

Rassegna del 30/04/2010

REPUBBLICA - Lettera - La pillola contraccettiva e le battaglie dell'Aied - Laratta Luigi

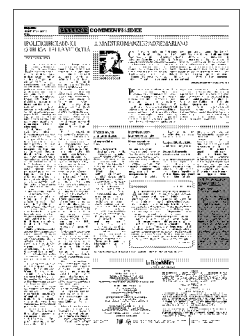
1

LETTERE,

La pillola contraccettiva e le battaglie dell'Aied

Luigi Laratta
 Presidente Nazionale Aied

HO letto con vivo piacere l'ampio spazio che "Repubblica" ha dedicato all'anniversario della nascita della pillola contraccettiva. Se mi è consentito, vorrei ricordare che fu l'Aied quando era in vigore in Italia l'art. 553 del C.P. retaggio fascista, che vietava la propaganda e l'uso di qualsiasi mezzo contraccettivo, pena la reclusione, ad ottenere nel 1971 la sua abrogazione da parte della Corte Costituzionale (alcuni suoi dirigenti si fecero processare). Così come ancora l'Aied, riusciva ad ottenere nell'ottobre 1976, denunciando l'allora ministro della Sanità, la registrazione nel Prontuario Farmaceutico della pillola contraccettiva, fino ad allora boicottata.



Rassegna del 30/04/2010

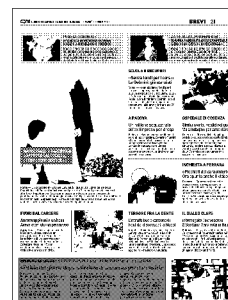
GIORNO - CARLINO - NAZIONE - "Pillola del giorno dopo, obiezione di coscienza per i farmacisti" - ... 1

DISEGNO DI LEGGE LA PROPOSTA DEL PDL: NON SONO MERI ESECUTORI
«Pillola del giorno dopo, obiezione di coscienza per i farmacisti»

Roma — La possibilità per i farmacisti di non dispensare farmaci di contraccezione di emergenza, ma nello stesso tempo obbligo di garantire la dispensazione dei medicinali anche attraverso farmacisti non obiettori presenti nell'organico della farmacia: sono alcuni dei punti del ddl che per la

prima volta prevede il diritto di obiezione di coscienza dei farmacisti per i medicinali di contraccezione di emergenza. «I farmacisti — spiega la senatrice Pdl, Ada Spadoni, che ha presentato il ddl — non possono essere costretti ad agire contro scienza e coscienza. I farmacisti hanno l'obbligo di comunicare la

propria obiezione e devono comunque garantire la dispensazione dei medicinali anche attraverso farmacisti non obiettori presenti. Contraria l'opposizione che, con Ignazio Marino, sottolinea: «E' impossibile immaginare che un farmacista rifiuti un farmaco prescritto da un medico».



Il piano sanitario nazionale. La presentazione del ministro alle Regioni

Fazio: meno letti in ospedale, medici di famiglia a tutto campo

Roberto Turno
ROMA

La premessa: invecchiamento della popolazione, esplosione della non autosufficienza, tecnologie più sofisticate e più costose, imporranno dosi massicce di efficienza per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Insomma: i denari vanno spesi bene. Ed ecco così la ricetta: più cure nel territorio con le reti dei medici di famiglia; meno posti letto e trasformazione dei piccoli (e spesso inutili) ospedali; abbattimento degli sprechi tra farmaci, specialistica, acquisti di beni e servizi, governo del personale. Ma anche nuovo rapporto pubblico-privato e largo all'hi-tech di qualità. Ferruccio Fazio, ministro della Salute, ha presentato ieri ai governatori i progetti in cantiere per disegnare la sanità dell'era federalista.

Va da sé, ha spiegato Fazio nell'illustrare le linee guida dal prossimo Piano sanitario nazionale 2010-2013 - il documento cardine di programmazione sanitaria che ieri ha così iniziato il suo iter concertativo - che federalismo significherà accorciare le distanze abissali tra Nord e Sud e dunque garantire livelli di assistenza uniformi e uguali per tutti. Una scommessa che non si può più perdere. E che rappresenta la sfida lanciata subito da Fazio ai neo governatori ieri riuniti per la prima volta col governo. Riunione pe-

sante, del resto, proprio sulla sanità: col riparto finale dei 105 miliardi del 2010 ma anche col via libera finale al piano per la prevenzione e alla rete organizzativa dei Cup (centri unici di prenotazione delle prestazioni) sovraregionali.

Se il territorio e le cure primarie dovranno essere il baricentro delle cure del futuro, vanno allora rimosse tutte le criticità e le incrostazioni del si-

L'APPORTO DEL PRIVATO

Percorso ad hoc per l'accreditamento delle case di cura di «eccellenza» e budget per il recupero dei ritardi assistenziali

stema sanitario, a partire dalle disomogeneità tra le regioni. Come i ricoveri inutili («inappropriati»), la riduzione dei posti letto prevista dal «patto», l'eccesso di prescrizioni di specialistica. E come le «inefficienze» che restano nelle gare d'acquisto centralizzate, nella distribuzione di e nella prescrizione di farmaci, nella «corretta gestione» del personale. Per i farmaci, del resto, la strada maestra sarà anche l'incremento della distribuzione diretta da parte di asl e ospedali, l'uso corretto dei medicinali prescritti fuori indicazione (*off label*), la promozione dei generici. Ma

anche gli incentivi per introdurre i medicinali innovativi, con interventi per rilanciare la ricerca e attrarre risorse per R&S e le sperimentazioni.

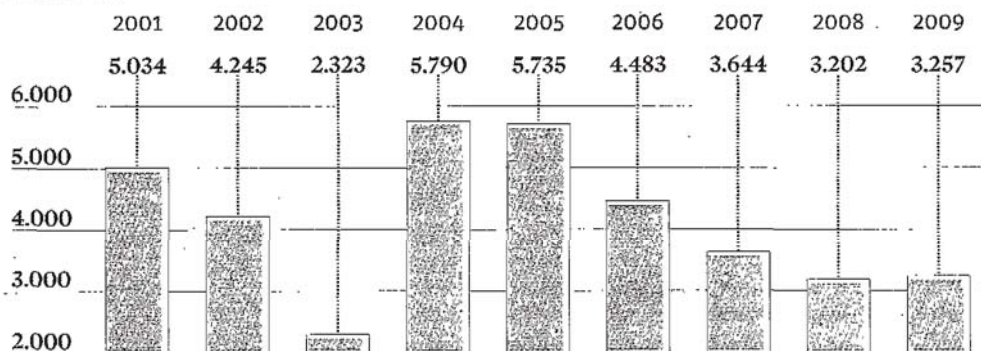
Passaggi decisivi saranno però la «riconversione progressiva dei piccoli ospedali», è la ricetta di Fazio, non più «in grado di dare risposte sanitarie coerenti con la funzione ospedaliera»: potranno diventare «strutture intermedie» con posti letto gestiti anche dai medici di base, punti assistenza aperti 24 ore, poliambulatori, collegati con i servizi territoriali e con le «forme aggregate di assistenza primaria». L'ospedale per acuti dovrà svolgere interventi di alta complessità «in tempi coerenti» ed essere messo in rete con tutte le strutture. Mentre a garanzia dei cittadini andranno rafforzate le garanzie dei diritti e la partecipazione degli utenti così come il ruolo del volontariato.

Novità anche nel rapporto pubblico-privato. Per l'accreditamento delle case di cura si prevede un percorso ad hoc per quelle di «eccellenza», con budget dedicati per le altre per il «recupero dei ritardi assistenziali» riguardo ai viaggi della speranza da una regione all'altra. In sostanza, il privato potrà essere chiamato a soccorrere il pubblico che non ce la fa a garantire nella propria regione le esigenze di cura degli assistiti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I disavanzi del servizio sanitario nazionale

Il dato è in milioni di euro



SALUTE

IL LIBRO BIANCO DELL'ONCOLOGIA

Per sconfiggere IL CANCRO

Aumenta la sopravvivenza ai tumori in tutta Italia. E calano le differenze tra il Nord e il Sud. Grazie a protocolli stringenti e uniformità delle cure

DI AGNESE CODIGNOLA

Ci si ammala di più perché si vive più a lungo e perché lo stile di vita non è certo quello ideale. Ma si sopravvive anche di più, talvolta convivendo tutta la vita con la malattia, talvolta riuscendo ad archiviare come un incidente di percorso che si ricorda nel momento dei controlli. Lo si è scritto, ormai diverse volte. Ma una buona notizia oggi c'è: a battere il cancro non sono più soltanto gli italiani che vivono al Nord, vicino ai grandi centri di eccellenza, nelle regioni virtuose. Intendiamoci, non staremo qui

a negare che ci sono delle differenze; o a suggerire che il meridione d'Italia si sia allineato a Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia. Anzi, è ben noto che soprattutto nelle regioni afflitte dai budget in super rosso (Campania, Lazio, Sicilia, Calabria, Abruzzo, Molise) i tagli stanno devastando ulteriormente un'assistenza sanitaria che già faceva acqua da tutte le parti. Ma se si guarda all'oncologia, il quadro sfuma. E i dati messi in fila dai biostatistici non lasciano dubbi: la sopravvivenza aumenta, in tutto il Paese. Come è stato possibile?

Una risposta molto concreta la offre il Libro Bianco dell'Oncologia Italiana, rac-

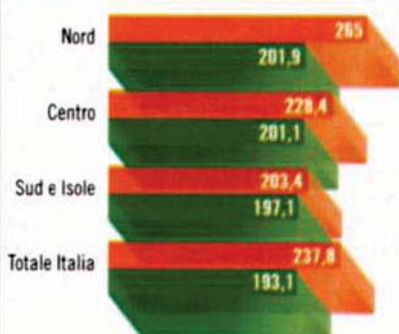


colto per la quarta volta dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) con il supporto di Novartis Oncology: una fotografia completa di cosa si può trovare in ogni centro ospedaliero d'Italia, dalle meraviglie dei grandi nosocomi del Nord alla modestia degli ospedaletti di Puglia. Ancora, è inutile negare le differenze; basta guardare ai finanziamenti per la ricerca: se nel Nord sono quasi una su due (il 54 per cento) le strutture che ricevono finanziamenti, al Centro sono meno di una su quattro (il 24 per cento) e al Sud il 23 per cento. Ma a stupire è la capillarità dell'assistenza. Che mette a disposizione dei malati in maniera molto più omogenea rispetto al passato farmaci, strumenti diagnostici, tecniche radioterapiche e tutto quanto serve per assistere un malato di tumore. Non solo: l'oncologia è for-

Il riscatto del Sud

Mortalità per tutti i tumori negli uomini

(tasso medio standardizzato: morti ogni 100.000 abitanti fra 0 e 84 anni) ■ 1990-99 ■ 2000-09

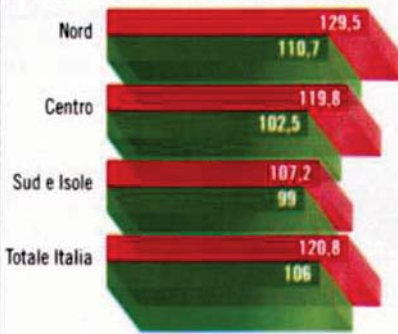


Fonte: Rapporto Osservatorio salute 2009

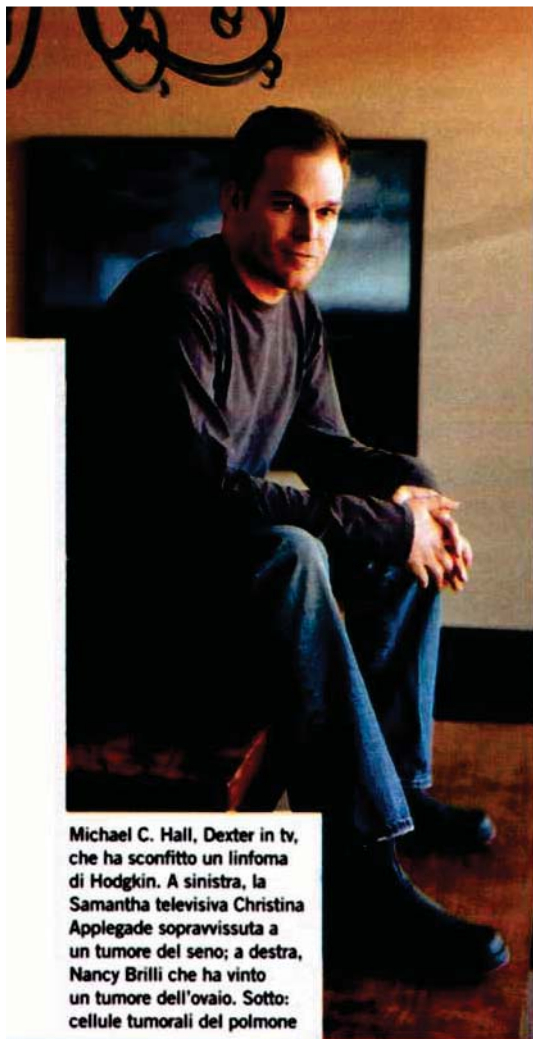
La speranza è donna

Mortalità per tutti i tumori nelle donne

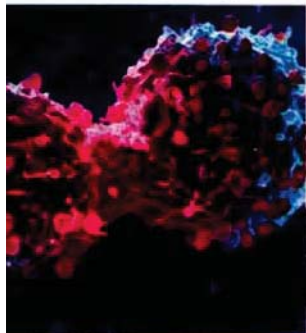
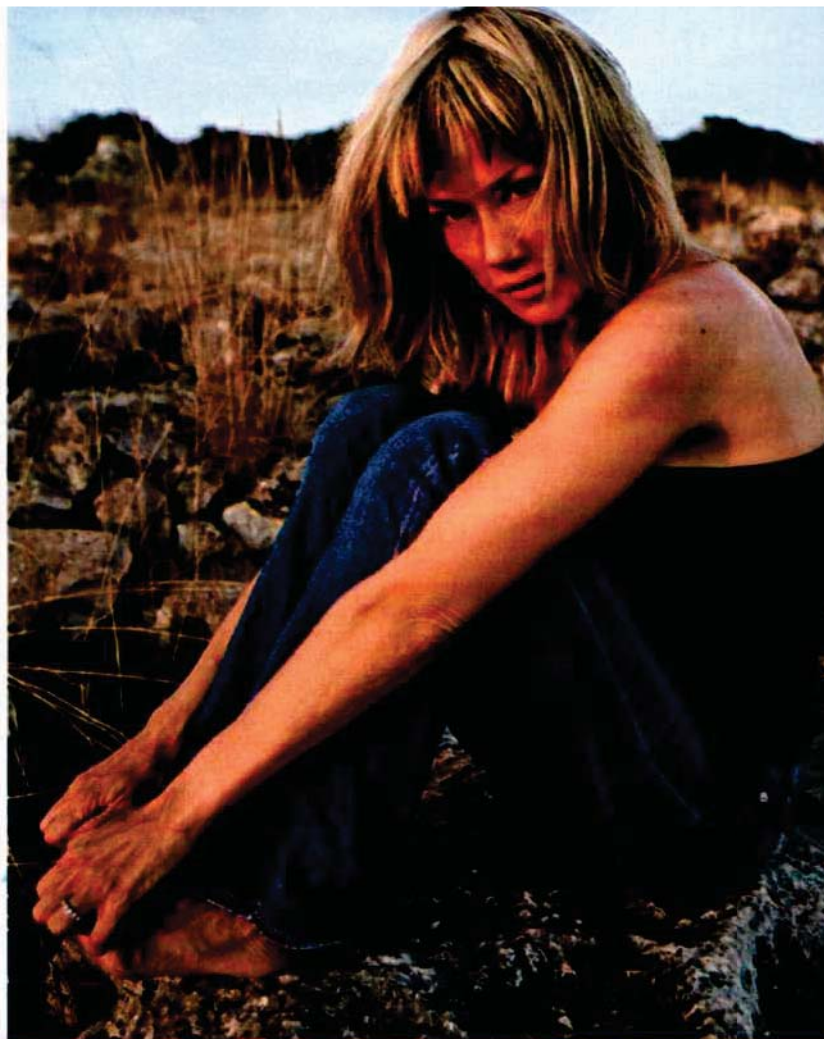
(tasso medio standardizzato: morti ogni 100.000 abitanti fra 0 e 84 anni) ■ 1990-99 ■ 2000-09



Fonte: Rapporto Osservatorio salute 2009



Michael C. Hall, Dexter in tv, che ha sconfitto un linfoma di Hodgkin. A sinistra, la Samantha televisiva Christina Applegate sopravvissuta a un tumore del seno; a destra, Nancy Brilli che ha vinto un tumore dell'ovaio. Sotto: cellule tumorali del polmone



Un'azalea per la ricerca

La vendita di azalee per finanziare l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) il 9 maggio è tradizionalmente dedicata alle neoplasie femminili. Quest'anno, insieme all'azalea, è offerto un opuscolo informativo che affronta specificamente il tumore al polmone e quello del colon retto in forte crescita tra le donne. Le 650 mila piante distribuite in 3.500 piazze al costo di 15 euro l'una serviranno a finanziare l'attività di due laboratori diretti da giovani donne: uno all'Ospedale pediatrico Gaslini di Genova e uno all'Istituto Campus di Milano. Per informazioni: sito www.airc.it, o il numero verde 840 001 001

zare i costi ha contribuito alla crescita della "piccola" Italia dell'oncologia. Come dimostra il continuo sviluppo delle certificazioni di qualità che per prima l'oncologia ha introdotto nelle sue strutture: dal 35 per cento del 2005 siamo infatti ormai al 51 per

se la più standardizzata delle pratiche cliniche. È la medicina dei protocolli per definizione: magari non sarà l'ospedale di Gela a scrivere le nuove linee guida per la cura di questo o quel tumore, ma l'oncologo di Gela ce le ha in mano. E se non è un incompetente e gli danno in mano i presidi giusti, non potrà che applicarli.

Come spiega Carmelo Iacono, presidente dell'Aiom: «Gli oncologi sono stati educati a ragionare e a muoversi secondo procedure e protocolli sperimentati.

Sanno che devono agire in base a iter standardizzati e di dimostrata efficacia. Questo fattore, insieme ai finanziamenti degli ultimi anni e alla necessità di razionalizzare le spese, ha reso più semplice il raggiungimento di standard elevati anche nei centri più periferici e sta contribuendo in maniera determinante a colmare il gap che c'era, e che in parte c'è ancora, tra le diverse aree del Paese». Insomma, secondo Iacono, paradossalmente, persino la necessità di razionaliz-

zazione è in aumento costante.

Mentre i "viaggi della speranza" all'estero sono diminuiti in dieci anni del 90 per cento, a dimostrazione di quanto si sia standardizzata la cura del cancro in Europa, resta forte il fenomeno delle migrazioni sanitarie che portano gli italiani del Sud a curarsi nei grandi centri del Nord. E gli imputati di questo strazio sono le liste d'attesa in chirurgia e la costante carente situazione delle radioterapie. La ▶

SALUTE

Emergenza in corsia

Quanti sono i malati di cancro in Italia nel 2008 e, a fianco, il numero dei nuovi casi l'anno

REGIONI	Numero di malati	Nuovi casi
Piemonte	164.958	22.226
Valle d'Aosta	4.673	615
Lombardia	354.585	45.602
Trentino Alto Adige	30.615	4.170
Veneto	161.688	20.640
Friuli Venezia Giulia	49.228	6.299
Liguria	64.855	8.535
Emilia Romagna	152.882	20.242
Toscana	130.408	17.500
Umbria	29.939	4.229
Marche	50.061	6.921
Lazio	182.207	24.585
Abruzzo	28.488	4.729
Molise	7.273	1.201
Campania	131.840	22.508
Puglia	86.975	14.249
Basilicata	13.326	2.355
Calabria	39.095	6.565
Sicilia	90.705	15.991
Sardegna	38.780	6.481
ITALIA	1.812.091	255.643

Fonte: Istituto superiore di sanità

radioterapia e le tecniche radiologiche per la diagnosi sono infatti ancora oggi lacunose in alcune aree, ma comunque in forte recupero rispetto al passato: se nel 2001 le apparecchiature necessarie erano presenti nel 46 per cento delle strutture, ora lo sono nel 60 per cento. Va meglio per le Pet, che sono passate dal 10 al 30 per cento, e per scintigrafie e risonanze magnetiche, cresciute dal 36 al 61 per cento. Sottolinea Iacono: «Da un lato sono aumentati i finanziamenti (anche europei) dedicati proprio a far crescere il numero di apparecchi al Sud, e dall'altro è cambiata la filosofia che ispira le pianificazioni: se prima si tendeva a creare grandi aggregati nelle città, con una sovrabbondanza di offerta in certi luoghi e gravissime carenze in altri, adesso si cerca di mettere più radioterapie possibili nel territorio, in modo che ogni centro possa offrire ai pazienti quella che abbiamo chiamato normalità assistenziale, cioè tutto ciò di cui hanno bisogno.

In attesa che anche le radioterapie siano omogenee da Torino a Trapani, va detto che superati i due momenti topici dell'iter terapeutico, chirurgia e, se serve, radioterapia, la maggior parte degli italiani rie-



Cellule tumorali della prostata. A destra: Rod Stewart che ha battuto il cancro alla tiroide; sotto: intervento chirurgico. Nel box: Umberto Veronesi

sce a trovare assistenza a casa sua sul piano delle terapie farmacologiche. In questo senso un indicatore significativo è quello del cosiddetto "File F", un protocollo introdotto qualche anno fa con lo scopo di agevolare la somministrazione di farmaci chemioterapici a domicilio: se nel 2005 era attivo solo in un centro su due, oggi funziona in tre centri su quattro. Per questo si deve ringraziare la crescente disponibilità di farmaci da assumere per bocca. Tuttavia le terapie domiciliari richiedono un notevole sforzo organizzativo, e la loro diffusione dimostra che l'integrazione tra strutture e territorio sta funzionando sempre di più.

«L'obiettivo è far sì che ogni unità di oncologia dia a ciascun paziente la cura giusta al momento giusto e nel posto giusto, cioè vicino a casa: solo così si può garantire al contempo la presa in carico globale della persona malata, la tutela dei medici e della struttura da eventuali accuse di malpractice, e l'utilizzo razionale delle scarse risorse», spiega Iacono.

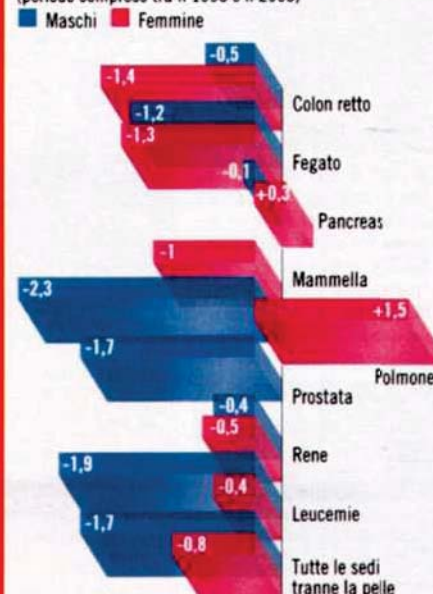
Nel mirino degli oncologi medici c'è la quotidianità: se il cancro è diventato una malattia cronica, ogni angolo del Paese deve attrezzarsi per monitorare e assistere il malato nel corso degli anni. «Si deve dare a ogni malato, ogni giorno e in ogni situazione, il massimo possibile, e considerare ogni scollamento da questa impostazione un vero e proprio reato. Quando la normalità sarà tale ovunque, non sarà più necessario cercare il centro d'eccellenza, perché l'eccellenza sarà la norma», aggiunge Iacono.

Per favorire la crescita complessiva, quasi



Scacco ai big killer

Calo della mortalità per alcuni dei principali tumori (periodo compreso tra il 1998 e il 2005)



Fonte: Associazione Italiana dei Registri Tumori

tutte le regioni hanno creato una rete oncologica o si apprestano a farlo, dando vita a complessi sistemi di integrazione dell'assistenza in modo da ridurre al minimo le attese, i doppiopioni, gli esami e le terapie inutili, gli sprechi di denaro; l'obiettivo finale è quello di creare una rete delle reti, per agevolare ulteriormente il funzionamento del sistema su base nazionale.

E in questa rete trova sempre maggiore spazio, sia pure con lentezza, il riconoscimento del diritto alla riabilitazione, un tempo rivolta quasi esclusivamente alle donne che avevano subito l'asportazione della mammella e ora estesa a molti altri tipi di mala-

Foto: Corbis, J. Collins - Corbis / Outline, A. Scattolon - A3, Sarchielli - Contrasto

ti quali quelli operati per un tumore alla laringe, al polmone, al colon e così via: se nel 2001 solo il 4,6 per cento delle strutture poteva offrire un servizio degno di questo nome, ora siamo a più del 40 per cento, e anche qui il trend è positivo.

La mole di malati ed ex malati che si controllano e chiedono assistenza è tale che senza un'organizzazione svizzera il sistema si scompagina. E anche a questo servono le

Linee Guida dell'Aiom: un documento fondamentale, perché ogni oncologo vi trova le indicazioni per procedere secondo percorsi di dimostrata efficacia, standardizzati e accettati in tutto il Paese. Scritte da quasi 130 specialisti, le 22 indicazioni per tipo di tumore sono state sottoposte al giudizio di 29 società scientifiche e alla revisione di 88 esperti: se gli specialisti di ogni angolo d'Italia le seguono, le probabilità di sba-

gliare sono davvero basse.

Certo, poi resta il cancro. Che è una malattia troppo spesso mortale. Contro cui nessuno può nulla. E la spettacolarizzazione di risultati della scienza, che ci sono ma non riguardano tutti i malati, ha generato forse troppe speranze. I mattoni di una buona organizzazione possono molto, per dare concretezza agli exploit della medicina di punta. ■

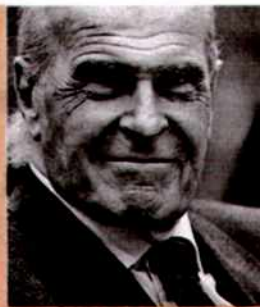
Ecco la sentinella della vita

DI UMBERTO VERONESI

Ricordate il linfonodo sentinella, la metodica che abbiamo messo a punto all'Istituto Europeo di Oncologia all'inizio degli anni Novanta e che ormai, adottata in tutto il mondo, permette di effettuare in tutta sicurezza un intervento conservativo per tumore della mammella? Adesso, proprio in prossimità del tradizionale appuntamento annuale con l'Azalea della Ricerca dell'Airc, sono felice e orgoglioso di annunciare che abbiamo compiuto un altro passo avanti nella chirurgia dalla parte delle donne: se il linfonodo sentinella dà il via libera, non vi è alcun bisogno di togliere i linfonodi che si trovano sotto l'ascella. Si risparmia così alle donne una fastidiosa conseguenza, il gonfiore del braccio chiamato linfedema. Il lavoro scientifico in cui lo dimostriamo è appena stato

pubblicato dall'autorevole rivista internazionale "Annals of Surgery", e dà conto di un studio che abbiamo condotto su donne operate tra il 1998 e il 1999: dopo dieci anni dall'intervento conservativo, cioè senza svuotamento del cavo ascellare, la sopravvivenza è stata del 93,5 per cento contro l'89,7 del gruppo di donne alle quali erano stati tolti i linfonodi. È stato raggiunto e reso realtà l'obiettivo che ci siamo prefissi fin dagli anni '60: guarire il tumore con il "minimo trattamento efficace". In quegli anni la chirurgia era aggressiva e mutilante, e la parola d'ordine per affrontare il cancro era quella di applicare il "massimo trattamento tollerabile". Una donna con tumore al seno non solo incorreva automaticamente nell'asportazione dell'intera mammella e nella dissezione

dell'ascella con rimozione di tutti i linfonodi, ma spesso veniva cancellata come donna: nella convinzione che azzerando la produzione di ormoni si potessero più facilmente evitare le recidive, perdeva sul tavolo operatorio anche le ovaie, e in certi casi anche i surreni e l'ipofisi. Se guardo indietro negli anni a tutte le donne che ho conosciute nella mia lunga carriera, e di cui ho condiviso la speranza e la storia, non posso che essere felice di aver creduto nel cambiamento, e di aver lavorato per ottenerlo.



Ricordo le tante mie pazienti, anche anziane, che chiedevano con fervore l'intervento di ricostruzione della mammella, o le ricordo in palestra mentre facevano ginnastica riabilitativa per curare il gonfiore del braccio e recuperare movimenti più agevoli. Mi disse una di loro, sorridendo: «Ecco, vede? Ora posso servirle il caffè senza far tremare la tazzina». La "sentinella veglia su una lunga vita" è il motto che l'Airc ha trovato per sintetizzare i progressi compiuti dalla chirurgia del tumore del seno. Il primo passo è stato l'identificazione di lesioni mammarie a uno stadio sempre più precoce. Il secondo passo, davvero risolutivo, è stata la scoperta di procedure diagnostiche affidabili per valutare lo stato dei linfonodi ascellari. Per capire meglio, non è inutile spiegare in sintesi di che si tratta. Nell'ascella sono presenti dei linfonodi, e il primo che riceve la linfa proveniente dall'area in cui è situato il tumore è il linfonodo da esaminare. Grazie a una piccola dose di tracciante radioattivo iniettato durante l'intervento si riesce a visualizzare con sofisticate tecnologie il linfonodo più radioattivo, battezzato "sentinella". Lo si rimuove, lo si manda in laboratorio e in poco più di mezz'ora si ha il responso

dell'esame istologico, mentre l'intervento va avanti. Se questo linfonodo è negativo, si può stare tranquilli: basta asportare il tumore, e non c'è bisogno di procedere alla dissezione dell'ascella.

È la risposta che la scienza di oggi dà ai tanti tentativi fatti in passato per capire la natura dei tumori e per ottenere la guarigione dei malati.

«Non è mai abbastanza presto per asportare un tumore del seno»: così si esprimeva la grande "Encyclopédie" di Diderot e di d'Alembert, in un articolo che si può attribuire a Diderot stesso, come tutti quelli non siglati in calce da altri autori. Il problema di ottenere la guarigione definitiva si scontrava fin da allora con la possibilità che «nonostante tutte le precauzioni che possa prendere un abile chirurgo, può darsi che siano rimasti ancora dei punti skirroso che bisognerà in seguito asportare». Per skirro, nel linguaggio medico della metà del Settecento, s'intendeva un tumore formato da tessuti molto induriti, e Diderot scriveva: «Allora non è affatto una rigenerazione del cancro, è una nuova malattia della stessa natura della prima, prodotta da un germe locale, un virus canceroso dell'esistenza del quale non tutti sono persuasi». Come si vede, Diderot non era andato molto lontano dall'ipotizzare i meccanismi della metastasi, che sono stati svelati solo in epoca moderna, quando alla fine dell'Ottocento il chirurgo americano William S. Halsted fu il primo ricercatore a formulare l'ipotesi della diffusione per via linfatica del tumore. La metodica del linfonodo sentinella ne è per ora l'ultimo sviluppo.

BONADONNA

**Dall'adriamicina
alla nascita
dell'oncologia
medica a Milano**

Luisa Romagnoni

«Volevo dare battaglia al cancro. E con questo spirito è cominciata la mia storia e quella di una squadra straordinaria». Così Gianni Bonadonna, oncologo di fama mondiale, primario emerito della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (Int) e presidente della Fondazione Michelangelo Onlus, scrive nella premessa del suo ultimo libro «Una guerra da vincere» (Editore Guerrini e Associati, 2010, pagine 304).

Nel volume sono raccolti contributi di oltre venti protagonisti della ricerca e della cura dell'Istituto Nazionale dei Tumori, che rievocando esperienze personali, fanno soprattutto il punto sugli avanzamenti dell'oncologia in ambito diagnostico, chirurgico e farmacologico. Tante battaglie combattute contro il cancro, condotte da una straordinaria squadra, costruita nel tempo da Bonadonna ed alla quale va il merito di aver contribuito, negli ultimi 30 anni, a far diventare l'Istituto dei Tumori di Milano, eccellenza oncologica a livello mondiale. Qualche numero per sottolineare quanto la struttura di via Venezian, oggi più che

mai, sia un punto di riferimento nella cura del cancro:

il 37 per cento dei

pazienti in cura arriva da fuori regione e il 15 per cento dei bambini, colpiti da patologie oncologiche e provenienti da tutta Italia, passa dall'oncologia pediatrica dell'Int.

A Bonadonna va il merito delle ricerche riguardanti le prime valutazioni cliniche sull'efficacia dell'adriamicina (a fine anni '60), oltre a vari studi sulla chemioterapia adiuvante nel carcinoma mammario e nel trattamento del linfoma di Hodgkin. «Ma il suo contributo più grande lo ha dato con i suoi insegnamenti sul rapporto medico-paziente e sui limiti della moderna organizzazione», sottolinea Gerolamo Corno, direttore generale della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (nella foto). «L'umanizzazione verso il paziente e il lavoro di squadra, sono elementi che da sempre connotano il nostro Istituto a livello scientifico. Importante però è anche immedesimarsi nel ruolo del paziente, per meglio capire i suoi disagi, le sofferenze e cercare soluzioni per ridurgli al minimo le difficoltà. In merito l'Istituto ha recentemente deciso di realizzare un residence in un immobile attiguo, affinché il paziente durante il ciclo di terapia possa soggiornare con i suoi cari e avere meno inconvenienti ed esborsi importanti». Anche il personale all'Int è sensibilizzato all'accoglienza. I progetti di formazione attivi sono circa 200



Ecco i risparmi della "spesa standard"

SIMULAZIONE. Nella sanità la riforma potrebbe valere un taglio di un 2,7 miliardi.

■ In attesa del 30 giugno, quando il governo dovrà presentare al Parlamento la stima sull'impatto finanziario del federalismo fiscale, «è difficile fare valutazioni», secondo Alberto Zanardi, economista dell'università di Bologna e fra i massimi esperti di federalismo.

In attesa dei decreti attuativi e della attesa "operazione trasparenza" da parte del Governo, uno studio elaborato da Zanardi assieme ai colleghi Giampaolo Arachi dell'università del Salento e di Vittorio Mapelli della Statale di Milano, ha già svolto qualche previsione in base agli scarsi dati disponibili. In particolare, su una delle voci più onerose del bilancio dello Stato, quello della sanità.

Il testo formula alcune simulazioni sugli effetti redistributivi tra Regioni e Comuni dei sistemi di finanziamento e perequazione previsti dalla delega. Com'è noto, per quanto riguarda le Regioni, la riforma prevede che siano decise in base alle funzioni. La parte da leone delle spese dei governatori discendono dai cosiddetti "Lep", i livelli essenziali delle prestazioni, che includono

la sanità e l'assistenza.

La riforma prevede che siano finanziati in base a tributi propri regionali (tra cui in una prima fase l'Irap), l'addizionale regionale Irpef e la compartecipazione all'Iva e attingendo a un fondo perequativo (che sarà anch'esso finanziato in base alla compartecipazione Iva) che garantisca i fabbisogni standard di ogni Regione.

La grande novità che cambierà direzione ed entità dei flussi è il metodo di calcolo dei fabbisogni, che passerà dai livelli storici a quelli standard. Questo vuol dire che sarà introdotto un metodo di calcolo delle risorse finanziarie indispensabili per ogni Regione in base a obiettivi e costi unitari finalizzati ad aumentare l'efficienza e l'efficacia facendo riferimento agli esempi più virtuosi.

La conseguenza, naturalmente, è che il nuovo calcolo «potrebbe comportare un diverso livello di risorse complessivamente attribuite all'insieme delle Regioni e una diversa distribuzione delle risorse tra Regioni». Cambierà la mappa delle risorse attribuite dallo Stato alle Regioni.

Per quanto riguarda la sanità, in sostanza, chi avrà costi troppo alti per posto letto dovrà tagliare la spesa o aumentare le tasse. Chi spende troppo, dovrà affrontare i propri elettori e spiegarli che le imposte cresceranno perché un ricovero costa il doppio che in un'altra Regione. E, in casi estremi, se il deficit sanitario perdura, lo Stato continuerà ad avere margini per «sostituirsi» all'amministrazione regionale, spiega Zanardi. In pratica, per commissariarla.

La simulazione di Arachi, Mapelli e Zanardi ha lo scopo di rendere un po' più sofisticato il "benchmarking" della spesa sanitaria rispetto a quanto fatto e letto finora, visto che «il sistema della media delle tre Regioni con spesa pro capite più bassa non tiene conto del fatto che i bisogni sanitari possono essere, in realtà, modulati diversamente, in modo più sofisticato». Lo spirito dell'esercizio, aggiunge, «scaturisce dalla reazione a una ipersemplificazione - quella del costo standard - che non esiste, ad esempio, in altri paesi».

Le stime dello studio si basa-

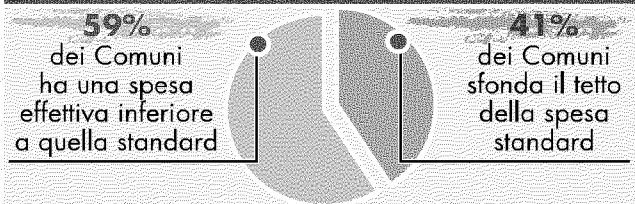
no sulla spesa sanitaria del 2007, circa 103 miliardi di euro. Il costo medio per ricovero è risultato di 5.179 euro, con un minimo di 3.701 euro in Sicilia, 4.248 in Liguria, 4.253 in Basilicata e un massimo di 7.376 euro a Bolzano, 5.798 in Veneto e 5.783 in Lazio. I risparmi di spesa della riforma oscillerebbero, secondo i tre studiosi, tra 2,7 miliardi con la mera applicazione del costo standard e i 7,590 miliardi includendo anche sulle quantità di consumo, agendo sui tassi di ospedalizzazione e sui farmaci.

Altre due importanti novità sarebbero in ogni caso l'esplicitazione dei costi sanitari delle Regioni e la possibilità di un monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Questi due profili, si legge nello studio, «potrebbero far emergere, finalmente, la responsabilità delle Regioni nell'erogazione dei Lea e, soprattutto, dare certezza ai cittadini sui loro diritti per un'adeguata assistenza». Per i cittadini, l'imperativo sarà quello di rimanere vigili su eventuali impennate delle tasse in busta paga.

T.M.



FEDERALISMO: CHI SFORA IL TETTO

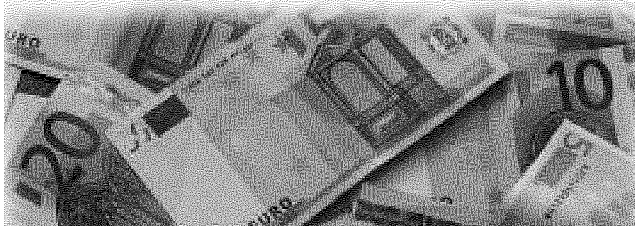


REGIONI CON LA MAGGIOR PARTE DI COMUNI CHE SUPERA LA SPESA STANDARD

Basilicata	63,57%
Campania	55,71%
Emilia Romagna	55,12%
Toscana	51,93%
Lombardia	51,56%

REGIONI CON LA MAGGIOR PARTE DI COMUNI CHE HANNO UNA SPESA MINORE A QUELLA STANDARD

Liguria	78,21%
Veneto	77,76%
Puglia	76,64%
Piemonte	70,35%
Umbria	64,13%
Calabria	59,75%
Molise	59,06%
Marche	54,47%



Fonte: ISAE

P&G Infograph

Sanità, niente invasioni di campo delle regioni

Una legge regionale non può prevedere l'inquadramento dei medici incaricati nel servizio sanitario della regione. Né questi sanitari, in particolare quelli addetti all'emergenza, possono diventare di ruolo per il semplice fatto di aver svolto attività per più di cinque anni. Serve il concorso. Lo ha stabilito la Corte costituzionale che, con la sentenza n. 149 di ieri, ha dichiarato l'illegittimità di due norme contenute nella legge della Regione Calabria, la n. 46 del 2008. In particolare sono caduti sotto la scure del giudice delle leggi gli articoli 1, 7, 8 e 9. I motivi sono legati essenzialmente all'ingerenza delle disposizioni in una materia, la sanità, gestita da leggi statali, soprattutto con riguardo al contenimento della spesa pubblica. Insomma, secondo il

Collegio, almeno sul primo fronte, «la norma regionale censurata, disponendo lo stabile inquadramento dei medici incaricati nei ruoli della regione, ha di fatto trasformato, all'interno della Regione Calabria, rapporti parasubordinati in rapporti di lavoro subordinato e a tempo indeterminato. Tale disciplina è chiaramente lesiva delle competenze legislative statali in materia di coordinamento della finanza pubblica». In realtà, come chiarito di recente, «spetta al legislatore statale il compito di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria (sentenza n. 203 del 2008)». Sul secondo fronte la Corte ha invece precisato che il passaggio dei medici incaricati a medici di ruolo deve sempre avvenire con un concorso pubblico non essendo suffi-

ciente l'esperienza lavorativa maturata dal camice bianco. Con un'altra sentenza di ieri (la n. 150) la Consulta ha ribadito che la stabilizzazione di personale dirigenziale medico, assunto a tempo determinato, non può che avvenire per concorso pubblico. Ecco perché la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità degli artt. 1, comma 1, 3, 4 e 18 della legge della regione Puglia 23 dicembre del 2008, n. 45 che derogavano a tale principio.

Visite fiscali. Illegittima la legge della Valle d'Aosta che prevede la visita fiscale per i dipendenti regionali che si assentano anche per un solo giorno. Lo ha sancito la Corte costituzionale con la sentenza n. 151 del 29 aprile 2010.

Debora Alberici



REGIONE LIGURIA

BURLANDO E L'INCUBO SANITÀ

In tutte le Regioni si litiga per fare l'assessore alla Sanità. In Liguria invece no. Nessuno vuole la poltrona di Claudio Montaldo, politico del Partito democratico «orgoglioso di non essere un tecnico». Nel 2005, quando divenne assessore, scoprì che Sandro Biasotti gli aveva lasciato un buco da mezzo miliardo, che è costato l'aumento dell'Irpef regionale e un duro piano di rientro.

La giunta guidata da Claudio Burlando ha riportato i conti in ordine, ma forse nell'ultimo anno qualcosa è scappato di mano. Dieci giorni prima delle elezioni, quando lo sfidante "di ritorno" Biasotti ha sostenuto che c'era di nuovo il buco, Burlando negò. Una settimana dopo il voto, però, Montaldo e Bur-

lando hanno ammesso che il rosso c'è, pur dandone la colpa a «minori trasferimenti da Roma» e al noto problema dell'elevata età media dei liguri. Ora il deficit pare sia di 250 milioni e Burlando ha varato in fretta una manovra di risparmi da 150 milioni, per rientrare entro l'estate sotto il 5 per cento del rapporto deficit-fondo sanitario. Se i conti non miglioreranno, la



Liguria rischia di essere intorno al 7-8 per cento e di farsi commissariare da Giulio Tremonti. E così, mentre Burlando si arrovela sulla giunta, l'unico assessore sicuro è proprio Montaldo. A Genova lo chiamano il Cireneo. E a Roma, forse, si fregano le mani all'idea di poter commissariare l'ultimo baluardo del centrosinistra al Nord.

T. M.

Chi recluta I piani di Coop, Auchan, Il Gigante, **Dompé**, J&J, Chiesi e Medtronic

Laureati in farmacia Il mercato ne cerca 1.500

Le stime di Unioncamere e le selezioni delle aziende

Finalmente una preparazione che funziona nonostante la crisi e che anzi, negli ultimi anni grazie anche alla liberalizzazione della vendita dei farmaci da banco, ha dimostrato di garantire numerose opportunità. Lavorano intensamente, anche con le aziende, gli uffici placement delle università. "La preparazione dei nostri laureati è poliedrica e non si esaurisce nella tipica professione del farmacista — conferma Adele Lucchelli, docente delegata per l'orientamento della facoltà di Farmacia dell'università di Pavia — e trova sbocchi interessanti anche nelle aziende nel marketing e nelle vendite, e più nello specifico nel marketing access per favorire il dialogo e confronto con le strutture pubbliche e nel settore regolatorio". Conferme anche dall'università degli studi di Milano, il cui 50% dei laureati trova inserimento nel marketing/commerciale e nella ricerca e produzione. Purtroppo però le esigenze aziendali sono disattese quasi nel 35% dei casi mentre si stima la necessità di inserire 1.560 laureati in farmacia (dati ultimo rapporto Unioncamere).

Coop ne cerca almeno 10 (ne ha già inserito 280) per la gestione dei corner salute, e altri conta di assumerne prossimamente per la gestione del turn over e per le nuove aperture che richiedono come minimo tre farmacisti per sede. Li seleziona neo e non, iscritti all'ordine professionale per contratti a tempo indeterminato (www.e-coop.it). Intensa la ricerca anche da parte di **Obiettivo Lavoro** che ha aperte 20 posizioni ma è molto ottimista sulle prospettive dato che nei primi tre mesi dell'anno ne ha già inseriti 123. Le opportunità riguardano principalmente la

grande distribuzione (per esempio **Auchan** e **Il Gigante**) e le parafarmacie.

Interessanti occasioni però "fuori dal banco" in **Dompé**. Sono infatti aperte due ricerche nell'ambito della direzione medica: un trainer scientifico formatore di tutte le risorse interne ed esterne con tre anni di esperienza e un medical manager junior che curi i rapporti con i centri di ricerca e gli opinion leader. Mancano poi il direttore marketing dirigente della linea Primary care e un regional affair manager (ne sono stati appena inseriti 8) che si occupi delle relazioni con le istituzioni e il mondo ospedaliero. Possibilità sempre aperte nel commerciale. **Dompé** offre anche interessanti opportunità di stage remunerati (selezione.farmaceutici@dompe.it). Venti neolaureati in farmacia, economia ed in ingegneria, per i quali c'è una preferenza, per **Medtronic**, per supportare il personale medico nell'impianto dei dispositivi (www.medtronic.com). Punta poi sui giovani **Johnson & Johnson Medical**, per stage. E quattordici sono le posizioni aperte nelle vendite (www.jnjmedical.it). Mentre **Chiesi Farmaceutici** si focalizza sulla ricerca e sviluppo e cerca 13 laureati in farmacia e ctf, junior e senior oltre a due specialisti per il corporate marketing e il corporate regulatory affairs (www.chiesigroup.com). Ma non basta: anche l'estero "invidia" i nostri farmacisti. Dal Regno Unito arrivano 170 richieste, con alloggio incluso per le prime quattro settimane del corso di formazione necessario per operare nel Paese (www.provincia.milano.it/lavoro).

Luisa Adani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10

Le figure ricercate da Coop per la gestione dei corner salute. Altri potranno essere presto assunti per affrontare il turn over e per le nuove aperture

20

i neolaureati in farmacia, economia ed in ingegneria ricercati da Medtronic per supportare il personale medico nell'impianto dei dispositivi

13

i laureati in farmacia e Ctf, junior e senior, ricercati da Chiesi Farmaceutici, oltre a due specialisti per il corporate marketing e il corporate regulatory affairs





Coop cerca almeno 10 laureati in Farmacia per i corner salute

Master Il corso «Scienziati in azienda» organizzato da Istud. L'offerta a Bologna e in Sda Bocconi Quattro posti di lavoro per ogni diplomato

Nel caso dei laureati in farmacia, chimica e Ctf, un master o un corso di specializzazione postuniversitario può servire per focalizzarsi sul mondo aziendale. Interessante a questo proposito il percorso Scienziati in azienda, organizzato da Istud e ormai arrivato alla sua undicesima edizione, che si rivolge a laureati in materie scientifiche a indirizzo medico-biologico e farmaceutico che desiderano sviluppare una preparazione ad hoc per operare in aziende farmaceutiche e biomedicali. "Molto buoni i risultati di assorbimento dei diplomati da parte del mondo del lavoro, con un rap-

porto di 4 richieste per ogni partecipante" ci dice Luigi Reale della divisione Sanità di Istud. Selezioni aperte in questi giorni e ci sono alcune borse di studio parziali e totali fra cui due al 100% offerte da Johnson&Johnson Medical e da Chiesi Farmaceutici.

Altro percorso da valutare è il master di secondo livello organizzato dall'università di Bologna "Valutazione dei farmaci e farmacoepidemiologia", con approfondimenti di farmacoeconomia, legislazione e farmacovigilanza. Buone le op-

portunità soprattutto nell'ambito delle aziende pubbliche. Da segnalare poi l'offerta di formazione e specializzazione proposta dalla Sda Bocconi, sviluppata, tra l'altro, secondo gli indirizzi del Cergas (Centro ricerche sulla Gestione dell'assistenza sanitaria e sociale), dall'Executive master in Management delle aziende sanitarie e socio-assistenziali. Infine "Sviluppo preclinico e clinico del farmaco: aspetti tecnico-scientifici, regolatori ed etici" è il master organizzato a Roma dall'università Cattolica destinato a chi opera nelle direzioni ricerca e sviluppo.

L. Ad.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ateneo



Ivano Dionigi, rettore dell'università di Bologna. Il master di secondo livello organizzato

dall'università emiliana in «Valutazione dei farmaci e farmacoepidemiologia» offre approfondimenti di farmacoeconomia, legislazione e farmacovigilanza.

170

le richieste dal Regno Unito per specialisti in farmacia, con alloggio incluso per le prime quattro settimane del corso di formazione per operare nel Paese

100%

la copertura delle due borse di studio offerte da Johnson&Johnson Medical e da Chiesi Farmaceutici per il corso «Scienziati in azienda»



Psichiatria**Tanti farmaci, poche novità****di Michele Tansella***

Secondo l'Oms, nelle persone di 15-44 anni, la depressione e l'abuso di sostanze causano il 50 per cento della disabilità dovuta alle malattie. Che fare per diminuire quest'enorme impatto? Da un lato si devono applicare rapidamente alla pratica clinica quotidiana i risultati delle ricerche. Un rapporto dell'Istituto di Medicina di Washington ha provato che oggi, in media, passano 17 anni tra una scoperta medica significativa e la sua applicazione. Dall'altro lato abbiamo bisogno di ricerche innovative, di puntare sulla prevenzione e sulla cura dei disturbi mentali, invece che sul controllo dei sintomi. Questo invito viene da Thomas Insel, direttore dell'Istituto nazionale per la salute mentale degli Usa. Nonostante i successi della psicofarmacologia e dei trattamenti psicosociali, egli dice, molti disturbi mentali non sono né meno frequenti né meno gravi rispetto a 100 anni fa. Per due motivi. Innanzitutto: sono ancora pochi i malati che ricevono cure efficaci. Ad esempio, si sa che gli interventi di psico-educazione per le famiglie con un membro affetto da schizofrenia riducono del 50 per cento le ricadute; eppure negli Usa essi sono forniti solo al 31 per cento delle famiglie. Solo il 50 per cento dei pazienti depressi è trattato e solo per 1 su 5 di essi il trattamento è in linea con le conoscenze recenti.

Non solo: secondo Insel, la ricerca psichiatrica è poco innovativa e pochi tra gli psicofarmaci sviluppati negli ultimi 30 anni hanno meccanismi d'azione nuovi. Abbiamo bisogno di più studi di biologia molecolare, di identificare i geni che rendono alcune persone più vulnerabili di altre agli eventi ed ai fattori ambientali e quindi più propense ad ammalarsi; di capire i meccanismi la cui alterazione causa i disturbi mentali e sviluppare farmaci e trattamenti capaci di modificare quei meccanismi, non copie di farmaci già in commercio, che si caratterizzano solo per avere diversi, talora meno disturbanti effetti collaterali.

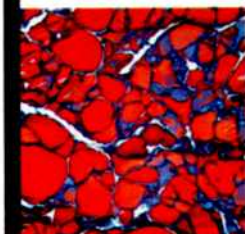
Per fare questa ricerca innovativa sono necessari però grandi investimenti, con un rischio industriale che, nel settore dei disturbi mentali, è molto elevato. Può e vuole l'industria privata affrontarlo?

**professore di Psichiatria, direttore del Centro Oms di Ricerca sulla salute mentale, Università di Verona*

Farmaci**Statine
di ricambio**

La ricerca va avanti nel tentativo di proporre alternative via via che scadono i brevetti delle statine.

Così il "New England Journal of Medicine" ha pubblicato i risultati del primo studio clinico sull'eprotirome, capostipite di una nuova classe di anticolesterolo realizzati mimando la struttura degli ormoni tiroidei, che agiscono da statine naturali. Poco meno di 200 persone che assumevano statine senza trarne benefici sono state trattate con vari dosaggi di eprotirome o placebo per tre mesi. Alla fine, il farmaco si è dimostrato capace di abbassare le Ldl (il colesterolo cosiddetto cattivo) in modo dose-dipendente anche del 30 per cento, ma è presto per l'entusiasmo: nessun paziente è stato trattato solo con



l'eprotirome, e tre mesi sono pochi per capire se ci sono tossicità, in particolare epatiche e tiroidee.

A. Cod.