



POLITICA E SANITÀ

Balduzzi: entro estate rimodulazione Lea. Via anche al federalismo fiscale

Entro l'estate il dicastero della Salute presenterà una proposta di rimodulazione dei nuovi Lea. A dirlo il Ministro, **Renato Balduzzi** (foto), intervenuto davanti alla commissione bicamerale sul Federalismo fiscale. «Quelli che chiamiamo i nuovi Lea non sono mai diventati efficaci né sono più tanto nuovi. Per questo mi riservo di fare una proposta in questa direzione nel corso dell'estate. Tra gli obiettivi quello di rendere più cogenti alcune indicazioni di appropriatezza, come quelle che vengono individuate sulle prestazioni di diagnostica strumentale». Tra le tematiche affrontate da Balduzzi anche i ticket, che dovrebbero partire dal 2014, con la proposta di sostituirli con una franchigia per reddito «più equa e trasparente». Ma in commissione Balduzzi ha anche affrontato il tema del federalismo fiscale, spiegando che la spending review deve intendersi come un provvedimento complementare. «L'insieme delle tecniche inserite nel decreto legge sulla revisione della spesa costituisce un complesso di strumenti forniti alle Regioni per poter affrontare meglio la sfida del federalismo, che è quella di portare in alto la qualità media del sistema agendo sulla responsabilizzazione forte dei territori». Per quanto riguarda la tabella di marcia, il ministro ha chiarito che «a settembre, dopo il Dpcm in arrivo prima della pausa estiva, si cercherà di individuare le tre Regioni benchmark scelte in una rosa di cinque, mentre a ottobre si definiranno i costi standard, così da poter avviare il processo di riparto 2013 a novembre».

A Trieste protocollo tra Asl e Mmg per il pay for performance

A Trieste medici di famiglia e Asl gettano le basi per sperimentare il "pay for performance". La cornice è offerta dal patto d'intenti siglato nei giorni scorsi dai sindacati di categoria (Fimmg e Snami) dalla Simg e dalla direzione generale dell'Asl. Con il quale i firmatari disegnano un percorso a tappe che ha per meta l'avvio di progetti di governo clinico imperniati sul modello anglosassone del pagamento per obiettivi di salute. «Il primo step» spiega **Dino Trento**, segretario provinciale della Fimmg «consiste nella condivisione dei dati. Con questo protocollo, medici di famiglia e Asl concordano lo scambio reciproco delle informazioni: noi diamo quelle relative alle condizioni cliniche dei nostri pazienti, l'Azienda ci fornisce quelle generali concernenti la popolazione».

Una volta integrati i dati, si potrà avviare la definizione di progetti di clinical governance orientati all'area delle cronicità: cardiovascolare, diabete, bpcn eccetera. «Il protocollo» sottolinea al riguardo Trento «garantisce che i dati verranno impiegati soltanto a questo scopo e non per monitoraggi sulla spesa indotta o cose simili». E l'obiettivo è quello di collocare tali progetti nella cornice del nuovo accordo aziendale e della Convenzione regionale. «Vorremmo arrivare a questa seconda tappa entro la fine dell'anno» prosegue il segretario della Fimmg triestina «vedremo. Bisognerà anche capire quello che la Regione vuole investire nella Mg: non ci facciamo troppe illusioni, siamo in tempi di vacche magre. Ma intanto proviamo a seminare, facciamo passare il messaggio che lavorare per obiettivi significa lavorare bene e con la clinica davanti a tutto». E poi c'è l'ambizione di convincere la Regione a sottoscrivere un progetto di salute che misurerà da qui a cinque anni l'impatto di metodologie di lavoro basate sulla clinical governance. Qualche anticipazione di ciò che potrebbe essere si trova già nel protocollo triestino: «Una riduzione di 4,4 mg/dl di colesterolo LDL su 10mila persone ad alto rischio cardiovascolare significa potenzialmente evitare ogni anno 4,5 eventi vascolari maggiori, 4,2 rivascolarizzazioni coronariche percutanee o chirurgiche, 1,3 ictus, 2,5 morti per qualsiasi causa».

Consulta: ok a superticket, bocciate le misure per il 2014

I ticket di dieci euro per la specialistica ambulatoriale e di 25 per il pronto soccorso, inizialmente previsti dalla Finanziaria 2007 e reintrodotti con la Manovra del luglio dell'anno scorso targata Tremonti, non sono incostituzionali. Mentre lo è la parte del decreto sulla compartecipazione alla spesa che scatterà nel 2014 che lascia la sua introduzione a un regolamento del ministro della Salute e dell'Economia. È questo il contenuto della sentenza della Corte costituzionale (187/2012 del 4 luglio), chiamata a decidere sulla legittimità della Manovra del 2011 dal Friuli Venezia Giulia e dal Veneto. Secondo la Corte, infatti, «la disciplina in materia di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie persegue un duplice scopo: l'esigenza di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali)».

Per questo di per sé non è una misura illegittima. Inoltre, «la disposizione impugnata lascia alle Regioni la possibilità di scegliere in un ventaglio di strumenti concreti da utilizzare per raggiungere gli obiettivi di riequilibrio finanziario». Per quanto riguarda, invece, il ticket del 2014, la Corte osserva che «le misure di compartecipazione attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la cui

determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale, sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni». Ma lo Stato, è la conclusione, «può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie nelle quali abbia competenza esclusiva».

Ue, nuove regole su trial per favorire terapie innovative

In Europa diventerà più facile per i pazienti accedere alle terapie innovative grazie a una ricerca clinica più attrattiva dal punto di vista della sperimentazione di farmaci sull'uomo, ma anche a procedure di autorizzazione semplificate, pur mantenendo gli standard più elevati per la sicurezza. È questa la prospettiva che vuole seguire la Commissione europea proponendo di aggiornare la direttiva Ue del 2001 sulla sperimentazione clinica che non ha dato i risultati sperati «a causa di norme svantaggiose per i ricercatori». Negli ultimi anni, infatti, c'è stato un calo del 25% delle sperimentazioni cliniche in Europa, passate dalle 5mila autorizzazioni chieste nel 2007 alle 3.800 del 2011. La posta in gioco è elevata e non solo sul fronte sanitario: con più di 20 miliardi di euro di investimenti l'anno nell'Ue, la ricerca clinica rappresenta un importante contributo alla politica di crescita. L'impatto positivo interesserà anche i pazienti: «In Europa i pazienti dovrebbero avere accesso alla ricerca clinica più innovativa» ha dichiarato il commissario alla salute e ai consumatori, **John Dalli**, nel presentare le nuove proposte a Bruxelles. E sul fronte della sicurezza, ha spiegato che la Commissione ha previsto la possibilità di effettuare controlli negli Stati membri e negli altri Paesi per assicurare «che le regole siano adeguatamente monitorate e fatte rispettare». La nuova legislazione proposta si presenta sotto forma di un regolamento con nuove parole d'ordine autorizzazione, semplificazione, trasparenza e controllo. Ora passa all'esame del Parlamento e del Consiglio Ue. La sua entrata in vigore è prevista per il 2016.

Usa, meno mammografie con nuove linee guida

Nel 2010, anno successivo al rilascio delle nuove linee guida sulla periodicità dello screening mammografico per il tumore al seno, il numero di donne di quarant'anni che si sono sottoposte all'esame, è sceso di quasi il 6%. Un dato controverso che si presta a diverse interpretazioni e che alimenta il dibattito sull'appropriatezza delle linee fornite dalla Preventive services task force americana (Uspstf) che, in particolare, raccomandano alle donne tra i 50 e i 74 anni di fare l'esame mammografico ogni due anni, mentre per quelle più giovani l'indicazione varia da paziente a paziente. «A noi interessava determinare l'impatto delle nuove raccomandazioni, e del dibattito generato, sull'utilizzo della mammografia nelle giovani donne» spiegano gli autori del report presentato a fine giugno all'Academy health meeting tenutosi a Orlando. Ma non è facile, dicono i sostenitori delle linee, stabilire una connessione di causa effetto tra le nuove raccomandazioni e il fatto che nel 2010, tra le donne giovani, tra 40 e 49 anni, siano state eseguite 54 mila mammografie in meno, cioè un calo del 5,7%. D'altra parte, diverse organizzazioni, tra cui la American cancer society e la Mayo clinic hanno rilasciato linee opposte che consigliano la mammografia annuale già da 40 anni e la American medical association si è impegnata a garantire che le donne giovani abbiano accesso alla copertura assicurativa per mammografie. Per molti oncologi il calo dello screening è preoccupante perché, dicono, «le mammografie salvano vite», «si rischia di passare il messaggio errato che la mammografia sia dannosa», e quindi «meglio una piccola ansia che un piccolo tumore». Secondo **Michael LeFevre** vice presidente della task force le raccomandazioni sono state male interpretate: «Esiste ancora la percezione che la task force non raccomandi la mammografia nella quarantenni» sostiene «ma non è così. Noi pensiamo che debba essere una scelta informata, una decisione attiva anziché un atto passivo in cui i medici dicono alle donne che cosa devono fare». Gli autori del report hanno comunque annunciato che sono in fase di elaborazione i dati del 2011, e che saranno necessarie ulteriori ricerche per determinare l'impatto delle raccomandazioni.

Assicurazione medici, Amami: rischiamo di essere fuorilegge

Dal 13 agosto prossimo tutti i medici avranno l'obbligo di stipulare un'assicurazione individuale per la responsabilità civile. Ma le compagnie assicuratrici non sono disposte a stipulare una polizza con loro, soprattutto se hanno già avuto una richiesta di risarcimento, sono ginecologi o effettuano interventi di tipo estetico. A denunciare la situazione è Amami-Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente. «Con gli anni per i medici è diventato quasi impossibile trovare una compagnia che li assicuri» spiega **Maurizio Maggiorotti**, presidente di Amami. «E questo vale soprattutto per ginecologi, medici e chirurghi estetici, ortopedici e chirurghi generali, oltre che per chi ha ricevuto una richiesta di risarcimento. In quest'ultimo caso le stime ci parlano di 20mila richieste l'anno». Quand'anche si riesce a stipulare una polizza, «si arrivano a spendere cifre pari a 2-3 mensilità di un medico ospedaliero. Ma adesso la situazione è ancora più grave». Nonostante la legge (si tratta della manovra di ferragosto dello scorso anno, il d.lgs 138/2011) imponga l'obbligo ai professionisti di assicurarsi, «nessuna compagnia vuole coprire i medici» continua «Come Amami abbiamo inviato ben due richieste alle 10 principali compagnie assicuratrici italiane per farci una proposta di polizza da offrire ai nostri 25mila iscritti, ma non ci ha risposto nessuno. Così rischiamo di essere fuorilegge». Secondo **Gianni Turci**, presidente di Marsh Italia, società di consulenza ai professionisti del settore sanitario, a spaventare le compagnie non è tanto il rischio di dover risarcire il medico, quanto lo scenario che si crea in caso di «sinistro» con i pazienti. «Se le normali cause durano meno di un anno, una causa medica si prolunga dai tre ai cinque anni, richiedendo enormi spese per i legali e per i periti che devono analizzare il caso» spiega Turci. A questo va aggiunto il problema dei soldi messi da parte dalle compagnie per eventuali risarcimenti, un capitale spesso inutilizzato ma comunque congelato. E impegnare capitale, si sa, spaventa qualsiasi società.