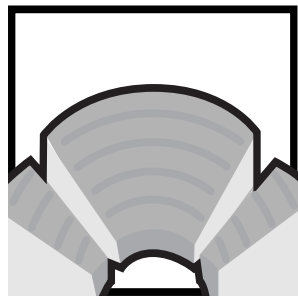


SENATO/ Rapida approvazione della Affari costituzionali al testo che fa rinascere la Salute

Ministero: il Ddl va in aula

Approvata una modifica che toglie le professioni dal controllo dell'Economia



Avviata e rapidamente conclusa con l'incarico al relatore di riferire in Aula, la discussione in Commissione Affari costituzionali al Senato sul Ddl A.S.1691 «Istituzione del ministero della Salute e incremento del numero complessivo dei sottosegretari di Stato». Un'approvazione rapidissima vista praticamente l'unanimità con cui maggioranza e opposizione hanno accolto il testo per preservare, nonostante la competenza regionale in materia, «una politica sanitaria unitaria e di alto livello qualitativo, come testimonia l'azione condotta dal Governo per fronteggiare gli effetti dell'epidemia virale H1N1», hanno concordato tutti i senatori.

Tra gli emendamenti ne è stato mantenuto e approvato uno solo che toglie il concerto della Salute con l'Economia per i profili di carattere finanziario che riguardano organizzazione dei servizi sanitari, professioni sanitarie, concorsi e stato giuridico del personale del Ssn. Sul l'emendamento, presentato dal relatore Carlo Vizzini (Pdl), si era espresso favorevolmente anche il vice-ministro Ferruccio Fazio, che assumerà l'incarico di ministro una volta varata la legge.

Nel testo infatti «pesa» rispetto al passato il controllo dell'Economia per tutto quello che riguarda le questioni economiche: sulla spesa sanitaria e sul «concorso dello Stato al finanziamento del Ssn» anche per i Piani di rientro veglierà ufficialmente l'Economia a cui lo stesso Ddl demanda le funzioni. E di concerto con l'Economia la Salute dovrà operare per tutte le decisioni da prendere anche su altri aspetti (programmazione,

monitoraggio ecc.) che abbiano a che fare con questioni finanziarie e i due ministeri dovranno integrare i sistemi informativi per garantire i controlli. Con l'emendamento approvato si salvano almeno le professioni, quindi. Per il resto il Ddl trasferisce le competenze oggi del Welfare che riguardano la Salute al «nuovo» ministero.

Il Ddl contiene un'ulteriore novità anche per il ministero del Welfare: l'«integrazione logistica» e funzionale delle sedi territoriali con quelle degli enti previdenziali. Che secondo la relazione tecnica sottoscritta e approvata dalla Ragioneria generale dello Stato farà risparmiare nel triennio 2010-2012 circa 200 milioni alle casse dello Stato. Ma su questo argomento il servizio Bilancio del Senato ha sottolineato la scorsa settimana la scarsità di elementi per confermare le economie previste. Le note economiche - che a questo

punto saranno semmai tenute in considerazione nel dibattito in aula - hanno riguardato quasi tutti gli articoli del Ddl dalla mancanza del dettaglio degli oneri per le retribuzioni aggiuntive di ministro e sottosegretari, che non sono «limiti di spesa» ma spese certe e che come tali vanno dettagliate alla previsione che l'Economia si occupi, appunto, degli aspetti finanziari della governance del Ssn. Il servizio Bilancio avverte che questo intervento non deve provocare «fabbisogni aggiuntivi in risorse umane e strumentali».

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Senato/ Parte in commissione l'indagine su Ru486

La pillola abortiva, la Ru486 da poco autorizzata anche in Italia dall'Agenzia del farmaco, finisce sotto i riflettori del Senato. Dove partirà un'indagine conoscitiva in commissione Igiene e Sanità. Il via libera è arrivato la settimana scorsa all'unanimità, ma nonostante l'approvazione bipartisan l'opposizione mostra più di una crepa. E alla fine la co-relatrice dell'indagine Dorina Bianchi (Pd) ha deciso di

rimettere il mandato.

Divisioni, queste, subito rimarcate dal capogruppo al Senato del Pdl e promotore dell'indagine Maurizio Gasparri, che si dichiara «particolarmente soddisfatto». Nello specifico l'indagine conoscitiva, che non ha il potere di fermare il via libera alla commercializzazione, durerà almeno 60 giorni. E partirà il prossimo 1° ottobre. Saranno ascoltati in audizione il ministro del Wel-

fare Maurizio Sacconi e i vertici dell'Aifa, la commissione acquisirà gli atti e gli elementi che hanno portato alla delibera dell'Agenzia italiana del farmaco per esamarli ed esprimere delle valutazioni.

L'Aifa si è detta «pronta a fornire tutti i necessari chiarimenti per un tema di così alta tensione etica certa del rigore scientifico che ha seguito per addivenire alla propria decisione».

IN BREVE

▼ Servizi in farmacia: avviato l'esame

Avviato mercoledì scorso in commissione Affari sociali, alla Camera, l'esame sullo schema di Dlgs in materia dei nuovi servizi in farmacia (A 107, relatore De Nichilo Rizzoli). Ipotizzati, nel primo giro di interventi, il coinvolgimento delle parafarmacie gestite da farmacisti nelle nuove funzioni attribuite ai presidi e l'adozione di un nuovo meccanismo per l'individuazione delle farmacie territorialmente competenti per l'Adi.

▼ Alcol: stretta nella Comunitaria 2009

Multe salate e confisca della merce e delle attrezzature utilizzate per la vendita o la somministrazione di bevande alcoliche senza licenza in aree pubbliche, tranne che nelle sagre e alle fiere. La nuova stretta è prevista dalla legge Comunitaria (C 2449-A) approvata alla Camera e trasmessa al Senato. Le sanzioni previste vanno dai 2mila ai 12mila: da 5mila a 30mila se la violazione avviene tra le 24 e le 7, anche tramite distributori automatici.

LO STRUMENTO LEGISLATIVO DA SOLO NON RISOLVE TUTTI I PROBLEMI

Biotestamento: contano consenso e contesto

Lazzaro di Betania sarebbe l'unico in grado di dire qualcosa di certo sul testamento biologico ma, come ognuno sa, è definitivamente morto senza lasciarci documenti.

Oggi in ambito medico, vanno di moda la medicina basata sull'evidenza e le metanalisi che non poche scosse hanno provocato su molte posizioni cosiddette scientifiche. Se trasferissimo questi criteri al testamento biologico, cioè l'anticipazione della morte naturale, appare evidente che nessuno è autorizzato a dire se essa sia bene o male. Quindi su questo tema angosciante e complesso, si possono esprimere solo opinioni. La mia, credo, non interessi a nessuno per cui esporrò solo alcune riflessioni da medico, posto che l'intrusione della politica non pare abbia apportato migliorie e dubbio possa farlo.

Ho qualche motivo per poter parlare della morte perché ho accompagnato la mia vita professionale: faccio il neurochirurgo da quarantadue anni e ho trattato perlopiù pazienti gravi o gravissimi per lesioni cerebrali di tutti i tipi e ho visto le reazioni più variegiate di fronte ai malati.

Quando si tratta di morte o dolore la biologia batte il censo uno a zero. Ho visto ricchi che potevano permettersi legioni di mercenari rimanere giorno e notte accanto a qualche congiunto e ho visto quelli che «non resistono» squagliarsela indipendentemente dalla dichiarazione dei redditi. Compagni e compagne, chiarire subito: «Sa non siamo sposati, deve parlare con i figli». Per dire dei congiunti.

Prove di cambiamento per la legge sul testamento biologico. Il fronte di chi vuole modificare il Ddl sul fine vita, dentro e fuori la maggioranza, cresce ogni giorno di più. Così come i tentativi di mediazione per «disarmare» le parti più ideologiche del testo approvato a marzo scorso al Senato: dai laici del Pdl con la sponda del Pd fino al presidente dell'Udc, Rocco Buttiglione. L'obiettivo è approvare una legge più «soft», senza arrivare allo scontro frontale con i cattolici più ortodossi di entrambi gli schieramenti.

Ma veniamo al protagonista. Partirò da due mie esperienze.

Arriva la paziente A in reparto e lei comunica subito: «Ho una insufficienza respiratoria cronica. Se dovessi smettere di respirare non voglio essere intubata e attaccata al respiratore: ci sono stata per un anno e non voglio rifarlo».

Sorpreso, chiedo alla paziente se si rende conto di quello che dice. La pz lucida e consapevole, risponde che lo sa benissimo. L'intubazione è una terapia e il paziente può rifiutare le terapie.

So per esperienza che i pz cambiano opinione abbastanza spesso. Non è raro che familiari, angosciati, a torto o a ragione, dal timore di non aver fatto abbastanza a volte diventano rivendicativi. I parenti della signora A erano del tutto consapevoli e consenzienti. Ho messo per iscritto e fatto firmare da tutti che in caso di arresto respiratorio, la pz sarebbe stata assistita ma non intubata:

Dopo la lettera dei 20 deputati del Pdl al premier Berlusconi per «cambiare strada» alla Camera sul biotestamento e l'invito del presidente della Camera, Gianfranco Fini, a votare secondo «coscienza», crescono, dunque, le quotazioni di una mediazione che raccolga consensi anche nell'opposizione. E in prima fila, tra le possibili mediazioni, ci sono gli emendamenti bipartisan messi a punto qualche mese fa dal filosofo del Pd, Eugenio Mazzarella, e da Fabio Granta (Pdl), finiano doc: «Sono proposte che - spiega Granta - il presidente Fini conosce e apprezza». «Il nostro è l'ultimo possibile punto di equilibrio tra il diritto all'autodeterminazione del paziente - avverte Mazzarella - e il rispetto dell'alleanza terapeutica tra medico e assistito». Le modifiche, che portano la firma di una quindicina di deputati «laici» di maggioranza e opposizione, avrebbero già ricevuto altre richieste di adesione. Nel mirino c'è il nodo principale della legge sul biotestamento: la possibilità, o meno, di sospendere la nutrizione forzata al paziente.

cosa che è accaduta.

Seconda esperienza: la pz B colpita ultracinquantenne da una emorragia subaracnoidea è diventata vegetativa. Un anno dopo, convocato dai parenti comunico che c'è un idrocefalo, trattabile senza molte speranze. I parenti chiedono il trattamento e si mette una valvola.

Mesi dopo trovo la pz febbricitante da tempo, quasi scheletrica, inutilmente trattata con antibiotici. Chiarisco che c'è la valvola infetta da sostituire: i parenti richiedono il trasferimento in neurochirurgia perché si faccia.

In attesa del riposizionamento della valvola, sono chiamato d'urgenza in corsia: la pz è in un lago di sudore, febbre a 40, pressione a 60 immutabile, ridotta letteralmente a una larva, irreversibilmente vegetativa; o andava in rianimazione o moriva.

Sono immediatamente bloccato dalla sorella che dice: «Un mi-

nuto, un minuto ma se può vivere un minuto in più deve viverlo». È stato fatto tutto.

La pz, oggi, vive a casa, supera i sessanta chili perfettamente trofica, totalmente vegetativa. Sono passati diciannove anni dall'emorragia.

I casi A e B sono due esempi di volontà chiaramente espressa, in cui sono stati decisi provvedimenti definibili con chiarezza di terapie. Disgraziatamente questa chiarezza manca in molti casi inquadabili nel testamento biologico. È essenziale chiarire cosa sia terapia o no. Prescindere da questo paletto vuol dire infatti addentrarsi in tutt'altro campo.

Non sappiamo che cosa sarà il testamento e quali le sue conseguenze. Sappiamo invece molto bene come sia andata con il consenso informato, suo parente stretto. Ignorato per anni è arrivato alla ribalta solo come strumento legale.

Nella mia esperienza (ho scritto duecento consulenze per il tribunale) ha generato: a) una sorta di arma impropria motivo di contenziosi ipertrozzati (non esiste il consenso inattuabile); b) danni sia al medico che ai pazienti per procedimenti iniziati incautamente; c) miriadi di seminari e congressi in cui giudici, preferibilmente di cassazione, celebri avvocati e medici legali, cioè persone senza contatti con i pazienti, discepolano di casi finiti male, una minoranza, che sarebbe come dire che per parlare di matrimonio si usino i casi di divorzio.

Con tutto questo, malauguratamente, il dialogo medico/paziente non è migliorato affatto anzi si è generato un figlio imprevisto ma pernicioso: la medicina difensiva. Ritengo il consenso un punto essenziale e qualificante del rapporto con il paziente che sarebbe opportuno affrontare in modo diverso.

Veniamo al testamento biologico. Intanto la volontà del paziente. È un dato imprescindibile. Ma che ruolo ha la depressione nel desiderio di morire di un pz pur gravemente infermo?

Sono rimasto sconcertato a sentir dire da una notissima esponente del fronte «testamento» dello straordinario miglioramento di un malato di Sla in fase avanzatissima dopo che un sintetizzatore gli ha permesso di ricominciare a parlare.

Non credo basti dire preferisco morire. Ai fini del testamento andrebbero differenziate le situazioni acute e quelle sub-acute cronizzate.

Quanti «non c'è più niente da fare» si sono rivelati grossolani errori medici? Quanti eredi, presunti discriminati, impugneranno la volontà del paziente espressa in precedenza e inizieranno contenziosi? In ogni caso chi deciderà, quando è arrivato il passo estremo? Su che basi?

Per quanto riguarda i cronici si dibatte perlopiù sui vegetativi che si prestano ad argomentazioni fantasiose di inesistenti comi e spine da staccare.

Ribadisco il concetto: non capisco quale sia la differenza, clinicamente parlando tra un vegetativo, un demente profondo e un emiplegico afasico globale.

Temo che se ci si dovesse limitare a un puro strumento legislativo ignorando i contesti (se tutti dichiarassero di voler morire?) si aprirebbe un'ecatombe.

* Direttore Uf Neurochirurgia universitaria
Ircs Galeazzi Milano