

ANALYSIS

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 18 settembre 2013

Nella Pa pensione senza deroghe
IL SOLE 24 ORE

P.A, la pensione non può attendere
ITALIA OGGI

"Il SSN torni protagonista". Parlano i senatori e presidenti di Ordini
Bianco, Mandelli, Silvestro
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Intersindacale medica, prelievo su pensioni colpisce soliti noti
DOCTOR NEWS 33

La Sanità tra ragione e passione
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La R&S fa più equa la salute
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Previdenza. La Funzione pubblica ribadisce il vincolo grazie alla disposizione interpretativa contenuta nel decreto 101/2013

Nella Pa pensione senza deroghe

Obbligatorio il collocamento a riposo dei dipendenti con i requisiti pre-riforma

LE CONSEGUENZE

Gli uffici devono riprendere i propri provvedimenti che erano stati fermati in autotutela dopo la sentenza 2446 del Tar

Gianni Trovati
MILANO

■ In pensione a 65 anni, o a 70 quando lo prevedono regole di settore come accade nell'università o nella magistratura. La via è obbligata, e non ammette eccezioni, per i lavoratori del pubblico impiego che al 31 dicembre 2011 avevano raggiunto un qualsiasi requisito pensionistico (anzianità o vecchiaia) precedente alla riforma Fornero, e che di conseguenza non possono veder spostato in avanti il calendario del proprio «collocamento a riposo» in virtù delle nuove regole.

Rispondendo a una richiesta di chiarimenti avanzata dalla direzione risorse umane della Regione Veneto, il dipartimento della Funzione pubblica, nella nota 41876 diffusa ieri e firmata dal capo dipartimento Antonio Naddeo, ribadisce le indicazioni offerte a suo tempo dalla circolare 3/2012, ma lo fa con un'arma più potente: il richiamo all'articolo 2, commi 4 e 5 del decreto sul pubblico impiego (Dl 101/2013), pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» del 31 agosto scorso, che ha fissato per legge l'interpretazione fornita all'epoca dalla Funzione pubblica sull'obbligatorietà del collocamento a riposo nonostante i nuovi requisiti intro-

dotti dalla riforma Fornero. Proprio da quella circolare era sorto un forte contenzioso, che aveva trovato la miccia al ministero della Giustizia ma aveva interessato tutti i settori del pubblico impiego. Con la sentenza 2446 del 2013, il Tar del Lazio aveva dato ragione a un dipendente di Vla Arenula che contestava il collocamento a riposo, e aveva quindi ottenuto dai giudici amministrativi la possibilità di fermarsi allavoro fino al raggiungimento dei nuovi parametri. La nuova regola, contenuta al momento in un decreto legge ovviamente in attesa di conversione, è interpretativa e quindi ha valore retroattivo, chiudendo per ora la possibilità di altre controversie.

Tutto nasce da un incrocio fra le regole che, per ridurre la spesa di personale delle pubbliche amministrazioni, avevano spinto al collocamento a riposo obbligatorio per chi avesse raggiunto i requisiti previdenziali, e quelle (la riforma Fornero appunto) che per alleggerire gli oneri delle pensioni ne avevano cambiato i parametri. Nella sua pronuncia il Tar aveva ammesso che sia l'interpretazione della Funzione pubblica sia quella del dipendente avevano fondamento, ma aveva optato per quest'ultima "preferendo" la tutela del diritto individuale alla permanenza in servizio. La nuova norma chiude la questione, con l'effetto dunque di indurre le amministrazioni a far "rivivere" i collocamenti a riposo che avevano annullato in autotutela dopo la pronuncia del Tar.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Collocamento a riposo

Le regole sul collocamento obbligatorio a riposo dei dipendenti pubblici che hanno raggiunto i requisiti previdenziali sono state introdotte dall'articolo 72, comma 11, del Dl 112/2008. Il problema applicativo si è aperto con la riforma previdenziale contenuta all'articolo 24 del Dl 201/2011



Palazzo Vidoni: chi ha maturato i requisiti deve andar via

P.a., la pensione non può attendere

DI DANIELE CIRIOLI

Stop al rinvio della pensione per restare in servizio fino a 70 anni. Gli impiegati pubblici che hanno maturato un qualsiasi diritto a pensione entro l'anno 2011 infatti «devono» essere licenziati dalla p.a. Lo afferma la Funzione pubblica nella nota prot. n. 41876/2013, spiegando che il dl n. 101/2013 ha restituito validità alla circolare n. 2/2012 annullata dal Tar Lazio. I lavoratori che hanno maturato il diritto alla pensione pertanto devono mettersi a riposo, non avendo più la facoltà di chiedere la permanenza in servizio fino al limite ordinamentale.

La questione è scaturita dalla riforma delle pensioni Fornero del 2011. Con riferimento al settore del pubblico impiego il dl n. 201/2011 (convertito in legge n. 214/2011: la riforma Fornero) ha previsto una deroga stabilendo che continua a valere la vecchia disciplina per quei dipendenti che maturano i requisiti di pensione entro il 31 dicembre 2011. La deroga è stata spiegata dalla Funzione pubblica nella circolare n. 2/2012 condivisa con i ministeri del lavoro, dell'economia e della p.a., nonché con l'Inps (si veda *Italia Oggi* del 9 e 10 marzo 2012). Da quella deroga la circolare ne aveva tratto l'obbligo a carico delle p.a. di collocare a riposo, a partire dall'anno 2012, al compimento di 65 anni (limite ordinamentale), i dipendenti in possesso nell'anno 2011 della massima

anzianità contributiva (40 anni) o della quota 96 o comunque dei requisiti per una pensione, in tal modo abrogando implicitamente anche la facoltà della permanenza in servizio fino a 70 anni. Successivamente, però, la circolare è stata annullata dal Tar del Lazio che con la sentenza n. 2446/2013 ha riabilitato la possibilità per i dipendenti pubblici di rimanere in servizio fino a 70 anni (si veda *Italia Oggi* del 25 giugno 2013). A mettere la parola fine, però, ci ha pensato il dl n. 101/2013 (si veda *Italia Oggi* del 4 settembre scorso). Come conferma adesso la Funzione pubblica nella nota in risposta al quesito della regione Veneto, il decreto dà l'interpretazione autentica alla deroga della riforma Fornero con la duplice conseguenza di riabilitare, da un lato, le indicazioni della Funzione pubblica fornite nella circolare n. 2/2012 e si far decadere, dall'altro, il dispositivo della sentenza Tar del Lazio. Il dl n. 101/2013 precisa, in particolare, che la deroga della riforma Fornero va interpretata nel senso che «per i lavoratori dipendenti delle pa il limite ordinamentale (...) costituisce limite non superabile, se non per il trattenimento in servizio o per consentire all'interessato di conseguire la prima decorrenza utile della pensione ove essa non sia immediata al raggiungimento del quale l'amministrazione deve far cessare il rapporto di lavoro o di impiego se il lavoratore ha conseguito, a qualsiasi titolo, i requisiti per il diritto a pensione».

«Il Ssn torni protagonista». Parlano i senatori e presidenti di Ordini Bianco, Mandelli, Silvestro

18 settembre 2013

Le leggi le fa il Parlamento ed è dal Parlamento che deve arrivare un segnale forte di stimolo perché la Sanità e la salute tornino a essere tra le priorità del Governo. Non hanno dubbi su come affrontare il loro mandato i tre senatori-presidenti di Ordine, eletti sei mesi fa a Palazzo Madama. E per **Amedeo Bianco** (Pd, presidente FnomCeO), **Andrea Mandelli** (Pdl, presidente Fofi) e **Annalisa Silvestro** (Pd, presidente Ipasvi) l'obiettivo comune è guidare in porto quella riforma degli Ordini professionali in stand by da numerose legislature, coordinando i Ddl all'esame del Parlamento e anche il Ddl presentato dal ministro della Salute Lorenzin a luglio, non ancora assegnato alle commissioni. Naturalmente massima difesa delle professioni che rappresentano: per medici e infermieri si deve recuperare spazio eliminando blocchi del turn over e favorendo nuove assunzioni; per i farmacisti l'ultimo tassello del puzzle è il fascicolo sanitario elettronico che chiude il cerchio del nuovo ruolo della farmacia dei servizi e che ora deve essere realizzato.

Poi massimo rispetto per le scelte delle Regioni, ma serve maggiore equilibrio e compito delle Camere dovrà essere difendere il proprio ruolo istituzionale e le proprie prerogative.

Amedeo Bianco (Pd, **FnomCeO**). «Abitare il "pianeta Parlamento", se pure da neofita, consente di affrontare le tante questioni che toccano la Sanità con maggiore consapevolezza e determinazione. Avendo ancor più chiare le priorità ineludibili per salvare il nostro Ssn». Amedeo Bianco, presidente Fnomceo e neo senatore Pd, dà un giudizio positivo dei suoi primi mesi a Palazzo Madama. E indica come sua priorità l'altolà a ogni ipotesi di ulteriori tagli: «La prossima legge di stabilità non dovrà portare via neanche un centesimo al Ssn, negli ultimi anni oggetto di una vendemmia di risorse che rende impensabili ulteriori manovre. Ferma restando una pratica di sana spending review. Sana nei fini e negli strumenti: nel senso che - da una parte - le risorse devono restare dentro il sistema e non andare a coprire buchi di bilancio; e che, dall'altra parte, non si proceda con tagli lineari ma si sappia trasferire risorse dove servono».

Andrea Mandelli (Pdl, **Fofi**). «Parlando della mia esperienza politica devo innanzitutto ringraziare i colleghi dai quali ho ricevuto attestati di stima e di apprezzamento che mi hanno molto incoraggiato. Un segno che il senso della mia scelta è stato compreso». Senatore Pdl al suo primo incarico e presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani, Andrea Mandelli traccia il primo bilancio della propria esperienza parlamentare: «Per chi è alla guida di un ente di diritto pubblico non economico sussidiario dello

Stato come la Fofi è una grande opportunità di operare per il bene dei cittadini e della professione in un settore delicato come la Sanità». E per le farmacie sottolinea: «Alla farmacia dei servizi che siamo andati costruendo in questi anni mancava un pezzo importante: il fascicolo farmaceutico elettronico. Se il farmacista ne fosse rimasto fuori avremmo avuto grosse difficoltà in futuro».

Annalisa Silvestro (Pd, Ipasvi). La Sanità in questi ultimi anni «è ignorata e fuori delle priorità del Governo» ed è «nostro compito far capire che non è una voragine senza fondo, ma un ammortizzatore sociale che mantiene in equilibrio di salute una popolazione che deve impegnarsi ad aumentare la sua capacità di produzione, imprenditorialità e innovazione». Annalisa Silvestro, presidente della Federazione dei collegi degli infermieri Ipasvi e senatrice Pd in commissione Igiene e Sanità, va diretta al problema: «Dobbiamo parlare chiaro e far sentire la nostra voce. A Governo e Regioni. Per ora sembra che non ci ascolti nessuno. Il fatto che questo Governo sia nato un po' "sottopeso" e ora si stia rafforzando ... o stia per sparire del tutto, ha influito sulle scelte, non c'è dubbio. Ma se è nato così dovremmo essere proprio noi della Sanità a fargli riprendere peso! Con un po' di ascolto in più nei nostri confronti».

Intersindacale medica, prelievo su pensioni colpisce soliti noti

Una nuova stoccata contro le pensioni, quelle già erogate e quelle di prossima erogazione. A ventilarlo una nota dell'intersindacale medica con riferimento a un'ipotesi del Governo «mascherata con il termine di contributo di solidarietà». «Nel mirino» continua la nota sindacale «finirebbero le cosiddette pensioni d'oro, che tradotto in soldoni sarebbero, sempre secondo i criteri del Governo, quelle di 4.800 euro lordi al mese. Su queste dovrebbe gravare una trattenuta, della quale non si conoscono ancora importi e frequenza, che servirebbe a rimpinguare le pensioni minime. Ora ben si capisce, che una cifra di 4.800 euro lordi non si può definire "dorata" e che una scelta di questo tipo sarebbe fortemente penalizzante per moltissimi lavoratori, medici in primis, che sarebbero puniti non si capisce bene per quale motivo». La vera ratio del progetto? Per l'intersindacale è evidente «siamo davanti a una manovra strutturale per racimolare i soliti fondi che scarseggiano. E, come sempre, si spalma il sacrificio sui soliti noti, anche su chi non percepisce un trattamento poi così dorato. Trattamento che, nel caso dei medici, è il frutto di anni di preparazione, lavoro e sacrifici. È, in poche parole, la contropartita di una vita lavorativa che non si può certo definire rilassante. Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale» conclude la nota «non resteranno inerti di fronte a questa ennesima penalizzazione di categorie professionali colpevoli di pagare le tasse e aver lavorato, e duramente, per molti anni, in nome di una solidarietà e di una lotta alle ingiustizie tanto sbandierate, quanto mai veramente messe in atto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Raccolte in un volume le testimonianze dei "compagni di viaggio" di Alessandro Liberati

La Sanità tra ragione e passione

Fil rouge delle riflessioni le sei parole delle «Lezioni americane» di Calvino

DI SARA TODARO

«Ecco, è questo senso di "violenza-coerenza" pur nella lontananza [...] che mi piacerebbe mantenere. Convinto che continuerete a darci da fare, chi più chi meno secondo le proprie possibilità e vocazioni, per un intero, e un macro, mondo un po' migliore».

Si apre con questa frase - tratta dalla lettera con cui Alessandro Liberati ha salutato amici, amici e compagni di viaggio - il volume «La sanità tra ragione e passione». Da Alessandro Liberati sei lezioni per i prossimi anni, in uscita verso il 25 settembre per il Pensiero Scientifico Editore. Un volume denso di ragione e passione, costituito con gli interventi di quei «compagni di viaggio» - scienziati, amministratori, operatori del Ssn - che in un convegno organizzato nel dicembre 2012 a Bologna hanno voluto recuperare gli insegnamenti di Liberati, facendone strumento di riflessione sulla propria attività professionale.

A spiegare nell'introduzione è Roberto Grilli (direttore dell'Assr dell'Emilia Romagna), curatore della pubblicazione con Roberto D'Aniello (direttore del Centro Co-



Italo Calvino

chiane italiano, fondato da Liberati), Marina Davoli (direttrice del Laboratorio di Epidemiologia della Regione Lazio), Luca De Flore (direttore del Pensiero Scientifico e presidente dell'Associazione Alessandro Liberati-Network; Italiano Cochrane) e Paolo Mosconi

(responsabile del Laboratorio di ricerca sul coinvolgimento dei cittadini dell'Iriox Mario Negri di Milano). Spirito guida dell'operazione le sei parole delle lezioni americane di Italo Calvino: «Hanno mantenuto intatto il loro valore evocativo anche calate nel contesto specifi-

eggerezza, rapidità, esattezza, visibilità, molteplicità e consistenza. Erano queste secondo Italo Calvino le qualità che avrebbero potuto assicurare la sopravvivenza della letteratura nel terzo millennio».

Il tema fu affrontato da Calvino nel 1984: *Six for next millennium* (Sei promemoria per il prossimo millennio) rappresentano la sua ultima opera: le cosiddette Lezioni americane, nate come una serie di conferenze progettate per l'università statunitense di Havard. Calvino le scrisse in buona parte nell'estate del 1895 ma poté concluderne solo cinque, né poté pronunciarle, perché la morte lo colse prima, dopo una breve e improvvisa malattia.

L'analisi dell'ultima caratteristica, «coerenza e consistenza» (consistency) non fu trascritta da Calvino che pure la considerava l'elemento più importante per rapportarsi con la realtà.

E proprio sulla coerenza si sofferma Giancarlo De Cataldo (giudice di Corte d'Assise a Roma, ma anche scrittore di testi e sceneggiature), ragionando sulle sei parole che fanno da fil rouge del ricordo dedicato ad Alessandro Liberati: «Come essere umano credo di essere stato lungamente, ripetutamente incoerente... Posso dire però che è sicuramente un'aspirazione, una meta' da raggiungere, incispendo, zoppicando e crollando lungo la strada. Senza averla mai conquistata ma senza mai dimenticarla come obiettivo».



LEGGEREZZA

«Cerca di inventare la tua leggerezza e viderai» (Giorgio Gaber, Anche per oggi non si vola, 1974).

È accompagnata da questa citazione che Paola Mosconi alza il sipario sulla prima parola che fa da guida al ricordo di Alessandro Liberati: «La leggerezza come un valore e non come un difetto. Essere leggeri, cioè semplici e diretti, anche di fronte a temi complessi, senza zavorre ideologiche per una visione aperta del mondo. Si può essere leggeri liberandosi dagli orelli inutili legati al ruolo (essere medico o essere paziente), ai percorsi (accompagnare nella storia di malattia o partecipare alla ricerca clinica) e all'organizzazione (facilitare e coordinare i percorsi di cura)», scrive. «Così l'articolazione di questa parola passerà attraverso la capacità di togliere gli orelli, le zavorre ideologiche pur mantenendo saldi alcuni importanti valori di riferimento», conclude. Per cedere poi la parola a Hazel Thornton (Honorary Visiting Fellow del Department of

Health Sciences dell'Università di Leicester e membro della Royal Society of Medicine) che nella sua analisi alla radice della "medicina partecipata" arriva al nocciolo del problema: «C'è bisogno di accordo informato piuttosto che di consenso informato. Ottenere dati dalla ricerca di buona qualità dovrebbe essere l'obiettivo desiderato da tutti i cittadini se vogliamo migliorare il modo in cui la malattia è studiata e trattata. Dobbiamo perciò impegnarci in un ampio e pieno dibattito. Gli argomenti trattati dovrebbero includere temi quali il motivo e il metodo dell'arruolamento dei partecipanti, l'educazione dei cittadini, l'impegno per una comunicazione efficace. Come sappiamo, è vitale che siano evidenze robuste, soggette a revisioni sistematiche, a imprimere le politiche governative e sanitarie, i nostri trattamenti, le nostre decisioni e il nostro dibattito sociale. Mi piace credere che Alessandro avrebbe approvato questi obiettivi».

RAPIDITÀ

«Lavorare con lentezza / senza fare alcuno sforzo / chi è veloce si fa male / e finisce in ospedale / in ospedale non c'è posto / e si può morire presto...» (Enzo Del Re, Il banditore, 1974).

«Radio Alice» apriva e chiudeva così le sue trasmissioni da una soffitta bolognese negli anni '70. «Dovremmo acquisire la capacità di rivendicare il valore della "lentezza"», svincolandoci dalle esigenze del capitale e del mercato», scrive Roberto Grilli, nocehiero del capitolo sulla rapidità.

«Il ritardo a volte è necessario se è nell'interesse della società ridurre incertezze generando prove aggiuntive e aumentando in questo modo il beneficio netto atteso», gli fa eco Trevor Sheldon (Professor of Health Services Research and Policy all'Università di York). «Questa è la differenza fra noi e chi ha degli interessi privati e, per esempio, fa pressione sui regolatori o sulle agenzie per l'approvazione rapida o il finanziamento di tecnologie sanitarie o farmaci».

«Il valore che viene dato alla rapidità crea una tensione tra la ricerca e la politica», ragiona Luciana Ballini (responsabile dell'Osservatorio regionale dell'innovazione dell'Emilia Romagna), che sottolinea l'esortazione «affinché le due comunità - della ricerca e della decisione - costituiscano partnership e collaborazioni efficaci uscendo dal reciproco isolamento, senza tuttavia abdicare alle proprie responsabilità».

E infine Gianni Tognoni (direttore del Consorzio Mario Negri Sud di Santa Maria Imbaro, Chieti) a introdurre nel segreto della rapidità come «cattura del tempo». «Tutte le cose che viviamo e gestiamo non sono altro che il racconto di una fiaba che non ha tempo», scrive. «L'assenza - o la negoziazione? - dell'obbligatorietà di questo orizzonte-fabba è stata la ragione per cui, meno di 20 anni dopo la sua istituzione, la 833 è stata ricondotta all'obbedienza alle regole del mercato, con un'operazione "rapida", come un crittine di pace».

Il riparto dei fondi tra le Regioni (fonte: Aisa)

Regione	Totale fondi	Fondi per assegno cura	Fondi per formazione	Fondi per ricerca	Altro/ Promozione	Regione	Totale fondi	Fondi per assegno cura	Fondi per formazione	Fondi per ricerca	Altro/ Promozione
Abruzzo	2.340.000	2.046.600	250.000	23.400	20.000	Molise	650.000	450.000	20.000	-	180.000 (*)
Basilicata	1.070.000	1.000.000	40.000	-	30.000 (*)	Trento/Bolzano (2)	1.640.000	-	-	-	-
Catania	3.540.000	3.300.000	124.600	35.400	-	Piemonte	7.610.000	6.560.000	980.000	70.000	-
Campania	9.070.000	9.070.000	-	-	-	Puglia	6.620.000	6.200.000	130.000	66.000	24.000
Emilia R.	7.420.000	3.220.000	100.000	-	80.000	Sardegna	2.870.000	2.850.000	-	20.000	-
Friuli V.G.	2.210.000	2.020.000	70.000	-	120.000	Sicilia	8.340.000	7.700.000	520.000	80.000	60.000
Lazio (1)	9.080.000	8.280.000	800.000	-	-	Toscana	6.620.000	6.000.000	600.000	20.000	-
Liguria	3.070.000	3.000.000	30.000	20.000	20.000	Umbria (3)	1.610.000	-	-	-	-
Lombardia	15.490.000	12.835.100	2.500.000	154.900	-	Valle d'Aosta (4)	250.000	-	-	-	-
Marche	2.670.000	2.400.000	243.300	26.700	-	Veneto	7.810.000	3.000.000	1.000.000	78.000	3.732.000 (**)
Totale											
Totali											

(*) 10.000 per gruppi Ami; 20.000 per attività gestione - (**) 60.000 assistenti sociali; 15.000 attività coordinamento progetto; 10.000 costo commissione regionale; 51.000 accantonati per nuove adesioni; 44.000 per aiuti e prestiti extra nomenclatore; (**) 2.000.000 supporto all'autonomia; 1.000.000 rincaro criticità strutturali percorsi assistenza; 732.000 informatizzazione dei processi e monitoraggio.

(1) Fondi non ancora erogati; (2) La Provincia autonoma di Trento non ha avuto accesso al finanziamento in quanto la quota spettante e relativo importo hanno un'indicazione solo nominale; In quanto provinda a statuto speciale, essa gestisce autonomamente i finanziamenti per la Sanità non beneficiando di contributi statali. Da rilevare che il Trentino ha previsto delle forme di sussidio economico ai pazienti con una certa gravità che decidono di rimanere al domicilio o il pagamento della retta in caso in cui paziente decida di essere accolto in una struttura di lungodegenza; (3) I fondi sono andati a coprire spese già effettuate dalla Regione Umbria che prima del decreto aveva previsto iniziative a favore dei malati di Sla; (4) Fondi destinati su necessità



OMS/ Rapporto sul ruolo della ricerca nella copertura universale dell'assistenza sanitaria

La R&S fa più equa la salute

Investimenti ad alto rendimento - Il ruolo dei progetti a livello locale

La copertura sanitaria universale è il modo migliore per cementare i guadagni di salute ottenuti nell'ultimo decennio. Si tratta di un potente equalizzatore sociale e della massima espressione di giustizia sociale». È stata questa la premessa di Margaret Chan, direttore generale dell'Ons, in occasione del recente lancio del Report 2013 sulla ricerca per la copertura universale dell'assistenza sanitaria.

Un ruolo cruciale, quello della ricerca, sia locale che globale, per migliorare la salute e il benessere, come dimostrano diversi casi di studio (si vedano articoli in pagina). Dalla prevenzione e dal controllo di specifiche malattie al miglior funzionamento dei sistemi sanitari. I risultati di questi progetti sottolineano la necessità di sviluppare e sostenere attività di indagine a livello locale per focalizzare l'attenzione sui fattori specifici dei singoli Paesi.

Il trend è positivo. Il rapporto rivela infatti che l'investimento medio nazionale nel campo della ricerca nei Paesi a basso e medio reddito, è cresciuto del 5% ogni anno. Una tendenza più evidente nelle economie emergenti come Brasile, Cina e India. Paesi che hanno tutti abbracciato il concetto di copertura sanitaria universale. E aumentato anche le collaborazioni internazionali di ricerca provenienti da Paesi a basso e medio reddito: dal 2000 al 2010, per esempio, la quota globale di ricercatori cinesi come co-autori di progetti oggetto di pubblicazioni è aumentata dal 5% al 13 per cento.

Nonostante questi progressi, la copertura dei servizi sanitari e di protezione dal rischio finanziario attualmente è ben lontana dalla copertura universale. Così quasi la metà di tutti i stereopositi che potrebbero beneficiare della terapia antiretrovirale non ne riceve, e circa 150 milioni di persone precipitano in una crisi finanziaria irreversibile perché costretti a pagare di tasca propria i servizi sanitari.

Tre i messaggi chiave promossi dal Report: la copertura sanitaria universale, con il pieno accesso a servizi di alta qualità per la promozione della salute, la

prevenzione, la cura, la riabilitazione, la palliazione e la protezione dai rischi finanziari, non può essere raggiunta senza l'aiuto della ricerca, che ha il potere di trovare risposte a una vasta serie di questioni sul miglioramento della salute umana, il benessere e lo sviluppo. Tutte le Nazioni dovrebbero essere produttori e consumatori di ricerca; la creatività e le competenze dei ricercatori dovrebbero essere utilizzate per rafforzare le indagini non solo a livello tecnologico ma anche nei programmi di salute pubblica e nella fornitura di servizi sanitari. Infine lo sforzo più importante: le risorse.

La ricerca finalizzata alla copertura sanitaria universale richiede sostegno nazionale e internazionale e il migliore uso delle limitate risorse esistenti.

Quale sia il potere della ricerca nel facilitare l'accesso di un maggior numero di persone a cure di qualità è dimostrato da 12 casi illustrati nel Report. Una rilevazione sistematica dei dati in 22 Paesi africani ha dimostrato a esempio come l'uso di zanzariera trattata con insetticida sia associato a un minor numero di infezioni di malaria e tassi di mortalità più bassi nei bambini. In una seconda serie di prove sperimentali in Etiopia, Kenya, Sudan e Uganda, la combinazione di sostanze come sodio subglucosonato e paromomicina è risultata essere un trattamento per la leishmaniosi viscerale più efficace dell'assunzione del solo sodio subglucosonato e con meno probabilità di causare resistenze ai farmaci. Una terza verifica in Brasile, Colombia, Honduras, Mawawi, Messico e Nicaragua ha mostrato come il versamento di sussidi alle famiglie condizionati al rispetto di certi requisiti, come

l'accesso alle cure e ai servizi sociali, incoraggiano l'accesso all'assistenza e producono migliori risultati.

Senza contare che investire in ricerca produce un ritorno economico eccezionale. In una relazione preparata negli Stati Uniti per valutare il rendimento della ricerca sulla riduzione della mortalità, soprattutto per malattie cardiovascolari, è stato calcolato che i rendimenti monetari si sono aggirati intorno ai 1.500 miliardi di dollari tra il 1970 e il 1990. I ritorni sono stati pari a 20 volte l'investimento annuo. Uno studio simile in Australia ha dimostrato come ogni dollaro investito in ricerca e sviluppo della salute pro-

dicesse un rendimento di 2,17 dollari. Un tasso superato solo dal settore minero.

Da uno studio condotto in Gran Bretagna è stato infine calcolato un rendimento annuo del 39% per la ricerca cardiovascolare e sulla salute mentale in un periodo di 17 anni.

Uno degli esempi virtuosi citati dal report riguarda il Brasile: già dal 2000 questo Paese ha fatto della ricerca sanitaria la priorità nazionale ponendosi come obiettivi il raggiungimento dei «millennium goals», ossia ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute materna, combattere l'Hiv/Aids, la tubercolosi e la malaria.

L'equa ripartizione dei fondi di ricerca è stata guidata da sei obiettivi: migliorare la salute della popolazione, superare le diseguaglianze e le discriminazioni, rispettare la vita e la dignità, garantire elevati standard etici nella ricerca, rispettare il pluralismo metodologico e filosofico, garantire l'inclusione sociale, la protezione dell'ambiente e della sostenibilità. La maggior parte dei fondi sono stati stanziati per il «complesso sanitario industriale» (circa 110 milioni di dollari tra il 2004 e il 2009) per biotecnologie, apparecchiature e materiali, salute e fornitori di servizi di tecnologia, oltre 70 milioni per la ricerca clinica e oltre 60 milioni per le malattie trasmissibili. Tra i primi 10 investimenti, ma nelle posizioni più basse, salute mentale delle donne e la ricerca sui sistemi sanitari (con investimenti intorno ai 10 milioni di dollari per voce). In questo modo, sottolinea l'Ons, la ricerca ha contribuito a migliorare i trattamenti, la prevenzione e la diagnosi, a sviluppare nuovi prodotti e servizi, e a rafforzare il sistema sanitario orientato al paziente.

Le pagine a cura di Barbara Gobbi, Flavia Landolfi e Rosanna Magnano

OPERE DI SCHEDE ASTRATTIVE

MALARIA, IL SUCCESSO DELLE ZANZARIERE (TRATTATE)

La pratica quotidiana in Africa conferma gli esiti del trial clinico: l'impiego routinario delle zanzariere trattate con insetticida è efficace nel ridurre la malaria e la mortalità infantile. Una evidenza che supporta i continui sforzi per ampliare e mantenere la copertura tramite zanzariera.

Tre randomizzati condotti in Africa subsahariana in aree dove la malaria è endemica hanno dimostrato che l'impiego del "nets" trattati con insetticida riduce l'incidenza della malaria e in generale di tutte le cause di morte infantile. In particolare, la prevalenza del plasmodium falciiparum tra i bambini di età inferiore a cinque anni scende del 13%; le morti per malaria del 18%. Diventa quindi indispensabile garantire un approvvigionamento adeguato, cruciale supporto negli sforzi globali per controllare la diffusione della malattia.

Nel 2005, del resto, l'Assemblea dell'Ons fissò l'obiettivo di fornire zanzariere "trattate" ad almeno l'80% della popolazione a rischio, entro il 2010. I progressi registrati variano però da zona a zona, per quanto diversi Paesi dell'Africa sub-sahariana - anche grazie al supporto dei donatori internazionali - abbiano drasticamente au-

mentato la percentuale di copertura, passando da tassi vicini allo zero al 60 per cento. Strategico è stato l'incremento dei fondi a favore del controllo della malaria: da 100 milioni di dollari messi a disposizione nel 2003 fino a 1,5 miliardi del 2010, la maggior parte dei quali investiti nelle zone più colpite.

Tra il 2004 e il 2010 sono stati consegnati oltre 400 milioni di zanzarieri (290 milioni a partire dal 2008), sufficienti a «coprire» almeno l'80% delle persone a rischio malaria in Africa. Anche in un'epoca come l'attuale, in cui i cordoni della borsa sono più stretti, le meta-analisi condotte per verificare l'impatto della risorsa zanzariera trattate con insetticida, nella pratica quotidiana confermano la bontà dell'investimento internazionale. Dormire sotto una zanzariera medica, a esempio, già dalle prime notti comporta una riduzione della prevalenza della malaria pari al 24%. Un input importante per i donatori, cui il report dell'Ons chiede di non desistere dai loro sforzi: ogni singola zanzariera, per danneggiamento o in seguito allo svanire dell'insetticida, riduce infatti i suoi effetti benefici dopo un uso di 2-3 anni e va sostituita.

COSÌ LA TELEMEDICINA SALVA I BAMBINI SOMALI

La telemedicina ha permesso di tamponare i danni di una guerra durata oltre due decenni, che ha causato una grave carenza di medici specialisti. L'assistenza sanitaria è fornita da un numero limitato di dottori somali che, a causa della guerra, hanno avuto pochi o nessuna possibilità di perseguire una formazione continua, non hanno praticamente nessun controllo di medici di alto livello, e non hanno accesso alle forniture mediche e alla attrezzatura. La qualità di cura, in particolare per i bambini malati, è una delle principali preoccupazioni. Il raggiungimento di una copertura sanitaria universale significa in questo caso raggiungere luoghi remoti e le popolazioni colpite dai conflitti, dove le infrastrutture sono fasciate e c'è una grave carenza di risorse umane qualificate e specializzate. Una soluzione per colmare il divario di competenze in tali contesti è quello di utilizzare la telemedicina.

Che significa "medicina a distanza". L'impatto è stato monitorato nel reparto pediatrico dell'ospedale di distretto (l'ospedale di Guri el) che serve una popolazione di circa 327.000 abitanti. Questo ospedale ospitava l'unica degenza pediatrica, entro un raggio di 250 km. La telemedicina ha coinvolto, in uno scambio audiovisivo in tempo reale di informazioni sui casi pediatrici, i medici in Somalia e un pediatra specialista a Nairobi, in Kenya. L'apparecchiatura, inclusi una telecamera mobile, un microfono e un altoparlante collegato a un computer nel reparto pediatrico in Somalia è stata collegata a una sala di consultazione in Kenya attraverso una banda larga Servizio Internet. L'impatto sulla qualità della cura è stato valutato confrontando diagnosi e prescrizione iniziale di ciascun caso pediatrico con la diagnosi e il trattamento finale realizzato dallo specialista pediatrico e dal confronto sfavorevole tra i risultati dell'ospedale nel periodo di telemedicina (anno di intervento, 2011) con gli esiti per un periodo senza telemedicina (anno di controllo, 2010). Un questionario è stato utilizzato anche per raccogliere le percezioni dei medici sul valore aggiunto della telemedicina. Dei 3.920 ricoveri pediatrici, 346 (9%) sono stati gestiti con il servizio di telemedicina. In 222 bambini (64%) il cambiamento rispetto alla gestione iniziale è stato significativo, e in 88 bambini (25%) è stata diagnosticata una condizione potenzialmente mortale, inizialmente sottovalutata. La telemedicina in questi casi è stata un vero e proprio salvavita. Gli esiti avversi in età pediatrica sono diminuiti del 30% tra il 2010 (senza telemedicina) e il 2011 (con la telemedicina).