

POLITICA E SANITÀ

Intramoenia e responsabilità professionale nel "decretone" di fine mese

Un fondo di solidarietà per integrare i premi assicurativi delle categorie più esposte, tabelle di riferimento per calmierare i rimborsi a carico delle compagnie (che non potranno più scindere la polizza a proprio piacimento), albi regionali dei consulenti medici per i tribunali e infine ridefinizione legale del concetto di colpa, in modo da ricomprendere soltanto l'errore medico grave e il dolo. Sono gli interventi che in tema di responsabilità sono stati anticipati ieri mattina alle sigle dell'Intersindacale nell'incontro convocato dal ministero della Salute. Ai presenti non sono stati consegnati né documenti né testi scritti, con Balduzzi si è soltanto ragionato a voce sui contenuti del «decretone» che il governo dovrebbe varare entro mercoledì prossimo: una sorta di contenitore in cui, per cominciare, troverà posto la riforma dell'intramoenia già presentata ai sindacati nelle settimane scorse. E ieri sul tema i sindacati della dirigenza hanno ripetuto al Ministro le perplessità già espresse in passato, a cominciare da quella "tassa" del 5% sulla libera professione in studio privato che per le sigle significherebbe spingere i pazienti verso il privato. Ma nel decretone potrebbe riuscire a infilarsi anche il pacchetto di interventi sulla responsabilità professionale: il Governo dovrebbe motivare l'urgenza ma per i sindacati gli squassi causati dalla medicina difensiva già sarebbero giustificazione sufficiente. In ogni caso, le misure anticipate verbalmente dal Ministro sembrano aver incontrato il sostanziale gradimento dei presenti: «Sono proposte che dovrebbero incidere positivamente sul problema» è il parere di **Massimo Cozza**, segretario nazionale di Fp-Cgil Medici; «Qualche effetto dovrebbe esserci, soprattutto sui prezzi delle polizze» aggiunge **Riccardo Cassi**, presidente di Cimo-Asmd «avremmo voluto introdurre un indennizzo pubblico in tutti i casi di danno generico, come accade in Francia, ma ci è stato detto che mancano i soldi». «Sono misure che rappresentano un apprezzabile passo avanti» chiude infine **Costantino Troise**, segretario nazionale di Anaa-Assomed «diamo atto al Ministro di aver portato avanti le proposte già elaborate ai tavoli tecnici». E a proposito di tavoli tecnici, le conclusioni raggiunte da quello sul precariato verranno rigirate al gruppo di lavoro che sullo stesso tema si è insediato nelle settimane scorse al ministero della Funzione pubblica.

Contro la malasana gestione del rischio e rating agli ospedali

«La percezione dei cittadini è che l'ospedale non sia un luogo sicuro e che l'incidente sia da attribuirsi all'errore umano, mentre molto spesso alla base c'è la totale mancanza di una gestione centrale dei rischi» a sottolinearlo nel corso di un Convegno organizzato da Cineas a Milano, il presidente dell'associazione, un Consorzio universitario co-fondato dal Politecnico di Milano, **Adolfo Bertani**. Il convegno è stata l'occasione per affrontare il difficile rapporto tra assicurazioni e sanità, che negli ultimi anni ha visto profilarsi una frattura sempre più netta tra i due mondi. Ospedali e professionisti del settore sono considerati soggetti troppo rischiosi e difficili da assicurare, con il risultato che rimangono spesso scoperti ed esposti alla possibilità di dover risarcire personalmente in caso di errori e conseguenti richieste di risarcimento danni. Come avviare alla situazione? Dal Cineas arrivano alcune proposte concrete: l'osservatorio nazionale sugli errori e i presunti casi di malasana, il rating agli ospedali, il tavolo tecnico tra assicurazioni e sanità nonché la creazione di competenze specialistiche, i risk manager, che si pongano tra mondo sanitario e assicurativo. Bertani auspica «un coordinamento del ministero, sotto forma di osservatorio, che delinea chiaramente il quadro della situazione sul territorio nazionale, per capire dove intervenire». In più il Cineas propone di avviare un sistema di certificazione delle strutture ospedaliere partendo da un rating per ogni reparto specialistico. Qualche risposta dal ministero è attesa nel "decretone" in arrivo la settimana prossima che, stando alle anticipazioni, dovrebbe contenere nuove regole sulla responsabilità professionale dei medici. **Marco Malagutti**

Non sostituibilità, Ministero invita ad abbandonare eccessi. È polemica

Sono certo che i medici potranno rivedere alcuni eccessi e prese di posizione in merito alla normativa sui farmaci generici contenuta nel cosiddetto decreto sulle liberalizzazioni. Sono queste parole, pronunciate da **Claudio De Giuli**, consigliere del ministro della Salute, intervenuto al IV convegno di Assogenerici, che hanno nuovamente innescato la polemica sui farmaci equivalenti. «Non conosco De Giuli, ma le sue sono le considerazioni di un amministratore, non di un medico» è la risposta piccata del segretario della Fimmg, **Giacomo Milillo**, che aggiunge: «Da parte nostra evidentemente non c'è nessun eccesso, tutto questo mi sembra una posizione pregiudiziale e politica». L'intervento di De Giuli nasce comunque da alcune considerazioni sul mercato in Italia: «Abbiamo un forte sottodimensionamento della quota del mercato dei generici rispetto all'Europa e al mercato statunitense, nonostante i numerosi interventi fatti a livello legislativo dagli anni novanta proprio sui generici». Poi De Giuli aggiunge: «Ora rimarrei perplesso se nei prossimi mesi si dimostrasse che il decreto liberalizzazioni ha portato una minor crescita dei farmaci generici rispetto a prima». Da qui l'auspicio: «Almeno per quanto riguarda le prescrizioni di pazienti mai trattati con un determinato farmaco, i medici potrebbero prescrivere il farmaco senza la clausola di non sostituibilità». «A mio avviso» è il controcanto di Milillo «la non sostituibilità dovrebbe riguardare il 70% delle prescrizioni, mentre in realtà forse siamo arrivati al 20%, dunque non vedo dove sta il problema. La non sostituibilità» continua «si può omettere in moltissimi casi ma non è detto sia possibile farla diventare una regola, perché ci possono essere limitazioni di natura diversa che impediscono la sostituibilità». Da parte sua il consigliere del Ministro ha un ultimo auspicio: «Spero che si possa raggiungere l'obiettivo dell'incremento senza ricorrere a ulteriori provvedimenti di legge».

Veneto, semaforo verde al Piano sociosanitario dopo 16 anni

Incassa il sì del Consiglio regionale e qualche critica del ministro della Salute **Renato Balduzzi** il Piano sociosanitario del Veneto. Parto faticoso e all'orizzonte il rischio che da Roma arrivi un'impugnazione, ma sono 16 anni che la Regione non ne scriveva uno e basta già questo a rendere l'evento epocale. E poi ci sono i contenuti: per l'assessore alla Salute, **Luca Coletto** (che in Stato-Reigoni riveste anche la carica di coordinatore degli assessori alla Sanità regionali), c'è dentro anche una "spending review" alla veneta. Di certo c'è l'indicazione che - fatte salve specifiche realtà - le Asl dovranno avere d'ora in avanti bacini di utenza tra i 200 e i 300mila assistiti, da cui l'annuncio del governatore **Luca Zaia** secondo il quale il prossimo step sarà l'accorpamento delle Aziende sanitarie. Per i primari si prevede la nomina da parte del direttore generale e la valutazione quinquennale del loro operato, la riorganizzazione degli ospedali secondo una rete gerarchica e uno sfoltimento di strutture e reparti secondo «schede» (cioè dossier) che dovranno essere elaborati dal Consiglio regionale. E poi calo dei posti letto per acuti al 3 per mille, per riabilitazione allo 0,5 per mille e per cure intermedie (nelle nuove strutture di continuità ospedale-territorio) all'1,2 per mille.

E da Balduzzi qualche plauso ma anche alcune critiche: «L'approvazione del nuovo piano sociosanitario è una cosa positiva» ha detto il Ministro «ma mi sarei aspettato più attenzione sull'integrazione sociosanitaria e sulla possibilità di tenere sotto controllo la spesa per beni e servizi». E ora vediamo che farà il Governo.

Marino presenta interrogazione a Ministero su epatite C

Chiedere al ministero della Salute e all'Aifa di motivare il ritardo nella commercializzazione in Italia di due farmaci innovativi (Telaprevir e Boceprevir) necessari per la cura di chi è affetto da epatite C e già autorizzati, nel 2011, negli Usa, in Canada, Germania, Francia, Scandinavia, Inghilterra, Olanda e Austria. È questo l'oggetto di una interrogazione al ministro della Salute, Renato Balduzzi, presentata da **Ignazio Marino**, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché chirurgo dei trapianti di fegato, insieme ad altri 32 senatori di tutti gli schieramenti politici. «Nel nostro Paese» spiega Marino «si contano 20 mila decessi all'anno causati da cirrosi e da tumore epatico e si eseguono oltre 1.000 trapianti di fegato di cui almeno la metà causati da virus Hcv. In Europa occidentale, l'Italia è il Paese con il più alto numero di malati di epatite C e proprio per questo dovrebbe essere più attivo di altri nel predisporre misure volte a limitare i danni che la malattia produce in ambito sanitario, sociale ed economico». I principi attivi la cui autorizzazione è ferma «possono ragionevolmente raddoppiare la possibilità di guarigione con tassi di risposta prossimi all'80%, mentre oggi i farmaci disponibili in Italia si fermano intorno al 40%». Marino ricorda che «l'Aifa non ha esercitato la sua funzione istituzionale per oltre 100 giorni, un'inattività che incide pesantemente sulla vita di pazienti a rischio (come chi è affetto da cirrosi epatica con Hcv, i trapiantati di fegato con recidiva aggressiva da epatite C o coinfezzati da Hiv) che solo fino a un certo momento potranno essere curabili. Per loro il fattore tempo è fondamentale».