

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **14** **CAMPANIA.** Varata la legge anti-violenza: piena integrazione tra servizi e ospedali
A PAG. **15** **SDA BOCCONI.** Public&Private Factory: per il sociale un partenariato low profit
A PAG. **16** **MERCATI&NEWS.** Da Meldola il microchip che cattura le cellule tumorali

ANNUARIO ISPRA/ Aria irrespirabile nelle grandi città: livelli ancora fuori legge per polveri sottili e ozono

In Italia sale la febbre ambientale

Gas serra lontani dagli obiettivi di Kyoto - Poco riciclaggio: aumenta la produzione di rifiuti

Smog, cementificazione, rumore, rifiuti. Sono ancora troppe le piaghe che minano la salute dell'ambiente e dei cittadini italiani. Nel nostro Paese infatti ben 100 ettari al giorno vengono sottratti alle aree naturali con gravi conseguenze sulla sicurezza del suolo e sulla qualità dell'aria. E l'Italia è lontana anche dal risolvere l'emergenza delle polveri sottili, che soprattutto nei soggetti più deboli, come i bambini e gli anziani, causano una maggiore incidenza di malattie cardiovascolari, patologie respiratorie e tumori: nel 2010 il 42% delle centraline ha rilevato livelli superiori ai limiti di legge. La fonte principale di inquinamento atmosferico per questo indicatore si conferma il settore civile (45%), seguito dai trasporti con il 24% (di cui poco più dei 2/3 provenienti da quello stradale), dall'industria (15%) e dall'agricoltura (9 per cento).

A misurare la temperatura dell'eco-febbre che affligge il territorio nazionale è l'annuario ambientale dell'Ispira, Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale. Ancora peggiore la situazione dell'ozono esti-



vo (che provoca aumento della mortalità, maggiore frequenza di crisi asmatiche e maggiore incidenza di malattie respiratorie): da aprile a settembre 2011, solo nell'8% delle centraline (21 stazioni su 316) non sono stati registrati superamenti.

E si fa poco anche sul fronte delle emissioni di gas serra, che provocano aumento della temperatura e cambiamenti climatici. A livello globale, nel 2009, l'Italia è responsabile di non

più dell'1,34% delle emissioni complessive provenienti dall'uso dei combustibili fossili, occupando la 14ª posizione tra i Paesi con i maggiori livelli di emissioni di gas serra.

In base ai dati dell'Inventario nazionale dell'Ispira, tra il 1990-2010, le emissioni passano da 519,25 a 501,32 milioni di tonnellate di CO2 eq, con un decremento del 3,5%, ma, secondo il Protocollo di Kyoto, l'Italia dovrebbe riportare le proprie

emissioni nel periodo 2008-2012 a livelli del 6,5% inferiori rispetto a quelle del 1990 (ossia a 483,26 Mt CO2eq). Le emissioni di gas serra sono risultate 18,1 MtCO2eq in più rispetto a quelle previste dall'obiettivo di Kyoto. A partire dal 2008, il Paese ha accumulato un debito di emissioni pari a 84,7Mt di CO2 equivalenti.

Non si registrano progressi neanche sul fronte dei rifiuti, che in alcune città rischiano ciclicamente di creare vere e proprie emergenze sanitarie. Anche nel 2010, la produzione di rifiuti urbani cresce dell'1,15% rispetto al 2009 e si attesta a 32,5 milioni di tonnellate. Aumenta anche il pro capite dei rifiuti urbani (536 kg per abitante), circa 4 kg all'anno in più per abitante. A livello di macroarea geografica, il Centro fa ancora registrare i maggiori valori di produzione pro capite, con circa 613 kg per abitante per anno, mostrando tuttavia una progressiva riduzione già a partire dal 2006.

Rosanna Magnano



ANGOLO DI PENNA

Etica della spending review: razionamento o riduzione degli sprechi?

di Nino Cartabellotta *

«I medici americani saranno all'altezza della situazione, impegnandosi a proteggere i pazienti da rischi evitabili, garantendo al tempo stesso un'assistenza sanitaria efficace a costi sostenibili?». Con questo spinoso interrogativo Howard Brody, Università del Texas, chiude il suo contributo sul New England Journal of Medicine (2012;366:1949-51) più che mai attuale in epoca di spending review.

Da tempo la bioetica affronta il delicato tema del contenimento dei costi inteso come "allocazione di risorse limitate"; tuttavia, solo di recente il dibattito si sta spostando verso l'etica della riduzione degli sprechi, un cambio di paradigma che presenta sia rilevanti implicazioni di politica sanitaria, sia una rivalutazione della responsabilità professionale sull'utilizzo appropriato delle risorse.

L'etica del razionamento poggia su due presupposti fondamentali: innanzitutto, il razionamento è richiesto quando le risorse sono limitate e la politica sanitaria deve scegliere quali servizi e prestazioni sanitarie non possono più essere garantiti; in secondo luogo, le modalità di razionamento dovrebbero sempre essere rese esplicite, mentre oggi si fa spesso ricorso a metodi di razionamento implicito, non sempre equo e giusto. La principale obiezione etica al razionamento è che ciascun medico, per mantenere il rapporto fiduciario con il paziente, finisce per soddisfare tutte le sue preferenze e aspettative, senza considerare i costi per la comunità. Tuttavia, quando le risorse si esauriscono questa obiezione è insensata, perché i pazienti privi di Lea sono persone reali verso cui l'intera classe medica è obbligata a mantenere un rapporto fiduciario "collettivo". Inoltre, alcuni economisti che ispirano decisioni di politica sanitaria sostengono che il problema dei costi in Sanità si risolve eliminando frodi e abusi. In realtà, limitando la definizione degli sprechi al costo delle frodi intenzionali, queste incidono per meno del 10% dei costi sanitari; inoltre, questo approccio permette solo un risparmio una tantum, perché i principali driver di incremento dei costi (tecnologie, invecchiamento) continuano indisturbati la loro escalation.

Oggi, il dibattito etico si può risolvere solo identificando come sprechi tutti i costi sostenuti per interventi sanitari inefficaci e/o inappropriati, che spesso causano eventi avversi che generano altri costi. Infatti, le evidenze scientifiche dimostrano che questi sprechi incidono almeno per il 30% e sono una delle cause principali di aumento dei costi.

Un caso di studio dove il dibattito etico sull'eccesso di razionamento è inadeguato riguarda il trattamento del carcinoma mammario metastatico

CONTINUA A PAGINA 14

UMBRIA

Rivisto il tetto Isee

La Giunta umbra ha preadottato su iniziativa della vicepresidente con delega al Welfare, Carla Casciari, la proposta di modifica al regolamento regionale del 20 maggio n. 5, «Norme concernenti gli interventi per le famiglie vulnerabili», in attuazione dell'art. 7 della legge 13/2010. La proposta va a modificare il tetto minimo e il tetto massimo dell'Isee per accedere all'intervento previsto dalla legge stabilendo che lo status economico fissato dall'Isee deve essere ricompreso fra 4.500 e 15.000 euro anziché 7.500 e 23.000. Di conseguenza viene previsto che l'entità del sostegno riconosciuto alla famiglia vulnerabile ammonterà da 300 euro a 800 euro se l'Isee è ricompreso tra 4.500 e 9.500 euro, e da euro 300 a 500 se l'Isee è ricompreso tra 9.501 euro e 15.000».

L'intervento previsto dalla Regione con la legge n. 13 va a favore delle famiglie vulnerabili e cioè quei nuclei che si collocano tra le "famiglie normali" e che, per un evento improvviso, compresero la malattia o la non autosufficienza, potrebbero scivolare nel disagio.

La green economy che aiuta il disagio

Si può produrre energia pulita e sostenere il reinserimento sociale e lavorativo di persone che soffrono di disagio psichico, ex tossicodipendenti o detenuti. È uno dei meriti della Fondazione Comunità di Messina che con un progetto finanziato da banca etica si candida - in tempi di drastici tagli alla spesa sociale e sanitaria - a diventare un modello d'eccellenza per finanziare i servizi a costo zero. Non a caso la Fondazione di Comunità di Messina è stata individuata dall'Ocse e dall'Oms come uno dei più interessanti casi mondiali di sperimentazione di modelli di welfare e sviluppo locale. In un territorio difficile, ad alta intensità mafiosa, la green economy è un'oasi che dà i suoi frutti. (Ro.M.)

LOMBARDIA

Città della salute al via

La Giunta lombarda ha approvato la delibera di promozione di un accordo di programma per la realizzazione della Città della salute e della ricerca nelle aree ex Falck del Comune di Sesto San Giovanni. I soggetti partecipanti all'accordo di programma, secondo quanto indicato dalla delibera, saranno: Regione Lombardia, ministero della Salute, Comune di Sesto San Giovanni, Comune di Milano, Fondazione Irccs Istituto nazionale neurologico Carlo Besta, Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori.

Aderisce all'accordo anche Infrastrutture Lombarde Spa, che avrà il ruolo di stazione appaltante per la realizzazione dell'intervento. Lo studio di fattibilità già redatto e in particolare il modello scientifico-sanitario e tecnico-funzionale elaborato e condiviso costituiranno la base su cui Infrastrutture Lombarde svilupperà il progetto. Con lo stesso provvedimento viene anche avviata la procedura di Valutazione ambientale strategica relativa all'accordo di programma, che sarà sottoscritto entro il 31 marzo 2013.

IN BREVE

- ▼ **Lombardia: edilizia da 30 mln**
Approvato un finanziamento di oltre 30 milioni, attinti dal Fondo di rotazione dell'edilizia sanitaria 2012, per 12 interventi da realizzare, tra l'altro, negli ospedali di Brescia (5 mln), Desenzano del Garda (1,7 mln), Lecco (2 mln), Policlinico (3,8 mln), S. Carlo (3,3 mln), Fatebenefratelli e S. Paolo di Milano (1,7 mln).
- ▼ **Liguria: patto Gaslini-Alitalia**
Da Alitalia tariffe agevolate a favore dei pazienti del Gaslini di Genova. L'accordo fra Alitalia, l'ospedale e la "Flying Angels Foundation Onlus" prevede che i pazienti e i loro accompagnatori che voleranno a Genova con Alitalia potranno acquistare biglietti a tariffe scontate fino al 35 per cento.
- ▼ **Toscana: Guccia, nuovo Ps**
Inaugurato il nuovo Pronto soccorso all'ospedale della Guccia di Montevarchi, attivo da 10 anni. Il Ps è stato notevolmente ampliato (da 600 a 900 metri, 300 in più) e completamente rinnovato nelle attrezzature e anche nell'organizzazione. Il costo dell'intervento è stato di 1,2 miliardi di euro.
- ▼ **Napoli: cambiano i distretti**
Dall'1 gennaio 2013 cambiano in Campania i confini di 45 ambiti sociali e di 12 distretti sanitari. Lo ha deciso la Giunta regionale. L'obiettivo è quello di giungere a una omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi, uniformando la gestione, l'organizzazione e la fornitura dell'assistenza territoriale di natura socio-sanitaria.



CAMPANIA/ Varata dal Consiglio regionale una legge che punta a integrare i servizi

Stop alla violenza sulle donne

Un Centro di coordinamento dovrà far dialogare ospedale e territorio

In nove articoli la Regione Campania traccia il percorso per avviare politiche concrete contro la violenza di genere su tutto il territorio. E con la pubblicazione d'urgenza, è già iniziato il conto alla rovescia per le scadenze prefissate dalla legge regionale approvata all'unanimità mercoledì scorso dal Consiglio regionale, su proposta della consigliera **Bianca D'Angelo** (Pdl), componente dell'Ufficio di presidenza e della commissione Sanità.

Il testo inizia col definire ogni forma di persecuzione rivolta al genere femminile - manifestata attraverso azioni violente di qualunque tipo dirette a provocare sofferenza alla donna, sia nella sfera privata sia in quella pubblica - come una violazione dei diritti umani fondamentali e una minaccia per la salute.

L'obiettivo è l'integrazione della rete dei servizi sociali e ospedalieri per l'accoglienza, l'assistenza e la cura delle vittime della violenza di genere. Tutto, senza costi aggiuntivi.

Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del testo, il presidente della Giunta, d'intesa con l'assessore alla Sanità e alle Politiche sociali, dovrà individuare il Centro regionale di coordinamento dei servizi territoriali, che sarà il terminale dell'integrazione delle strutture e delle attività di prevenzione, assistenza e contrasto.

Il Centro regionale, poi, dovrà ottimizzare gli interventi di presa in carico delle donne vittime della violenza di genere attraverso iniziative e il coinvolgimento di altre istituzioni, enti pubblici e associazioni del territorio.

Strategico sarà l'Osservatorio regionale della rete anti-violenza, del quale faranno parte non solo i rappresentanti istituzionali di settore della Giunta e del Consiglio, ma anche i direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere; sei esperti tra ginecologi, psicologi, sociologi e assistenti sociali; e tre rappresentanti di associazioni di volontariato femminile che si occupano delle donne vittime di violenza di genere.

Per la prima volta saranno realizzati un monitoraggio regionale e la raccolta di dati che serviranno ad armonizzare le attività di intervento. Questo sarà il primo step dell'Osservatorio «che ha anche il compito di supportare l'assessorato regionale alla Sanità e alle Politiche sociali a sviluppare procedure e linee guida operative condivise per la tutela della salute e per il contrasto alla violenza di genere», spiega Bianca D'Angelo.

La legge specifica che l'Osservatorio dovrà affiancare l'assessorato alla Sanità pure nella fase di sviluppo di programmi di formazione per tutti gli operatori sanitari, inclusi i medici di base e nel definire protocolli sanitari per la prevenzione, la cura e la diagnosi precoce.

Lo stesso organismo sarà poi tenuto a trasmettere ogni due anni alla commissione consiliare Sanità una relazione sull'attuazione della legge e sui risultati ottenuti dalle attività svolte dalle strutture territoriali, dal Centro di coordinamento e dall'Osservatorio.

Laura Viggiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PIEMONTE

La Città della salute nasce senza fondi

È un po' il simbolo della campagna di accorpamenti e ottimizzazioni promossa dalla gestione Monferino della Sanità piemontese: l'azienda ospedaliera unica "Città della Salute e della Scienza", data di nascita ufficiale 1° luglio 2012, comprende alcuni dei principali ospedali della città tutti nella zona sud di Torino: Molinette, Cto, Sant'Anna e Regina Margherita. Oltre al Maria Adelaide, ospedale più piccolo in riva al fiume Dora che già faceva parte dell'azienda del Cto.

Un atto formale importante, sancito tramite delibera di Giunta lo scorso 27 giugno. Atto che però le opposizioni attaccano come vuoto di reale significato perché i fondi per la costituzione della Città della salute di cui la nuova mega-azienda dovrebbe essere l'anticipazione, ancora non ci sono. A cominciare da quei fondi nazionali per l'edilizia sanitaria ex articolo 20 che sembravano definitivamente sbloccati già a febbraio, ma che non

sono ancora arrivati: 250 milioni di euro su un totale necessario di un miliardo 94 milioni e 332mila. Bloccati probabilmente nell'impasse di cui sta soffrendo tutta la partita del riparto del Fondo sanitario nazionale. Anche se l'assessore pone l'accento proprio sul risparmio che l'Azienda unica garantirà: «Il nuovo Piano socio-sanitario, approvato recentemente - ha dichiarato **Paolo Monferino** - persegue l'obiettivo di rendere sostenibile il sistema sanitario piemontese, anche alla luce dei minori trasferimenti previsti dal Governo centrale, mantenendo le eccellenze che già caratterizzano le nostre strutture. Proprio in quest'ottica, si pone la costituzione della nuova azienda Città della Salute e della Scienza di Torino, esempio di razionalizzazione e valorizzazione delle eccellenze sanitarie piemontesi».

La neonata azienda ospedaliera è stata presentata come un polo medico, sanitario, ospedaliero e universitario di eccellenza nel pa-

norama nazionale. «L'integrazione tra ospedale e Università - conclude Monferino - con la quale ci siamo ampiamente confrontati, garantirà la centralità dell'azione di ricerca e di didattica dell'Università stessa nel processo di valorizzazione dell'azienda».

La Città della Salute avrà in **Angelo Lino Del Favero** il suo direttore generale, oggi ancora direttore generale delle Molinette. Del Favero sarà affiancato da **Eugenia Grillo** come direttore amministrativo e **Silvio Falco** direttore sanitario; a oggi ha un totale di oltre 10mila dipendenti e 2.450 posti letto, fra ricoveri ordinari e day hospital. «Non si capisce però - commenta **Elenora Artesio**, Fds - quali saranno i criteri di riduzione dei posti letto attuali per arrivare al numero complessivo previsto dal progetto della Città della Salute, ben inferiore a quello di oggi».

Silvia Alparone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO

Carceri, 37 posti letto per i malati psichici

Trentasette posti letto in più per la salute mentale nelle strutture penitenziarie del Lazio. La Giunta regionale della Regione guidata da Renata Polverini, ha acceso semaforo verde all'accordo di programma tra la Pisana e il ministero della Giustizia per attuare la prima fase di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

La deliberazione n. 277/2012 (Dpcm 1 aprile 2008, attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata recante integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Opg - e le Case di Cura e Custodia - Ccc - del 13 ottobre 2011, recepito con Dgr n. 4 del 13/01/2012) prevede di realizzare in via prioritaria le articolazioni sanitarie nelle carceri di Civitavec-

I nuovi posti letto nelle carceri del Lazio				
Asl	Sede	Denominazione	N.	U/D
Roma F	Civitavecchia	Cc "Nuovo complesso"	3	D
Roma B	Roma	Cc "Nuovo complesso di Rebibbia"	6	U
Roma A - Anche 41-bis e alta sicurezza	Roma	Cc "Regina Coeli" - Cdt	2	U
Roma H	Velletri	Cc	8	U
Totale			19	
Roma B - Minorati psichici	Roma	Casa reclusione Roma Rebibbia	18	U

chia (Nuovo complesso, 3 posti per le donne), Roma (Rebibbia, 6 posti per gli uomini, Regina Coeli, 2 posti per gli uomini destinati anche ai condannati per mafia e ai detenuti soggetti al regime di "alta sicurezza"), Velletri (8 posti per gli uomini).

Altri 18 posti per i detenuti uomini ex art. 111 (minorati psichici) saranno attivati sempre a Roma nella Casa di reclusione di Rebibbia.

«La definizione del numero dei posti e della sede di assegnazione -

precisa la deliberazione - deve essere considerata in via provvisoria e sperimentale e potrebbe subire variazioni a seguito di successive valutazioni». Nel frattempo la Regione Lazio si impegna tra le altre cose a «fornire indicazioni vincolanti alle

Asl coinvolte nel processo di attivazione, ivi inclusi i protocolli sanitari di intervento e gestione delle stanze di detenzione dedicate alla tutela intramuraria della salute mentale». Ma anche a predisporre una banca dati sull'applicazione e il monitoraggio dell'intesa con il Dap. Dal canto suo il ministero della Giustizia si è impegnato a «fornire indicazioni vincolanti alle Direzioni delle strutture penitenziarie coinvolte nel processo di attivazione ivi inclusa la trasmissione dei protocolli sanitari di intervento e gestione delle stanze di detenzione dedicate alla tutela intramuraria della salute mentale». L'avvio delle attività cliniche è iniziato il primo luglio scorso.

F.La.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 12

ANGOLO DI PENNA

con alte dosi di chemioterapia seguita da trapianto autologo di midollo osseo. Inizialmente, si pensava che questa terapia potesse aumentare del 10% la sopravvivenza di pazienti con aspettativa di vita molto limitata. Oggi le evidenze dimostrano che la probabilità di benefici è zero e che negli Usa (dove le assicurazioni non hanno coperto i costi del trattamento) l'unico indicatore misurabile è un drammatico impoverimento delle pazienti e delle loro famiglie.

Se gli sprechi nella Sanità vanno ben oltre le frodi intenzionali, la programmazione sanitaria continua a ignorare quanto denaro viene speso per interventi che non offrono alcun beneficio misurabile. Reindirizzare anche solo una frazione di tali risorse consentirebbe sia di espandere la copertura di interventi sanitari efficaci e appropriati (migliorando l'equità) sia di ridurre il trend di aumento della spesa sanitaria.

Purtroppo se un tempo i medici, nel rispetto della loro integrità professionale, rifiutavano di of-

fruire un trattamento inutile anche quando richiesto dai pazienti o dai familiari, oggi consistenti evidenze dimostrano che interventi sanitari inefficaci e/o inappropriati vengono prescritti non solo per le richieste dei pazienti ma anche per decisione autonoma dei professionisti condizionata da resistenza al cambiamento, conflitti d'interesse, prove di efficacia insufficienti o distorte. Pertanto, se l'etica del razionamento appartiene alla politica sanitaria, l'etica della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità dei medici, perché poggia su differenti presupposti: innanzitutto, nessun paziente dovrebbe essere privato di interventi sanitari efficaci e appropriati, anche se costosi; in secondo luogo, test diagnostici e trattamenti inefficaci e/o inappropriati oltre a non determinare alcun beneficio causano spesso effetti avversi anche gravi.

Se eliminare gli sprechi diventa un mandato etico, il vero problema si sposta sulle modalità di attuazione. Se l'obiettivo è ridurre l'erogazione di

interventi inefficaci e inappropriati, le evidenze scientifiche forniscono risposte certe e definitive solo in parte. Inoltre i risultati dei trial randomizzati e controllati - il gold standard per valutare l'efficacia degli interventi sanitari - oltre a essere applicabili solo alle popolazioni selezionate, difficilmente forniscono risposte per il paziente individuale.

Inoltre, esiste un aspetto di minore rilevanza etica, ma che genera complessi interrogativi politici e sociali: una sostanziale riduzione degli interventi sanitari inefficaci e inappropriati se da un lato permette di contenere la spesa sanitaria, dall'altro riduce gli utili dell'industria biomedica con gravi conseguenze sui posti di lavoro e sull'economia globale. Sicuramente, la pianificazione di una strategia graduale costituisce un ragionevole compromesso, anche alla luce dei limiti attuali delle evidenze scientifiche. Bisogna iniziare a recuperare le risorse sprecate per interventi sanitari dove le "prove di inefficacia" sono ormai definitive ed estendere gradualmente il criterio comparativo,

man mano che la ricerca individua altre fonti di sprechi con ragionevole certezza. In questo modo, l'etica del razionamento e quella della riduzione degli sprechi diventano complementari e non concorrenti.

Consapevoli dell'urgenza delle misure previste dal ministero della Salute nel processo di spending review, è indubbio che la politica sanitaria, prima o poi, dovrà affrontare la sfida etica del razionamento, in particolare quando saremo di fronte a una non equa distribuzione delle risorse da destinare alla Sanità. Transitando dall'etica del razionamento all'etica della riduzione degli sprechi, il coinvolgimento dei medici è inevitabile e indispensabile, perché l'art. 6 (Qualità professionale e gestionale) del Codice deontologico afferma che «il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse».

* Presidente Fondazione Gimbe