

IL PUNTO SULL'OFFERTA ALLE ADOLESCENTI**Papillomavirus, qualità "cenerentola"****La prevenzione
latita da Internet**

La profilassi contro l'Hpv, forse perché di recente introduzione, è emblematica di una gestione ancora "a 21 modalità". Anche nelle 5 tra Regioni e Pa, spiegano da Cittadinanzattiva, ci sono profonde differenze: in Emilia Romagna e in Sardegna il diritto alla gratuità è mantenuto fino al 18° anno di età; in Basilicata le dodicenni e quindicenni lo mantengono per tre anni (fino alla fusione con la coorte successiva), le 18enni e 25enni per due anni; nella Pa di Trento, invece, le ragazze hanno diritto al mantenimento della gratuità solo entro il 12° anno di età; mentre nel Lazio il diritto alla gratuità è mantenuto, ma i fondi destinati sono rinnovati annualmente. In alcune realtà del Lazio e della Sardegna i servizi di vaccinazione dedicano meno di quattro giornate al mese alla vaccinazione anti-Hpv.

Cruciale per la profilassi del papillomavirus è il miglioramento della qualità. Anche in questo ambito, il quadro è estremamente eterogeneo: se in Basilicata e a Trento esiste e funziona a regime un sistema automatizzato che ricorda all'adolescente l'appuntamento, ciò si verifica in Sardegna solo in un caso su otto; nel Lazio solo in due casi su sette ed è analoga la situazione dell'Emilia Romagna. Nel Lazio come in Sardegna non è prevista l'implementazione di un libretto automatico per i richiami, ma due Asl su sette hanno adottato un libretto cartaceo.

La Sardegna è la "pecora nera" sul fronte del consenso informato, che non viene reso in 5 Asl su 8 della Regione Sardegna.

In generale, queste sono le criticità espresse dal livello aziendale rispetto al miglioramento della qualità: sistema anagrafico regionale scadente; scarsa adesione alla campagna vaccinale, scarsi fondi per l'acquisto di vaccini, diminuzione delle adesioni. Elementi su cui lavorare, come sottolineano gli stessi operatori sanitari. «Preoccupazioni - si legge ancora nella sintesi dell'indagine - poi attengono al tema dell'adesione alla campagna vaccinale». Sempre più scarsa sul fronte delle adesioni da parte delle utenti.

Le giovani andrebbero quindi sensibilizzate, utilizzando però gli strumenti giusti: i canali privilegiati sono quelli tradizionali (materiale cartaceo e cartelloni), mentre «risulta del tutto trascurato il canale offerto da Internet». Senza contare che, a parte eccezioni nel Lazio e in Sardegna, «nelle scuole non viene svolta alcuna attività di informazione rispetto all'opportunità di prevenzione del cancro della cervice; eppure è proprio lì - sottolineano gli estensori del testo - che si intercettano le ragazze (e indirettamente le famiglie)».



SALUTE**IL CASO****TUMORE PENE
SOS GIOVANI
COLPA DI HPV
E SCARSA IGIENE**

La maggiore diffusione a trasmissione sessuale del papilloma virus (Hpv), la scarsa igiene con accumulo di sostanze irritanti e l'impossibilità a scoprire completamente il glande (fimosi), sono gli elementi che hanno contribuito ad una maggiore incidenza del tumore del pene, anche fra i giovani. È questo l'allarme che arriva dal congresso degli urologi oncologi (Siuo) svoltosi recentemente a Bologna. E le cifre sono realmente allarmanti: ogni anno infatti vengono diagnosticati circa 4.000 nuovi casi di tumore del pene e l'unico modo per difendersi è quello di prestare attenzione a non contrarre l'infezione Hpv e quindi i condilomi, elementi precancerosi. Altro accorgimento è una accurata pulizia dei genitali, scoprendo spesso il glande, al fine di rimuovere le sostanze come lo smegma che viene prodotto quotidianamente dalle ghiandole subcoronali. Il tumore del pene infatti è molto meno frequente negli uomini sottoposti a circoncisione, specialmente in giovane età. La terapia è essenzialmente chirurgica o laser, può essere conservativa, ma la scelta terapeutica dipende dall'estensione del tumore.

(a. f. d. r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il piano Balduzzi. Pronto il decreto omnibus del ministro della Salute con la stretta su **farmaci** e forniture ma il preconsiglio frena

Tagli alla sanità per 8 miliardi fino al 2014

LE ALTRE MISURE

Nel testo spuntano la riforma con proroga della libera professione dei medici, multe salate a chi vende tabacco ai minori e soppressioni di enti

Roberto Turno

■ Farmaci e industrie farmaceutiche, beni e servizi, farmacie, specialistica e case di cure accreditate. Il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, propone un taglio da 1,085 miliardi alla spesa sanitaria nel 2012, poi di 3,46 nel 2013 e di 3,57 nel 2014. Poco più di 8 miliardi di risparmi in due anni e mezzo. Con l'aggiunta della riforma (con tanto di proroga) della libera professione dei medici, multe salate a chi vende tabacco ai minori, soppressione di enti, garanzie assicurative contro il rischio sanitario per i camici bianchi, il rilancio del fascicolo sanitario elettronico, misure per la Croce Rossa. Un vero e proprio decreto legge omnibus in 22 articoli. Che però ieri ha subito un secco altolà nel pre Consiglio dei ministri.

«Se ne riparerà con la spending review complessiva», è stata la frenata di palazzo Chigi ai due articoli del decreto dedicati alle «misure di razionalizzazione e contenimento della spesa nel settore sanitario». Segno che non tutte le proposte di Balduzzi sulla spesa sanitaria vanno ancora nella direzione giusta secondo altri ministeri. Forse anche perché i tagli in serbo alla spesa di asl e ospedali, visto tra l'altro il blocco che dura ormai da mesi del Fondo da 108 miliardi per il 2012, potrebbero essere ben più elevati di quelli proposti dal ministro della Salute sommando le misure previste dal-

la manovra del luglio scorso di Giulio Tremonti.

E così sulla spesa sanitaria continua il braccio di ferro nel Governo, col Pd e i sindacati pronti a fare le barricate. Per non dire dei medici che ieri hanno minacciato lo sciopero se non dovesse arrivare la proroga della libera professione intramoenia nei propri studi, in attesa della riforma scritta nel decreto, che altrimenti scenderebbe il 30 giugno col rischio di «gettare nel caos la sanità pubblica». L'ipotesi di un decreto ad hoc la prossima settimana è la più gettonata. Ma forse non con tutte le altre misure della bozza di decreto di Balduzzi.

Sui **farmaci** la Salute propone il ribasso dal 13,3 all'11,3% del tetto della spesa territoriale (al netto del prezzo di rimborso a carico dei cittadini) e l'aumento dal 2,4 al 3,2% della spesa **farmaceutica** ospedaliera, su cui le aziende pagherebbero dal 2013 il 35% dello sfondamento del budget: la minore spesa sarebbe in totale di 1,59 miliardi nel 2012 e di 1,65 nel 2014. Per i farmacisti (che otterrebbero per decreto le norme di un precedente Ddl per lo sblocco dei concorsi) scatterebbe invece da luglio, e solo per il 2012, il raddoppio dall'1,83 al 3,65% dello "sconto" a loro carico: vale 100 milioni. "Sconto" raddoppiato, sempre solo per il 2012, anche alle industrie: vale 200 milioni. Industrie che otterrebbero più certezze sull'immissione in commercio nelle Regioni dei **farmaci** innovativi, mentre saranno sperimentati sistemi di «riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione» dei **farmaci** agli assistiti in trattamento negli ospedali: l'obiettivo dichiarato è di «limi-

nare sprechi di prodotti e rischi di errori e consumi impropri».

Ecco poi gli altri tagli proposti da Balduzzi. Dal 1° luglio prossimo la spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le case di cure accreditate, non potrà superare quella del 2011 ridotta del 2%: risparmio previsto di 135 milioni nel 2012, poi di 270 dal 2013. Altri 600 milioni nel 2012, poi 1,2 miliardi dal 2013 arriverebbero invece dalla riduzione del 3,7% degli importi e delle prestazioni relative ai contratti in essere (e fino alla loro scadenza) di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi, inclusi i dispositivi medici e i **farmaci** ospedalieri, anche anticipando al 2012 la manovra dell'anno scorso.

Non mancano gli enti da sopprimere: l'istituto italiano di ematologia (Ime), l'«Alleanza degli ospedali italiani nel mondo», il «Consorzio anagrafi animali». E i risparmi (non quantificati) per «promuovere i corretti stili di vita»: Balduzzi propone di alzare il tiro contro il fumo con multe fino a 2 mila euro (se recidivi) e la sospensione fino a 6 mesi della licenza a chi venda tabacco ai minori, con tanto di obbligo di chiedere un documento d'identità. Tranne nei casi, naturalmente, in cui «la maggiore età sia manifesta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO/ Le tendenze del sistema socio-sanitario

Spesa sanitaria, crescita lenta

Dal 7,3% sul Pil 2010 si passa all'8,4% nel 2060, tra le più basse d'Europa

La spesa sanitaria pubblica è destinata a passare - in uno scenario demografico costante, cioè senza cambiamenti nel rapporto tra le varie fasce di età previsto per i prossimi anni - da un'incidenza del 7,1% sul Pil registrata nel 2011 (nel 2010 era 7,3%) al 6,9% nel 2015, 7% nel 2020, per poi aumentare gradualmente da quell'anno in poi dal 7,3% del 2025 fino all'8,4% del 2055 e del 2060.

La stima è della Ragioneria generale dello Stato che ha aggiornato al 2012 il suo rapporto sulle «Tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario».

La Rgs sottolinea anche che nel quadro generale europeo la spesa italiana è tra le più basse di quelle dei maggiori partner Ue ed è destinata non solo a mantenere la posizione, ma nonostante l'incremento graduale sul Pil, a scendere ancora rispetto agli altri paesi Ue 27 mantenendo la sua media di incidenza pressoché inalterata rispetto a un aumento dell'asticella media dal 7 all'8,5 per cento.

La stabilità della spesa è dovuta, secondo il rapporto Rgs, al fatto che l'effetto demografico complessivo presenta un'incidenza leggermente meno marcata sul rapporto spesa/Pil per quasi tutto il periodo di previsione, con una «sostanziale equivalenza» nell'ultimo decennio.

L'analisi della Rgs scompone an-

che l'attuale spesa sanitaria evidenziando oltre a quella dedicata all'assistenza vera e propria la spesa per i servizi amministrativi che avrebbe assorbito nel 2011 circa il 5,3% dei costi sostenuti dal Ssn, 5,3 miliardi in sostanza a cui si affiancano 750 milioni di contribuzioni varie e 1,24 miliardi di altre uscite che portano la spesa complessiva ai 112 miliardi.

Il rapporto traccia anche una valutazione dell'incidenza percentuale della componente acuta (un capitolo a parte è dedicato alla long term care, Ltc) della spesa: il 6,24% di quella complessiva (lo 0,85% è per la Ltc). Per questo settore l'assistenza di base (Mmg, pediatri e continuità) assorbe appena lo 0,48% di spesa, sottolineando quindi una predisposizione all'assistenza non in acuzie, mentre quella ospedaliera (ricoveri, day hospital e riabilitazione) balza al 3,26% con il picco ovviamente del 2,67% nei ricoveri per acuti.

Tornando alle proiezioni, il rapporto indica variazioni nella spesa sanitaria in percentuale sul Pil in uno scenario di crescita costante demografica (pure ageing) in calo del -2,9% tra il 2020 e il 2010 e poi in aumento con un picco del 6,3% tra il 2040 e il 2030 e via via valori positivi, ma in diminuzione nei decenni successivi: 4,4% tra il 2050 e il 2040 e 0,9% tra il 2060 e il 2050.

Un capitolo a sé è dedicato alla

Long term care, che comprende le prestazioni erogate ai non autosufficienti che per la loro condizione hanno necessità di assistenza continua. Nel nostro Paese fanno parte di questa voce di spesa l'assistenza territoriale ad anziani e disabili, quella psichiatrica, l'assistenza ad alcolisti e tossicodipendenti e quella in lungodegenza.

L'incidenza sul Pil nel 2011 della Ltc è stata dello 0,85% che corrisponde al 12% della spesa sanitaria complessiva. I due terzi sono assorbiti dall'assistenza ad anziani e disabili e in base al consumo per età la più alta si concentra nella fascia degli ultrasessantacinquenni: a fronte dello 0,85% di incidenza totale questa categoria assorbe lo 0,50% del Pil.

Anche in questo caso il rapporto Rgs traccia le previsioni di andamento fino al 2060. Al contrario della spesa generale l'aumento è costante e si passa da un'incidenza stimata sul Pil dello 0,8% nel 2015 allo 0,9% costante fino al 2030 e poi via via sempre in aumento fino a raggiungere l'1,3% nel 2060. Come dire che nel futuro si ridurrà o rimarrà pressoché costante la spesa sanitaria per acuti e aumenterà, seppure con livelli controllati, quella per Ltc.

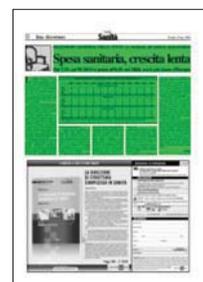
P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spesa sanitaria in % del Pil per fasce di età - Pure ageing scenario

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Acute e Long term care												
0-64	3,8	4,1	3,7	3,7	3,7	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3
65-79	1,9	2,0	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3
80+	1,0	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0	2,3	2,5	2,6
Totale	6,7	7,3	6,9	7,0	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	8,1	8,2	8,2
Acute care												
0-64	3,4	3,7	3,4	3,4	3,4	3,4	3,2	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0
65-79	1,7	1,8	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,4	2,4	2,3	2,1	2,1
80+	0,7	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,9	1,9
Totale	5,9	6,4	6,0	6,2	6,3	6,5	6,6	6,8	6,9	7,0	7,0	7,0
Long term care												
0-64	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
65-79	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
80+	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
Totale	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2

Fonte: rapporto "Tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", Ragioneria generale dello Stato



la Repubblica RSALUTE

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

I MEDICI E GLI INTERESSI DI CASTA

ncombono decisioni importanti per la Sanità, con un decretone del governo. Conterrà anche la proroga dell'intramoenia, l'attività libera per i medici pubblici. E quindi ancora una volta in barba alla trasparenza e alla eticità della professione. Ma gli ospedalieri e i loro sindacati sostengono l'intramoenia, pur consapevoli dei limiti della stessa. Fatto è che a volte prevalgono gli interessi di casta. Ne è conferma un'altra parte del decretone sulla responsabilità professionale dei camici bianchi. Come sappiamo, la malpratica ha fatto esplodere la cosiddetta medicina difensiva, seguita in particolare nei reparti dove il rischio di «incidente» è più alto della media. Nel migliore dei casi, la difesa consiste in un comportamento cautelativo: più analisi, più cure, più controlli prima di intervenire; nel peggiore, si evita di operare pazienti ad alto rischio. Ora si vogliono stabilire delle regole per mettere al riparo il lavoro medico. Ben vengano. Purché non limitino l'ammissibilità dei ricorsi solo ai casi di colpa grave o al dolo che alzerebbe un muro corporativo, e foriero di altri contenziosi, contro i cittadini che si ritengono danneggiati da un intervento sbagliato.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, ecco il piano per i risparmi: stretta su Asl e consumi di farmaci

Bondi: lotta a sprechi per 4 miliardi. Confindustria: misure Bce inadeguate

ROMA — Oggi il riordino degli enti vigilati dal ministero, dall'Istituto superiore di Sanità, all'Agenas (agenzia per i servizi sanitari regionali), alla Croce Rossa, poi, la prossima settimana, il «decretone». Prende corpo la manovra sulla Sanità: il 2 luglio il Consiglio dei ministri dovrebbe varare un unico provvedimento nel quale confluirebbero sia i tagli suggeriti dal commissario alla spending review, Enrico Bondi, che i provvedimenti messi a punto dal **ministro della Salute, Renato Balduzzi**: la revisione della filiera del farmaco, la responsabilità professionale dei medici, il regime *intramoenia*.

Il pacchetto Bondi si concentra sulle procedure delle Asl per l'acquisto di beni e servizi, che assorbono ogni anno una spesa di 34 miliardi di euro. «Non tagli, né manovre, ma un sistema per ridurre gli sprechi e rendere più efficiente la

spesa pubblica» spiegano a Palazzo Chigi, anche se l'effetto concreto sarà un risparmio strutturale sulla spesa sanitaria che, secondo gli esperti, potrebbe arrivare a 4 miliardi all'anno. Ai quali si aggiungerebbero i risparmi previsti dal piano Bondi applicato agli acquisti di beni e servizi delle altre amministrazioni pubbliche.

L'obiettivo del governo è di definire entro l'inizio di luglio un pacchetto di misure che porti un risparmio di almeno 6-7 miliardi da qui a fine anno (12-14 miliardi a regime) per evitare l'aumento dell'Iva, finanziare alcune esigenze scoperte (come le missioni di pace e il 5 per mille dell'Irpef) e i primi interventi per la ricostruzione dell'Emilia-Romagna dopo il terremoto.

Tra le altre misure attese in Consiglio dei ministri per la Sanità ci sarebbe anche la proroga del regime *intramoenia*

per i medici, l'aumento della quota della spesa farmaceutica ospedaliera dal 2,4 al 3,6% della spesa complessiva per i farmaci, con la contestuale riduzione del tetto alla spesa territoriale (attraverso le farmacie) dal 13,3 al 12,1% del totale. Col nuovo meccanismo per la compartecipazione delle imprese al ripiano degli eventuali sforamenti.

La prossima settimana dovrebbero arrivare sul tavolo del governo anche i tagli demandati ai singoli ministeri e alcune misure sul pubblico impiego, messe a punto dal ministro Filippo Patroni Griffi. E forse la stretta sui buoni pasto contro la quale protestano le associazioni del commercio. Nel provvedimento potrebbero finire anche alcune misure sulle pensioni d'oro nel settore pubblico: il governo si è impegnato ad affrontare la questione dopo il

ritiro di un emendamento di Guido Crosetto, del Pdl, al decreto sui poteri del commissario Bondi. I sindacati potrebbero essere invitati a Palazzo Chigi entro la fine della settimana. Già oggi, tuttavia, il presidente del Consiglio potrebbe illustrare ai leader della maggioranza i primi provvedimenti della spending review necessari per risanamento. Giusto ieri il ministro dello Sviluppo, Corrado Passera, ha ricordato che «gli italiani stavano per essere commissariati. Evitarlo è stato un risultato». Ora, per la spending review, ha detto, «abbiamo scelto un cagnaccio, il meglio: se non ce la fa Bondi...». Resta scettica la Confindustria, secondo la quale «le misure finora adottate dalla Bce e dai governi si sono dimostrate del tutto inadeguate».

Mario Sensini

I buoni pasto

Il governo si impegna a intervenire sulle pensioni d'oro nel pubblico. In arrivo tagli ai buoni pasto



34

miliardi La spesa annua per le procedure delle Asl per l'acquisto di beni e servizi

6-7

miliardi I risparmi che il governo intende realizzare da qui a fine anno

I punti

I numeri

Il governo vuole definire entro l'inizio di luglio una serie di misure che da qui alla fine dell'anno garantiscano un risparmio di 6 o 7 miliardi per poi raggiungere una cifra compresa tra i 12 e i 14 miliardi una volta

entrate a regime

Lo scopo

Così si potrebbe da un lato evitare l'aumento dell'Iva e dall'altro finanziare le spese per le missioni di pace, per il 5 per mille dell'Irpef, e per i primi interventi di ricostruzione nei comuni dell'Emilia-Romagna colpiti dal sisma.

La Sanità

Il pacchetto di interventi volti a rendere più efficiente la spesa sanitaria, secondo il commissario Enrico Bondi, vale 4 miliardi all'anno. Inoltre, a luglio il Consiglio dei ministri dovrebbe prorogare il regime intramoenia per i medici, aumentare la

quota della spesa farmaceutica ospedaliera dal 2,4 al 3,6% della spesa complessiva per i farmaci, e ridurre il tetto alla spesa

territoriale dal 13,3 al 12,1% del totale

Gli altri tagli

La prossima settimana

dovrebbero arrivare sul tavolo del governo anche i tagli richiesti ai singoli ministeri e alcune misure sul pubblico impiego: dalla stretta sui buoni pasto alle misure sulle pensioni d'oro nel settore pubblico



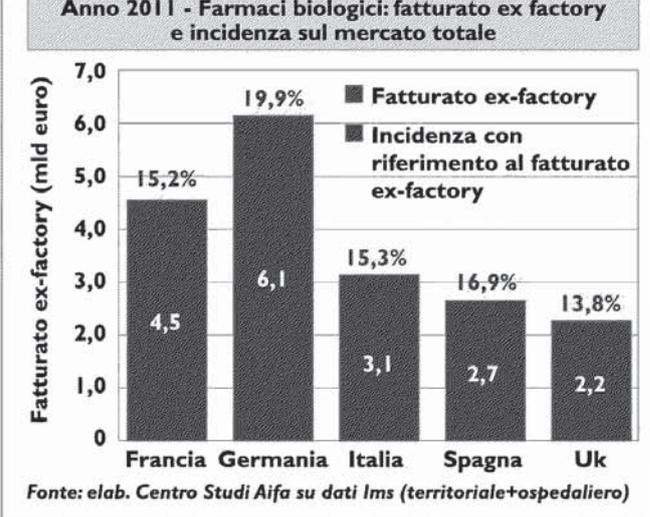
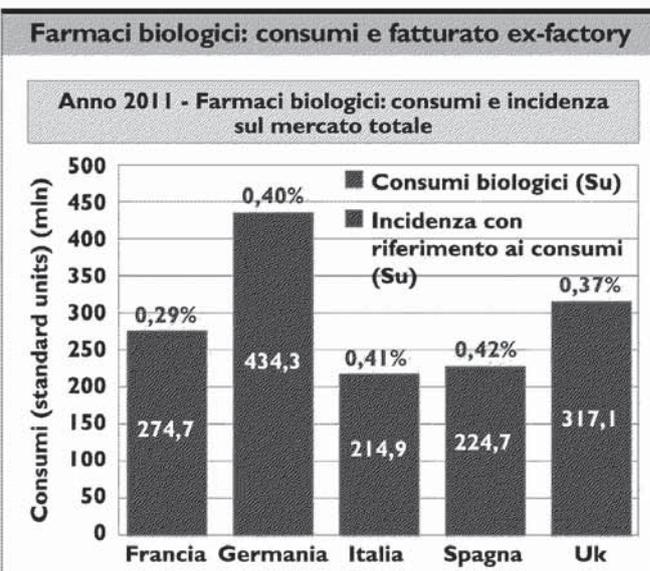
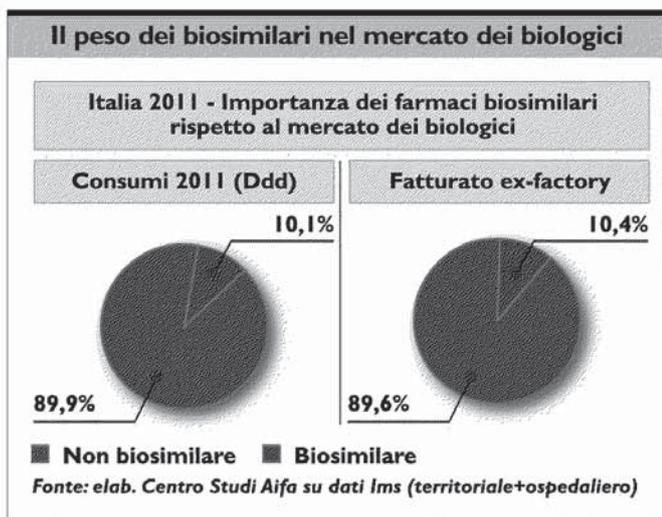
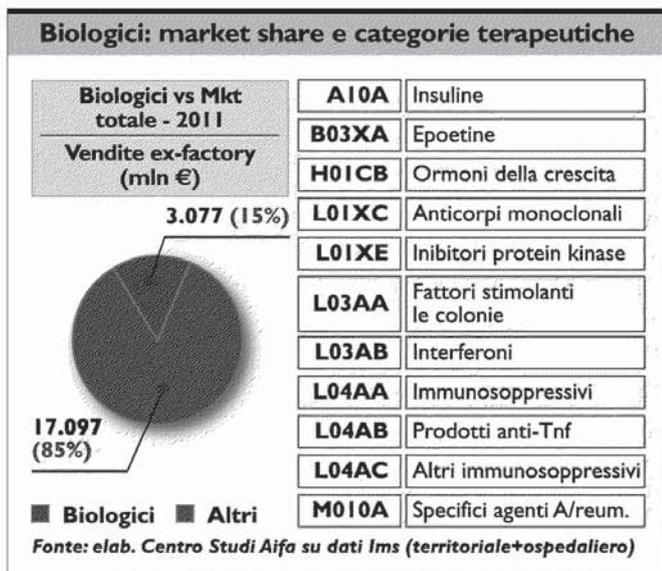
FARMACI BIOLOGICI: LA LUNGA MARCIA DEI "SIMILI"

Quattordici prodotti autorizzati, 3 sostanze approvate (Somatropina, Epoetina alfa e zeta, Filgrastim), 3 richieste ritirate, l'opinione negativa: a tanto ammonta il bilancio provvisorio di presenza dei biosimilari sul mercato europeo. Ma la situazione è destinata a cambiare rapidamente, visto che «i medicinali biosimilari offrono un'occasione unica per contribuire a gestire i costi crescenti dei medicinali biologici in Europa, consentendo il risparmio di diversi miliardi di euro l'anno che potrebbero essere utilizzati per ampliare il numero di pazienti trattabili a parità di budget ovvero per finanziare altri trattamenti e stimolare l'innovazione». L'analisi è del direttore generale dell'Aifa, **Luca Pani**, che sulla questione è stato recentemente audito dalla Commissione Sanità del Senato, ancora alle prese con un provvedimento che mira a introdurre solidi paletti sull'uso dei prodotti in questione.

«La normativa europea e quella nazionale hanno chiarito che i medicinali biologici e i biosimilari non possono essere considerati alla stregua dei prodotti generici, escludendone quindi la vicendevole sostituibilità terapeutica» - ha spiegato Pani affrontando in termini essenziali una delle questioni più spinose sul

tappeto - «I prodotti biosimilari disponibili in Italia sono attualmente esclusi dalle liste di trasparenza che consentono la sostituibilità tra prodotti equivalenti; la scelta di trattamento di un paziente con un farmaco biologico o con un biosimilare è una decisione clinica affidata al medico che dispone dei biosimilari come scelta terapeutica aggiuntiva».

Anche in Italia, tuttavia, i biosimilari stanno avendo buoni effetti dal punto di vista economico: «le quattro molecole oggi disponibili anche nel mercato interno sono sottoposte alla stessa negoziazione di prezzo prevista per i generici e presentano di conseguenza riduzioni di prezzo che vanno dal 15 al 28% rispetto all'originator», ha detto Pani. Ma si può fare di più. «I farmaci biologici rappresentano il 15% del mercato totale con un trend in crescita in termini di spesa e di consumi - ha concluso Pani -, ma il mercato è ancora immaturo: gli 8 prodotti contrattati e commercializzati in Italia hanno prezzi scarsamente competitivi, ma la maggior parte dei farmaci biologici di prima generazione è prossima alla scadenza della copertura brevettuale e rappresenterà un'opportunità irrinunciabile per la sostenibilità del sistema sanitario e delle terapie innovative».



DRG

Tariffe: i «no» alle Regioni

Approva in Stato-Regioni - bloccata per il mancato riparto del fondo sanitario - l'ultima bozza di intesa sulle nuove tariffe per i Drg. Rispetto al testo presentato alle Regioni sono state apportate alcune modifiche chieste dai governatori, ma mancano all'appello una soluzione per l'allineamento delle tariffe per i trapianti di rene, fegato e midollo osseo rispetto a quelle previste dalla Tuc.

Non accolta anche la richiesta di individuare nel decreto i criteri generali di determinazione delle tariffe regionali di tutte le prestazioni Ssn e non solo di quelle ospedaliere e ambulatoriali.



A PAG. 23

Università

**Bandi per
 le lauree
 2012-2013:
 Il Miur assegna
 10mila posti
 in meno della
 richiesta**

Il ministero dell'Università determina le assegnazioni per l'anno accademico 2012-2013

Lauree, 10mila posti in meno

Tagliati 2mila posti a medicina e 8mila sulle professioni rispetto alle richieste

Mancano circa 10mila posti rispetto al fabbisogno indicato dalle Regioni nei bandi che il Miur ha predisposto per decreto per l'ammissione ai corsi di laurea 2012-2013 per l'area di medicina.

Infatti, mentre approda in Stato-Regioni (la scorsa settimana) il documento di richiesta di posti a bando per i corsi di laurea che afferiscono alle facoltà di medicina (medicina, veterinaria, odontoiatria e le 22 professioni sanitarie), già sono pronti i decreti finali del ministero dell'Università che determinano i posti reali. E che come ogni anno calano la mannaia del Miur sui posti a bando: circa 2mila in meno per medicina e circa 8mila in meno per le professioni sanitarie.

In tutto sono a bando per i corsi di laurea della facoltà di medicina e chirurgia, 38.431 posti, solo 725 in più dei 37.466 dello scorso anno.

La maggioranza va alle professioni sanitarie con 27.350, sempre solo 62 in più però dello scorso anno. Aumenta anche odontoiatria che passa da 860 a 920 (+60) posti, mentre diminuisce, ma di poco, medicina da 10.348 a 10.159 (-189) nonostante il fabbisogno indicato dalle Regioni fosse di duemila posti in più.

Per quanto riguarda le professioni sanitarie l'offerta è ancora una volta inferiore di circa 8mila posti sia rispetto alla richiesta di 34.729 delle categorie che ai 35.709 delle Regioni (-23%). Quasi tutta la "carenza"

di posti rispetto alle richieste si concentra sulla professione di infermiere: 8.024 (-33%) posti in meno.

Anche se per la prima volta Regioni e categorie stimano un fabbisogno formativo quasi uguale su 35mila posti, con una differenza di appena 975 (2,8%), se si analizzano i dati specifici per ognuno dei 22 profili emergono sostanziali differenze in percentuale che vanno dal -53% per i podologi al +35% delle ostetriche e dei tecnici di radiologia.

Proprio per evitare queste discrepanze le categorie hanno chiesto tramite l'Osservatorio Miur di cui fanno parte di definire l'offerta formativa non con il solo riferimento al fabbisogno delle Regioni, ma anche a quello delle categorie, proponendo quindi un fabbisogno calcolato sulla media di entrambe le proposte. Questo avrebbe comportato un aumento dei posti rispetto alle Regioni, per la maggiore richiesta delle categorie in 7 corsi: logopedista con 627 invece di 578, dietista 389 invece di 343 e igienista dentale 638 invece di 553.

Al contrario una riduzione era stata prospettata nel caso di tecnico di radiologia da 1.312 a 1.153, per tecnico di laboratorio da 1.171 a 1.060 e per ostetrica da 1.091 a 954.

Alla fine però, poco o nulla è stato fatto sia sulla riduzione degli esuberanti che sugli aumenti per le carenze rispetto alla stima delle categorie. «Il caso più evidente e preoccupante è quello del tecnico di radiologia - commenta Angelo Mastrillo, segretario della Conferenza dei corsi

di laurea delle professioni sanitarie ed esperto dell'Osservatorio per la formazione universitaria delle professioni sanitarie - su cui la categoria già lo scorso anno aveva proposto un massimo di 1.000 posti, mentre l'Università, su richiesta delle Regioni, ne mise a bando ben 1.441 (+33%). Per quest'anno, anche se la categoria ha ribadito un fabbisogno di 1.000 posti, le Regioni e di conseguenza le Università si sono attestate su 1.232 (+27%), un esubero pressoché invariato». A determinare l'esubero da parte delle Regioni è soprattutto il Veneto con la richiesta di 200 posti che non trova rapporto sia con i 180 della Regione Lombardia, che ha il doppio di abitanti, che con i 120 del Lazio.

«Considerando che le Università del Veneto hanno una disponibilità di 83 posti, pari alla richiesta di 85 della categoria - aggiunge Mastrillo - accade che i 117 posti in avanzo del fabbisogno del Veneto, su proposta del ministero della Salute, siano assegnati alle Università di Roma in aggiunta ai 120 richiesti dalla Regione Lazio, che così si ritrova con il doppio dei posti a bando, da 120 a 239».

Ma Mastrillo, oltre alla critica a questa anomalia, punta il dito sui ritardi della programmazione.

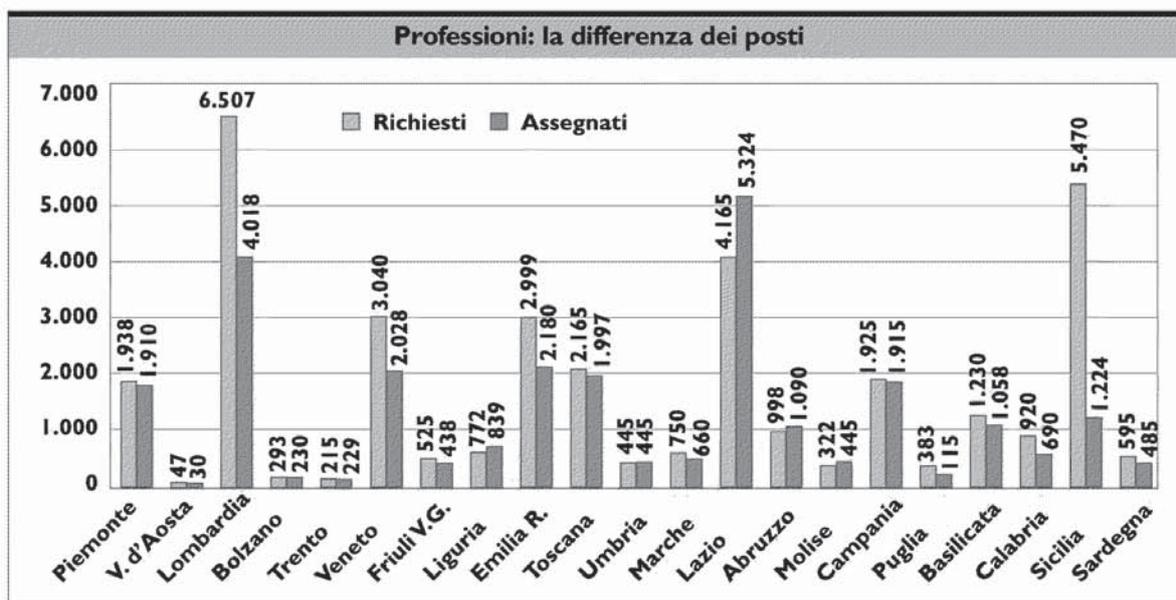
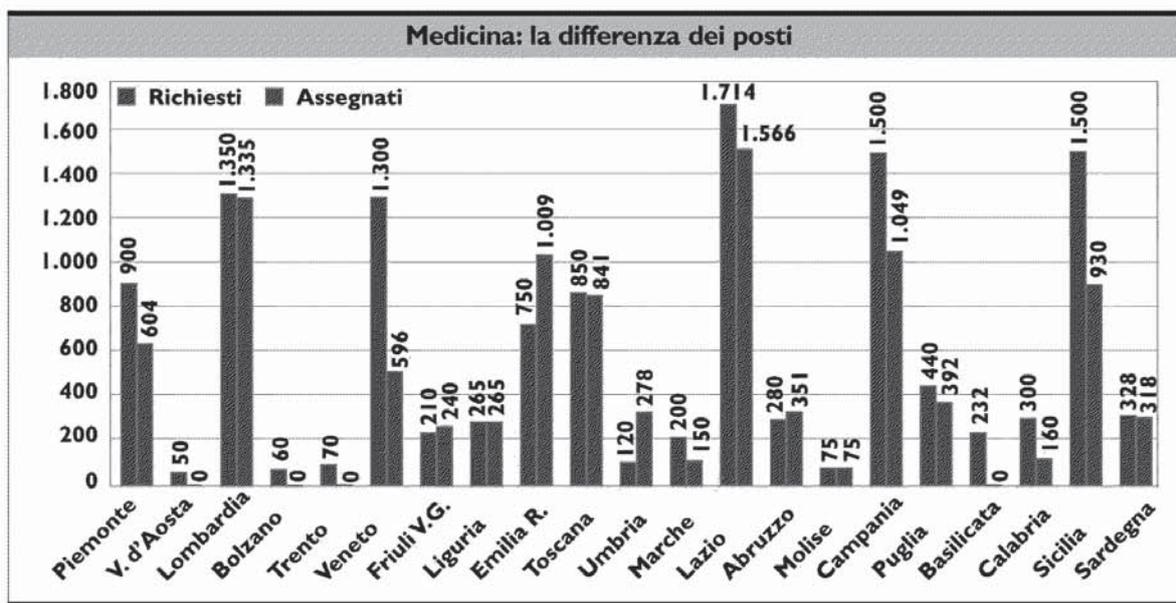
«Il ministero della Salute - afferma - non è mai riuscito a rispettare la scadenza fissata dalla legge per determinare i posti entro il 30 aprile. Pur avendo migliorato la tempi-

stica negli ultimi anni, in ogni caso il fabbisogno da parte della Stato-Regioni è stato ratificato sempre a fine mese di giugno, a pochi giorni dalla scadenza che ha il ministro dell'Università per emanare i decreti, che devono uscire 60 giorni prima degli esami di ammissione, che si svolgono nella prima decade di settembre. In realtà la Salute avvia la rilevazione del fabbisogno formativo a inizio di dicembre sia con le Regioni che con le categorie, con scadenza al 10 febbraio. Ma una volta presentati i dati in un'apposita riunione con Regioni e categorie in genere a metà marzo, impiega dai 30 ai 40 giorni per trasmetterli alla

Stato-Regioni, come avvenuto quest'anno il 23 aprile. Questa a sua volta impiega altri due mesi per definire l'accordo necessario all'Università per la ripartizione dei posti. Di fatto, il ritardo accumulato ogni anno è di circa 2 mesi sulla scadenza del 30 aprile. Si tratta - prosegue Mastrillo - di un ritardo difficilmente giustificabile se si considera che sono davvero poche le differenze tra le richieste del ministero della Salute e le Regioni. Né questo tempo viene utilizzato per favorire un confronto costruttivo con le categorie, perché in ogni caso nella determinazione dei posti non si tengono in alcuna considerazione le loro pro-

poste, anche di fronte a evidenti discrepanze di alcune Regioni che definiscono il fabbisogno formativo "senza un criterio coerente e proporzionato". Questa situazione è stata oggetto di discussione nell'ambito dell'Osservatorio Miur, che nulla però ha potuto finora fare per ottenere dal ministero della Salute una maggiore considerazione rispetto alle proposte delle categorie, rischiando un black out informativo che le professioni stanno ipotizzando, non rispondendo più alla richiesta di inviare i rispettivi dati del fabbisogno formativo».

P.D.B.



Primo caso al mondoIntervento senza chirurgo
Il robot fa tutto da solodi **M. De Bac** a pagina 30
e **A. Bazzi** a pagina 44**Palermo** Una cicatrice di 9 centimetri invece dei 40 di un intervento tradizionale

L'operazione senza chirurgo Il robot che fa tutto da solo

Preleva il fegato a un paziente: è il primo caso al mondo

Il donatore

Un uomo di 46 anni si è privato dell'organo per salvare il fratello, malato di cirrosi epatica

La tecnologia

Si chiama Leonardo, ha quattro bracci meccanici che impugnano altrettanti strumenti

Il joystick

Il medico interviene a distanza tramite una console e un monitor in tre dimensioni

Il chirurgo è comodamente seduto alla console e manovra delle piccole leve, lo sguardo fisso su uno schermo dove viene visualizzata l'immagine del fegato. Leonardo esegue gli ordini con una precisione infinite volte migliore di quella dell'uomo. Taglia, ricuce, aspira, ricostruisce grazie ad abilità acquisite in 15 anni di esperienza.

Aveva cominciato con interventi semplici. Oggi il robot «Da Vinci» è in grado di affrontare casi complicati come il prelievo di organo da un donatore vivente. Il primo a livello mondiale è stato eseguito con esito positivo qualche settimana fa all'Ismett, l'Istituto Mediterraneo ad alta specializzazione di Palermo.

Si contano non più di tre precedenti a livello internazionale ma col coinvolgimento parziale della macchina. Stavolta il chirurgo meccanico ha fatto tutto da solo. Bruno Gridelli, direttore del centro siciliano, prevede l'avvio di un nuovo modo di trapiantare anche se la tecnica andrà perfezionata attraverso l'esperienza: «Il prelievo è una delle operazioni più delicate perché riguarda persone sane la cui

salute deve necessariamente essere salvaguardata. Bisogna agire nella massima sicurezza limitando quanto più possibile il trauma. L'uso del robot garantisce minore invasività, una ripresa più rapida e cicatrici invisibili. Si riducono i rischi di emorragia».

Sono bastati 5 fori e un'incisione di 9 centimetri rispetto ai 40 previsti dal metodo tradizionale. Il chirurgo ha inoltre il vantaggio della visione tridimensionale che lo aiuta a muovere meglio di quanto avvenga in laparoscopia (visione bidimensionale) gli strumenti all'interno del corpo. L'esperienza andrà avanti, a Palermo altri pazienti disponibili a donare il fegato a un familiare sono in fase di valutazione.

È la conclusione di una delle tante storie di trapianto di fegato da donatore vivente. Un uomo di 46 anni che si priva di un lobo dell'organo per salvare il fratello, malato di cirrosi epatica.

In sala operatoria, con Gridelli, il responsabile della chirurgia addominale, Marco Spada. Ha collaborato l'azienda universitaria ospedaliera di Cisanello di Pisa, centro diretto da Ugo Boggi.

Il donatore è uscito dall'ospedale dopo 9 giorni. È tornato al lavoro e alle sue attività quotidiane. Anche il fratello sta bene ma per lui la strada verso la ripresa è ancora lunga. La malattia di cui soffre, causata da un'epatite virale, è il peggior nemico del fegato.

Da Vinci è un piccolo uomo meccanico un po' diverso dai film di fantascienza. Un carrello con quattro bracci meccanici che impugnano altrettanti strumenti. Un sistema molto sofisticato traduce in manovre millimetriche i comandi del chirurgo che utilizza alla console levette tipo joystick.

Alessandro Nannicosta, direttore del Centro nazionale trapianti del ministero della Salute, giudica l'operazione dell'Ismett «un notevole passo avanti, un risultato significativo. Il vero salto in avanti consisterà nel trapiantare un organo. È chiaro che la qualità del prelievo aumenta le percentua-

li di successo di quest'ultimo e riduce le complicanze».

Nel 2011 in Italia sono stati eseguiti 15 trapianti di fegato da vivente senza conseguenze per le persone sane. Una soluzione che contribuisce a sopperire alla carenza di organi donati da persone vittime di grandi traumi. Ecco perché si sta cercando di perfezionare la tecnica e di aumentare i margini di sicurezza di chi compie questo grande gesto di amore e affetto. A cedere una parte del proprio corpo in genere i familiari stretti. La combinazione più frequente, i figli ai genitori. Tra i non consanguinei, le più generose sono le mogli nei riguardi del marito.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come funziona

L'operazione di Palermo è stata eseguita, per la prima volta al mondo, interamente con tecnica mini-invasiva robotica: solo le braccia del robot hanno operato all'interno dell'addome

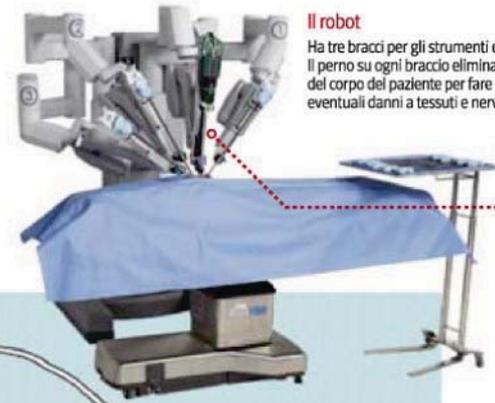
I numeri

10 ore

la durata dell'intervento chirurgico

9 centimetri

la lunghezza dell'incisione effettuata sul paziente

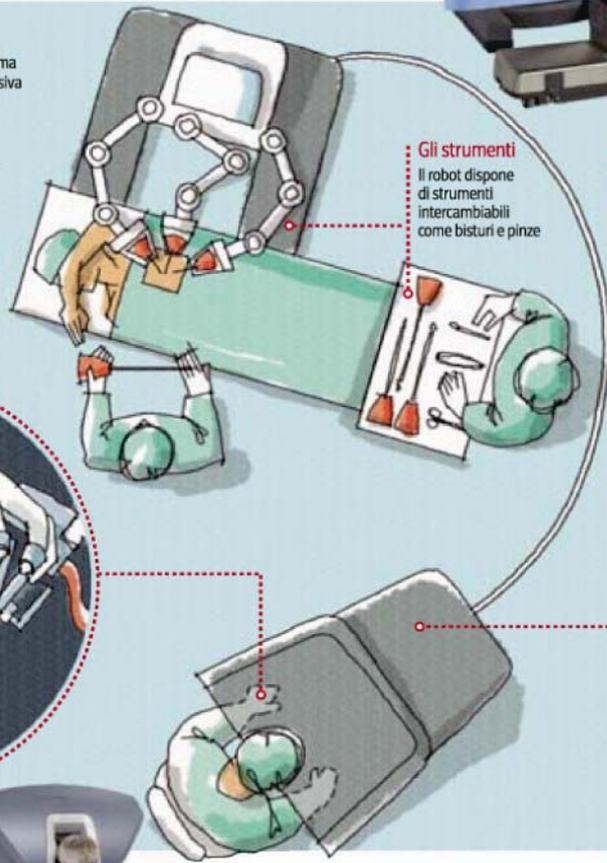


Il robot

Ha tre bracci per gli strumenti e uno per l'ottica. Il perno su ogni braccio elimina l'uso delle pareti del corpo del paziente per fare leva, limitando così eventuali danni a tessuti e nervi

L'endoscopio

Lo strumento è ad alta risoluzione e in 3D



Gli strumenti

Il robot dispone di strumenti intercambiabili come bisturi e pinze



Il monitor

Trasmette in diretta le fasi dell'operazione elaborata dal computer



La «regia»

Il chirurgo lavora alla console, muove le braccia meccaniche del dispositivo con le mani e con i piedi controlla le telecamere per cambiare la visuale. Per il medico è come trovarsi dentro il corpo del paziente: la visione è tridimensionale

EMANUELE LAMEDICA



La console

I movimenti del chirurgo vengono convertiti dall'apparecchiatura sul corpo del paziente in gesti millimetrici: un movimento della mano umana di 1,2 cm muove i bracci chirurgici di 1,2 mm

Roma I ricercatori al convegno BioRob: l'arto sarà collegato attraverso elettrodi e fili sottilissimi

La mano bionica comandata dal cervello

Nanotecnologie

Un lombrico artificiale consentirà di rimuovere le forme di tumore fino ad ora inoperabili

ROMA — Una mano bionica guidata direttamente dagli impulsi cerebrali. I fili di trasmissione tra i centri nervosi e la protesi sono sottilissimi e vengono innestati in profondità in modo che tra le due parti si instauri un dialogo più diretto.

L'appuntamento è per il prossimo anno, preannunciano i ricercatori di Friburgo che nel 2013 tenteranno per la seconda volta di restituire un arto alla persona amputata ricorrendo a una struttura meccanica.

È un sistema più evoluto rispetto a quello del 2009, quando un team formato da medici e ingegneri dell'università Campus Bio-medico di Roma e della scuola superiore Sant'Anna di Pisa riuscirono per la prima volta al mondo a mettere in contatto protesi e sistema nervoso.

A Friburgo non escludono che la mano bionica possa essere applicata direttamente sul braccio del paziente. Il Campus è all'avanguardia in questo settore come è apparso evidente nella giornata di apertura di BioRob 2012, il simposio organizzato dall'università romana e Ieee, la maggiore associazione professionale per l'avanzamento in tecnologia.

Circa 500 esperti provenienti da 49 Paesi si sono confrontati sulle tecnologie del futuro studiate per aiutare il medico nel risolvere missioni impossibili. La maggior parte di questi robot potranno probabilmente essere utilizzati tra diversi anni.

Ma se pensiamo che oggi esistono macchine in grado di sostituire il metodo manuale seppure guidate dal chirurgo, non è azzardato

aspettarsi sorprese anticipate.

È in fase sperimentale sugli animali un lombrico robotizzato che consentirà di rimuovere i tumori nelle zone più remote del cervello. I purtroppo frequenti casi di inoperabilità. È grande come una monetina, a forma di vermetto, molto flessibile, capace di insinuarsi dove uno strumento tradizionale non può. Da lui ci si aspetta moltissimo. Rimuovere la malattia senza provocare danni alla parte sana del cervello.

Il paziente non dovrà rischiare limitazioni nel linguaggio e nei movimenti. I risultati dei primi tre anni di test sono stati presentati da Jean Marc Simard, neurochirurgo dell'università del Maryland, specializzato nel pensare «in piccolo». -

L'obiettivo è introdurre il lombrico attraverso un foro minuscolo nel cranio del paziente. Con un joystick il chirurgo lo potrà spostare nelle zone malate seguendo le immagini ottenute con risonanza magnetica. Minir, questo il suo nome, nella sperimentazione è riuscito a eliminare il 95% della massa tumorale.

Mosso dall'entusiasmo del ricercatore, Simard è ottimista. Ritiene che tra 3-5 anni si potrebbe cominciare a provare sull'uomo: «Già sappiamo che il piccolo robot è efficace con il glioblastoma».

Tra i protagonisti di BioRob, Evyron, uno scheletro prodotto nei laboratori del Campus Bio-medico. È una struttura più avanzata rispetto ai modelli proposti da altri centri. La promessa è di far tornare a camminare chi è prigioniero della sedia a rotelle.

Una prospettiva molto interessante soprattutto se si pensa all'invecchiamento della popolazione.

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il prototipo



La sperimentazione

Nel 2009, al Policlinico universitario Campus Bio-medico di Roma è stata sperimentata la mano bionica (foto sopra). Il paziente, in quell'occasione, è riuscito a muovere le dita del prototipo con i soli impulsi cerebrali

I progressi

Un gruppo di ricercatori di Friburgo ha comunicato che entro il 2013 tenterà per la seconda volta di restituire un arto a una persona amputata facendo ricorso a una struttura meccanica



Il robot trapianta un fegato E lo fa da solo

Intervento da record all'Ismett di Palermo
"E' il primo al mondo mai effettuato"

il caso

VALENTINA ARCOVIO

È in una sala operatoria italiana che, per la prima volta al mondo, le braccia meccaniche di un robot hanno sostituito, in tutto e per tutto, le mani di un chirurgo in un intervento su un donatore vivente di fegato.

Il prelievo, e il successivo trapianto, hanno permesso di salvare la vita a un uomo di 44 anni. E' successo all'Istituto Mediterraneo per i Trapianti, l'Ismett di Palermo, dove il robot «Da Vinci» era l'unico a lavorare all'interno dell'addome del paziente.

In passato, alcuni interventi di donazione di fegato da donatore vivente sono già stati eseguiti negli Stati Uniti utilizzando proprio questo robot, ma in quei casi c'era sempre un chirurgo presente accanto a lui.

Questa volta Da Vinci - con il suo carrello, i suoi quattro bracci meccanici e altrettanti strumenti chirurgici - era l'unico vicino al tavolo operatorio. I

medici, quelli in carne e ossa, si trovavano infatti a distanza di qualche metro, davanti a una «console» che ha permesso di avere una visione tridimensionale ingrandita dell'interno della cavità addominale del paziente.

E' da quella postazione che un'équipe formata da decine fra medici e infermieri dell'Ismett, in collaborazione con l'azienda ospedaliera universitaria Cisanello di Pisa, ha guidato le azioni del robot. A ogni comando di un «camice bianco» corrispondeva un movimen-

to in tempo reale del robot, preciso e sicuro.

Per eseguire l'intervento di resezione sono bastati appena cinque fori, più piccoli di un centimetro, ed un'incisione più grande di nove centimetri. Il

paziente è un uomo di 46 anni che ha donato il lobo epatico destro, un pezzettino di fegato, che è stato successivamente trapiantato con successo su suo fratello, affetto da cirrosi epatica.

L'intervento robotico è durato all'incirca 10 ore. «Il decorso postoperatorio di entrambi i fratelli - riferiscono i medici - è stato regolare e senza maggiori complicanze.

Il donatore è stato dimesso dopo nove giorni ed è tornato alle sue normali attività, mentre il ricevente è stato dimesso appena qualche settimana più tardi».

L'utilizzo di Da Vinci ha permesso di associare i benefici offerti dalla chirurgia mini-invasiva tradizionale alla precisione e sicurezza proprie dell'automa che, grazie a strumenti articolati, può compiere movimenti preclusi alla mano del chirurgo. Questo si traduce nella possibilità di eseguire in modo poco invasivo interventi chirurgici anche molto complessi, come il prelievo di una parte di fegato per un trapianto. E allo stesso tempo di ridurre il rischio emorragico durante l'operazione, garantendo anche un rapido recupero al paziente.

«L'impiego nella chirurgia dei trapianti di nuove tecnologie emergenti quali quella robotica - sottolinea Bruno Gridelli, direttore di Ismett - è molto importante, poiché, riducendo il trauma operatorio,

potrà favorire un incremento delle donazioni d'organo da vivente e, quindi, del numero di tra-

pianti. Il trapianto di fegato da donatore vivente effettuato presso l'Istituto mediterraneo rappresenta un importante esempio di fattiva collaborazione tra Centri trapianti

di diverse regioni italiane».

DUE FRATELLI

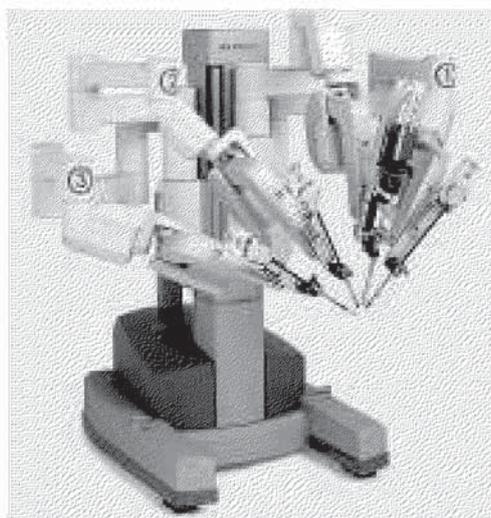
Tessuto espianato da un donatore vivente

GLI SCENARI

«Così si potranno salvare molte più vite umane»



Il robot Da Vinci unica presenza intorno al paziente. I chirurghi l'hanno comandato in remoto tramite una «console»



Chirurgo
Un'immagine del sofisticato robot «Da Vinci» che ha compiuto il prelievo di fegato su un paziente umano vivente

3D
Un rendering del tessuto epatico prelevato e poi trapiantato sul fratello affetto da cirrosi epatica

