%), danni causati dall'interferenza della politica (35%), tagli all'offerta per i disavanzi (21,8%), ma anche scarsa innovazione e poche risposte alle vere esigenze dei pazienti (come l'assistenza domiciliare territoriale, 18%)

**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**NAScerà una nuova medicina?**

**È** finito il tempo del camice bianco che ricorre ad un'unica pratica terapeutica? Sta cadendo il muro che separa la cura ortodossa, tradizionale, che dir si voglia, da quella complementare, "alternativa"? È presto per dirlo, però un cambiamento profondo sta scuotendo il mondo di Ippocrate: i pazienti oggi sono attenti, informati, esigenti, e i medici — soprattutto i più preparati professionalmente e culturalmente — oltre a curare la malattia, prestano maggiore attenzione alla persona. Di questo rinnovamento si sta facendo interprete anche la Siomi (Società italiana di omeopatia) che ha presentato a istituzioni e associazioni sanitarie un Manifesto per la medicina integrata. Obiettivo? Promuovere «l'alleanza tra risorse di cura armonizzate tra loro... e maturate in discipline diverse». In pratica significa curare con la terapia più efficace a disposizione, sia essa allopatrica che non convenzionale, avendo al centro il paziente. Questo non vuol dire mettere insieme il diavolo con l'acqua santa, bensì nuova medicina. Sono convinto che la sfida lanciata dalla Siomi sia una occasione da non perdere, se vogliamo cambiare in meglio la nostra sanità.

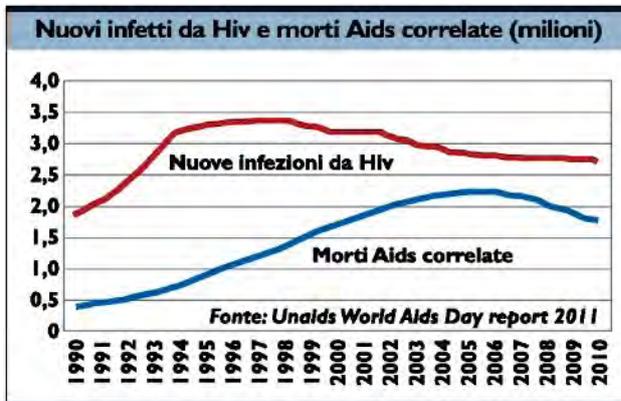
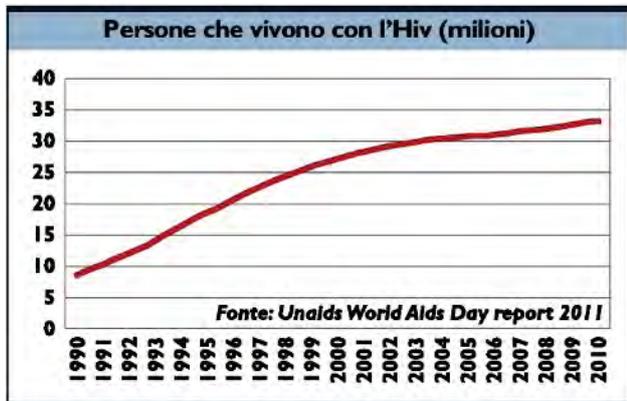
*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A trent'anni dalle prime diagnosi di Aids il punto su una malattia sempre più "cronica"

# Se l'Hiv fa (troppo) poca paura

Guardia bassa tra gli italiani - Pvs: migliorano le cure ma restano le disparità



DI BARBARA GOBBI

«**P**ossiamo sconfiggere questa malattia e lo faremo». Parole del presidente Usa, **Barack Obama**, intervenuto alla George Washington University il 1° dicembre, in occasione della giornata mondiale sull'Aids. Parole forse troppo ottimistiche - perché per questa patologia non esistono a tutt'oggi né cura né vaccino (ma in Italia è appena partito l'arruolamento per la vaccinazione preventiva, condotto dall'équipe di **Barbara En-soli**) e perché troppe sono ancora le disparità che segnano l'accesso a diagnosi e terapie nei Paesi poveri - eppure in linea con i successi registrati a trent'anni dall'individuazione della malattia.

A dar conto dei tanti passi avanti compiuti anche grazie a strategie di finanziamento come il Global Fund (oggi in sofferenza), è arrivato puntuale con l'appuntamento del 1° dicembre il Rapporto Unaid. La mole di dati che vi è contenuta è, come sempre, enorme. Ma a fotografare la situazione e a testimoniare dei successi degli ultimi anni ne basta una manciata: le nuove infezioni sono ridotte del 21% dal 1997 a oggi e così pure la mortalità segna lo stesso calo percentuale, dal 2005. Oggi quasi la metà delle persone trattabili con terapie antiretrovirali ha la possibilità di accedervi (ma per i bambini la percentuale crolla drammaticamente al 23%). Dal 2001 a oggi, i tassi di incidenza della malattia sono calati in 33 Paesi, 22 dei quali si trovano in Africa subsahariana. Dieci Pvs hanno raggiunto nel 2010 la so-

glia "accesso universale", stabilita quando si garantiscono terapie Arv ad almeno l'80% di quanti ne hanno bisogno. Eppure l'epidemiologia dell'Aids continua a segnare geografie differenziate: in Europa orientale e in Asia i decessi sono aumentati di ben 11 volte dal 2001 a oggi (da 7.800 a 90mila l'anno) e nello stesso periodo sono più che raddoppiati in Estremo Oriente (da 24.000 a 56.000).

Anche per questo il mondo, come ci ricorda il Rapporto Unaid, è a un bivio: dovrà decidere se dare il colpo di grazia alla malattia, malgrado la crisi economica che lo attanaglia. Più facile a dirsi che a farsi. E non sempre le dichiarazioni a effetto delle Giornate mondiali sono seguite dai fatti. Le risorse messe a disposizione infatti sono calate, invece che aumentare: dai 15,9 miliardi di dollari nel 2009 a 15 miliardi nel 2010. «Un livello ben al di sotto dei 22-24 miliardi necessari nel 2015 per dare una risposta globale ed efficace», si legge ancora nel Report, e raggiungere l'obiettivo finale delle agenzie internazionali di ottenere che, per quell'anno, non vi siano più nuove infezioni e decessi da Hiv.

L'Italia, come tutti, dovrebbe fare la sua parte, eppure malgrado gli annunci ripetuti (l'ultimo, solenne, in occasione del G8 dell'Aquila) manca da anni dal parterre dei finanziatori internazionali. Un rilancio dell'impegno internazionale è arrivato dal **ministero della Salute** e dal neo-dicastero della Cooperazione internazionale. **Renato Balduzzi** e **Andrea Riccardi** in questi giorni dovrebbero infatti incontrarsi per «defini-

re le modalità della loro collaborazione in relazione alla lotta all'Aids». Perché, ricordano in un comunicato, «in Italia si è fatto molto sul versante della cura, ma gli obiettivi Zero, indicati dall'Onu (Zero nuove infezioni, Zero discriminazione, Zero morti per Aids) sono ancora lontani». Anche sullo stesso territorio italiano, come raccontano i dati presentati dal Centro operativo Aids (Coa) dell'Iss: se i nuovi casi e i decessi continuano a diminuire anche da noi, gli italiani stanno però abbassando la guardia nei confronti di una malattia sempre più trattabile alla stregua di una qualsiasi patologia cronica. Nel 2010 la maggioranza delle nuove infezioni è attribuibile a contatti sessuali non protetti, che costituiscono l'80% di tutte le segnalazioni. E la diagnosi è tardiva: a 39 anni (per le donne l'età si abbassa a 35). Ciò significa che molte persone Hiv positive scoprono di essere infette dopo vari anni: nel frattempo possono aver contagiato i partner e non hanno potuto beneficiare delle terapie antiretrovirali prima della diagnosi di Aids.

Le frecce all'arco per sensibilizzare maggiormente la popolazione (stranieri compresi, visto che una persona su tre diagnosticata come Hiv positiva non è italiana) sono tante: dalle campagne di comunicazione - lo spot del ministero è "Non abbassare la guardia. Fai il test" - al Numero verde Aids messo a disposizione dal Coa. E non mancano proposte incisive: dal rivedere la legge 135 del 1990 all'investimento sulla prevenzione, incentivando al massimo l'uso del profilattico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Medicinali di fascia C nelle parafarmacie

**La novità nei comuni  
oltre i 15mila abitanti  
Liberalizzazioni e  
più poteri all'Antitrust**

DA MILANO

**P**iù spazio alle parafarmacie, che ora potranno vendere i farmaci di fascia C, ma anche meno vincoli all'apertura di nuovi esercizi commerciali, niente più distanze minime o altri limiti territoriali per le attività economiche, una spinta all'apertura del mercato nel settore dei trasporti, un potenziamento dell'attività dell'Antitrust che ora avrà maggiori poteri nei confronti delle pubbliche amministrazioni quando emanano atti o regolamenti che violano le regole della concorrenza.

Il capitolo della manovra che riguarda il mercato e le liberalizzazioni è corposo e importante. La novità che maggiormente interesserà i cittadini riguarda la vendita dei farmaci con prescrizione medica che non sono rimborsati dal servizio sanitario nazionale (fascia C). La manovra prevede che possano essere venduti anche nei corner della grande distribuzione o nelle parafarmacie. La norma è stata inizialmente accolta con favore dall'associazione delle parafarmacie, perché potrebbe portare all'apertura di 3.500 nuove attività di questo tipo, con 8mila nuovi posti di lavoro e un risparmio per i cittadini di 200 milioni. La manovra, però, "risparmia" i centri minori, consentendo la novità solo nei comuni con più di 15mila abitanti. Da qui la delusione del segretario nazionale Anpi (associazione delle parafarmacie italiane), Massimo Brunetti: «Con la manovra potremmo arrivare fino al 15% del mercato complessivo, ma se si escludono dai vantaggi della liberalizzazione 25 milioni di italiani si privilegiano proprio quelle farmacie ubicate in comuni tra 4.000 e 15.000 abitanti, che oggi usufruiscono del più alto rapporto abitanti/farmacia e dunque dei fatturati più elevati, molto più delle farmacie urbane».

Non meno rilevante, in termini di apertura alla concorrenza, il potere che ora avrà l'Antitrust (l'autorità che è stata guidata dall'attuale sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Antonio Catricalà) di impugnare in giudizio «provvedimenti della Pubblica amministrazione restrittivi della concorrenza, e sollevare anche questioni di legittimità costituzionale di leggi che ostacolano il libero sviluppo dei mercati», come ha spiegato il premier Mario Monti. (M.Ca.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Professionisti** Nuove norme su praticantati e tirocini

# Avvocati e medici, entro agosto 2012 Ordini a rischio

Potrebbe essere un Ferragosto anomalo quello dell'anno prossimo. Ci si potrebbe ritrovare, tra calura e grigliate, senza più ordini di medici, avvocati, ingegneri, architetti. Insomma, senza più Ordini professionali. Nella manovra appena varata dal governo Monti, infatti c'è una norma catenaccio apparentemente innocua ma in realtà molto severa: se entro il 13 di agosto del 2012 non si riformeranno gli Ordini professionali, questi decadranno. Tenuto conto che nel mondo professionale tutti i progetti di riforme degli ultimi vent'anni sono sempre naufragati, appare tutt'altro che scontata l'ipotesi che stavolta l'operazione possa andare a buon fine. «Il mantenimento della previsione di abrogazione automatica degli ordinamenti è norma che potrà creare grossi problemi in fase applicativa — conferma Marina Calderone, presidente del Coordinamento unitario delle professioni —. Di fatto l'onere della riforma degli Ordini passa in capo al Governo che dovrà farvi fronte in tempi rapidissimi. Gli Ordini infatti hanno fatto già la loro parte presentando la formulazione degli interventi previsti nella delega assegnata al Governo». Ma potrebbe non bastare «Quindi, attendiamo di essere immediatamente convocati per avviare la necessaria fase di consultazione, così come affermato dal Premier Monti. Il rischio che si corre con la nuova previsione normativa è che — nel caso il Governo non provveda tempestivamente alle modifiche sugli ordinamenti — i cittadini si possano trovare senza la tutela del diritto alla salute, alla difesa, al lavoro e di tutti gli altri diritti costituzionalmente garantiti. È evidente che noi vigileremo affinché tutto si realizzi in tempi rapidissimi e nei termini previsti inderogabilmente dalla delega». Altrimenti sarà un Ferragosto da ricordare.

**Isidoro Trovato**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**POLEMICHE IN INGHILTERRA** I problemi di salute per i chili di troppo sono un'emergenza

# Obeso a cinque anni, tolto alla famiglia

*I servizi sociali: l'eccesso di peso nei bambini è frutto di abusi, come la malnutrizione. Vanno allontanati dai genitori*

**Erica Orsini**

■ Qualche anno fa, quando il servizio sanitario nazionale britannico aveva annunciato una misura così drastica, quasi nessuno l'aveva presa sul serio. Invece l'hanno messa in pratica. È di ieri la notizia che un bimbo di cinque anni è uno dei soggetti più giovani tolti ai genitori perché obesi. I servizi sociali hanno deciso di prenderlo in custodia perché, a loro dire, la famiglia non stava facendo abbastanza per tenere sotto controllo il peso del figlio. L'obesità è un problema di gravissime proporzioni nel Regno Unito, attualmente secondo le stime del **ministero della Sanità** un bambino su dieci inizia le scuole elementari già in sovrappeso. E sempre secondo le ultime statistiche le donne britanniche sono quattro volte di più in sovrappeso rispetto a quelle europee. Per combattere questa tendenza il governo aveva annunciato che avrebbe monitorato attentamente le famiglie con problemi di peso pronto a prendere anche misure drastiche. I bimbi obesi sono ad alto rischio per quanto riguarda infarto, ictus, diabete, asma e cancro in tarda età. Gli esperti britannici hanno previsto che l'obesità costerà al Servizio sanitario nazionale fino a 6 miliardi all'anno entro il 2015. L'identità del bambino tolto ai genitori è protetta dalla legge sulla privacy, di lui o di lei si sa soltanto che ha un indice di massa corporea di 22,6, un dato che ne fa un obeso clinico. Si pensa che possa pesare intorno ai 27 chili, 9 in più della media. La decisione è stata presa dall'amministrazione di Tameside a Manchester. La stessa amministrazione ha in custodia anche un adolescente di 14 anni che pesa 82 chili, 38 in più della media.

Un altro bimbo è stato tolto alla famiglia dall'amministrazione di Sunderland, ma al momento le autorità si rifiutano di fornire dettagli. Lo scorso anno soltanto quattro ragazzini sono stati affidati alla cura dei servizi sociali perché obesi; di 3, 10 e 15 anni, provenienti dal comune di Lewisham a Londra e un altro undicenne del Northumberland. Nel settembre del 2011 invece, fece molto scalpore il caso di quattro figli tolti alla stessa famiglia dai servizi sociali di Dundee. Si trattava di tre bambine di 11, 7 e un anno e di un maschietto di 5 presi in custodia e pronti per l'affido e per eventuale adozione. Il primo caso di bimbi sottratti alle famiglie a causa dei chili di troppi si è però verificato nel 2007, quando una ragazzina di 8 anni che pesava più di 63 chili era stata affidata ai servizi sociali. Nel 2008 altri otto bambini erano stati tolti alle famiglie tra cui una bambina di 8 anni che vestiva la taglia 46. Ieri un portavoce del National Obesity Forum ha dichiarato che una misura così drastica è giustificata soltanto nei casi in cui si riveli l'unica via percorribile. «C'auguriamo sinceramente che casi come questi siano rari - ha affermato - ma siamo convinti che questa debba essere la risposta automatica, la stessa che viene data per un bambino che si trova nella condizione opposta, che soffre cioè di malnutrizione». Insomma, anche nutrire troppo un figlio fino a farlo ammalare è una forma d'abuso, spiegano le autorità e come tale va trattata. «La decisione di togliere un bambino alla propria famiglia è complessa - ha spiegato un portavoce dell'amministrazione di Tameside - e i servizi sociali entrano in azione soltanto quando vedono che la famiglia fallisce nel suo compito educativo».

