

# Procreazione, il governo ricorre a Strasburgo

►Nell'ultimo giorno a disposizione, palazzo Chigi impugna ►Per la Corte europea la normativa italiana viola il rispetto la condanna sulla legge 40 a tutela del sistema giudiziario della vita familiare ostacolando la fecondazione assistita

ROMA Il governo italiano ha depositato presso la Grand Chambre della Corte europea dei Diritti dell'uomo, quale giudice di seconda istanza, la domanda per il riesame della sentenza Costa-Pavan sulla procreazione assistita. Non appena si difonde, in tarda serata, la notizia, fioccano le reazioni polemiche, specialmente da parte laica e radicale, mentre i cattolici (Buttiglione dell'Udc in testa) difendono la decisione presa. Vediamo i fatti. In ballo c'è, naturalmente, la legge 40, che ha già subito ben 17 bocciature e che era già finita diverse volte nel mirino delle sentenze dei tribunali italiani, e ben cinque volte sui banchi della Corte Costituzionale. Giudici di diverso rango hanno, dunque, ordinato l'esecuzione delle tecniche di fecondazione secondo i principi costituzionali, affermando i diritti delle coppie e non quelli contenuti nella legge 40, legge varata ai tempi del governo Berlusconi (2005). Accade, dunque, che l'agente del governo italiano presso la Corte europea dei Diritti dell'uomo deposita, su istruzioni del ministero degli Esteri, la domanda di rinvio per il riesame della sentenza 28 agosto 2012 con cui era stato accolto il ricorso dei signori Costa-Pavan.

La decisione italiana di presentare la domanda di rinvio alla Grand Chambre della Corte - riferiscono fonti diplomatiche della Farnesina - si fonda sulla necessità di salvaguardare l'integrità e la validità del sistema giudiziario nazionale: «Il nostro ricorso - recita la nota governativa - si fonda sulla necessità di salvaguardare l'integrità e la validità del sistema giudiziario nazionale e non riguarda il merito delle scelte normative adottate dal Parlamento né eventuali nuovi interventi legislativi». Il caso specifico riguarda i coniugi Rosetta Costa e Walter Pavan che, nell'ottobre 2010, fecero ricorso alla Corte europea dopo che nel 2006, in segui-

to alla nascita del loro primo figlio affetto da fibrosi cistica, scoprirono di esserne entrambi portatori sani e così decisero di ricorrere alla procreazione assistita e alla diagnosi pre-impianto. Pratica, però, vietata dalla legge italiana.

Immedie, come si diceva, le reazioni, per lo più ostili alla decisione del governo. L'Associazione Luca Coscioni parla di «tentativo disperato, da parte del governo, di salvare l'insalvabile: ovvero una legge 40 che 19 decisioni italiane ed europee stanno smantellando, perché incostituzionale e ideologica», sostiene Filomena Gallo, segretaria dell'associazione, nata nella galassia del Partito Radicale. E aggiunge: «Effettuare una diagnosi pre-impianto comporta due importanti risultati: evitare un aborto e mettere al mondo un figlio che non soffra. Questo governo non ha agito nel rispetto del diritto della salute, opera contro i cittadini italiani». Il senatore del Pd, e medico, Ignazio Marino, punta il dito: «Si tratta di un fatto gravissimo» perché «la sentenza di Strasburgo è stata presa all'unanimità. La legge sulla fecondazione artificiale è da riscrivere - continua - perché antiscientifica, incoerente e insensibile alle esigenze delle famiglie che desiderano avere un bimbo». Drasticamente diverso è il giudizio del presidente dell'Udc, nonché vicepresidente della Camera, Rocco Buttiglione: «Se, come pare, il governo avesse presentato ricorso alla Corte europea a difesa della legge 40 avrebbe fatto correttamente il suo dovere. Il governo è tenuto a difendere in sede europea gli atti della Repubblica italiana. Semmai, se per caso, invece non l'avesse fatto - conclude Buttiglione - sarebbe venuto meno ai suoi doveri istituzionali».

**Ettore Colombo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL NODO  
DELLA DIAGNOSI  
PRE-IMPIANTO  
PER LE COPPIE  
PORTATRICI  
DI MALATTIE GENETICHE**



## Fecondazione, il governo ricorre contro le donne

CATERINA PASOLINI

**L** GOVERNO contro l'Europa. Ha aspettato l'ultimo giorno utile. In silenzio, senza annunci, ha presentato ricorso direttamente in Francia contro la sentenza della Corte europea di Strasburgo. Quella sentenza che il 28 agosto ha condannato l'Italia «per violazione del rispetto della vita familiare», bocciando all'unanimità la legge 40 perché incoerente dal punto di vista legislativo.

SEGUE A PAGINA 22

# Fecondazione assistita governo contro l'Europa sulla diagnosi preimpianto *Presentato il ricorso, scoppia la polemica*

(segue dalla prima pagina)

**CATERINA PASOLINI**

**L** INCOERENTE poiché consente l'aborto a chi ha malattie genetiche come la fibrosi cistica, ma non l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita e la diagnosi preimpianto che avrebbero evitato questo trauma. Una sentenza europea che dopo le tante italiane, Corte costituzionale compresa, confermava la legittimità della diagnosi preimpianto e che condannava lo Stato a pagare 15 mila euro di danni morali alla coppia malata.

Quando la notizia del ricorso nel pomeriggio è arrivata in Italia, è scoppiata subito una polemica dura, netta: tra le accuse di Livia Turco al governo di aver fatto tutto «clandestinamente, senza le richieste spiegazioni in parlamento», e di Giulia Bon-

giorno del Fli, che lo ha definito senza mezzi termini un «gravissimo errore e un ennesimo schiaffo a tutte le donne». L'unico commento a favore è arrivato da Rocco Buttiglione, Udc, per il quale «è compito del governo difendere in sede europea le leggi italiane».

Secondo Ignazio Marino, senatore del Pd, il ricorso «è un atto gravissimo. Sarebbe sorprendente che un governo tecnico ed europeista in economia non fosse altrettanto tecnico ed europeista quanto ci sono da tutelare i diritti e la salute delle persone e, anzi, agisse in danno dei cittadini più poveri. Questi, in caso di ricorso, si vedranno discriminati nel loro desiderio di maternità e paternità, mentre i più ricchi potranno rivolgersi alle cliniche per l'infertilità degli altri Paesi europei e avere l'assistenza che la legge 40, e adesso anche l'iniziativa

del governo, nega loro in Italia».

La decisione italiana di presentare l'appello alla Grand Chambre della Corte Europea per i Diritti dell'Uomo si fonderebbe sulla necessità di salvaguardare l'integrità e la validità del sistema giudiziario nazionale.

«Un assurdo, visto che questo ricorso arriva dopo 19 pronunciamenti in Italia di tribunali regionali e della Corte costituzionale che hanno bocciato i vari punti di una legge 40 ideologica, tutta da rifare», commenta Filomena Gallo, presidente dell'associazione Coscioni e avvocato che ha seguito diverse coppie malate nei ricorsi contro la legge 40. «È un tentativo», aggiunge, «di salvare l'insalvabile, una legge ingiusta che non consente a coppie fertili ma con malattie genetiche di fare la fecondazione assistita».



In effetti se si considerano i ricorsi contro altre parti della legge, come quelli per ottenere il congelamento degli embrioni, la diagnosi preimpianto e il limite di utilizzo di tre embrioni per ciclo di fecondazione, sono complessivamente diciassette le volte che la legge è stata bocciata dai giudici. I quali hanno ordinato l'esecuzione delle tecniche di fecondazione secondo i principi costituzionali, non rispettati dalla legge 40 smantellandola paletto dopo paletto. Se si comprende anche l'ambito europeo, con la bocciatura di Strasburgo nell'agosto scorso salgono a diciotto gli stop. Di pochi giorni fa, poi, la sentenza del tribunale di Cagliari che, considerando quello alla diagnosi preimpianto un diritto, ha sancito che sia garantito gratuitamente dalle Asl in ospedale o in un centro convenzionato.

Per tutelare il diritto alla salute di tutti senza discriminazioni, l'associazione Coscioni ha anche chiesto al **ministro della salute** Balduzzi di emanare un atto che consenta alle coppie portatrici di malattie genetiche gravi di avere un figlio e evitare un aborto. Un decreto ministeriale, che estenda anche a questi aspiranti genitori il concetto d'infertilità, come già previsto nelle attuali linee guida sulla 40 che permettono all'uomo fertile ma portatore di Hiv di accedere alla fecondazione assistita.

## Bongiorno e Marino: gravissimo Per l'associazione Coscioni si vuole salvare l'insalvabile

### Le tappe



**2004**

#### LA LEGGE

Approvata la legge 40 sulla fecondazione assistita



**2005**

#### IL REFERENDUM

I quesiti su eterologa, numero di embrioni e diritti dell'embrione non raggiungono il quorum



**2009**

#### LA CONSULTA

Illegittime le norme su diagnosi preimpianto, numero di embrioni e congelamento



**2012**

#### LA CORTE EUROPEA

Strasburgo definisce la legge 40 incoerente: con una sentenza la bocchia all'unanimità

### Sul "Venerdì"



#### IN EDICOLA DOMANI

Sul Venerdì, un servizio sugli studi del neurologo americano Michael Trimble dedicati al pianto

### I Paesi dove è autorizzata la diagnosi preimpianto

■ In Italia più sentenze hanno permesso il test prenatale



# 10 cose che abbiamo imparato sull'aids

**Il 1° dicembre è la giornata mondiale contro l'aids. Oggi, a 31 anni di distanza dalla sua prima apparizione (nel 1981 tra i gay di New York, che morivano in modo inspiegabile) l'aids è diventata una malattia cronicizzata: se curata dall'inizio, non uccide più. Ma resta un'emergenza nei paesi in via di sviluppo. E il rischio di contagio è ancora alto, soprattutto fra i giovanissimi. (Daniela Mattalia)**

## 1 Chi si ammala oggi

Nel mondo 34 milioni di individui sono sieropositivi e quasi 2 milioni muoiono ogni anno di malattie legate all'aids. Finora, il virus hiv (identificato nel 1984) ha fatto 25 milioni di morti. In Italia, i sieropositivi sono oltre 60 mila, con 4-5 mila nuove diagnosi l'anno. Nell'87 per cento dei casi, ci si contagia con rapporti sessuali non protetti. Ad ammalarsi sono soprattutto eterosessuali.

**2** Il farmaco che previene l'infezione L'ultima novità farmacologica si chiama Truvada: in realtà non è un medicinale nuovo, ma è nuova l'indicazione per cui verrà presto messo in commercio: riduce (fino al 90 per cento) il pericolo di infezione nei rapporti a rischio non protetti. Va preso per tre settimane in modo costante, altrimenti la sua efficacia diminuisce.

## 3 Quando era una condanna a morte

Negli anni 80 un sieropositivo sviluppava la malattia nel giro di pochi mesi e la sua aspettativa di vita era di circa 5 anni. Oggi, se curati bene e con uno stile di vita sano, si può restare senza sintomi per tutta la vita.

## 4 Tre molecole antivirus

Il primo farmaco approvato per l'aids è stato l'Azt. La cura era aggressiva: una compressa da 500 milligrammi 4/5 volte al giorno. Tutta la giornata (e anche la notte) era scandita dalle pillole, che avevano pesanti effetti collaterali e la cui efficacia si esauriva nell'arco di 15-18 mesi. Oggi un sieropositivo si cura con una combinazione di tre farmaci che impediscono al virus, annidato dentro le cellule, di replicarsi. «Il virus, al momento, non può essere eradicato dall'organismo, ma la sua carica virale resta molto bassa. E i farmaci sono tollerati bene» dice l'infettivologo Mauro Moroni.

## 5 Cala, ma non ovunque

Benché in calo a livello mondiale (nel 2011, il numero di nuove infezioni è sceso del 20 per cento rispetto al 2001) l'aids resta un enorme problema sanitario nei paesi più poveri: l'Africa subsahariana è la più colpita, con 23 milioni di persone infettate (il 67 per cento di tutti i casi globali e il 68 dei morti).



## 6 Il vaccino mai arrivato

Per anni si è cercato di mettere a punto un possibile vaccino preventivo contro l'aids, ma il virus hiv si è dimostrato troppo camaleontico (cambia continuamente la sua struttura). In Italia decine di milioni di euro sono stati stanziati per finanziare la sperimentazione di un vaccino anti-aids (quello di Barbara Ensoli), per ora senza risultati definitivi.

## 7 Il costo della cura

I farmaci sono rimborsati dal servizio sanitario. Un sieropositivo costa allo Stato 8-10 mila euro all'anno.

## 8 L'età del contagio

Il picco dell'infezione, in Italia, è intorno ai 40 anni. E poi tra i giovanissimi, che non pensano alla prevenzione.

## 9 La prima volta fu in Africa

Grazie a studi filogenetici, ora si sa che l'aids apparve per la prima volta nel Togo (Africa), intorno al 1935. Dalle scimmie passò all'uomo.

## 10 Progetti futuri

In alcune città americane e africane c'è l'ipotesi di fare screening di massa per identificare i sieropositivi e iniziare a trattarli subito, in modo da abbattere la loro carica infettiva.



**BALDUZZI AL LAVORO SU TICKET E FONDI INTEGRATIVI**

# Monti: sanità, niente populismo Dalle famiglie già mille euro

- Il premier insiste: il problema c'è, anche se non immediato. È campagna elettorale ma si dica la verità
- Il ministro: presto la bozza su nuovi contributi. E si studia il modello Casagit
- Le interviste. Zaia: bene la sinergia pubblico-privato Bellantone (Gemelli): cambiare strada per tutelare i poveri

- Vola la spesa sanitaria privata degli italiani

PRIMOPIANO ALLE PAGINE **10/11**



Mario Monti (Ansa)

## «Il problema c'è, evitiamo populismi»

*Monti: nemmeno la campagna elettorale può consentire di negare la verità*

DA ROMA MARCO IASEVOLI

**M**ario Monti ieri ha strabuzzato gli occhi leggendo i giornali. Non solo per i titoli «semplificatori» dei quotidiani che hanno dato un peso più forte del previsto al suo allarme sulla sostenibilità futura del sistema sanitario e sulla necessità di ricorrere a «forme di finanziamento integrativo», ma anche per le reazioni delle forze politiche e dei sindacati. «Anche in campagna elettorale – si sfoga il premier con il suo staff – corre l'obbligo di dire la verità, di guardare al futuro, di condividere il peso di soluzioni difficili. Sulla sanità non c'è un allarme immediato, ma ci saranno problemi se non agiremo in modo preventivo. Non è più tempo di populismi e rinvii». In questo senso si spiegano le parole di martedì sulla salute e quelle di domenica sull'istruzione e gli insegnanti. «Seguiranno altri "memo"», dicono i fedelissimi. Perché se è vero che la sua "agenda" la rifiutano sia Bersani sia Berlusconi, allora è il ca-

so che a renderla nota sia lui in persona. «Questo governo è politico perché su problemi concreti ha posizioni ben precise», ripete il Professore da giorni. E nelle ultime ore ha quasi steso una lista dei temi che porterà sulla scena sino alle urne, la lista delle cose «che non abbiamo potuto fare o abbiamo fatto solo in parte». Politica industriale, ambiente, Europa, burocrazia, perimetro dello Stato. E non si escludono dure prese di posizione contro

i partiti nel caso si arenino i provvedimenti sui costi della politica, sulle Province, sulla delega fiscale. Un tam tam di fine legislatura associato ad una stretta sui regolamenti attuativi che ancora mancano per far entrare in vigore le riforme già ap-

provate (ieri l'aria a Palazzo Chigi era che le elezioni si terranno ad aprile e non a marzo, dunque ci sarebbe un mese di lavoro in più).

Al ruolo politico del premier si affianca il lavoro tecnico del dicastero della Salute. Ieri il ministro Renato Balduzzi ha cercato di nuovo di smorzare i toni ed è tornato ad escludere «privatizzazioni»: «Le parole attribuite a Monti – dice – sono una leggenda metropolitana, una tempesta in un bicchiere d'acqua». Ma ha anche assunto un impegno: varare «entro Natale» un «documento politico sulla riforma del ticket». Un testo che si propone di recuperare altri 2 miliardi di "compartecipazione" (tanti ne prevede l'ultima manovra Tremonti) attraverso tre obiettivi: stabilire una franchigia proporzionale al reddito, ovvero una quota massima di compartecipazione al sistema sanitario oltre la quale non si paga; stravolgere il sistema delle esenzioni - oggi mezza Italia non paga -, ad esempio chiamando a contribuire gli anziani dal reddito alto; usare i dati delle Entrate per stanare i finti nullatenenti.



Qualcosa si muove anche sul fronte dei fondi integrativi. Balduzzi (oggi sarà con Monti ai 50 anni dei Nas, un'occasione per tornare sul tema) è prudente, teme i rischi sociali di un sistema spaccato tra pubblico e privato. Ma la task force del dicastero comincia a mettere nero su bianco alcune proposte mediane. Intanto c'è un'anagrafe dei fondi integrativi, prima inesistente. E poi, anche attraverso prese di contatto con esperienze come quella della Casagit per i giornalisti, si pensa ad un modello in cui «l'integrativo sostiene e completa davvero il pubblico, creando risparmi veri e non doppioni che poi fanno aumentare i costi», dicono gli esperti che ci lavorano. L'idea sarebbe che i fondi si convenzionassero non solo con gli studi e le strutture private, ma anche con le eccellenze del pubblico. E servissero pure a rimborsare i ticket. Ma prima di arrivare a soluzione del genere, il ministro vuole vedere gli effetti della spending review e delle misure di riorganizzazione già varate (assistenza territoriale, accorpamento di reparti, posti letto...). Nel 2014 è attesa una diminuzione della spesa attesa di 8 miliardi: 2 verranno dai nuovi ticket, 3,5 dai tagli ai servizi non sanitari, 1 dall'acquisto di dispositivi medici, 1,5 dai "sacrifici" del personale. Una volta fatto il tagliando si potrà guardare al futuro. Con la speranza che il Pil torni a crescere, assorbendo la crescita fisiologica della spesa in salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il ministro Balduzzi** accelera sui nuovi ticket: entro dicembre una bozza. Prudenza sui fondi integrativi, ma intanto si studia il modello-Casagit

La strategia di fine legislatura del governo: chiudere i regolamenti attuativi e "stanare" i partiti sulle riforme impopolari. E torna l'ipotesi del voto ad aprile

## LA SALUTE DEL PAESE

Lo sfogo del premier dopo le polemiche: l'allarme non è immediato e i titoli

dei giornali sono sbagliati, ma la politica deve guardare al futuro. E oggi tornerà a parlarne



## CINQUE COSE NON DETTE SULLE SPESE DELLA SANITÀ

di MASSIMO MUCCHETTI  
A PAGINA 16

» **L'analisi** Il ruolo delle polizze private, il confronto della spesa pro capite. Priorità: modernizzare il servizio nazionale

# Cinque cose (non dette) sulla sanità I veri conti e quei dubbi sul modello Usa

Dopo i tagli dei letti antieconomici (-30%) le uscite per i ricoveri in pronto soccorso calate del 40%

di MASSIMO MUCCHETTI

Mario Monti avverte che i sistemi sanitari, compreso quello italiano, potrebbero non essere più sostenibili nel tempo dalla fiscalità generale. Secondo il premier, non basterà eliminare sprechi, inefficienze e corruzione, ma ci vorranno anche altre forme di finanziamento che l'economista Fabio Pammolli ha coerentemente individuato nei fondi privati sanitari. Il tema non è nuovo, ma l'alta cattedra dal quale viene riproposto promette di renderlo materia dell'azione di governo. Per questo merita un approfondimento, che schematizzerò in 5 punti.

1) In Italia la salute è un diritto di cittadinanza. Certo, è anche materia di iniziativa economica, ma solo in seconda battuta. Il diritto alla salute coinvolge le ansie e le speranze più profonde delle persone nel momento di maggior debolezza, la malattia. Il premier ha posto un problema reale, ma lo ha fatto in termini ancora generici. Sarebbe augurabile che lo stesso premier o il **ministro della Salute** entrassero nel merito, per non aggiungere nuove ansie alle vecchie.

2) La spesa sanitaria non è un totem. Il Paese deve decidere se essa debba assorbire sempre la stessa percentuale del Prodotto interno lordo o se non possa crescere un po', certo in modo controllato, seguendo i cambiamenti indotti dall'aumento della vita media. Una famiglia giovane non consuma gli stessi beni e servizi di una famiglia di giovani e vecchi. Sta a noi scegliere se, a parità di risorse, vengono prima l'assistenza ai genitori anziani e alle giovani mamme o lo «smartphone» e la «trophy bag». Sono i valori a determinare l'economia o è l'economia a determinare i valori? La quota pubblica della spesa sanitaria, dicono le statistiche correnti, passerà dal 7,3% del Pil all'8,2% nel 2060. Meno dell'1% in più tra 38 anni. Proiettare a così lungo termine la spesa sanitaria

pubblica è un esercizio fattibile. Farlo anche con il Pil è azzardato. Invidio gli aruspici che gettano il cuore oltre gli ostacoli della logica e della storia. Ma li prenderei con le pinze. E intanto partirei dai dati verificati.

3) Al netto degli orrendi scandali e degli insopportabili sprechi che allignano perfino in Lombardia, il sistema sanitario nazionale italiano non è il colabrodo che gli scandalizzati di mestiere dipingono. Costoro, talvolta senza accorgersene, portano acqua al mulino del sistema finanziario e delle burocrazie sindacali, che già fiutano un nuovo affare corporativo sull'assai discutibile modello dei fondi pensione. Dalla tabella che abbiamo ricostruito sui dati Ocse, risulta che l'Italia è il Paese dove la tutela della salute assorbe la minor spesa globale sia pro capite sia in relazione al Pil. E questo accade con un peso della mano pubblica di dimensione europea. Gli Usa, che rappresentano il modello alternativo, basato sulla prevalenza delle assicurazioni, è infinitamente meno efficiente e meno efficace, come rivelano i dati sulla vita media e la mortalità infantile, assai meno buoni negli Usa.

4) Il premier potrebbe andar fiero di quanto è stato fatto prima di lui. Non si parte da zero. In Italia, la spesa per ricoveri e pronto soccorso è scesa al 40% del totale grazie all'eliminazione del 30% dei posti letto antieconomici. La Germania, per dire, è molto indietro sulla strada dell'efficienza sanitaria. Prima di parlare di affari con Generali, Unipol, Allianz e Intesa Sanpaolo, i big delle polizze, il governo farebbe bene a fare il suo mestiere. Che consiste, anzitutto, nel modernizzare il servizio sanitario nazionale partendo dalle esigenze della «clientela». Se il 40% degli assistiti soffre di malattie croniche che assorbono l'80% delle risorse, andranno comunque modificati i servizi prima di pensare a come finanziarli. O vogliamo imitare certe aziende che prima fanno finanza e poi, non si sa quando, lavorano ai nuovi modelli di automobile?

5) Certo, alla fine, i soldi servono. Ma la soluzione sono davvero i fondi sanitari americaneggianti? Oggi nulla vieta di stipulare polizze sani-



tarie integrative. I fautori dei fondi vorrebbero che queste o altre forme condivise con i sindacati avessero sgravi fiscali tali da favorirne la diffusione. L'idea presenta quattro difficoltà. A) Dal punto di vista della finanza pubblica, la soluzione pare teoricamente neutrale: con i fondi, la maggior spesa sanitaria sarebbe sì a carico delle persone e non dello Stato, e tuttavia il bilancio pubblico, in seguito agli sgravi, perderebbe la relativa entrata fiscale. B) Anche dal punto di vista delle persone nel loro complesso l'effetto fondi sarebbe neutrale: non avrebbero maggiori imposte e contributi, ma dovrebbero accollarsi i premi della polizza. Dal punto di vista dei singoli, invece, verrebbe meno l'effetto solidaristico del servizio sanitario nazionale, perché i ricchi avrebbero una bella polizza (in molti già ce l'hanno) e i poveri ne avrebbero una misera (e non sarebbero i sindacati a migliorarla). C) L'intervento dei fondi avrebbe un senso se, dagli stessi 100 euro, fossero capaci di estrarre maggiori cure rispetto al servizio sanitario nazionale. Purtroppo, l'esperienza smentisce questo assunto. Oltre alla tabella, ricorderemo che i costi amministrativi della sanità pubblica italiana sono pari al 6%, mentre la sanità mista americana viaggia sul 15%. D) L'intervento dei fondi avrebbe di nuovo un senso se, investendo i denari degli assicurati, potessero ricavare maggiori risorse per la cura delle persone. Niente garantisce che così sia. Sul piano del rigore, se la sanità pubblica ha i suoi Daccò, le assicurazioni hanno i loro Ligresti. Una bella lotta. Sul piano finanziario, le performance medie dei fondi, come si evince dai rapporti di Mediobanca, sono deludenti. Senza contare il trasferimento all'estero di un'ulteriore

quota di risparmio nazionale che i gestori immancabilmente attuerebbero per proteggersi dai rischi Paese.

Morale: se l'intervento di Mario Monti intende costringere una classe politica riluttante a organizzare meglio il prelievo, articolandolo su base regionale, dunque più vicina ai centri di spesa, e per scopi precisi, per esempio l'assistenza ai non autosufficienti o le cure odontoiatriche, va senz'altro sostenuto; se invece sottintende l'importazione del modello americano, allora sarà meglio dichiararlo *apertis verbis* e farsi misurare alle urne. La scelta del modello sociale, di cui il welfare sanitario è una colonna portante, interroga la democrazia, non la tecnica.

## 40%

La spesa della sanità in ricoveri e pronto soccorso sul totale delle uscite in questo settore. Questa quota è in calo grazie all'eliminazione del 30% delle uscite dovute ai posti letto antieconomici

## 15%

Del Pil: i costi amministrativi della sanità negli Stati Uniti, in assoluto i più elevati del mondo avanzato. Al confronto le spese italiane sono attualmente meno della metà, al 6% del Prodotto interno lordo

## Il governo deve modernizzare il sistema partendo dalle esigenze della popolazione



## 7,3%

La spesa sanitaria in Italia rispetto al Prodotto interno lordo ai dati più recenti. Le stime della Ragioneria generale dello Stato indicano che la spesa potrebbe salire fino all'8,2% nel 2060

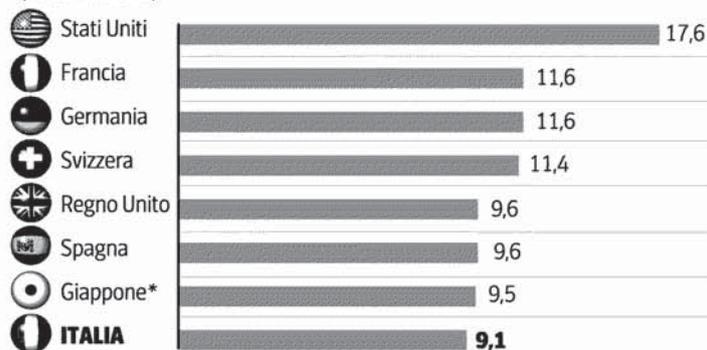


## I costi della sanità



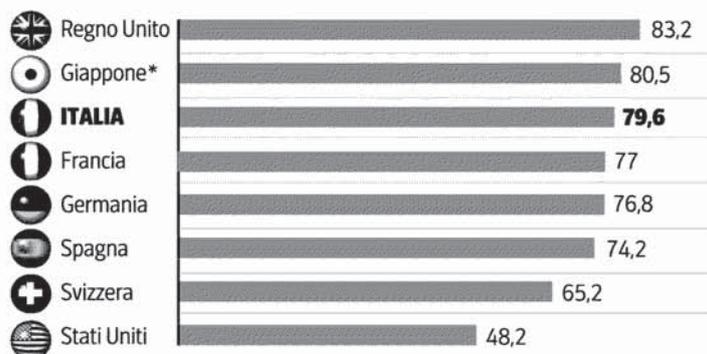
### Spesa sanitaria totale

(% su Pil 2010)



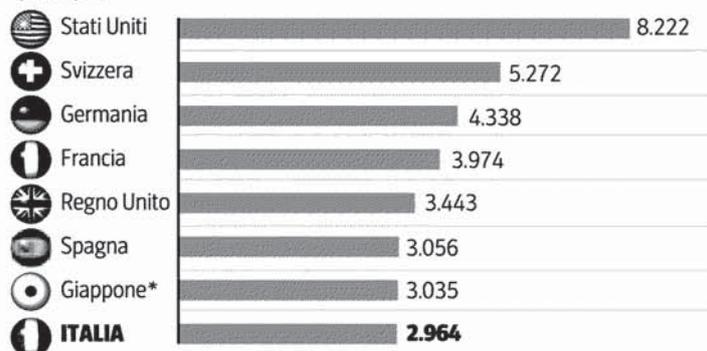
### Percentuale pubblica

sulla spesa sanitaria totale



### Spesa sanitaria totale

pro capite\*\*



\* Anno 2009

\*\* In dollari a parità di potere d'acquisto

Fonte: OCSE

CORRIERE DELLA SERA



Le ipotesi sul tavolo  
dopo l'allarme di Monti

## Nuovi ticket e polizze Prove di cura per la sanità

POSANI e ULIVELLI ■ Alle pag. 10 e 11

# Assicurazioni e ticket a scaglioni Sanità, le ricette per evitare il crac *Balduzzi assicura: «Nessuna privatizzazione». Sindacati in rivolta*

**Olivia Posani**

■ ROMA

**SU UN PUNTO** gli esperti di sanità sono d'accordo: il sistema è destinato a implodere. Casomai ci si distingue sulle terapie da seguire per evitarlo. Eppure a prevalere su tutte sembra essere una doppia formula: fondi sanitari integrativi (sul modello delle pensioni) e ticket progressivi, legati cioè al reddito. La parole di Mario Monti sulla necessità di individuare nuove forme di finanziamento per il nostro sistema sanitario, hanno scoperchiato un pentolone di sospetti, di puntualizzazioni, ma anche di ricette possibili per ridare sostenibilità al sistema. A tentare di mettere il silenziatore ai primi è il **mini-**

**stro della Salute** Balduzzi che, rispondendo indirettamente agli allarmatissimi leader sindacali, anche ieri ha assicurato che «non c'è nessuna volontà di privatizzare» e parla di «tempesta in un bicchier d'acqua».

**DI FRONTE** al default annunciato (in meno di 40 anni la spesa sanitaria è destinata a raddoppiare) le compagnie di assicurazione scaldano i motori. Anche perché in Italia, al contrario di quanto accade negli altri paesi, le famiglie con una polizza malattia e infortuni sono solo un milione e 300 mila

(5,5% del totale). Ma attenzione, non è affatto detto che le assicurazioni debbano essere l'unica stampella per sostenere il nostro trabalante sistema. Un ruolo importante potrebbe essere svolto dai fondi integrativi mutualistici. In sostanza datori di lavoro e lavoratori versano delle quote dando vita a degli enti bilaterali che pagano in convenzione chi presta servizi sanitari. A tifare per i fondi sanitari integrativi è l'esperto del Pdl, Giuliano Cazzola. D'altra parte, secondo gli osservatori, è lo stesso Monti a pun-

### LE PREVISIONI

**In meno di 40 anni la spesa sanitaria raddoppierà e non sarà più sostenibile**

tare sul secondo pilastro, non sulla privatizzazione. Pietro Cerrito, segretario confederale della Cisl ed esperto di sanità, sottolinea: «Il sistema rimarrà pubblico, nemmeno la Thatcher è riuscita a smantellarlo. Tutti sanno però che è destinato a implodere». Anche perché, proprio mentre cresce la domanda di prestazioni legata all'allungamento della vita, la sanità ha subito in tre anni (2010-2013) ben 24 miliardi e mezzo di tagli lineari. Che fare? Secondo il sindacalista

«va stabilito che i ticket si pagano in base all'Isee, l'indicatore economico: se vado in ospedale è ho 100 di patrimonio pagherò per 100 se ho 30 pago per 30. Se non ci vado non pago». Ai ticket legati alle fasce di reddito sta pensando anche il governo, tanto che Balduzzi ieri ha annunciato che entro Natale arriverà un «documento politico di indirizzo».

**MA NON BASTA.** Cerrito spiega: «Su 106 miliardi di spesa sanitaria complessiva un terzo è assorbito dagli stipendi, pertanto 60-65 miliardi se ne vanno in servizi e prestazioni. L'acquisto di beni e servizi andrebbe centralizzato, ma non succede perché ogni Asl è un centro di spesa autonomo e i meccanismi di potere non si toccano. Così come non si riducono le 160 Asl per consentire economie di scala. Quanto agli ospedali dovrebbero essere assoggettati a una serie di standard. Quelli che non rispettano i parametri, vengono chiusi e si sposta il personale dove serve. Ma a decidere che un ospedale si chiude in Italia è il medico diventato assessore o il direttore sanitario, anch'egli. E' ovvio che non se ne faccia nulla».



DOMANDA & OFFERTA

36

MILIARDI

La spesa annua degli italiani per visite ed esami che il Ssn non riesce a coprire in tempi utili

75%

DELLE SPESE

Il Ssn copre solo il 75% della richiesta di salute dei cittadini. La media europea è invece l'85%

9 milioni

Gli italiani che hanno rinunciato a curarsi per motivi economici

60,7%

La fetta di popolazione che avrà oltre 65 anni nel 2060

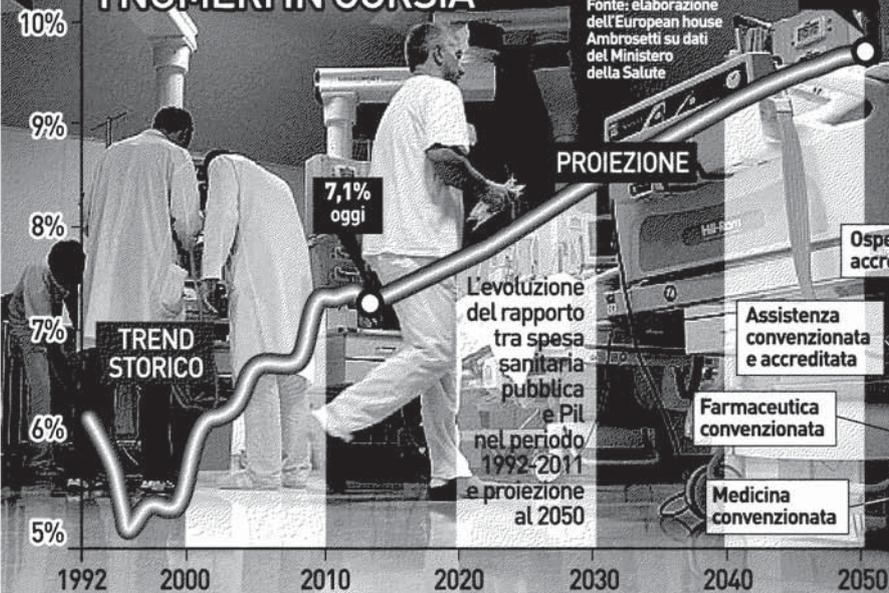
91 anni

La speranza di vita delle donne nel 2060, per gli uomini sarà 86,2 anni

IL FINANZIAMENTO DEL Ssn NEL 2011



I NUMERI IN CORSA



L'evoluzione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil nel periodo 1992-2011 e proiezione al 2050

LA SPESA DEL Ssn NEL 2011



# Balduzzi ora frena: nessuna ipotesi di privatizzare la salute

ROMA — «Una tempesta in un bicchiere d'acqua», dice il ministro della Salute Renato Balduzzi per commentare le polemiche del giorno dopo le affermazioni di Monti sulla «sostenibilità futura dei sistemi sanitari, incluso il nostro», che «potrebbe non essere garantita». Questo ha detto Monti e ha aggiunto che bisogna cominciare a pensare a «nuove forme per finanziarlo», subito dopo precisando con una nota di Palazzo Chigi che «le risorse ci sono, ma serve innovare».

Precisazione o meno, molti hanno visto in quelle parole un'apertura alla privatizzazione del servizio sanitario. Balduzzi getta acqua sul fuoco. «Non esiste l'ipotesi privatizzazione», dice, e sottolinea che Monti ha anche detto che «siamo fieri del nostro sistema sanitario». Il problema è l'invecchiamento della popolazione: «quello — aggiunge Balduzzi — fa sorgere il dubbio della sostenibilità in un sistema come il nostro che dà molto con poche risorse. I fondi integrativi ci sono, bisogna integrarli meglio. La sanità pubblica non è a rischio, continua a godere di ottima salute».

Se però il premier ha sentito il bisogno di lanciare il sassolino, qualche cosa sotto ci deve pur essere. Così la pensa, per esempio, il leader dell'Idv Antonio Di Pietro. «Non credo che il professor Monti sia uno sciocco né che apra la bocca senza sapere quello che dice. Se dice che il sistema sanitario pubblico "potrebbe diventare un lusso che non ci possiamo più permettere", e accenna al finanziamento integrativo, io comprendo, se vogliamo parlare chiaro e non prenderci in giro, che sta pensando a una privatizzazione».

È lo stesso pensiero del presidente del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami), Angelo Testa, che parla di «grandi prove di smantellamento del servizio sanitario pubblico». Per la Cgil c'è un «dissenso di fondo». «Questo governo continua a teorizzare la riduzione del perimetro pubblico — dice il segretario Susanna Camusso —, lo ha fatto sulla scuola, le pensioni e ora sulla sanità. È un erro-

re. In una stagione così difficile la prima cosa da garantire sono le grandi reti sociali per le persone. Non c'è bisogno di privatizzare il sistema sanitario».

Il Pd prende atto della precisazione di Monti. «È un bene che il presidente Monti abbia chiarito sottolineando che il servizio sanitario debba mantenere la sua universalità», dichiara la senatrice Pd Fiorenza Bassoli. Ma sono in molti ad andare oltre e a difendere il punto di vista del premier. L'Avvenire, quotidiano dei vescovi italiani, scrive: «Monti non ha fatto nient'altro che fotografare la realtà e dire la verità». Questo non significa che è un «vampiro che vuole succhiare risorse agli ammalati». Ha ragione il presidente del Consiglio a parlare di dubbia sostenibilità del servizio sanitario nazionale, ha detto Luca Cordero di Montezemolo dopo la presentazione di Telethon 2012: «Il tema delle risorse per la sanità» che scarseggiano «è fondamentale e io lo allargo alle risorse per la ricerca».

Anche la Federanziani e il Pdl sottoscrivono le parole di Monti, dopo la sua precisazione. La prima auspica «iniziative di ammodernamento del sistema e di riduzione degli sprechi», il secondo, per bocca di Giuseppe Palumbo, afferma che «qui non si tratta di privatizzare ma, per esempio, di introdurre un'assicurazione sanitaria obbligatoria per i più abbienti mentre chi non se lo può permettere deve mantenere l'assistenza sanitaria gratuita». Ha ragione Monti, dice pure Rocco Belantone, preside della facoltà di Medicina della Cattolica di Roma. Attenti però: «Se ci illudiamo che i tagli lineari sono l'unica strada — osserva — si arriverà a una situazione in cui solo le persone più abbienti potranno curarsi. Magari proprio grazie alle assicurazioni. Va però detto che quando le società si accorgono che il proprio assicurato ha una malattia cronica, possono non rinnovare la polizza. Se si vo-

le scegliere questa strada si dovrà rendere obbligatori i contratti alle assicurazioni anche per chi è più a rischio di ammalarsi».

**Mariolina Iossa**

## La sanità

### Il premier

Il tema della spesa sanitaria è stato sollevato martedì da Mario Monti. Per il premier «La sostenibilità futura dei sistemi sanitari potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento e di organizzazione dei servizi e delle prestazioni».

### L'ipotesi privati

Il governo per bocca del ministro Balduzzi esclude che si pensi a una privatizzazione della sanità, ma resta il tema dell'invecchiamento della popolazione che fa lievitare i costi.



Welfare  
SPENDING REVIEW



Austerità. Il Ssn ha già subito un definanziamento di 35 miliardi e nel 2013 per la prima volta il fondo nazionale calerà dell'1%

# Sanità sostenibile, la grande sfida

Dal 2001 cumulato un buco di 40 miliardi, con le otto regioni commissariate in rosso per 33

di **Roberto Turno**

L'ultimo allarme - forse il più significativo per la sua provenienza (la ex "casa madre" del professor Monti) - è arrivato non più di due settimane fa dal Cergas Bocconi: chi l'ha detto che in sanità «fare lo stesso con meno» sia un «automatismo» scontato? Ovvero, come riuscire nell'impresa impossibile di garantire gli stessi risultati di salute con meno risorse dopo i tagli plurimiliardari di questi anni alla sanità pubblica? Meno fondi, meno capacità di soddisfare i bisogni di salute, è l'equazione sposata dalla Bocconi. Perché lotta agli sprechi e sfide della razionalizzazione e della sana gestione sono ineludibili. Ma non bastano, in un quadro più o meno futuribile di insostenibilità che coinvolge i sistemi sanitari occidentali. Per l'Italia, che nel 2050 avrà il 33% di popolazione ultrasessantenne, a bocce ferme il rischio di far precipitare nel baratro il Ssn non è un mero esercizio teorico. Per questo, la sfida sul futuro della sanità italiana è apertissima. E non può essere respinta o dimenticata a colpi di ideologie.

Quale welfare sanitario possibile, quale universalità salvare e come: queste le domande a cui dare risposta. Perché è in un quadro fortemente critico per tutti i sistemi sanitari che vanno lette le parole del premier Monti che hanno suscitato scandalo: «Ssn a rischio se non si trovano altre modalità di finanziamento». Salvo poi derubricare a «discussione aperta», smentendo voglie di privatizzazione e indicando la rotta dei fondi integrativi.

Bocconi, Censis, Ambrosetti, Farmafactoring, Ceis Tor Vergata, in fondo concordano. Ma confermando il pericolo di mancata tenuta - dunque di abbandono - del Ssn. Con accenti che denunciano il crollo della copertura pubblica per gli italiani, il crescere esponenziale della spesa privata, le liste d'attesa che lievitano, la fuga verso il low cost con tutti i rischi del caso. Perfino la scelta che sempre più le famiglie fanno di rinviare le cure (o di rinunciarvi) sotto i colpi della crisi: il Censis ha calcolato 9 milioni di persone «in fuoriuscita» dalle cure, 2,4 milioni anziani e 4 milioni al Sud e nelle isole. Partiti, sindacati, tutti gli operatori - privati compresi - concordano e accentuano i toni del rischio-disfatta. Ciascuno con le sue ricette. Ma tutti interrogandosi su come costruire il nuovo welfare.

Ma davvero il futuro e la salvezza possono

essere i Fondi integrativi, il secondo pilastro sanitario? Detto che il fenomeno in Italia non è al top ma che vanta 4,5 miliardi di valore delle prestazioni, oltre 350 soggetti in campo, 7,2 milioni di iscritti e 1,5 milioni di assistiti, è chiaro che Fondi, Casse e Mutue non basteranno. E che nel fondo si agita lo spettro di creare assistenza sostitutiva, di espellere intere categorie dall'assistenza pubblica. Che a quel punto retrocederebbe anch'essa. Ipotesi estreme, ma da tenere d'occhio. Tanto che molti economisti rigettano del tutto l'ipotesi "fondi integrativi" e negano che il Ssn sia un buco nero: «Possiamo vantare addirittura uno spread positivo anche verso la Germania», assicura la professoressa Nerina Dirindin dell'Università di Torino.

Un riconoscimento della qualità complessiva della sanità italiana, dei passi in avanti che sono stati fatti. Anche se non tutto è eccellenza, col Sud quasi tutto commissariato e sotto tutela. Con i ritardi spaventosi - anche più di 1.600 giorni nella asl 1 di Napoli - dei rimborsi ai fornitori. Il tutto, mentre sta per scattare la tagliola della spending review e la pressione cresce su ospedali, asl, privati. Con la sanità del Lazio, che per commissario ha Enrico Bondi "mani di forbice", dove tutta l'ospedalità privata è in fermento per i nuovi tagli, quella cattolica trema e intanto regala il pessimo esempio del fallimento dell'Idi di Roma. Colpi che deve subire perfino l'ospedale del papa, il Gemelli.

I numeri intanto ci consegnano diverse chiavi di lettura e di interpretazione anche per capire cosa è avvenuto in questi anni sotto il cielo del Ssn. Per valutare se sono state solo razionalizzazioni e i tagli sono solo «leggende metropolitane», come afferma il ministro Renato Balduzzi. Dal 2012 al 2015 il Ssn ha subito un definanziamento di 35 miliardi, col fondo nazionale che nel 2013 per la prima volta calerà (-1%). Ancora dal prossimo anno arriverà un taglio di almeno altri 7.389 posti letto, dopo i 100mila già eliminati dal 1997. I disavanzi dal 2001 ci presentano un conto negativo di 40 miliardi, con le otto Regioni commissariate e sotto piano di rientro che da sole hanno cumulato un rosso di 33 miliardi. Proprio loro che - soprattutto al Sud - non hanno garantito gli standard dei Lea (livelli di assistenza), rispettati in sole otto Regioni. Mentre i ticket pro capite dal 2009 al 2011 sono cresciuti da 14,3 a 21,8 euro. E il 38% degli italiani



giudicano peggiorato il servizio nelle Regioni sotto tutela, contro il 23% in media nazionale. A testimoniare che c'è una voragine nella voragine: il Sud. Che con i nuovi tagli, tra l'altro, fatterà ancora di più, se possibile, a uscire dai disavanzi. Nei quali invece rischiano di precipitare anche le cosiddette Regioni virtuose. Per capire: 23 milioni di italiani già hanno la sanità commissariata o sotto tutela da parte del Governo.

E ora tocca alla spending review. Nelle corsie i medici potrebbero calare. Come gli ospedali, anche se le cure h24 sul territorio sono solo un mito. Per non dire che nel 2013 saranno ridotti i Lea oggi garantiti: altra sanità a pagamento. Tanti rebus nel grande rebus della sostenibilità o meno del Ssn, in tempi più o

meno lunghi. Chissà se poi nella qualità che rischia di precipitare si misurano gli effetti dei risparmi su ricambi e pulizia di divise e biancheria negli ospedali. I fornitori di Assosistema, al collasso con i pagamenti che non arrivano, hanno appena lanciato anche l'allarme sporcizia. E del calo dell'occupazione. La sostenibilità si misura anche così.

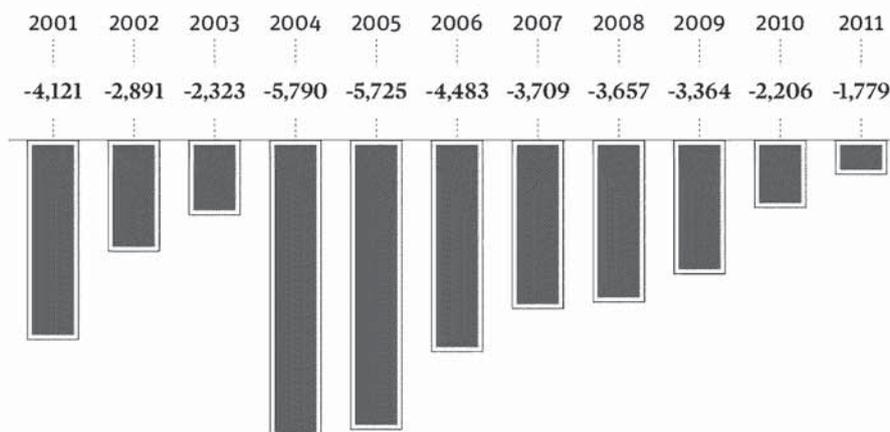
**RIGORE FORZATO**

Razionalizzazione e lotta agli sprechi sono ineludibili per un Paese come l'Italia che nel 2050 avrà il 33% della popolazione ultrasessantenne

**L'effetto dei tagli**

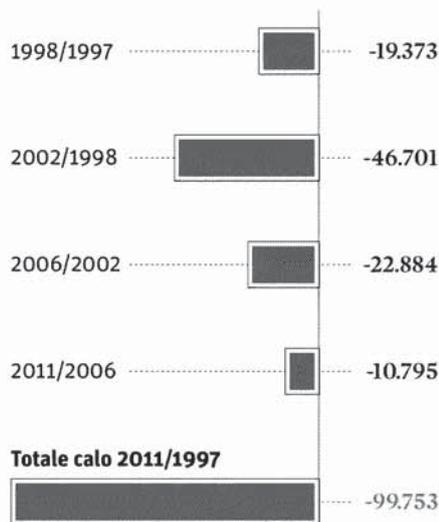
**IN ROSSO**

Il disavanzo del servizio sanitario nazionale negli ultimi dieci anni. In miliardi di euro



**MENO POSTI LETTO**

Il taglio dei posti letto nei periodi indicati



**35**

**Miliardi di euro**

È il definanziamento previsto tra 2012 e 2015 per il Ssn

**7.389**

**Posti letto**

È il taglio previsto per il 2013. Dal 1997 ne sono stati tagliati 100mila

**40**

**Miliardi di euro**

I disavanzi delle regioni. Di questi 33 provengono dalle 8 regioni commissariate

**21,8**

**Euro**

È il ticket medio pro capite nel 2011. Nel 2009 era a quota 14,3 euro

Fonte: ministero della Salute



## Commento

# Prima di chiederci altri soldi Monti tagli gli sprechi sanitari

**III: DAVIDE GIACALONE**

. . . Accusare Mario Monti di giocare con la salute degli italiani (come ha fatto la Cgil) non ha senso. Il richiamo alla non sostenibilità futura del sistema sanitario e alla necessità di trovare nuove risorse è corretto. Semmai si deve osservare che il compito di chi governa non è quello di denunciare, ma di proporre e mettere in atto soluzioni. Abbiamo un sistema sanitario buono, tendente all'eccellente, ma ci costa troppo. Abbiamo contraddizioni evidenti: in Lombardia salta la giunta regionale, per questioni sanitarie, avendo gestito il migliore servizio e mantenuto l'equilibrio di bilancio; in altre regioni le giuste sono al loro posto, ma è già saltato sia il servizio che il bilancio. Si devono affrontare tre ordini di problemi: a. i costi; b. l'organizzazione; c. il finanziamento e la concorrenza-integrazione fra pubblico e privato.

A. Già s'insegue la spesa pubblica con la pressione fiscale, che è un modo per strangolarsi, non s'insegua la spesa sanitaria con il suo finanziamento. Meno che mai chiedendo altri soldi ai citta-

dini. La sanità praticata funziona, quella amministrata è fonte di sprechi e ruberie. Supporre che la migliore sanità dipenda da maggiore spesa è un errore grossolano. Ho altre volte fatto l'esempio dell'Asl 1 di Salerno, dove Maurizio Bortoletti, da commissario, ha dimostrato l'esatto opposto: si ottiene un migliore servizio tagliando la spesa. Serve riorganizzare, imporre controlli rigorosi, digitalizzare. Così si risparmia e spariscono le liste d'attesa. Quella è la via. All'ospedale di Ferrara le cose andavano meglio quando c'erano 1000 posti letto e un solo medico a guardia notturna, rispetto ad oggi che ci sono 500 posti e 15 medici di guardia. In Inghilterra ci sono tre grossi ospedali per 4 milioni di abitanti, nelle sole Marche, per 1 milione 600 mila abitanti, ci sono 3 Asl, 33 ospedali e uno in costruzione. Ovvio che i costi schizzano.

B. Si fa finta che esista un sistema sanitario nazionale, ma non è vero: esistono tanti sistemi sanitari regionali. Una follia. La regionalizzazione è stata un fallimento, che ha portato solo la moltiplicazione dei centri di spesa e la più becera politicizzazione delle nomine. Basta. Finiamola con il mettere i "costi standard" nei programmi, salvo non essere capaci di praticarli, si vada direttamente alla centralizzazione degli acquisti, il che consente anche di

evidenziare le disfunzioni nei consumi. Attenti a un fenomeno già diffuso: amministrare la sanità, nel modo in cui s'è organizzata, comporta alti rischi e scarsa retribuzione, sicché i migliori manager se ne vanno e si fanno largo i più lenti. Basta con il deflusso del personale infermieristico verso mansioni amministrative, dove si mantiene troppa gente.

C. La logica del "tutto gratis per tutti" non è sociale ed equa, ma asociale e iniqua. Le assicurazioni private vanno incentivate, anche con sgravi fiscali, ma poi chiamate a contribuire. Io sono assicurato e pago tutte le tasse. Quindi pago due volte. Se mi capita qualche cosa di significativo vado a farmi operare presso le strutture pubbliche, salvo poi passare la degenza in cliniche più confortevoli. In questo modo si scaricano i costi più alti sul pubblico e quelli poco rilevanti sul privato. Non è giusto.

Ben venga la sanità privata, ma non sovvenzionata dal pubblico con convenzioni non necessarie. Il modello lombardo è caduto proprio quando s'è rinunciato alla totale indipendenza del controllo, che deve essere centralizzato e garantito. Monti ha fatto bene a puntare il dito verso l'insostenibilità dell'esistente, ma non basta. Anzi, fatto così serve solo a diffondere allarmismo. La spesa

sanitaria è destinata a crescere, anche per ragioni demografiche, quindi è urgente tagliarne la parte disfunzionale, quando non direttamente criminale.

[www.davidegiacalone.it](http://www.davidegiacalone.it)



## SEI MALATO? TI TIRANO LE PIETRE

di **Furio Colombo**

**E**cco l'ultimo messaggio del governo. Costa troppo la salute, ovvero il Sistema sanitario nazionale. Costa troppo il sistema previdenziale, cioè le pensioni. Costa troppo un Paese che invecchia. Costano troppo le malattie di tutte le disabilità. Ci sono due strade per parlarne. Una è di constatare lo strano modo di operare del governo, che calcola insieme cose e persone, senza badare al disordine logico e allo squilibrio morale. E produce decisioni che sconvolgono l'equilibrio sociale senza smuovere di un millimetro la distanza dalla famosa fine del tunnel. Invia annunci che generano non solo panico, ma anche un pericoloso senso di alienazione e di solitudine, dalla "non sostenibilità dei costi della salute" all'abbandono dei malati di Sla, fino alla tragica iniziativa dell'"esperto di tagli" Bondi di rendere impossibile il funzionamento dell'Ospedale di Santa Lucia, in Roma, centro di alta specializzazione per le disabilità infantili. La ragione è: manca il sostegno finanziario.

Allora è importante far notare che questo nuovo governo di "tecnici" sta usando antichi moduli di bilancio che servivano per vita e successo di un Paese completamente diverso, dove la potenza contava più del benessere, le cose più dei cittadini, le armi più del lavoro. Era il modulo di bilancio di tempi in cui, per la salvaguardia dei confini e delle coste, non si poteva badare a spese. A questo modello, che in parte era imposto dalla necessità, in parte dall'errore culturale (immaginare il futuro come il presente) si è aggiunta l'influenza potente della riforma Reagan-Bush: privatizzare ogni aspetto della vita delle persone, dalla scuola di ogni livello alle malattie di ogni gravità e costo, e socializzare i benefici accordati alla ricchezza: tutti rinunceranno a qualcosa per tagliare le tasse alle imprese e ai milionari, uniche fonti di arricchimento per tutti.

L'arricchimento per tutti, come è noto, non c'è stato. E il presidente Obama è stato riletto per tentare di rimediare al disastro sociale Reagan-Bush nel suo Paese. Adesso, a quel disastro sociale, sembra avviata l'Italia, con tre cattivi risultati: spaventare i cittadini, smontare la fiducia sulla capacità dei "tecnici"; spingere, data la solitudine, alla ribellione. La somma di tali risultati è un costo ben più grande dei tagli gravissimi (e irrilevanti per la salvezza del Paese) che ci vengono continuamente annunciati.



# In molti stanno col Professore: «Il Paese invecchia è indispensabile riorganizzare l'intero sistema»

DA ROMA

**N**el Paese che invecchia a ritmi così alti da giocarsi le vette delle classifiche mondiali, il fatto che il Servizio sanitario nazionale sia in fase esplosiva non sconvolge più di tanto e – anzi – , ottenute dal premier Monti le garanzie che il governo non intende privatizzare la Sanità, il giorno dopo l'allarme, sono in molti a comprendere e condividere le preoccupazioni di Palazzo Chigi. E allora, se come dice l'ex **ministro della Salute** Ferruccio Fazio, la Sanità pubblica «è un malato curabile» – bisogna trovare il rimedio più adatto per uno stato in asfissia. Le ricette sono diverse e arrivano sul tavolo del governo da diverse direzioni. Lo stesso Fazio, che ha avuto modo di toccare con mano le criticità, individua una serie di criteri da tenere presenti: «Efficienza e governance, meccanismi di intervento dei privati, con franchigie e assicurazioni e project financing, e con sistemi di fiscalizzazione per le apparecchiature e le infrastrutture». Insomma, spiega, «abbiamo un sistema sanitario pubblico, ma questo non significa che tutti i gangli debbano essere pubblici: soprattutto la governance deve esserlo. Quello di Monti è un invito a trovare soluzioni per mantenere un sistema sanitario di livello elevato, più che un'apertura alle privatizzazioni». Il punto è individuare le risorse del privato. «Penso alle assicurazioni, come in Francia – spiega l'ex ministro – : l'80 per cento dei francesi ha delle assicurazioni, che

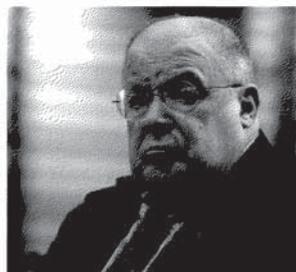
coprono il 25 per cento dell'out of pocket della spesa sanitaria». In Italia però, stando alle stime della Banca d'Italia, solo il 5,5 per cento delle famiglie italiane ha scelto di affiancare alle prestazioni pubbliche una polizza malattia. Serve dunque «un atto di responsabilità e un mea culpa collettivo», per il presidente della Federanziani Roberto Messina, «partendo dagli sprechi delle Regioni fino agli abusi di noi cittadini». L'elenco è lungo. La senatrice dell'Api Baio ricorda che si tratta di «13 miliardi di euro l'anno, quasi un punto di Pil». Perciò niente «strumentalizzazioni della Cgil», ammonisce da Fli il capogruppo Della Vedova. Dal Pdl, Cazzola parla di «polemiche assurde e disoneste». Quindi, concorda il presidente dell'ospedale Bambin Gesù Giuseppe Profiti, «fa bene Monti a preoccuparsi per il futuro». (R.d'A.)

▷ RIPRODUZIONE RISERVATA



## Fazio

«Quello di Monti è un invito a trovare soluzioni per mantenere un sistema sanitario di livello elevato, più che un'apertura alle privatizzazioni»



## Cazzola

«Le polemiche su Monti sono assurde e disoneste: è chiaro da anni che l'invecchiamento della popolazione inciderà sulla sostenibilità del Ssn»



## Della Vedova

«Monti ha detto la verità: per garantire a tutti il Ssn è necessario individuare in futuro modelli innovativi di finanziamento e di organizzazione»



## DAL GOVERNO

# La nuova lista dei farmaci vendibili senza ricetta fuori farmacia in Gazzetta

28 novembre 2012 Cronologia articolo

Tweet



Ultima versione del decreto della Salute con cui si indicano i farmaci vendibili senza ricetta non in farmacia. Versione necessaria, spiega il decreto 15 novembre 2012, pubblicato sul Supplemento ordinario n. 204 della Gazzetta Ufficiale n. 277/2012, per la correzione di alcuni errori materiali negli allegati.

I tre elenchi, quindi (**SCARICABILI DA QUESTO SITO**), riportano nel dettaglio i 3.239 farmaci non vendibili negli esercizi commerciali diversi dalle farmacie, i 1.704 farmaci (diversi da quelli riportati nella prima parte) non vendibili anch'essi fuori farmacia e l'elenco dei 356 medicinali prima vendibili solo dietro ricetta e che ora possono essere venduti anche senza negli «esercizi commerciali di cui al comma 1 dell'articolo 32 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214», in sostanza nelle parafarmacie.

Questi farmaci si aggiungono ai medicinali già classificati **dall'Aifa** come Sop (senza obbligo di prescrizione) o come medicinali di utomedicazione (Otc), vendibili negli esercizi commerciali predetti.

### APPROFONDIMENTI

#### DOCUMENTI

- ▾ Il testo del decreto
- ▾ I farmaci con obbligo di ricetta e vendita in farmacia (allegato A1)
- ▾ I farmaci con obbligo di ricetta e vendita in farmacia (allegato A2)
- ▾ I farmaci vendibili fuori farmacia (allegato B)

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

Permalink

## NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)

## Sfoglia Sanità in PDF

### Ultima uscita



nr. 44  
27 nov. 2012

[Sfoglia PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

### Uscite precedenti:

- ▾ nr. 43 20-26 nov. 2012
- ▾ nr. 42 13-19 nov. 2012

[Consulta l'archivio >](#)  
[Gestisci abbonamento >](#)

## Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno



Health monitor diamo voce alle opinioni dei medici

[Sfoglia PDF >](#)

## Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito >](#)

### Ultimi quesiti:

- ▾ **IL BLOCCO DEGLI SCATTI DI ANZIANITÀ**  
Sono un medico ospedaliero che ha da poco compiuto 5 anni di servizio. Pensavo di avere diritto

*In G.U. il dm su farmacie e parafarmacie*

# Lista definitiva per i farmaci

DI MARILISA BOMBI

**S**ono stati riaggiornati gli elenchi dei farmaci la cui vendita è consentita nelle parafarmacie e di quelli per i quali permane l'obbligo della ricetta medica. Il decreto del **ministro Balduzzi** del 15 novembre (in *G.U.* il 27 novembre 2012), sostituisce le liste provvisorie dei farmaci che erano state compilate questa primavera e approvate, con analogo decreto del **ministero della salute**, in attuazione di quanto il decreto «Salva Italia» aveva stabilito, ovvero l'ampliamento dei farmaci di libera vendita negli appositi reparti dei negozi autorizzati a trattare farmaci da banco e di automedicazione in base al dl 223/2006 (conv. legge 248/2008). L'elenco è stato aggiornato a seguito delle valutazioni della Commissione

consultiva tecnico scientifica dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, e tiene conto anche di alcuni errori materiali contenuti nell'elenco originario. Il provvedimento, in pratica, consiste in due allegati: il primo contiene due distinti elenchi; ma ambedue con riferimento a medicinali non vendibili negli esercizi commerciali diversi dalle farmacie per effetto delle esclusioni disposte rispettivamente dal comma 1 e dal comma 1 bis dell'art 32 del dl n. 201/2011. Il secondo allegato del decreto ministeriale del 15 novembre, invece, elenca i 356 medicinali, con i relativi principi attivi, che si aggiungono a quelli già classificati dall'Aifa come (Sop), ovvero senza obbligo di prescrizione medica, o come medicinali di automedicazione (Otc), vendibili negli appositi reparti degli esercizi commer-

ciali e, quindi, anche al di fuori delle farmacie. La possibilità di vendere alcuni farmaci al di fuori delle tradizioni farmacie e, quindi, la nascita delle cosiddette parafarmacie, risale a sei anni fa e il loro numero si è via via esteso, fino a rappresentare una vera e propria alternativa alla farmacia tradizionale, tanto da indurre il Tar Calabria, (sent. 900/2011) a chiarire che solo le farmacie possono utilizzare la croce come insegna.

— © Riproduzione riservata — ■

