

Pronta per il tavolo col Governo la proposta dei presidenti per le amministrazioni in rosso

Regioni: così i Piani di rientro

Rinviato il vertice con Berlusconi: si allontana il «Patto» condiviso

Ancora un rinvio per il vertice Governo-Regioni. «I conti non sono ancora pronti, ha fatto sapere ufficialmente Palazzo Chigi spostando a data da destinarsi (forse questa settimana) il vertice previsto a Palazzo Chigi con Berlusconi per venerdì scorso, 4 settembre. E a questo punto si fa sempre più in salita la strada per arrivare a un'intesa entro il 15 ottobre sul «Patto per la salute 2010-2013», tante e tali sono le distanze che separano il Governo (Economia e Welfare in prima fila) dai governatori, a cominciare dalla partita decisiva delle risorse per il Ssn. Il rischio che oltre il 15 ottobre il Governo «faccia da sé» (per decreto) è dunque sempre sul tavolo. Con tutte le conseguenze e le rotture istituzionali del caso.

Intanto i tecnici regionali sono al lavoro. Prima di tutto sul versante della spesa, sottostimata secondo i governatori di almeno 7 miliardi a partire dal prossimo anno. E poi su quello dei rapporti istituzionali, tanto più che i meccanismi innescati dal Governo con la manovra estiva per i Piani di rientro e i commissariamenti, non sono andati giù alle Regioni perché avrebbero compromesso «lo spirito pattizio». Un argomento, questo, che si lega a filo doppio col federalismo fiscale in arrivo: dunque, ragionano i governatori, serve una nuova «responsabilità che superi le «iniziative centraliste» e che si svolga in una logica di unitarietà e solidarietà attuata attraverso lo «spirito pattizio» che ha sempre contraddistinto per la Sanità i rapporti istituzionali.

Per questo sul tavolo della Commissione salu-

I cardini	
1	Unificazione dei due tavoli (monitoraggio e verifica Lea) per consentire una verifica più equa che sia comprensiva degli aspetti volti al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e di quelli attinenti all'appropriatezza sanitaria e funzionalità dei sistemi regionali. Attualmente tale sistema di verifica congiunto è già previsto per l'attuazione dei piani di rientro
2	Superare l'attuale criticità della fase istruttoria che presenta una forte disparità organizzativa tra risorse ministeriali e risorse regionali: il ministero dell'Economia ha impegnato su questo settore un numero cospicuo di persone mentre il ministero della Salute ha istituito e finanziato per legge il Siveas (nucleo di esperti anche esterni che effettua un controllo prevalentemente amministrativo-burocratico sugli atti regionali). Le Regioni assicurano la loro presenza attraverso i rappresentanti degli organismi suddetti che tra l'altro non sono informati preventivamente dell'istruttoria effettuata dai due ministeri. A tal fine è necessario individuare parametri predeterminati di valutazione e che tutti gli elementi istruttori su tali parametri vengano messi a disposizione in tempo utile delle Regioni che dovranno provvedere tecnicamente all'esame
3	Individuazione presso la Conferenza delle Regioni di una «cabina di regia» che presidi politicamente i piani di rientro senza ledere l'autonomia delle singole Regioni al fine di superare la gestione esclusivamente «tecnico-economicistica» del Piano come è stata fino a oggi. La «cabina di regia» potrebbe avvalersi di una task force di tecnici delle Regioni, per un reale supporto alle politiche regionali in situazioni di criticità, affiancandole nella definizione dei piani di rientro e nel loro monitoraggio

te delle Regioni è approvata una proposta (v. anche tabella) che dovrà poi passare al vaglio politico dei governatori prima di essere formalizzata in Stato-Regioni.

Due i nuovi livelli di supporto previsti per le Regioni in difficoltà che scatteranno nella Conferenza delle Regioni. Il primo prevede un «partenariato» per le aree in crisi che chiedono un supporto operativo: sarà costituito da tre rappresentanti delle Regioni «in equilibrio» e tre di

quella che chiede aiuto. I compiti saranno quelli di individuare un percorso di miglioramento dei risultati economico-gestionali e di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale. Questa attività sarà valutata dalla stessa Commissione salute e sarà soggetta alla determinazione successiva della Conferenza delle Regioni.

Poi c'è l'«affiancamento» per chi ha definito un Piano di rientro. Stessa composizione per la struttura di supporto della precedente, ma l'azio-

ne operativa prevede anche la possibilità di interventi specifici sul territorio per l'attuazione e l'eventuale revisione del Piano di rientro. In questo caso la valutazione istruttoria della Commissione salute che precede la deliberazione della Conferenza delle Regioni sarà direttamente sul Piano.

Le Regioni intendono poi chiedere al Governo una modifica dell'attuale normativa, con la previsione che la figura del commissario sia «esclusivamente» quella del presidente della Regione. Presidente-commissario, ma senza sub commissari e soltanto coadiuvato da due altri presidenti di Regioni con bilancio in equilibrio per predisporre gli interventi di riorganizzazione dei servizi.

Prevista anche una struttura di monitoraggio e verifica. Dovrebbe essere un organismo a composizione mista e paritetica: sei rappresentanti dei ministeri (Economia, Salute e Affari regionali), sei delle Regioni (tre di competenza economica e tre sanitaria), due delle segreterie della Conferenza delle Regioni e della Stato-Regioni. Le Regioni dovranno assicurare l'analisi tecnica della documentazione per fornire ai sei propri rappresentanti gli elementi per le decisioni.

Questa organizzazione secondo le intenzioni dei tecnici regionali dovrebbe «superare» il sistema del Siveas e il ruolo dell'Agens nell'attuazione dei Piani di rientro, col risultato che i relativi finanziamenti dedicati oggi a questi aspetti potrebbero essere utilizzati per la nuova organizzazione.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RIFLESSIONI A MARGINE SU MEZZOGIORNO E COMMISSARIAMENTI

«La riforma dell'emergenza è ineludibile»

Gli otto morti in Calabria di presunta malasanità, nel solo mese di agosto, e un giovane deceduto in Sicilia per dissanguamento impongono a Sacconi un'ispezione ministeriale e sollecitano almeno due interrogativi. Il primo, fino a quando è costituzionalmente corretto mantenere in piedi una Sanità regionale così inefficiente. Il secondo, su come ridisegnare l'organizzazione dell'emergenza.

Quanto a incapacità delle Regioni meridionali a gestire la Sanità, le prove sono ovunque. Chi più, chi meno genera disavanzi, tali da creare il dissesto della economia pubblica, e causa morti quantomeno sospette. A fronte di tutto questo, si registrano stuoli di primari ovunque, specie in quegli ospedali disseminati

Piccoli ospedali, meglio chiudere

dalla politica sul territorio e che oggi si pretende di chiudere, all'unisono e a prescindere. Il tutto in difesa del risparmio a ogni costo, piuttosto che razionalizzare la spesa. Le soluzioni individuate risiedono nei commissariamenti, previsti dalla Costituzione, delle Regioni incapaci a tutelare i Lea. Una scelta da condividere sotto il profilo giuridico. Un po' meno per come vengono realizzati. Nomina degli stessi responsabili dei disastri di ieri e di oggi. Assenza di una programmazione funzionale a creare una Sanità uniforme. Nebulosità nella definizione dei piani di rientro che sembrano essere redatti secondo un

unico copione. Quest'ultimo inteso spesso come matrice uguale per tutti da tagliare da un elaborato e incollare sull'altro.

Quali saranno le risposte a un debito pubblico nazionale che esploderà oltre misura? Dove rintracciare i presupposti per il corretto funzionamento del federalismo fiscale, con la quasi totalità delle Regioni ancora ignare dei propri costi di salute da adeguare a quelli standard?

Il secondo interrogativo riguarda il funzionamento dell'intervento sanitario più immediato, quello emergenziale. Anche qui varrebbe la regola generale della chiusura dei piccoli ospedali, indipendentemente dalle tipicità orografiche dei territori. Chi terrà in considerazione le necessità assistenziali dei numerosissimi comu-

ni disseminati tra le montagne calabresi o sarde, con strade d'altri tempi? Nel più attuale confronto non valgono le regole dei più facili percorsi viari per garantire il celere raggiungimento delle strutture utili, è sufficiente adeguarsi ai criteri generali. La chiusura. Quindi, il solito andazzo. Una programmazione sui bisogni che nessuno rileva ma che però tutti dichiarano quali presupposti essenziali della loro pianificazione. Insomma, il privilegiare il bisogno virtuale rispetto a quello reale, indipendentemente se, nel frattempo, muore qualcuno.

Prima di tutto bisognerebbe preve-

dere una riforma dell'emergenza, quale percorso ineludibile dell'assistenza da garantire in ogni angolo del Paese. Dunque, non più un pronto soccorso funzionale a tutto il resto, bensì protagonista del livello di assistenza ospedaliero. Garante della corretta distribuzione del lavoro e dell'affidamento del malato alle altrui cure. Proprio per questo dovrà essere diretto da dirigenti esperti e di altissimo profilo, consapevoli del loro ruolo di indispensabilità, quali destinatari della delega più importante che il cittadino può attribuire: quella di poter decidere della sua esistenza.

Ettore Jorio
Docente di Diritto sanitario
Università della Calabria

UN DLGS RECEPISCE LE NORME UE

Nuovi dispositivi, burocrazia light

Iter amministrativo più leggero per la sperimentazione di nuovi dispositivi destinati a operazioni d'impianto chirurgico e restyling complessivo delle sanzioni applicabili nei confronti di fabbricanti e importatori che aggirino le norme dettate da Bruxelles per garantire l'apertura della concorrenza nel mercato di riferimento e la messa in sicurezza dei prodotti.

Queste alcune delle novità contenute nel Dlgs attuativo della direttiva 2007/47/Ce sui dispositivi medici anche di tipo impiantabile attivo approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri il 3 settembre scorso. Il testo che sarà sottoposto al parere della conferenza unificata e delle commissioni parlamentari prima del sì definitivo da parte del Governo riguarda inoltre, in misura marginale, le disposizioni di recepimento della direttiva

98/8/Ce sulla vendita di alcuni preparati e principi attivi utilizzati in ambito sanitario (biocidi). L'obiettivo è di evitare possibili censure da parte dell'Ue allineando, innanzitutto, la disciplina di settore contenuta nei Dlgs n. 507/92, n. 46/97 e 332/2000 sui dispositivi medici impiantabili attivi come i pace-maker o quelli di tipo «esterno» come i kit per le sale operatorie alla direttiva 2007/47/Ce giunta a scadenza il 21 dicembre scorso. Per facilitare la vita alle imprese viene, tra l'altro, introdotto il principio del silenzio-assenso per l'avvio delle indagini cliniche sui nuovi dispositivi di tipo attivo. A partire dal 21 marzo 2010 il fabbricante potrà, infatti, comunque passare alla

fase di sperimentazione del prodotto dopo che siano trascorsi 2 mesi dall'inoltro della relativa comunicazione all'autorità competente. In compenso, il provvedimento dispone una revisione integrale dell'apparato sanzionatorio applicabile anche nei confronti delle strutture sanitarie. Le misure di tipo penale (arresto fino a 6 mesi e ammenda da 7.200 a 43.200 euro) introdotte dal Dlgs n. 332/90 saranno, infatti, circoscritte alla mancata comunicazione o all'omessa vigilanza su «incidenti gravi» che provochino il decesso o il peggioramento delle condizioni del paziente a seguito del malfunzionamento del dispositivo. Viene così colmata una lacuna legislativa attraverso

norme che consentiranno di censurare anche il comportamento «omissivo o consociativo colposo» degli ospedali che non abbiano tempestivamente informato dell'incidente il ministero del Welfare ovvero controllato la validità dei certificati di conformità del prodotto prima della sua installazione. La vendita o l'utilizzo illegale di dispositivi privi di marcatura Ce saranno, invece, puniti con un'ammenda compresa tra 21.400 e 128.400 euro. Il decreto in itinere stabilisce, infine, alcuni criteri per potenziare il collegamento con la banca dati Eudamed che dal prossimo anno fornirà informazioni aggiornate anche sugli operatori che abbiano commesso irregolarità.

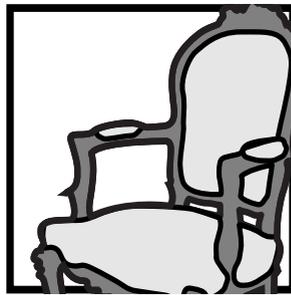
Marco Gasparini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La strategia: scuole chiuse secondo necessità e linee guida per gestire i casi gravi

Influenza A, le mosse di Fazio

Il picco a Natale - Campagna di comunicazione ancora da definire



Scuole chiuse secondo necessità, una campagna di comunicazione ai cittadini e linee guida da concordare con Regioni e medici per la gestione dei malati e dei casi più gravi. Sono questi i pilastri su cui si articola la strategia italiana contro l'influenza A, presentata mercoledì scorso a Roma dal viceministro alla Salute **Ferruccio Fazio**, al termine di una riunione dell'unità di crisi contro la pandemia. Un vertice allargato, cui hanno partecipato oltre agli esperti del Welfare e dell'Istituto superiore di Sanità e al sottosegretario alla presidenza del Consiglio Bonaiuti, anche rappresentanti delle Regioni, dei medici e del ministero dell'Istruzione.

L'obiettivo è «arrivare a eradicare completamente la malattia entro la fine di aprile 2010», ha spiegato Fazio. Il picco dovrebbe verificarsi a Natale, dal momento che, ha aggiunto il viceministro, è oggi ipotizzabile tra il 18 dicembre e il 18 gennaio, quando si stima che ogni 15 giorni potrebbero ammalarsi tra

1,5 e 3 milioni di persone.

Ma il piano per fronteggiare l'emergenza, pronto sulla carta nelle sue linee essenziali, aspetta ancora di essere messo a punto. A cominciare dalla gestione delle scuole, per cui nelle prossime settimane sarà definito un decalogo, d'accordo con il ministro Gelmini. A prevalere sarà comunque il «modello francese», con la chiusura degli istituti a partire dai tre casi conclamati di influenza. Nel decalogo si affronteranno anche i temi della sostituzione del personale, dell'igienizzazione straordinaria degli ambienti, di come garantire la continuità dell'educazione e delle condizioni per riaprire le aule. Infine, gli aspetti più strettamente burocratici, con l'individuazione di chi e come sarà chiamato a certificare i casi e a gestire le ordinanze di sospensione delle lezioni.

Altro tema da mettere a punto è il piano di comunicazione ai cittadini, affidato direttamente al sottosegretario alla presidenza del Consiglio. «Ci affidiamo a spot

Le misure allo studio

SCUOLE: se ne valuta la chiusura quando ci sono tre o più casi di persone ammalate contemporaneamente. Welfare e Istruzione lavoreranno insieme a un decalogo in cui si affronteranno tra l'altro anche i temi della comunicazione e dell'informazione agli studenti, della sostituzione del personale, dell'igienizzazione degli ambienti, delle garanzie di continuità della didattica e delle condizioni per riaprire le aule

COMUNICAZIONE: il piano, affidato al sottosegretario alla presidenza del Consiglio Bonaiuti, punterà su spot in Tv e sui giornali. I contenuti saranno concordati con l'unità di crisi del ministero

GESTIONE DEI CASI GRAVI: vanno definite le linee guida per il ricovero e il trasporto dei pazienti più gravi nelle terapie intensive di II livello. La mappa delle strutture idonee e dei ventilatori meccanici va ancora individuata. In arrivo un call center dedicato agli interrogativi degli operatori

televisivi e a giornali - ha spiegato Bonaiuti - che concluderemo con l'unità di crisi».

Ultimo tassello, il vademecum per la gestione dei casi gravi. «Nei prossimi giorni - ha chiarito Fazio - andranno individuate con le Regioni le terapie intensive e i centri di secondo livello in grado di assistere adeguatamente i pazienti. Stiamo pensando poi all'acquisto di nuo-

vi ventilatori meccanici e al recupero per le rianimazioni di quelli disponibili nelle sale operatorie. Vanno infine correttamente informati gli operatori, compresi i medici di guardia, cui metteremo a disposizione un call center dedicato». Piena disponibilità da medici di famiglia e pediatri, che sulla base delle scelte regionali potranno essere coinvolti sia nella campagna vaccinale sia nella ge-

stione continua dei pazienti con l'ospedale, secondo un modello di assistenza «h24».

Per quanto Fazio sia tornato a sottolineare la «scarsa aggressività del virus A/H1N1», l'ampio tasso di contagiosità impone infatti la massima sorveglianza. Senza contare che l'Italia ha cominciato a registrare i primi casi gravi, come il giovane di Parma ricoverato in coma per alcuni giorni all'ospedale di Monza e poi guarito. «La situazione - precisano però dal ministero - resta sotto controllo e un certo numero di complicanze erano ampiamente attese». La buona notizia è anzi, ha sottolineato di nuovo Fazio, che «rispetto alle simulazioni di inizio estate il virus si sta presentando con un mese di ritardo nel nostro Paese».

Resta confermata almeno la prima fase del piano vaccinale. Da metà novembre (e se possibile da prima), si comincerà a immunizzare un primo maxi-gruppo di cittadini: 8,6 milioni di persone tra operatori sanitari, dei pubblici servizi e malati gravi. Nel

complesso, entro la prossima primavera, dovrebbe essere coperto il 40% della popolazione, grazie ai 24 milioni di sieri acquistati, a spese del Governo, dai due produttori Novartis e Sanofi-Pasteur. Ma gli effetti dei vaccini sulle categorie maggiormente sensibili, come i giovani tra i 2 e i 18 anni e le donne in gravidanza, presentano più di un lato oscuro: per questo il ministero ha inviato una richiesta di parere al Consiglio superiore di Sanità, che dovrà anche esprimersi sugli eventuali rischi da co-vaccinazione. In attesa del responso, il piano vaccinale per queste categorie è sospeso, mentre il ministero pensa di posticipare la profilassi contro l'influenza stagionale.

Quello dell'accesso ai vaccini si conferma insomma tra i temi più caldi e sarà tra i punti all'ordine del giorno del vertice straordinario dei ministri della Sanità Ue, convocato il prossimo 12 ottobre a Lussemburgo.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FRONTE DELLA CAUTELA

«Servono prudenza e trasparenza»

«**O**ccorre la massima prudenza». **Giuseppe Remuzzi**, coordinatore della ricerca all'Istituto farmacologico Mario Negri di Bergamo, esprime «molti dubbi» sulla ragionevolezza della corsa ai vaccini che si è scatenata da aprile a oggi «perché il virus che sta circolando adesso dà una forma lieve di influenza e perché per ora è stabile».

Remuzzi comprende la difficile posizione dei Governi, costretti a muoversi come elefanti in una cristalleria: se non fanno e l'influenza A si aggrava potrebbero essere tacciati di immobilismo, se fanno troppo potrebbero venire accusati di allarmismo. Per questo suggerisce cautela: «Ogni decisione va presa se si ha la ragionevole certezza che produrrà più benefici che danni».

«Più no che sì», dunque, allo stato attuale, a un'ipotesi di vaccinazione di massa. Bene, invece, la scelta del Governo: vaccinare nella prima fase soltanto 8,6 milioni di persone, partendo dagli operatori sanitari, dai lavoratori dei servizi pubblici essenziali e dai malati cronici gravi. Anche se i problemi non mancano e «vanno tenuti presenti». L'esperto ne cita due: «I vaccini contro l'influenza, questa o quella stagionale, non sono così efficaci come quelli contro la maggior parte delle altre malattie virali.

In secondo luogo occorre che siano finiti gli studi disegnati per capire se il vaccino è efficace, come somministrarlo e che effetti eventualmente negativi abbia. La situazione di emergenza accelera i tempi tecnici normalmente necessari per i test, e questo complica le cose».

Si spiega così la resistenza registrata da Hong Kong al Canada tra gli operatori sanitari. Il 26 agosto è apparso sul British Medical Journal un articolo dal titolo eloquente: «L'opposizione al vaccino sembra crescere in tutto il mondo». Perché medici e infermieri, intervistati in vari sondaggi, si dicono poco disposti a fare da «cavie».

Molto dura sulla «scarsa o nulla informazione sui vaccini che arriva dall'industria e dalle autori-

tà internazionali» è **Luisella Grandori**, responsabile vaccinazioni dell'Associazione culturale pediatri. «Non sappiamo niente - dice - sulle tecnologie e sugli adiuvanti utilizzati. Non abbiamo elementi per capire come funziona la procedura mock-up cui si è ricorso per accelerare l'iter. Ma io non consiglio ai miei pazienti ciò che non conosco. Comprendo il segreto industriale, ma tenere nascoste certe informazioni accresce la sfiducia e lo smarrimento».

Entrambi gli esperti sono convinti che l'azione indispensabile in questa fase, fortunatamente non allarmante, sia comunque una: organizzarsi per monitorare la diffusione del virus e la sua gravità. Non soltanto nell'emisfero Nord, ma soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Aveva preoccupato, la scorsa settimana, la notizia poi smentita secondo cui in Egitto fossero stati individuati due casi di doppia infezione da virus A/H1N1 e A/H5N1, quello dell'aviaria. «In quei Paesi - spiega la virologa **Ilaria**

Capua, dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie - dove il contatto animali-uomo è più frequente il virus potrebbe ricombinarsi ed emergere sotto forma di chimera virale, dalle caratteristiche imprevedibili. Per questo un mese fa su Nature abbiamo pubblicato un appello perché nelle vaccinazioni sia data priorità al Sud del mondo».

L'eventualità da scongiurare, afferma Remuzzi, è «che la ricombinazione produca un virus che si diffonda facilmente come l'H1N1 e che però sia pericoloso come l'H5N1, che uccide sei persone su dieci e fortunatamente fatica a passare da uomo a uomo». Capua non ha dubbi sulla strada da percorrere: «Trasparenza e potenziamento della sorveglianza negli animali e nell'uomo. Con la collaborazione, rivelatasi vincente, tra medici e veterinari».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA POSIZIONE DEI PRODUTTORI

«Niente panico: saremo pronti»

«**N**on c'è motivo di farsi prendere dal panico. Il vaccino sarà pronto entro le date previste. Prima della seconda ondata della pandemia, come avviene di solito in caso di pandemia, ovvero prima dell'inverno 2010, c'è tutto il tempo per intervenire. Intanto dobbiamo puntare a tenere a casa selettivamente le persone che contraggono l'H1N1: anticipando la vaccinazione contro l'influenza stagionale potremo limitare il numero dei falsi allarmi. In caso contrario si rischia di bloccare l'economia del Paese».

E tutto quello che è stato fatto in Italia è ben fatto perché punta a scongiurare anche questo rischio».

A sostenere le scelte compiute finora dal Governo in tema di pandemia è **Daniel Jacques Cristelli**, ad di Sanofi Pasteur Msd Italia e Grecia, l'azienda (100 dipendenti e circa 70 milioni di fatturato in Italia, ndr.) che assieme a Novartis fornirà all'Italia i vaccini richiesti. La produzione dell'azienda, per tutto il mondo, è in corso nello stabilimento di Anagni di Sanofi-Aventis.

L'Italia si sta muovendo bene, insomma.

Le misure assunte dal Governo sono state assolutamente corrette e le richieste sono state chiare: 48 milioni di dosi per 23 milioni di persone. Per vaccinare gli altri avremo tutto il 2010. L'Italia inoltre può contare su 3mila centri vaccinali pubblici e su una rete di medici abituati a vaccinare i pazienti per l'influenza. Pensi che la Francia sta creando solo ora ambulatori ad hoc.

Quanto sarà disponibile il vaccino?

Il vaccino è già pronto. I primi lotti industriali sono già stati prodotti in giugno-luglio e abbiamo avviato gli studi clinici. Nel frattempo abbiamo concluso la produzione del vaccino stagionale, che è già disponibile in vari Paesi, e ripreso la produzione del vaccino H1N1. Entro fine ottobre il prodotto dovrebbe essere registrato e puntiamo a fornire tutte le dosi richieste entro fine anno.

Ora è indispensabile concludere gli studi in corso su migliaia di persone, negli Usa e in Europa.

Le risposte attese?

Siamo l'unica azienda ad aver sviluppato varie formulazioni e diversi dosaggi: se individueremo un'efficacia a basso dosaggio potremo produrre un numero maggiore di dosi con la stessa materia prima. Inoltre, dovendo rispondere alle strategie dei diversi Paesi, stiamo facendo studi sugli adulti, sugli anziani e sull'uso pediatrico. Poi decideranno i Governi.

Che suggerirebbe alle imprese?

Non sta a me dare suggerimenti. Posso solo dirle che nella mia azienda tutti i dipendenti saranno protetti col vaccino stagionale. Non dimentichiamo poi che in caso di influenza - pandemica o meno - le complicanze respiratorie batteriche possono essere evitate ricorrendo al vaccino antipneumococco, come ricordano le circolari ministeriali.

La strategia insomma quale deve essere?

Bisogna fare prevenzione con tutto ciò di cui si dispone. Basta fare due conti: un vaccino antinfluenzale, un vaccino antipneumococco e un vaccino H1N1 costano 45 euro. Un ricovero per bronchite o polmonite grave costa 3mila euro.

Il vaccino H1N1 però non andrà in farmacia.

Oms ed Europa ci hanno chiesto di limitare la fornitura agli Stati: è una richiesta mondiale che risponde a criteri di giustizia. Una grande quantità del nostro vaccino, a esempio, è destinata ai Pvs che hanno minori disponibilità.

Quanto costerà il vaccino?

Non faremo business sulla pandemia. Il lavoro immane di questi tre mesi ha avuto costi enormi, ma il vaccino non costerà più degli 8-9 euro già previsti per il vaccino stagionale.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giuseppe Remuzzi



Daniel Jacques Cristelli