

DoctorNews33

SANITÀ 2012

I FATTI DELL'ANNO

Prefazione di
Ignazio Marino



Direttore Responsabile: Emile Blomme

Caporedattore: Nicola Miglino

Caposervizio: Marco Malagutti

Redazione: Elisabetta Lucchesini, Simona Zazzetta

Segreteria di redazione: Ilaria Pedretti

Registrazione del Tribunale di Milano n° 341 del 17/5/2004

SANITÀ 2012 – I FATTI DELL'ANNO

Coordinamento redazionale: Nicola Miglino, Marco Malagutti

Collaborazione redazionale: Francesca Giani

Progetto grafico: Giorgio Gandolfo

Impaginazione: F.Ili Sala snc, Seregno (MB)

EDIZIONE OMAGGIO

FUORI COMMERCIO

© 2013 Elsevier Srl - Tutti i diritti riservati

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEA-Redi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.



ELSEVIER

Elsevier Srl

Via Paleocapa 7, 20121 Milano

www.elsevier.it

Sommario

PREFAZIONE

Una situazione esplosiva	VI
--------------------------	----

INTRODUZIONE

Ssn: un anno vissuto pericolosamente	VIII
--------------------------------------	------

GENNAIO

San Raffaele: Ior e Malacalza fuori, vince Rotelli	1
Un anno di Ru486: raddoppia numero di aborti farmacologici	2
Senato vota chiusura Opg, superata una pagina drammatica	3

FEBBRAIO

Soldi Enpam a fondo lussemburghese, l'ente: vigileremo	4
Crisi pronto soccorso, da Anaao e Simeu la denuncia: il territorio non è pronto	5
Fimmg: assicurazioni rifiutano polizze a Mmg	6
Addio a Dulbecco, il Nobel che ha cambiato la lotta ai tumori	7

MARZO

Marino: malasànità, colpa della politica e di scarsi controlli	8
Lombardia, Creg ai nastri di partenza	9

APRILE

Bianco: tra le priorità riforma degli ordini e contenzioso	10
Carenze nella Guardia medica, da Milano l'allarme si allarga a tutto il Nord	11
Enpam, Parodi indagato per truffa	12
Campania, medici "in catene" attorno al Palazzo della Regione	13
In Gazzetta il delisting, fuori farmacia 230 medicinali	14

MAGGIO

Certificazione on line, il bilancio a due anni dal via	15
Lombardia, Siss sotto accusa: solo il 15% degli assistiti ha attivato la carta	16
La Consulta salva la legge 40: decidano i tribunali	17
Sisma, evacuati tre ospedali. Balduzzi: no problemi sanitari	18

GIUGNO

Censis: nove milioni di italiani hanno rinunciato a parte delle cure	19
Bufera sulla sanità lombarda: 28 indagati tra cui il Direttore generale	20
Crisi anche per i generici. Foresti: è colpa del decreto	21
Consulta sulla 194: la legge non si tocca	22

LUGLIO

Rapporto Aifa su uso farmaci: cala la spesa salgono i consumi	23
Ricetta elettronica, a regime in sei regioni solo per decreto	24
Enpam, Olivetti eletto alla presidenza: «La Fondazione è solida»	25
A Trieste protocollo tra Asl e Mmg per il pay for performance	26
Tumori, più morti nel napoletano. Gli esperti: colpa dei rifiuti	27
Spending review, lunedì al Senato. Stangata Irpef, tagli alla farmaceutica e posti letto al centro dell'attenzione	29

SETTEMBRE

Corte conti: il debito verso fornitori cresce del 5-10%	30
Cure senza frontiere in Europa dal 2013	31
Cricelli (Simg): per le aggregazioni tre miliardi di euro all'anno	32
Decreto Balduzzi domani in Gazzetta. Confermata assistenza h24	33
Falconi, norma su responsabilità professionale insufficiente	34
Scaccabarozzi, troppi tagli in Italia situazione insopportabile	35
Biotestamento: l'iter riprende dopo un anno di stallo	36
Dopo lo scandalo laziale, federalismo regionale sotto accusa	37

OTTOBRE

Varato dal Cdm il riordino Cri. Immediata la protesta	38
Ilva, in sei mesi + 50% di ricoveri per tumore	39
Staminali: premio Nobel a Gurdon e Yamanaka	39
Tavolo tecnico sostituibilità, da Fnomceo griglia per le motivazioni cliniche	40
Nas, indagati 67 medici. Più ormoni a bimbi in cambio di denaro	41

Monitoraggio Lea, otto le Regioni promosse	42
A Roma sfila la paura per la fine del Ssn	43
NOVEMBRE	
Decreto Balduzzi, dal Senato sì con fiducia.	
Via alla versione con i rilievi della Bilancio	44
Ministero, via almeno 7.439 posti letto	45
Modena, nove medici agli arresti. Gravi accuse su sperimentazioni	46
Stabilità, via i tagli lineari del 10% su beni e servizi	47
Enpam, approvata la riforma pensionistica	48
Prescrizione principio attivo, trovata intesa. Simg plaude	48
Balduzzi: amianto, nel 2020 picco di malati	49
Legge 40: Governo italiano presenta ricorso contro sentenza Strasburgo	50
Riforma ticket e fondi integrativi, dal Governo segnali chiari	51
Tdm, 450 giorni da ok Aifa a inserimento in prontuari regionali	52
DICEMBRE	
Enpam pubblica compensi agli amministratori.	
Milillo: trasparenza è un cardine	53
Pellisero (Aiop): tagli insostenibili. Urge piano di salvataggio Ssn	54
Napolitano, Ssn scelta di civiltà. Tagli sì ma razionali	55

Prefazione

Una situazione esplosiva

● ● ● *di Ignazio Marino
chirurgo e presidente
della Commissione d'inchiesta
sul Servizio Sanitario Nazionale*



Il 2012 è stato un anno critico per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Dobbiamo dirlo, i tagli lineari in sanità sono un messaggio culturale sbagliato, oltre a costituire un segnale allarmante per le persone che si ammalano. Diminuire le risorse in maniera uguale alle strutture ospedaliere d'eccellenza e a quelle mediocri è un errore strategico che ci costerà in efficacia, efficienza e qualità delle cure. Ed è purtroppo quello che è accaduto quest'anno.

La spending review, più di altri provvedimenti, è andata ad associarsi alle riduzioni degli ultimi provvedimenti Tremonti, creando una situazione esplosiva. La Corte dei Conti stima 31 miliardi di tagli fino al 2015 a cui si uniscono nuovi ticket, previsti dalla manovra del 2011 e che entreranno in vigore da gennaio 2014, per rastrellare 2 miliardi di euro.

Una somma enorme, a cui va aggiunto il taglio dei posti letto. Ne abbiamo persi 100.000 tra il 1997 e il 2010. Con il decreto sulla spending review ne perdiamo altri 7.389. Un'assurdità in una situazione dove i reparti di pronto soccorso esplodono, le persone nelle grandi città rimangono su barelle per due o tre giorni, i centri di riabilitazione, ad esempio nel Lazio, hanno avuto

una riduzione delle risorse pari al 30%, e adesso si portano i letti per acuti a soli 3 ogni mille abitanti senza aumentare quelli per la lungodegenza.

Una situazione insostenibile e ancora più paradossale dato che il nostro sistema sanitario era davvero uno dei più invidiati al mondo. Penso agli Stati Uniti, dove Barack Obama ha voluto tutelare anche i più poveri.

Non vorrei davvero che mentre gli americani hanno scelto un sistema sanitario un po' più vicino a quello previsto dalla nostra Costituzione, noi imboccassimo la direzione opposta spingendo gli italiani verso la sanità privata.

Giuseppe R. Marino

Introduzione

Ssn: un anno vissuto pericolosamente



di **Nicola Miglino**
Caporedattore DoctorNews

Ripercorrendo i 12 mesi appena trascorsi della politica sanitaria italiana ci è venuto subito in mente il titolo del film di Peter Weir del 1983. Sì, un anno vissuto pericolosamente per i professionisti della sanità, per i cittadini e in generale per la sopravvivenza del Sistema sanitario nazionale.



Mai come in questo periodo si sono concentrate tante misure restrittive nel settore e, nonostante tutto, nei suoi ultimi giorni di permanenza a Palazzo Chigi il Presidente del Consiglio Mario Monti ha anche ribadito più volte come, allo stato attuale, la sostenibilità del Ssn nel prossimo futuro potrebbe non essere più garantita.

Spending review, prescrizione per principio attivo, intramoenia. E poi, ancora, cure primarie h24, liberalizzazioni. Solo un estratto di parole chiave con cui abbiamo imparato a familiarizzare nel 2012.

Molte le incognite sul futuro, anche perché la caduta del Governo Monti ha lasciato diverse incompiute (riforma degli ordini professionali, sperimentazione clinica, riorganizzazione delle province) che corrono il rischio di complicare il quadro normativo.

Doctornews ha accompagnato puntualmente ogni giorno le cronache che si sono succedute, raccontando gli episodi attraverso la voce dei protagonisti.

Ai lettori l'omaggio di questo resoconto dei fatti principali accaduti così come narrati dal nostro quotidiano che ormai da 9 anni aggiorna oltre 150 mila addetti ai lavori nel comparto sanità.

Che succederà nel 2013? Staremo a vedere. Di certo, noi continueremo a raccontarvelo. Per il momento, grazie a tutti, a nome della redazione, per l'attenzione e la partecipazione con le quali continuate a seguirci.

Gennaio

**FATTI****11 Gennaio 2012**

San Raffaele: Ior e Malacalza fuori, vince Rotelli

Ior e Malacalza non hanno presentato un'offerta dai notai Chiodi e Daelli entro il termine della gara per il San Raffaele, rinunciando così a rilanciare a 405 milioni di euro, cifra messa sul piatto da **Giuseppe Rotelli**. Quest'ultimo si aggiudica così il gruppo ospedaliero fondato da don Luigi Verzé. Si chiude in questo modo la vicenda cominciata nel febbraio del 2011 quando è esplosa la crisi finanziaria della Fondazione Monte Tabor, di cui don Verzé (scomparso il 31 dicembre scorso all'età di 91 anni) era presidente con poteri amministrativi. La crisi è dovuta a un indebitamento insostenibile: oltre all'esposizione verso le banche per circa 300 milioni, con l'ipoteca di tutti gli immobili, risulta un debito verso i fornitori dell'ordine di 500-600 milioni; il totale del debito, secondo alcune stime, supera il miliardo. La crisi peggiora con il passare dei mesi: i creditori chiedono decreti ingiuntivi per decine di milioni, visto anche il deficit di 60 milioni nel conto economico 2010. Il 23 marzo la Fondazione chiede e riceve dal consulente esterno Borghesi Colombo & Associati la formulazione di un "piano di risanamento", secondo il quale le banche forniscono ulteriori prestiti per almeno 150 milioni, mentre gli asset aziendali vengono suddivisi in core (ospedale, ricerca e didattica) e non core come un albergo in Sardegna, piantagioni ortofrutticole in Brasile, una società neozelandese proprietaria di un aeromobile. L'accettazione del piano da parte delle banche è però condizionata dal ricambio dei vertici operativi. A giugno: la Fondazione avvia la ricerca di un partner economico forte. Si mostra interessata a intervenire anche la Santa Sede, tramite l'intermediazione di **Giuseppe Profiti**, presidente dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Il 30 giugno il Cda della Fondazione sceglie di affidarsi al Vaticano che pochi giorni dopo insedia il nuovo consiglio di amministrazione, in cui la Santa Sede detiene la maggioranza dei posti (Profiti insieme con il presidente di Ior **Ettore Gotti Tedeschi**, l'ex presidente della Corte costituzionale Giovanni Maria Flick e

l'imprenditore **Vittorio Malacalza**); del vecchio consiglio, rimane soltanto don Verzé. Il 15 settembre: la Procura di Milano valuta di chiedere il fallimento del San Raffaele. La bozza del piano di salvataggio da 250 milioni, targato Ior e Vittorio Malacalza, non sembra convincere i Pm Luigi Orsi e Laura Pedio, che, al termine di un incontro con i consulenti della Fondazione davanti al presidente del Tribunale fallimentare, Filippo Lamanna, manifestano l'intenzione di chiedere che venga accertata l'insolvenza dell'ente fondato da Don Luigi Verzé. Il 29 settembre: presentazione dell'istanza fallimentare per la Fondazione, con un'udienza fissata per il 12 ottobre. Il 31 dicembre si chiude l'asta per rilevare l'ospedale con la presentazione di una sola offerta, quella di Giuseppe Rotelli per 305 milioni, rilanciata a inizio gennaio a quota 405 milioni. Il finale è noto: vince Rotelli con 405 milioni e l'accollo di altri 320 di debiti.



FATTI

25 Gennaio 2012

Un anno di Ru486: raddoppia numero di aborti farmacologici

Nel 2011, su quattro donne che hanno interrotto la gravidanza, una ha scelto la "via farmacologica" richiedendo la Ru 486, al posto del bisturi. I dati, anticipati dal Sole 24 Ore Sanità, si basano sugli ordini arrivati alla «Nordic Pharma», l'azienda che distribuisce il farmaco in Italia, che lo scorso anno ha inviato agli ospedali italiani 7.397 confezioni per oltre 22mila pillole, poiché ogni scatola ne contiene tre. Secondo le stime del giornale, «visto che in diverse Regioni si usa una sola pillola per una procedura abortiva significa che almeno 8mila interruzioni volontarie di gravidanza, sulle oltre 30mila stimate ogni anno tra le donne con 49 giorni di gestazione, sono avvenute con la contestata pillola». Si tratterebbe di un raddoppio delle cifre che nel 2010, secondo il ministero della Salute, si attestavano a 3.775 casi. Proseguendo l'analisi dei dati a livello regionale, è emerso che in Piemonte sono state acquistate 1.937 confezioni, in Puglia 1.024, in Liguria 808 e in Toscana 766, mentre in Basilicata e nelle Marche nemmeno una e Umbria, Abruzzo, Molise e Sardegna da qualche unità a poche decine di scatole. In altre regioni come Lombardia e Lazio ne sono arrivate 413 e 557, rispettivamente. Tale variabilità può essere dovuta

alla regolamentazione della materia più o meno stringente: la Lombardia, per esempio ha previsto il ricovero in ospedale per almeno tre giorni, come consigliato dal ministero della Salute, Toscana, Emilia Romagna e Puglia, hanno invece optato per il “day hospital».



FATTI

30 gennaio 2012

Senato vota chiusura Opg, superata una pagina drammatica

Sul fatto che sia stato fatto un passo avanti verso «il superamento di una pagina drammatica e vergognosa» sono tutti concordi. Ma, incalza la Fp-Cgil, ora occorre superare il modello detentivo. Questo il clima che si respira all'indomani dell'approvazione da parte del Senato del Dl carceri che prevede anche la chiusura definitiva, entro il 31 marzo 2013, degli ospedali psichiatrici giudiziari, e che ora passa all'esame della Camera. Esprime soddisfazione il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**: «Il provvedimento» è il commento «garantisce la tutela della salute e della dignità dei soggetti autori di reato e affetti da infermità mentale». Fondamentale in questo percorso, continua il Ministro, è stato «il reperimento dei fondi che permetteranno l'accelerazione del percorso di chiusura degli Opg e il rispetto dei termini». In particolare, «per la realizzazione di nuove strutture» spiega Balduzzi «sono stati reperiti fondi per un totale di 180 milioni di euro: 120 per il 2012 e 60 per il 2013. Per il funzionamento delle nuove residenze sanitarie saranno stanziati per il 2012 38 milioni di euro. A decorrere dal 2013 tali oneri sono incrementati fino a 55 milioni, che vanno aggiunti ai 23 milioni di euro, già in carico al Ssn per la copertura degli oneri attuali». In ogni caso, entro il 31 marzo 2012 un decreto del ministero della Salute dovrà individuare i parametri in possesso delle strutture sanitarie destinate a ospitare le persone per le quali sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Opg, con l'assegnazione a casa di cura e custodia. Un percorso positivo, ma dalla FP-Cgil arriva l'appello a che il passo compiuto non sia considerato risolutivo: «Serve una chiara svolta e la presa in carico degli internati da parte del Sistema sanitario nazionale in sinergia con gli enti locali. Se c'è la disponibilità di 180 milioni di euro per

la costruzione di nuove strutture o la ristrutturazione di quelle attuali, li si investa in un solido sistema di assistenza indirizzato al reinserimento sociale. Va completato il progetto di riforma e la rivoluzione culturale che Franco Basaglia ci ha lasciato in eredità».

Febbraio



FATTI

10 febbraio 2012

Soldi Enpam a fondo lussemburghese, l'ente: vigileremo

«Ncp? Per me fino a oggi erano i Nuclei di cure primarie». Così il vicepresidente dell'Enpam Alberto Oliveti, commenta la notizia apparsa sul Fatto Quotidiano di ieri, secondo la quale l'ente pensionistico dei medici avrebbe affidato dei fondi in gestione a una società con sede a Lussemburgo, Ncp sicar appunto. Secondo la ricostruzione del quotidiano la società che gestisce Ncp risulta costituita da tre finanziarie con base al paradiso fiscale dell'Isola di Man e da un'altra di Madeira, rifugio off shore in mezzo all'Atlantico. Il 25% della società poi sarebbe nelle mani di un finanziere, finito sull'orlo del crac un paio di anni fa. In sostanza non si sa esattamente chi controlli davvero Ncp, cioè l'ente che gestisce il denaro versato dai medici. Quanto basta per preoccuparsi. Almeno in teoria perché per ora Oliveti non si sbilancia. «È la prima volta che ne sento parlare e va detto che sono vicepresidente vicario da un anno e mezzo soltanto» risponde a DoctorNews33. «Quello che so per certo è che ora abbiamo attivato una nuova governance sulla quale posso garantire e che stiamo facendo analisi accurate sul pregresso. In più» continua Oliveti «è in corso anche un'indagine della magistratura sulla gestione degli anni scorsi». Quando arriverà a conclusione la vostra indagine? «La fase procedurale si è già conclusa» precisa il vicepresidente Enpam «e gli esiti sono stati buoni. A realizzarla tra l'altro è stato un magistrato di Venezia della Corte

dei Conti» aggiunge a garanzia Oliveti. «Ora è in corso una seconda fase più analitica e tecnica, che conto si concluda in breve tempo». Fiducioso? «Direi di sì. Anche se a tutela della nostra immagine, che verrebbe pesantemente danneggiata da gestioni poco limpide, ci siamo precostituiti parte civile».



POLITICA

16 febbraio 2012

Crisi pronto soccorso, da Anaaò e Simeu la denuncia: il territorio non è pronto

Dal Lazio al Piemonte, dalla Sicilia alla Lombardia: se il pronto soccorso sono al collasso la causa principale va cercata nel progressivo taglio dei posti letto ospedalieri, raramente preceduto da adeguati interventi a sostegno della medicina del territorio. Questa la denuncia che arriva dall'Anaaò-Assomed dopo i casi di malasanità segnalati negli ultimi giorni al San Camillo e al Tor Vergata di Roma. «I fatti di cronaca che riportano sempre più spesso storie di pazienti che devono essere assistiti e curati in condizioni di promiscuità e precarietà» scrive il sindacato in una nota «hanno spinto in molti ospedali i medici a manifestazioni e azioni di forte protesta e denuncia a difesa del Servizio sanitario pubblico. In questo i medici dell'Anaaò sono ovunque in prima linea nel tener alta l'attenzione sulla drammatica condizione dei pronto soccorso e sul rischio di collasso di molti di questi». Una crisi legata al continuo taglio di posti letto, «con una media nazionale del 15% negli ultimi 10 anni e punte di oltre il 20% in Friuli, Basilicata, Liguria, Puglia, Sardegna»: la commissione Sanità del Senato, ricorda la nota, nel suo rapporto sul sistema emergenza-urgenza aveva sollevato critiche sull'obiettivo di 3 letti per mille abitanti, perché inadeguato alle esigenze del nostro Paese. In più sui pronto soccorso pesano «le gravi sofferenze degli organici per la miope politica di contenimento delle spese attraverso la drastica riduzione del turn over, giunta al blocco completo nelle Regioni soggette a piani di rientro».

L'analisi è condivisa da **Maurizio Chiesa**, vicepresidente della Simeu: «Il taglio dei posti letto e il blocco del turn over dipende dai Piani di rientro» spiega «capiamo la necessità di razionalizzare la spesa ma le misure di tali piani risulterebbero sostenibili se parallelamente ai tagli si potenziassero i

pronto soccorso in organici e dotazioni e si creasse sul territorio una rete di strutture “leggere”, dagli hospice alle Rsa, capace di dare accoglienza ai pazienti con ridotti problemi sanitari ma gravi problemi assistenziali. Oggi il sovraffollamento dei pronto soccorso è determinato principalmente da questo tipo di pazienti».



POLITICA

20 febbraio 2012

Fimmg: assicurazioni rifiutano polizze a Mmg

Alcune compagnie di assicurazione rifiuterebbero la stipula di una polizza Rc ai medici di famiglia già coinvolti in contenziosi, anche di piccola entità. È l'allarme lanciato venerdì dalla Fimmg, la più rappresentativa tra le sigle della Mg, in una lettera indirizzata al ministro della Salute **Renato Balduzzi**. Il risultato, scrive nella missiva il segretario nazionale della Federazione, «è che ci sono colleghi i quali, contrariamente a quanto stabilito dalla legge e contro ogni principio di prudenza, sono costretti a svolgere la loro attività professionale senza copertura assicurativa». Il problema, prosegue la Fimmg, è che i rifiuti colpirebbero anche medici incorsi in sinistri di lieve entità e senza colpa professionale, a volte costati alle compagnie assicuratrici le sole spese legali del contenzioso. «Tale situazione» prosegue il segretario della Fimmg **Giacomo Milillo** «crea una condizione di disagio nel medico che rischia di ripercuotersi sulla qualità dell'assistenza e che favorisce un ulteriore incremento della cosiddetta medicina difensiva, già causa di importanti sprechi di risorse». Per superare l'impasse, la proposta del sindacato è dunque quella di un intervento che introduca «per le compagnie l'obbligo di stipulare con i professionisti polizze assicurative di responsabilità civile professionale». Inoltre, andrebbe costituito «un tavolo tecnico» tra Governo, Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) e medici per definire una «regolamentazione della materia» anche al fine di «risparmiare ai medici gli effetti di azioni speculative che un'obbligazione asimmetrica da parte della legge potrebbe favorire».



FATTI

21 febbraio 2012

Addio a Dulbecco, il Nobel che ha cambiato la lotta ai tumori

Il pioniere delle ricerche sulla genetica del cancro, ma anche lo scienziato gentiluomo, schierato in prima fila nelle battaglie a favore della ricerca sulle cellule staminali e per reintrodurre l'evoluzionismo nei libri scolastici. È **Renato Dulbecco**, premio Nobel della medicina nel 1975, scomparso ieri alla soglia dei 98 anni, che avrebbe compiuto domani. Dulbecco, come ha riferito all'Ansa Paolo Vezzone, uno dei suoi più stretti collaboratori al Cnr di Milano, è morto in California dove viveva con sua moglie. Fino a qualche mese fa le sue condizioni di salute erano buone ma nell'ultimo periodo aveva accusato alcuni problemi circolatori. Nato a Catanzaro il 22 febbraio 1914, Dulbecco si avvicina alla scienza spinto dalla passione per la fisica e arriva alla medicina dopo avere "assaporato" anche chimica e matematica. A 16 anni si iscrive alla facoltà di Medicina dell'università di Torino e segue i corsi dell'anatomista Giuseppe Levi insieme a Rita Levi Montalcini e Salvador Luria. Si laurea con lode nel 1934. Durante la seconda guerra mondiale è ufficiale medico sul fronte francese e poi su quello russo dove, nel 1942, rischia di morire. Rientrato in Italia, nel dopoguerra torna a Torino. Nel 1947 la grande decisione di trasferirsi negli Stati Uniti per raggiungere Luria, che lavorava lì già dal 1940. Un viaggio che cominciò con una sorpresa: «Senza saperlo, ci ritrovammo sulla stessa nave», raccontava mezzo secolo più tardi ancora divertito, ripensando all'incontro inatteso con Rita Levi Montalcini. Dulbecco approda nel California Institute of Technology (CalTech), dove ha una cattedra e comincia a occuparsi di tumori. Nel 1960 fa la scoperta che nel 1975 lo porterà al Nobel: osserva che i tumori sono indotti da una famiglia di virus che in seguito chiamerà oncogeni. Nel 1972 lascia gli Usa per Londra, come vicedirettore dell' Imperial Cancer Research Fund. Dopo il Nobel, condiviso con David Baltimore e Howard Temin, ritorna all'Istituto Salk per studiare i meccanismi genetici responsabili di alcuni tumori, in primo luogo quello del seno. Il suo rientro in Italia, nel 1987, coincide con l'avvio del Progetto internazionale Genoma Umano, del quale Dulbecco diventa coordinatore del ramo italiano. Un'esperienza che si arena nel 1995 per mancanza di fondi e che lo riporta negli Stati Uniti.

Marzo



POLITICA

5 marzo 2012

Marino: malasànità, colpa della politica e di scarsi controlli

«Anche negli alberghi sanno quanti posti letto liberi ci sono». Quella che **Ignazio Marino**, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, affida a Doctornews è probabilmente una provocazione, che nasce dalla vicenda del Policlinico Umberto I di Roma. Ma alla base c'è la constatazione, raccolta sul campo, che tra i mali del nostro sistema sanitario, «straordinario per l'accesso universale alle cure», ci sia in primo luogo la mancanza di una istituzione nazionale che svolga, in maniera indipendente, l'attività di valutazione e controllo del funzionamento dell'assistenza. Ma anche, più semplicemente, raccolga dati sulle strutture del Ssn.

Ci faccia un esempio: quali dati non si conoscono?

Per esempio i giorni di degenza per la colecistectomia. Lo sapeva che 100mila interventi per calcolosi colicistica prevedono una media di 4 giorni di degenza, quando il tipo di procedura non ne richiederebbe neanche uno? Il dato lo ha fatto emergere la Commissione d'inchiesta, ma se il sistema ne fosse a conoscenza si eviterebbe uno spreco di quasi mezzo miliardo di euro.

Non male. Però almeno l'Agenas ce l'abbiamo...

Quello che serve è una sorta di Garante della Sanità, che abbia anche poteri sanzionatori e di sospensione, tanto sul pubblico quanto sul privato. Un po' come la Joint commission americana o il Nice, National institute for health and clinical excellence inglese. E soprattutto che sia pienamente indipendente dalla politica, mentre l'Agenas è nominata dal Ministero.

Possibile nel nostro Paese?

Una soluzione che ho proposto è che le nomine - tutte tecniche - avvengano a metà legislatura e durino fino a metà della successiva. Per il resto, l'ingerenza

della politica potrebbe essere superata con un albo nazionale, concorsi per esami e titoli per direttori sanitari e amministrativi e trasparenza. L'urgenza c'è tutta: d'altra parte, per sapere quanti posti letto ci sono basta un Pc.



INIZIATIVE

27 marzo 2012

Lombardia, Creg ai nastri di partenza

Conto alla rovescia agli sgoccioli, in Lombardia, per il via alla sperimentazione dei Creg, i discussi drg del territorio voluti dalla Regione per la presa in carico del paziente cronico. Si parte ad aprile con 415 medici di famiglia, "arruolati" nelle cinque Asl scelte per la fase di test (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Milano 2). Con loro anche 40mila pazienti circa, che i generalisti cureranno secondo il modello dei drg; allo scopo, infatti, la Regione ha predisposto un elenco di 155 tariffe, dirette a remunerare per "pacchetti" le prestazioni erogate all'esterno degli ospedali: visite ambulatoriali, esami specialistici, protesica, farmaceutica, cure a domicilio.

«Il nostro obiettivo» è il commento del presidente della Lombardia, **Roberto Formigoni** «è quello di favorire sempre di più l'appropriatezza e la qualità dell'offerta nell'area della cronicità, che interessa il 27% della popolazione lombarda ma incide sulla spesa per il 70%».

I medici partecipanti alla sperimentazione, in particolare, dovranno assicurare ai pazienti funzioni di care management, per le quali sono state già costituite cooperative che si occuperanno di gestire i call center che per conto dei medici dovranno assicurarsi della compliance e del rispetto dei piani terapeutici. In più, i Mmg dovranno inviare regolarmente alla Regione dati sui risultati della sperimentazione. «La prima operazione da compiere con l'arrivo di aprile» spiega **Guido Marinoni**, segretario di Fimmg Bergamo, dove la sperimentazione ha registrato il numero di adesioni più esteso (oltre 200 medicine più di 20mila pazienti) «è l'inserimento nel sistema del piano di cura. Poi cominceranno gli invii, prima sulle prestazioni erogate e quindi sui risultati di cura. A provvedere saranno degli "estrattori" informatici che la Regione sta predisponendo».

Tra sei mesi, al momento del primo check sui Creg, saranno possibili nuovi arruolamenti di medici e pazienti.

Aprile



FATTI

3 aprile 2012

Bianco: tra le priorità riforma degli ordini e contenzioso

Presidente, venerdì scorso è stato riconfermato alla guida Fnomceo per il terzo mandato. Da dove ripartirà?

Innanzitutto, lavoreremo al completamento dell'iter parlamentare della riforma degli ordini: è urgente un riordino che le restituisca flessibilità e dinamismo. Poi presteremo grande attenzione alla qualità professionale, attraverso una più ampia collaborazione con gli atenei per ciò che concerne la formazione pre e post laurea e con le società scientifiche per quanto riguarda l'aggiornamento degli "skills" professionali.

In tema di società scientifiche, da tempo si parla di un loro accreditamento...

Contiamo di concretizzare il progetto con l'introduzione di un accreditamento istituzionale attraverso uno strumento normativo ancora da affinare, il cui scopo sia quello di fare delle società interlocutori affidabili.

Torniamo all'agenda: dopo la riforma?

È urgente superare tutti i meccanismi che sul fronte del contenzioso oggi sono fonte di disagio per i medici. Bisogna restituire loro serenità e su questo sembra essere d'accordo anche il ministro Balduzzi. Lo stesso vale per le carenze organizzative delle strutture sanitarie: quando di recente ho detto che sarebbe necessario ripensare l'aziendalizzazione del Ssn, non auspicavo ritorni al passato ma una riflessione sui problemi del presente.

Contenzioso: nelle elezioni degli ordini provinciali è balenata la proposta di depenalizzare l'atto medico...

La depenalizzazione è una proposta complessa, di cui va valutata la fattibilità. Forse è più veloce e proficuo un percorso che consenta di disgiungere il reato

di lesioni personali dall'atto medico, in quanto improntato per principio al bene della persona. Fatti sempre salvi, ovviamente, i casi di colpa grave. In ogni caso, il principio al quale vogliamo ispirarci è semplice: non è tollerabile che un chirurgo - o qualsiasi altro medico - entri in sala operatoria come portatore di bene e ne esca come indiziato di omicidio, ancorché colposo.

Sul governo clinico?

Riteniamo necessaria una riallocazione del principio dell'autonomia del medico nelle aziende sanitarie, sempre più chiamate a obiettivi estremamente rigidi. C'è anche da riportare un po' di coerenza nel sistema: da un lato è in corso una riflessione sui meccanismi concorsuali perché venga premiato effettivamente il merito, dall'altro si pensa a sistemi di governo in cui alla fine chi decide tutto è il direttore generale o il collegio di direzione.

Altro tema è quello dei rapporti tra medici e professioni non mediche...

Anche qui serenità e certezze: non è possibile che ogni cambiamento venga letto come un'aggressione, a farsi la guerra non si va lontano. La strada vincente è quella delle soluzioni collaborative e multidisciplinari.

Ultima questione: l'intramoenia...

L'intramoenia prima ancora di essere un concetto di spazi è un concetto di regole. Le regole oggi esistono, basta farle rispettare. Chi le ha eluse va punito, ma è anche vero che se è riuscito a farlo è perché gli è stato permesso.



POLITICA

10 Aprile 2012

Carenze nella Guardia medica, da Milano l'allarme si allarga a tutto il Nord

L'allarme parte da Milano ma di fatto riguarda una buona parte del nord Italia: causa quella che si potrebbe definire una "carenza di vocazioni", continuano ad aumentare le quote orarie di guardia medica che rimangono scoperte. Nel capoluogo lombardo, come rivela un articolo di Repubblica, è ormai una situazione da allarme rosso: servirebbero 300 medici di Continu-

ità assistenziale, ce ne sono soltanto una settantina, cioè quindici per turno; morale, nell'ultima graduatoria di novembre sono rimaste vacanti 1.356 ore. Ad ascoltare **Silvestro Scotti**, segretario nazionale di Fimmg Ca, il problema tuttavia non è soltanto di Milano. «Ormai» spiega «le sofferenze riguardano aree sempre più estese del Piemonte, della Lombardia, del Veneto, del Friuli e del Trentino. E anche dell'Emilia Romagna». Le cause, per Scotti, vanno innanzitutto ricercate nella refrattarietà di molte regioni a investire sul servizio. «La guardia medica è una realtà sempre più marginalizzata» dice «basti vedere quello che è successo con la certificazione on line: nessuno si è preoccupato di informatizzare le postazioni di continuità assistenziale, risultato si è persa un'occasione per un adeguamento delle dotazioni. Insomma, tutti bravi a riempirsi la bocca quando c'è da parlare del sovraffollamento del pronto soccorso, ma poi se c'è da investire è il fuggi-fuggi». Poi c'è il paradosso dei compensi: «In teoria dove è più difficile reperire medici gli stipendi dovrebbero essere più alti» osserva il sindacalista della Fimmg «invece chi fa la guardia medica al Sud guadagna in media più che al Nord e fa i conti con un costo della vita inferiore. Ne consegue che dalle regioni meridionali, dove non ci sono difficoltà di copertura delle ore, ben pochi sono disposti a trasferirsi». Le soluzioni? «Innanzitutto quel ruolo unico delle Cure primarie che rappresenta la nostra proposta strategica per il riordino della Mg» è la risposta di Scotti «in questo modo la Continuità assistenziale verrebbe inserita nel percorso di carriera del medico e acquisterebbe ben altra dignità». Ma anche in questo caso servirebbero investimenti.



FATTI

18 aprile 2012

Enpam, Parodi indagato per truffa

Quattro indagati e una nuova raffica di perquisizioni della Guardia di finanza in varie città, tra le quali Roma e Milano. L'indagine sui fondi Enpam innescata un anno fa dall'esposto di cinque presidenti Omceo si arricchisce di un nuovo atto, che ha per protagonista il presidente della Fondazione. **Eolo Parodi** è indagato per truffa, aggravata dal rilevante danno economico e dall'abuso delle relazioni d'ufficio con l'Ente, assieme a Maurizio Dallochio, ex consigliere esperto e docente universitario, Leonardo Zongoli, ex diretto-

re generale e Roberto Roseti, ex responsabile degli investimenti finanziari dell'Enpam. Secondo gli inquirenti, l'Enpam avrebbe versato ad advisor e broker compensi più alti del previsto per l'acquisto di titoli derivati, mentre il Cda non avrebbe avuto al momento della sottoscrizione dei titoli informazioni sufficienti a valutarne il rischio. Nell'insieme, le perdite provocate all'ente si aggirerebbero secondo l'inchiesta sui 500 milioni di euro. Ma questo è soltanto un versante dell'indagine. Nel mirino del procuratore aggiunto Nello Rossi e del sostituto Corrado Fasanelli, infatti, sarebbero finiti negli ultimi mesi anche gli acquisti del palazzo della Rinascente a Milano (472 milioni quando quattro anni prima il venditore lo aveva acquisito per 108,5 mln) e di due edifici in via del Serafico a Roma, giudicati «anomali e sospetti» dai pm. Anche il questo caso il reato ipotizzato è truffa ma al momento contro ignoti. Non si fa attendere il commento di Parodi che in una nota afferma: «Non posso dire di essere tranquillo nell'apprendere di essere stato accusato in maniera così infamante». E aggiunge: «Sono più che disponibile a fornire notizie, delucidazioni e anche un po' di storia dell'Ente che presiedo con orgoglio. Non accetto che sulla mia persona vi sia anche l'ombra di un dubbio. Prima di mettere piede all'Enpam, allora sconvolto da uno scandalo, avevo presieduto, eletto con votazioni quasi plebiscitarie, la Federazione degli Ordini. Le porte del mio ufficio» conclude «come quelle di casa mia, sono sempre aperte. Non ho nulla da nascondere, nulla di cui vergognarmi».



FATTI

23 aprile 2012

Campania, medici “in catene” attorno al Palazzo della Regione

Una catena “umana” attorno al palazzo della Regione per protestare contro il caos in cui versa la sanità campana. È la manifestazione messa in piazza venerdì mattina dai medici dell'Intersindacale (17 sigle in tutto, tra le quali Anaao-Assomed, Cimo-Asmd, Cgil Fp Medici, Cisl Medici, Uil Fpl Medici, Aaroi-Emac e Fvm) per dare voce al malcontento di medici e sanitari. Che accusano la Regione e la struttura commissariale di latitanza nel governo del sistema sanitario, da cui riduzione progressiva del Lea e

peggiore delle condizioni di lavoro. «Chiediamo alla Regione un Patto della salute che affianchi il Piano di rientro e garantisca i bisogni di salute della popolazione» recita un comunicato della Fp-Cgil Medici «assicuri la regolarizzazione e la stabilizzazione dei precari, il ripristino degli atti e della contrattazione aziendale». «Ci troviamo in una pericolosa stasi» ha rincarato il segretario regionale di Cimo-Asmd, **Antonio De Falco** «nella quale il piano di riordino ospedaliero ha trovato attuazione solo in minima parte». Dall'Anaa-Assomed, invece, è partito un invito alla cittadinanza perché aderisca e sostenga la protesta in nome del diritto alla Salute. Al termine della manifestazione, infine, l'Intersindacale ha rivolto alla Regione un pressante invito ad aprire un tavolo di confronto per affrontare alla radice i problemi della sanità campana.



POLITICA

30 aprile 2012

In Gazzetta il delisting, fuori farmacia 230 medicinali

Sono 230 i farmaci che, grazie al delisting stilato dal ministero della Salute, “lasciano” la fascia C e potranno essere venduti anche nelle parafarmacie e nei corner della grande distribuzione senza più obbligo di ricetta. La lista completa è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 26 aprile e comprende l'elenco dei farmaci di fascia C a esclusiva vendita nelle farmacie su prescrizione medica, quelli “delistati” e altri 117 che provvisoriamente sono ancora vendibili solo con ricetta, «in attesa delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Aifa». In farmacia, con prescrizione ma a carico dei cittadini, restano 3.246 farmaci già esclusi dalla possibilità di essere “liberalizzati” dallo stesso decreto Salva-Italia (tra questi ad esempio i medicinali del sistema endocrino, quelli parenterali, gli stupefacenti) e altri 1.719 che, si è stabilito, non hanno le caratteristiche per essere commercializzati senza ricetta. Si potranno invece acquistare in parafarmacie e grande distribuzione 230 farmaci tra i quali medicinali contro l'herpes labiale (antivirali per uso topico a base di aciclovir), antinfiammatori da applicare sulla pelle, colliri antiallergici, antimicotici vaginali. Un delisting equilibrato

secondo il presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti **Andrea Mandelli** che sottolinea come si debba «dare atto al Ministero della Salute e all'Aifa di aver operato la scelta dei farmaci che perderanno l'obbligo della prescrizione medica con molto equilibrio, tenendo presenti le effettive necessità del cittadino in termini di automedicazione, evitando fughe in avanti che pure qualcuno auspicava». Deluse, invece le parafarmacie che per voce del presidente del Forum nazionale, **Giuseppe Scioscia**, sottolineano come «la montagna abbia partorito un topolino». «Non capiamo» aggiunge Scioscia «quali criteri siano stati adottati per stilare una simile lista: questo “delisting” infatti porta in parafarmacia una manciata di prodotti in larga parte già nelle nostre disponibilità.

Maggio



SCENARIO

17 maggio 2012

Certificazione on line, il bilancio a due anni dal via

Ci sono voluti due anni, ma si può ormai dire che la digitalizzazione dei certificati di malattia è un'operazione andata a buon fine. Lo dicono i dati dell'Inps: a 24 mesi dal primo via passa per il web il 98,6% delle certificazioni di lavoratori pubblici e privati, con una media settimanale di oltre 340mila invii e picchi anche di 800mila. Le punte più significative si sono raggiunte proprio in occasione del picco influenzale di quest'anno, quando a febbraio la media mensile di invii ha superato quota 2,7 milioni. E a livello regionale svettano Lombardia e Lazio, da dove arrivano circa 2,6 degli oltre 8,6 milioni di certificati trasmessi on line nei primi quattro mesi del 2012.

Anche dal punto di vista tecnico le cose sembrano ormai funzionare in modo soddisfacente: l'ultima segnalazione di malfunzionamento generale del Sac (il Sistema di accoglienza centrale) risale al marzo dell'anno scorso e quell'1,4%

di certificati che ancora finisce sulla carta è determinata da problemi locali come interruzioni di banda o altro ancora.

Certo c'è ancora parecchio da lavorare. A oggi, per esempio, la certificazione digitale resta "monopolio" dei medici di famiglia (48mila i Mmg accreditati al sistema) e di circa un 60% dei pronto soccorso ospedalieri, che si sono attrezzati con sistemi che estrapolano il certificato digitale dal verbale di dimissione. Vanno ancora completate invece le procedure per agganciare al sistema le strutture ospedaliere, in modo da consentire la certificazione all'atto di ricovero e dimissione. Il decreto ministeriale che deve aggiornare il provvedimento del 26 febbraio 2010 è già stato inviato dal dicastero della Salute a quello delle Finanze per il via libera definitivo. I medici del Ssn sono avvertiti.



INIZIATIVE

25 maggio 2012

Lombardia, Siss sotto accusa: solo il 15% degli assistiti ha attivato la carta

Da anni viene portato in palmo di mano come modello da imitare della Sanità digitalizzata, un mondo alla "Matrix" dove i bit portano efficienza e governance. È il Siss, il Sistema socio informativo della Regione Lombardia, un pozzo elettronico che ingoia i dati provenienti da studi medici e strutture di cura e sputa informazioni a uso e consumo di operatori e aziende sanitarie. Lo si considera il top dell'e-Health pubblica, ora qualcuno potrebbe cominciare a rivedere il giudizio. Colpa dei numeri diffusi ieri alla stampa da due consiglieri regionali del Pd (partito all'opposizione in Lombardia), dai quali risulterebbe che la Carta regionale dei servizi - cioè la smart card con microchip che da queste parti sostituisce la tessera sanitaria e funziona da chiave di accesso al Siss - sarebbe stata attivata soltanto dal 15% dei cittadini lombardi: tenuto conto che in media ogni carta è costata alla Regione 160 euro, diventa difficile evitare la parola "flop".

Per i critici, i motivi dell'insuccesso vanno cercati nell'usuale preferenza della burocrazia italiana per le cose complesse al posto di quelle semplici: il "pin" per l'attivazione della Carta non viene mandato a casa dei lombardi come accade per il bancomat, tocca all'utente recarsi in Posta o all'Asl e avviare

la procedura. «A parte questo» rincara **Roberto Carlo Rossi**, presidente dell'Ordine dei medici di Milano, da sempre tra i più "freddi" nei confronti del Siss lombardo «sono convinto che molti abbiano evitato di attivare la tessera perché non hanno certezze sull'uso che viene fatto dei loro dati sanitari».

Poi c'è il Siss: senza attivazione della tessera, il paziente può consultare via Internet soltanto ai propri dati anagrafici e, in rete, il suo fascicolo sanitario elettronico rimane inaccessibile a medici e operatori: «Il Mmg invia i dati al fascicolo perché il suo gestionale è integrato nel Sistema» spiega ancora Rossi «ma per quel che sappiamo nessuno dovrebbe potervi accedere. Per esempio, un medico del Pronto soccorso. Ripeto, per quel che sappiamo, perché come già è accaduto per altre cose, potremmo scoprire un giorno che in realtà il fascicolo può comunque essere consultato anche senza attivazione della tessera. Come ho già detto, è uno dei tanti dubbi che in tema di privacy gravano sul Siss e che non siamo mai riusciti a fugare a causa della vaghezza dei tecnici regionali».



FATTI

23 maggio 2012

La Consulta salva la legge 40: decidano i tribunali

La Corte Costituzionale non ha preso al momento alcuna decisione sul caso sollevato dai tre tribunali relativamente alla legittimità del divieto di fecondazione eterologa previsto dalla legge 40. I giudici hanno restituito gli atti ai Tribunali (Firenze, Catania, Milano) che l'avevano investita del caso, chiedendo di valutare la questione alla luce della sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo pronunciata il 3 novembre 2011, sullo stesso tema e che, di fatto, aveva giudicato legittimo vietare la fecondazione eterologa nei paesi comunitari. La sentenza si riferiva al ricorso di due coppie austriache sterili contro il divieto, stabilito dalla legge austriaca, di ricorrere a tecniche di fecondazione eterologa. Il divieto, secondo i giudici europei, non viola "l'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) della Convenzione dei diritti dell'uomo". Così **Valerio Onida**, ex presidente della Corte Costituzionale e attualmente docente di Giustizia costituzionale presso l'università degli Studi di Milano:

«La Corte Costituzionale ha deciso di riproporre ai giudici di primo grado la questione, dicendo loro di tenere conto di quanto deciso dalla Corte di Strasburgo», la cui decisione è arrivata dopo che era stata sollevata dai tribunali la questione di costituzionalità.

«I giudici dovranno perciò rivalutare la questione - conclude - e decidere se riproporre il giudizio di costituzionalità alla Consulta, perché secondo loro continua a sussistere un contrasto con la Costituzione italiana, o invece valutare che, alla luce della sentenza europea, l'incostituzionalità non esiste più». Favorevoli i commenti dei sostenitori della legge mentre gli avvocati delle coppie che hanno sollevato la questione annunciano ricorso.



FATTI

30 maggio 2012

Sisma, evacuati tre ospedali. Balduzzi: no problemi sanitari

I morti accertati sono almeno 15, secondo i dati della protezione civile, seimila gli sfollati, da aggiungere agli altri settemila causati dalle scosse di dieci giorni fa. È questo il primo bilancio della scossa di magnitudo 5,8 con epicentro a Medolla, in provincia di Modena, che alle 9.03 di ieri ha fatto sussultare la terra in tutto il centro e nord-Italia. Per quel che concerne l'assistenza sanitaria sono stati evacuati, in via precauzionale, gli ospedali di Carpi, Reggiolo, Correggio e Cento. I pazienti della rianimazione di Carpi saranno ospitati nelle strutture di Parma. Infine, comunica la Regione, i pazienti della residenza sanitaria assistita di Crevalcore sono stati trasferiti a Bologna, così come gli ospiti delle strutture di Concordia e Cavezzo. «Si tratta di un numero contenuto di pazienti» sottolinea il ministro della Salute **Renato Balduzzi** e «non abbiamo registrato particolari problemi sanitari». «Sul posto» ha aggiunto Balduzzi «fin dai primi minuti è operativa la Croce Rossa e alcuni reparti mobili stanno arrivando anche da Toscana e Piemonte». Infine ci sarà anche «un rafforzamento dei Nas». Quanto all'accoglienza degli sfollati sono stati allestiti quattromila nuovi posti, la Protezione civile è al lavoro per rafforzare le strutture già esistenti, mentre grazie all'aiuto di altre regioni saranno attrezzati 5 nuovi campi di accoglienza con 1250 posti. In aumento anche gli

alberghi disponibili a ospitare la popolazione delle zone colpite. «Faremo tutto quello che dovremo fare per la sicurezza dei cittadini e per dare la certezza che si ricostruisca» ha detto il presidente della Regione Emilia-Romagna, **Vasco Errani**, ieri mattina in una conferenza stampa a Palazzo Chigi assieme al premier Mario Monti. «Riconosceremo i danni alle imprese e ai cittadini e ricostruiremo attraverso un percorso rapido e semplificato».

Da ieri sera è attivo il numero 45500 per inviare messaggi o chiamare da telefonia fissa e donare 2 euro per l'emergenza terremoto, ha reso noto il capo della Protezione civile Franco Gabrielli. Sempre la Protezione civile fa sapere via twitter di aver bisogno di volontari formati, medici e psicologi soprattutto infantili, il numero di riferimento è 059200200. Infine i numeri d'emergenza per le zone colpite: Ferrara: 0532771546; Modena 059200200; Mirandola 0535611039; San Felice 800210644; Cento 3332602730.

Giugno



SCENARIO

6 giugno 2012

Censis: nove milioni di italiani hanno rinunciato a parte delle cure

Una spesa privata che nel giro di dieci anni è aumentata del 25,5%, con una leggera accelerazione nell'ultimo triennio (2008-2010), e oltre nove milioni di italiani – di cui quasi la metà del Mezzogiorno – che dichiara di non aver potuto accedere ad alcune prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno per ragioni economiche. Questo il quadro che emerge da una ricerca di Rbm Salute (assicurazione di sanità integrativa) e Censis, promossa in collaborazione con Munich Re e presentata ieri al «Welfare Day». Secondo l'indagine, tra chi ha rinunciato a una parte delle cure, «2,4 milioni sono anziani e 5 milioni vivono in coppia con figli». Il quadro è quello di una sanità pubblica in contrazione, forse anche a seguito dei piani di rientro: si passa «da un tasso di

incremento medio annuo del 6% nel periodo 2000-2007 al 2,3% del periodo 2008-2010. La flessione si registra soprattutto nelle regioni con piano di rientro, dove si è passati dal 6,2% all'anno nel periodo 2000-2007 a meno dell'1% di crescita media annua nel periodo 2008-2010». Mentre «la spesa sanitaria privata è aumentata di più rispetto al periodo pre-crisi: +2,2% di incremento medio annuo nel periodo 2000-2007 e +2,3% negli anni 2008-2010». Dall'indagine emerge che «il 77% di coloro che ricorrono al privato lo fa a causa della lunghezza delle liste d'attesa». E d'altra parte, «il 31,7% degli italiani parla di una sanità in peggioramento nella propria regione, con un balzo di 10 punti percentuali nel 2012 rispetto al 2009 (21,7%) e una diminuzione di oltre 7 punti percentuali di chi avverte un miglioramento». La ricerca è passata poi a valutare i fondi sanitari integrativi (il campione ne ha compresi 14, per oltre 2 milioni di assistiti). «Il 55% degli importi dei Fondi integrativi ha riguardato prestazioni Lea come ricovero ospedaliero, day hospital, il restante 45% ha riguardato prestazioni integrative (cure dentarie, fisioterapia, ecc.)».



FATTI

15 giugno 2012

Bufera sulla sanità lombarda: 28 indagati tra cui il Direttore generale

Sanità lombarda ancora nella bufera: ventotto persone indagate, tra cui il direttore generale della sanità **Carlo Lucchina**, i direttori sanitari delle quattro aziende ospedaliere finite nel mirino - Niguarda di Milano, Lecco, Busto Arsizio e Saronno - e manager di aziende private, tra cui la General Electric, nei confronti delle quali sono ipotizzati a vario titolo i reati di associazione per delinquere, turbativa d'asta, rivelazione del segreto d'ufficio e peculato. Le indagini riguardano principalmente presunti accordi per pilotare l'assegnazione di progetti di sperimentazione clinica ad alto contenuto tecnologico finanziati dalla Regione. In tutto sarebbero tre, per gli anni 2010 e 2011, e riguardano le apparecchiature per l'home care, gli ecoscopi e l'emodinamica: due sono ancora in corso di assegnazione, mentre uno è già stato assegnato. Si tratterebbe di diversi milioni di euro di finanziamenti regionali stanziati

e in alcuni casi già erogati dalla Regione Lombardia. Nella giornata di ieri si sono svolte perquisizioni anche negli uffici di alcune società dell'assessorato regionale alla Sanità, negli ospedali Niguarda di Milano, di Lecco, di Busto Arsizio e Saronno. Il Niguarda fa sapere che i progetti di ricerca clinica in corso sono più di 150 e riguardano i temi più svariati, come per esempio la lotta ai tumori del colon-retto. Se si considerassero le sperimentazioni ad alto contenuto tecnologico il numero delle sperimentazioni potrebbe essere ancora più elevato. Intanto, dall'assessorato alla Sanità della Lombardia arriva il chiarimento che le ispezioni della Guardia di Finanza non hanno riguardato i propri locali e che l'assessore **Luciano Bresciani** non figura nell'elenco degli indagati.



POLITICA

20 giugno 2012

Crisi anche per i generici. Foresti: è colpa del decreto

Frena la crescita dei farmaci generici in Italia nei primi mesi del 2012. Un paradosso, a prima vista, considerato che in tempi di crisi i cittadini dovrebbero avvicinarsi maggiormente verso i prodotti a basso costo, compresi i farmaci. Eppure, i dati dicono il contrario: prima il mercato del farmaco generico cresceva a una media del 15% al mese, ora si è fermato tra il 5 e il 7%. Il dato è «preoccupante» dice **Giorgio Foresti**, presidente di Assogenerici, che proprio in questi giorni sta preparando il IV Convegno Assogenerici, "Generici e biosimilari: le chiavi per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale", che si svolgerà a Roma, nella sede del Palazzo delle Esposizioni, il 21 e il 22 giugno. Una due giorni di incontri e dibattiti con tutti i rappresentanti della filiera per fare il punto della situazione e provare a disegnare percorsi futuri. «In un momento del genere uno si aspetterebbe un aumento dei generici, invece la situazione non è rosea, è chiaramente in controtendenza e i dati non sono certo positivi», spiega Foresti in proposito, sottolineando che il brusco calo di crescita del settore dipende «in parte dalla crisi», che può aver frenato i consumi, ma in buona misura dal famigerato decreto liberalizzazioni, «che è stato stravolto rispetto all'impostazione iniziale e che di

fatto ha messo in difficoltà lo sviluppo dei farmaci generici». In sostanza, prosegue il presidente di Assogenerici, il decreto che doveva rappresentare un volano per i generici ha in realtà prodotto l'effetto opposto, «quello di bloccare la crescita». Eppure, conclude Foresti, «un utilizzo massiccio dei farmaci generici produrrebbe innovazione e libererebbe risorse in questo momento molto importanti».



FATTI

21 giugno 2012

Consulta sulla 194: la legge non si tocca

La Corte costituzionale ha dichiarato manifestamente inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 4 della legge n. 194 sull'aborto, sollevata dal giudice tutelare del Tribunale di Spoleto nell'ambito di una vicenda che coinvolge una minore intenzionata a interrompere la gravidanza senza informarne i genitori. L'articolo passato al vaglio, stabilisce che per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi 90 giorni, «la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito può rivolgersi a un consultorio». Il giudice tutelare aveva sollevato incidente di costituzionalità sulla base di un pronunciamento della Corte di giustizia europea, in materia di brevettabilità dell'embrione, che definisce l'embrione «soggetto da tutelarsi in maniera assoluta». Su questa base il giudice tutelare riteneva che l'articolo 4 della 194 si ponesse in conflitto con i principi generali della Costituzione e in particolare con quelli della tutela dei diritti inviolabili dell'uomo (art. 2) e del diritto fondamentale alla salute dell'individuo (art. 32 primo comma della Costituzione). Altre obiezioni erano state formulate con riferimento agli articoli 11 (cooperazione internazionale) e 117 (diritto all'assistenza sanitaria e ospedaliera) della Costituzione. La Consulta non ha accolto la tesi e il pronunciamento non è stato preceduto da udienza pubblica: i giudici si sono direttamente riuniti in Camera di Consiglio per discutere, anche perché nessuna parte si era costituita e in questo caso il regolamento della Corte prevede che si possa andare subito a pronunciamento. «Bene la decisione della

Consulta» ha commentato **Ignazio Marino**, chirurgo e senatore del Partito Democratico. «Sono dell'opinione» ha aggiunto «che uno stato laico debba avere una legge sull'aborto. La Consulta ha preso una decisione saggia basata sulla qualità e l'equilibrio della legge 194, che rispetta e protegge la salute della donna. Più che cercare di abbattere una buona legge, sarebbe meglio porre attenzione ad altri elementi: viviamo in un Paese in cui manca purtroppo un progetto nazionale organico e strutturato di educazione alla sessualità responsabile, alla salute riproduttiva e alla contraccezione nelle scuole».

Luglio



SCENARIO

6 luglio 2012

Rapporto Aifa su uso farmaci: cala la spesa salgono i consumi

La spesa farmaceutica è diminuita rispetto allo scorso anno anche se i consumi sono aumentati. Un dato positivo che testimonia l'efficacia dell'Aifa sul fronte del controllo della spesa e, in particolare, nella negoziazione del prezzo dei nuovi farmaci equivalenti. Lo sottolinea **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa, presentando in conferenza stampa a Roma, il "Rapporto Aifa sull'uso dei farmaci in Italia nel 2011". Il mercato farmaceutico totale è stato pari, infatti, a 26,3 mld di euro e la spesa territoriale a carico del Servizio sanitario nazionale è stata di 12.387 mln di euro, subendo una riduzione del 4,6% rispetto al 2010.

Il Rapporto rileva che la principale causa della riduzione della spesa è la diminuzione dei prezzi (-6,1%), mentre si assiste a un lieve spostamento della prescrizione verso categorie più costose (+0,2%) e a un lieve aumento nei consumi (+0,7%). «La preoccupazione prioritaria» sottolinea Pani «rimane la salute dei malati e quindi l'appropriatezza delle prescrizioni. È importante, infatti, migliorare la consapevolezza degli italiani rispetto all'uso dei farmaci».

Pani mette in evidenza alcuni dati che spiccano nel volume dell'Aifa: la spesa a carico dei cittadini, che nel 2011 è pari a 6.346 mln di euro, aumenta rispetto all'anno 2010 del 5%. Tale aumento è dovuto principalmente all'incremento dell'acquisto privato da parte dei cittadini dei farmaci di fascia A (+21%) e in misura ridotta all'incremento della spesa per i farmaci con ricetta a carico del cittadino (+3,7%) e dei farmaci per automedicazione (+0,4%). La spesa sostenuta dai cittadini per il ticket, invece, ammonta a 1.337 mln di euro (22,1 euro pro capite) con un incremento rispetto all'anno 2010 del 34%. Il ticket raggiunge, nel 2011, un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda del 10,8% (era nel 2007 il 4,2%). Quanto all'andamento della spesa regionale, il Direttore generale dell'Aifa evidenzia l'esistenza di «possibili sacche di inappropriata prescrizione su cui è importante lavorare, per allineare quanto possibile il sistema e garantire un accesso al farmaco tempestivo e uniforme sul territorio». Il riferimento è, in particolare, a Sicilia e Lazio dove si registrano i picchi massimi di spesa pro-capite per farmaci e di consumi.



POLITICA

13 luglio 2012

Ricetta elettronica, a regime in sei regioni solo per decreto

Veneto, Marche e Sicilia dal 30 giugno; Lazio dal 30 settembre; Friuli Venezia Giulia dal 31 ottobre; Umbria dal 31 dicembre. È l'elenco delle prime sei Regioni in cui – dalle date indicate – scatta la fase a regime della trasmissione telematica delle ricette. Se lo dovranno ricordare soprattutto i medici di famiglia, perché per loro in via definitiva alla ricetta elettronica significa anche entrata in vigore delle sanzioni previste dall'Accordo nazionale a proposito di invio dati.

Le indicazioni arrivano dal decreto dell'Economia pubblicato l'altro ieri in Gazzetta ufficiale: un articolo in tutto, nel quale si fornisce la lista delle Regioni che vanno a regime e si ricordano gli impegni convenzionali a carico dei Mmg: «Il medico in rapporto di convenzione con il Ssn» recita il decreto «è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al Dpcm 26 marzo 2008; in fase di prima applicazione, l'inadempienza si intende verificata nel

caso in cui le ricette prescritte e trasmesse telematicamente a partire dalle date indicate siano, su base mensile, inferiori all'80% del totale delle ricette compilate dal medesimo medico, per le quali risultano al Sistema Tessera Sanitaria erogate le relative prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale». E qui cominciano i problemi. Perché in alcune delle Regioni elencate dal provvedimento i medici di famiglia non si sentono per niente pronti al via. Il caso più eclatante è quello delle Marche, dove la Fimmg è in agitazione proprio a causa della ricetta elettronica. «Provino pure a sanzionarci» attacca **Massimo Magi**, segretario regionale del sindacato «impugneremo immediatamente: la Convenzione specifica che l'obbligo di trasmissione scatta in presenza di un accordo tra regione e medici di Mg sulla dotazione informatica, ma qui non abbiamo mai raggiunto alcuna intesa. L'amministrazione insiste per farci trasmettere le ricette dal Sac (il Portale del sistema Tessera sanitaria, ndr), noi vogliamo un punto di accesso meno problematico e chiediamo che la Regione ci spieghi come spenderà i 17 milioni di euro destinati alla ricetta elettronica visto che il Sac c'è già e fa capo alle Finanze». Di qui l'agitazione, che potrebbe anche salire di tono nelle settimane a venire: «L'amministrazione ha deciso semplicemente di ignorarci» conclude Magi «il 17 luglio abbiamo un'assemblea regionale in cui decideremo come proseguire l'agitazione e, eventualmente, passare allo sciopero».



FATTI

17 luglio 2012

Enpam, Oliveti eletto alla presidenza: «La Fondazione è solida»

Alberto Oliveti, classe '53, medico di famiglia, è il nuovo presidente dell'Enpam al posto del dimissionario Eolo Parodi. Lo ha eletto sabato scorso il Consiglio nazionale della Fondazione convocato in seduta straordinaria: 96 i voti a favore, cui vanno aggiunte otto schede bianche e una preferenza al presidente dell'Ordine di Roma, **Roberto Lala**.

Vicepresidente vicario dell'Enpam da due anni, presidente dal 2011 di Enpam Real Estate srl (la società in house che gestisce gli immobili di proprietà diretta della Fondazione), Oliveti ha ringraziato il Consiglio per la fiducia

accordata e ha promesso una presidenza aperta al contributo di tutti. «Credo che l'Enpam sia una Fondazione solida» ha ribadito «l'ho sempre sostenuto e continuerò ad impegnarmi perché lo sia sempre di più».

Intanto l'Enpam attende ancora una risposta dai Ministeri sulla riforma delle pensioni consegnata a maggio. «Recentemente il Lavoro ha organizzato una conferenza dei servizi per comunicare i criteri di redazione dei bilanci attuariali» spiega a Doctornews Oliveti «a giorni dovremmo ricevere il nostro dalla società che lo sta redigendo. In base alle anticipazioni, si conferma per l'Enpam un saldo corrente – contributi più patrimonio – attivo per i prossimi 50 anni e una riserva legale sempre positiva per 5 anni. Anche sul saldo contabile – solo contributi – siamo in attivo per 50 anni, tranne qualche anno in negativo perché intercetta la gobba previdenziale. La risposta dei Ministeri? Consegnerò i conti alla Fornero per fine mese, poi scattano i 30 giorni di silenzio assenso».



INIZIATIVE

18 luglio 2012

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, bpco 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 rivascularizzazioni coronariche percutanee o chirurgiche, 1,3 ictus, 2,5 morti per qualsiasi causa».



FATTI

24 luglio 2012

Tumori, più morti nel napoletano. Gli esperti: colpa dei rifiuti

Dal 1998 a oggi i casi di morte per malattie oncologiche sono aumentate nel napoletano, in una fascia di settanta chilometri tra Napoli e Caserta, del 47%: un dato in controtendenza rispetto ai decessi per neoplasie nel resto d'Italia. È quanto emerge dai dati inediti dell'Istituto per la cura dei tumori Pascale di Napoli, numeri che fanno spavento. Il linfoma non-Hodgkin è aumentato per gli uomini del 44% nella provincia di Napoli e del 58% nella provincia di Caserta, nelle donne del 79% nella provincia di Napoli e oltre il 100% in quella di Caserta. Per il mieloma gli aumenti vanno dal 40% a oltre il 100%. Aumentano anche le morti per tumori al colon retto (+30%), dei dotti biliari (+50%), del pancreas (70%), del polmone (+30%), nonché dello stomaco (in Italia la media è -50%, tra Napoli e Caserta gli aumenti sono tra il 3% e il 10%), dei tessuti molli e della mammella. Leggera diminuzione per i tumori alla laringe e all'utero. Secondo le ipotesi del responsabile Epidemiologia del

Pascale, **Maurizio Montella**, che ha condotto lo studio elaborando dati Istat, una spiegazione potrebbe essere l'inquinamento prolungato da sostanze tossiche che potrebbe aver interessato le falde acquifere e i fiumi. «Nel caso il motivo fosse l'inquinamento» dice Montella «il veicolo potrebbe essere l'acqua, non tanto quella potabile, ma quella dei fiumi e quella usata per le irrigazioni. Un inquinamento non massivo, ma prolungato e cronico, quindi lento nel tempo, avvenuto attraverso l'introduzione di alcuni elementi tossici nella catena alimentare». L'ipotesi di una connessione diretta tra tumori e rifiuti ha aperto subito il dibattito. È perplesso **Renato Pizzuti** dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania: «Già in passato uno studio dell'Oms a cui abbiamo partecipato anche noi insieme all'Istituto Superiore di sanità e al Cnr aveva trovato una possibile associazione tra la vicinanza ai siti di smaltimento e alcune patologie» spiega l'esperto «ma anche allora la conclusione era che servivano maggiori approfondimenti, che sta conducendo il registro Tumori della Campania e che non sono ancora conclusi. Affermare che c'è una correlazione basandosi solo sui dati di mortalità è rischioso, anche perché questi hanno un periodo di latenza molto variabile, ed è impossibile dire quando una persona muore di tumore se questo si è formato 1, 10 o 20 anni fa». Di tutt'altro avviso il senatore **Ignazio Marino**, secondo il quale ci sono «elementi sufficienti per sapere con certezza che la terra di vaste aree della Campania è avvelenata e che le condizioni di salute e le aspettative di vita di chi vi risiede sono in pericolo» e che parla di «ordinaria quotidianità di un territorio devastato». Per questo Marino ha presentato nell'Aula del Senato un'interrogazione al Governo, chiedendo un programma di interventi. «Non possiamo accettare che questa regione resti un laboratorio di sofferenza. Né possiamo pensare di liquidare questa realtà come regionale o locale: è una questione che non riguarda solo i napoletani e i campani ma l'Italia intera» conclude Marino.



POLITICA

27 luglio 2012

Spending review, lunedì al Senato. Stangata Irpef, tagli alla farmaceutica e posti letto al centro dell'attenzione

Slitta il via libera al decreto legge sulla spending review all'esame del Senato, i lavori per l'esame degli emendamenti della commissione Bilancio di Palazzo Madama sono proseguiti stanotte e continueranno anche oggi. Il testo arriverà all'attenzione dell'assemblea lunedì. Tra le principali novità emerse nella seduta notturna per quel che riguarda la sanità, la novità più importante è rappresentata dalla possibile stangata Irpef per i contribuenti di otto Regioni con i conti sanitari in rosso: Piemonte, Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia. Oltre all'emendamento che fa risalire lo spread delle addizionali regionali all'Irpef nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, le altre novità riguardano l'emendamento sulla farmaceutica dei relatori Paolo Giaretta (Pd) e Gilberto Pichetto Fratin (Pdl), già ieri sera all'esame della commissione, che contiene parecchie novità. A partire dai minori tagli, ma più leggeri di quanto previsto mercoledì, per farmacie e industrie farmaceutiche. E ancora: l'aumento del tetto della farmaceutica ospedaliera e la diminuzione di quella territoriale, l'intesa sul «patto per la salute» fissata entro il 15 novembre 2012, la rimodulazione dei tempi per il taglio dei posti letto che almeno per la metà (non più il 40%) dovranno interessare gli ospedali pubblici. Infine una precisazione sull'applicazione a tutti gli enti del Ssn delle norme su certificazione e compensazione dei crediti. Ma ecco i dettagli. Per quel che riguarda l'Irpef il provvedimento prevede che, se vorranno, le amministrazioni possano disporre con propria legge dal 2013 l'aumento dell'addizionale regionale dallo 0,5 all'1,1%, anticipando una misura che era già in cantiere, ma solo a partire dal 2014. Sui tagli a carico di farmacisti e industrie farmaceutiche, l'emendamento dei relatori propone per i farmacisti l'aumento dello sconto al 2,25%, anziché il raddoppio fino al 3,65 indicato dal decreto: la misura varrà anche oltre il 2012. Per le industrie lo sconto scende invece dal 6,5 al 4,1%: ma vale solo per quest'anno. Con la norma iniziale il Governo calcolava risparmi totali fino al 2014 per 705 milioni, che a questo punto si riducono del 70% circa per le farmacie e della metà per le industrie.

Il tetto per la farmaceutica territoriale scende intanto all'11,35% (dall'11,5% previsto dal decreto e dal 13,3% attuale), mentre l'asticella per la farmaceutica ospedaliera sale al 3,5% (contro il 3,2 del decreto e il 2,4 attuale), lasciando inalterato il 50% di ripiano a carico delle industrie. Capitolo posti letto: entro il 31 ottobre le Regioni dovranno fissare con regolamento gli standard «qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi» dell'assistenza ospedaliera e quindi adottare entro fine anno, con intesa in Stato-Regioni, i provvedimenti di riduzione dei posti-letto secondo i limiti già indicati dal decreto legge, che restano invariati (3,7 posti letto ogni mille abitanti, lo 0,7 per lungodegenza e riabilitazione). Con riduzione dei primariati, reparti doppione o poco produttivi e di piccoli ospedali che non passeranno la verifica (assistenziale, funzionale e gestionale) e che dovranno cambiare mestiere promuovendo invece day hospital, assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale. La verifica complessiva interesserà 399 piccoli ospedali (con 25.593 posti letto), inclusi quelli "articolati in più sedi".

Settembre



SCENARIO

12 settembre 2012

Corte conti: il debito verso fornitori cresce del 5-10%

La stima del debito di Asl e ospedali verso i fornitori di beni e servizi nel 2011 si aggira tra i 37 e i 40 miliardi di euro, mostrando un tasso di crescita del 5-10% rispetto al 2010. Il quadro emerge dal rapporto alle Camere sulla finanza regionale 2011 che è stato anticipato dal Sole 24 Ore sanità. Nell'analisi mancano i dati Lazio, Campania, Abruzzo, Calabria, regioni con la sanità commissariata, e della Sicilia, sotto piano di rientro, per le quali sono state fatte due stime, una più ottimistica e una in linea con la media italiana. Al momento, l'unica amministrazione che ha registrato un calo del debito (pari

al 9%) è la Liguria; negli altri casi si va dal +0,24% della Lombardia (pari a 2,5 miliardi di euro di debiti) al +20,5% della Puglia (1,99 miliardi) e, per quanto riguarda le regioni a statuto speciale, dal +1,9% del Friuli Venezia Giulia (238,7 milioni) al +11,4% della Sardegna. Una situazione che alla Corte dei conti sembra «un sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio» e che getta un'ombra sulla possibilità di attuare la direttiva sui pagamenti dei debiti verso i fornitori. A emergere è anche che il peso della spesa sanitaria rispetto alle uscite correnti locali è aumentato, in due anni, del 2% (dal 72,3 al 74,5%, ma con punte dell'88,7% del Veneto).



POLITICA

12 settembre 2012

Cure senza frontiere in Europa dal 2013

È iniziato il conto alla rovescia verso il 25 ottobre 2013, data in cui entrerà in vigore la direttiva europea che abatterà le frontiere delle cure per i cittadini Ue. Le Regioni non vogliono farsi trovare impreparate e hanno così formulato il progetto Hon cab (Hospital Network for Cross Border Healtacare) che, partito dal Veneto ed elaborato dal Centro Regionale per la Progettazione Europea in Sanità con sede a Verona, ha raccolto l'adesione del Ministero della Salute, delle Regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, e Piemonte, della Provincia Autonoma di Bolzano e di varie istituzioni sanitarie di Francia, Austria, Slovenia, Grecia, Ungheria, Belgio, Malta, Germania, nonché l'approvazione e il finanziamento dell'Ue. In sintesi, Hon cab metterà a punto un sistema operativo, organizzativo, amministrativo e informativo che possa rendere da una parte l'Italia "attraattiva" agli occhi dei cittadini dell'Unione, dall'altra ridurre al minimo le fughe dei pazienti italiani verso destinazioni oltre confine. Un'operazione complicata, ha spiegato lunedì **Luca Coletto**, assessore alla Sanità della regione Veneto in un incontro tecnico tra gli esperti delle Regioni coinvolte e del Ministero: «Le sintonie da trovare a livello europeo sono tante, a cominciare dal sistema di calcolo del rimborso della prestazione dovuta al Paese erogante. Per questo stiamo lavorando già da due anni». A collaborare con il progetto e a dare consulenza e supervisione scientifica due importanti università: la Bocconi di Milano e l'Università Tecnica di Berlino.



POLITICA

12 settembre 2012

Cricelli (Simg): per le aggregazioni tre miliardi di euro all'anno

Per dare alle Cure primarie le risorse necessarie alla riorganizzazione disegnata dal decreto Balduzzi servono tre miliardi di euro all'anno. Che si potranno reperire anche andandoli a prendere da quei comparti dell'assistenza dove attualmente si sta disinvestendo, come l'ospedale. L'indicazione arriva da **Claudio Cricelli**, presidente della Simg, al quale Doctornews ha chiesto un parere sul cambiamento di rotta che si prospetta per la Mg.

Cricelli, qual è il suo giudizio sul decreto?

Il testo non fa altro che completare e confermare un processo già avviato da tempo e sul quale c'è pieno assenso. Il fatto è che la Mg conserva un assetto che oggi appare obsoleto, concepito per erogare cure a bassa intensità e strutturato su un'organizzazione di lavoro di ancora più bassa intensità. È un'eredità più che ventennale che nel tempo chi governa ha cercato di aggiustare offrendo ai medici incentivi perché migliorassero marginalmente l'organizzazione - per segretaria e infermiere, per esempio - o aggiungendo servizi come la vecchia Guardia medica.

E oggi?

Oggi quell'assetto non ha più senso. Il sistema ha bisogno di un territorio ben attrezzato, nel quale i 48mila medici di Mg in servizio non ripetano tutti le stesse cose, ma si aggregino per presidiare e programmare.

Programmare è la parola d'ordine, perché non è più pensabile che i pazienti vadano dal loro medico solo quando viene la voglia, così come i Mmg sono ormai maturi per mettere in campo le competenze sub-specialistiche di cui sono provvisti. Ed è indispensabile che questi medici siano forniti di ecografo, ecocardiogramma, doppler e via di seguito, perché le prestazioni che forniscono vanno ormai considerate di tipo generalistico. Questi sono i contenuti delle nuove Cure primarie, sono le linee della riorganizzazione che attende il territorio.

Le Regioni lamentano la mancanza di risorse...

Studi condotti anche con il nostro supporto, dicono che negli ultimi dieci anni i costi diretti e indiretti generati dalle Cure primarie sono rimasti sostanzialmente invariati, mentre quelli generati dall'ospedale sono cresciuti di 18 miliardi. In altri termini, la Mg è riuscita in questo periodo a mantenere invariato il costo delle prestazioni erogate.

Però la riorganizzazione delle Cure primarie richiederà investimenti...

Dal punto di vista soltanto organizzativo, a occhio e croce serviranno tre miliardi di euro all'anno. Ma questo non vuol dire che si dovranno allargare i cordoni della borsa, le risorse - non solo economiche ma anche umane - si possono andare a prendere dal secondo livello, dove si stanno chiudendo strutture e posti letto.

Balduzzi ha detto che i soldi arriveranno dalla spending review

Questioni che governo e regioni tratteranno al momento di rinnovare il Patto per la salute. Prima si affronterà il problema del finanziamento, poi verrà la riorganizzazione delle Cure primarie.

**FATTI****13 settembre 2012**

Decreto Balduzzi domani in Gazzetta. Confermata assistenza h24

Dovrebbe essere pubblicato domani sulla Gazzetta ufficiale il Decreto Balduzzi, che, dopo le ultime limature, era stato portato al Quirinale per la firma del presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano. Tra i principali contenuti del testo, confermata la riorganizzazione della medicina territoriale, con l'assistenza h24 e l'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, secondo modelli individuati dalle Regioni. Anche le norme sull'intramoenia sono rimaste sostanzialmente invariate con la previsione per le aziende sanitarie di una ricognizione degli spazi disponibili per le attività libero-professionali, la messa in rete delle attività per tracciare i pagamenti e il controllo del numero delle prestazioni svolte dal medico in regime ordinario e intramoenia. Come anticipato ieri, per quanto riguarda la

responsabilità dei medici l'invito al giudice è di tenere conto se si è operato secondo linee guida e buone pratiche elaborate dalla comunità scientifica. Confermata poi la costituzione di un Fondo per garantire idonee coperture assicurative finanziato con il contributo di professionisti e assicurazioni, in percentuale sui premi incassati, non superiore al 4%. Previsto poi l'articolo per aggiornare i nuovi lea, attraverso una logica compensativa in modo da garantire un'operazione a costo zero, con l'attenzione a malattie croniche, rare e ludopatìa, nonché le misure sulle nomine di manager e primari che dovrebbero garantire una maggiore trasparenza nella scelta. Confermate anche le novità sulla farmaceutica, in particolare per quanto riguarda il Prontuario terapeutico. L'Aifa avrà tempo fino al 30 giugno 2013 per razionalizzare la lista dei farmaci Ssn, destinando alla fascia c quelli obsoleti o di dubbia efficacia, mentre scatta la rinegoziazione del prezzo per quelli troppo costosi, pur efficaci, pena l'esclusione dal prontuario entro la fine del 2013. La norma sui farmaci fuori brevetto è stata invece leggermente smussata: a parità di sicurezza per indicazione, rispetto ad altri prodotti già presenti in prontuario, saranno rimborsabili quelli più economici, a patto però che il costo medio della terapia sia inferiore di almeno il 50%. Le altre norme su accesso immediato agli innovativi e la sperimentazione di dosaggi personalizzati sono rimaste invariate.



POLITICA

17 settembre 2012

Falconi, norma su responsabilità professionale insufficiente

«Insufficiente sia per i medici sia per le compagnie assicuratrici» così **Mario Falconi**, presidente del TDMe (Tribunale dei diritti e dei doveri del medico) si esprime in una nota sul decreto Balduzzi, che, pur avendo il merito di aver affrontato il tema della responsabilità professionale, non elimina la difficoltà di poter stipulare polizze economicamente sostenibili. «La riforma» continua Falconi «inventa un fondo con risorse nebulose, per poter distinguere tra colpa lieve e colpa grave, deciderà il magistrato senza che siano indicati criteri univoci e, cosa più importante, non affronta la possibilità che ci siano dei tetti economici alla risarcibilità». Falconi si esprime, poi, contro la campagna

pubblicitaria che incita i cittadini, con la lusinga della gratuità, ad attivare procedure di risarcimento per casi di presunta malasanità. «Una campagna» dice il presidente TDMe nella nota con fini esclusivamente commerciali, eticamente censurabile, sleale anche nei confronti della maggioranza degli avvocati onesti». Gli spot, aggiunge Falconi «sono benzina sul fuoco di un sistema sanitario già abbondantemente a rischio di sostenibilità».



POLITICA

18 settembre 2012

Scaccabarozzi, troppi tagli in Italia situazione insopportabile

Con queste regole ci costringono a lasciare l'Italia. A dirlo è **Massimo Scaccabarozzi** presidente di Farmindustria, nelle dichiarazioni rilasciate sabato a Il Sole 24 ore, che danno seguito al disappunto dall'Associazione per alcuni passaggi della manovra Balduzzi, espresso in un comunicato stampa diffuso venerdì. Secondo Scaccabarozzi, con i numerosi tagli nel settore, che ha toccato i 15 mld di euro in 8 anni, la situazione è diventata «insopportabile». «Sembra che la soluzione a tutti i mali possa venire dai tagli alla farmaceutica» ha affermato «anziché considerarla un fattore trainante di sviluppo e di crescita. Quest'ultima manovra potevano sicuramente risparmiarsela; farla per decreto poi, neppure un mese dopo la spending review». Ma non è tutto da buttare: «Ci sono aspetti qualitativi che apprezziamo: le sperimentazioni cliniche, il rispetto della proprietà intellettuale, forse l'innovazione. Ma colpisce il resto». Scetticismo anche sul tavolo sulla farmaceutica, iniziativa del ministero dello Sviluppo: «Vogliamo vedere i fatti, perché intanto ci bastonano». E ha concluso con un'apertura: «Però voglio essere fiducioso, vedremo. Ma bisogna fare presto, già entro un mese, cambiando subito la norma sulla prescrizione. Chiediamo un piano di stabilità e sostenibilità di almeno tre anni». L'intervento di Scaccabarozzi è in linea con i contenuti del comunicato di Farmindustria che «esprime contrarietà sul metodo della decretazione d'urgenza ed evidenzia la permanenza di elementi di forte criticità» in particolare sulla revisione del Prontuario e sull'ampliamento dell'uso off-label. «Sono scelte» scrive Farmindustria «che rischiano di far perdere molto allo Stato in termini di export, occupazione, ricerca e investimenti e di far trasferire tutto all'estero con mi-

gliaia di posti di lavoro persi. Solo con il dialogo tra Istituzioni e imprese e non con provvedimenti punitivi si potranno evitare queste scelte e le conseguenti delocalizzazioni e la chiusura di molte delle 165 fabbriche in Italia».



FATTI

21 settembre 2012

Biotestamento: l'iter riprende dopo un anno di stallo

Il disegno di legge sul testamento biologico, o Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), ha avuto il primo via libera del Senato il 26 marzo 2009. Ha fatto seguito, il 12 luglio 2011, l'approvazione da parte della Camera e, da allora, il provvedimento è fermo a Palazzo Madama, dove mercoledì la commissione Sanità ha votato a favore della ripresa del suo iter parlamentare. Nella versione approvata dalla Camera è prevista la sospensione di nutrizione e idratazione artificiale solo in casi eccezionali e solo per i malati terminali. Questi i contenuti, in breve, del ddl "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento", così come approvato lo scorso anno a Montecitorio:

Nutrizione l'alimentazione e l'idratazione artificiali non faranno parte delle dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), ma potranno essere sospese in casi eccezionali, quando il paziente "in stato terminale" non è più in grado di assimilarle e quando "le medesime risultino non più efficaci".

Platea la legge non è rivolta solo ai pazienti in stato vegetativo, ma anche appunto ai malati terminali. La Dat però assumerà valore solo nel momento in cui ci sarà "accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale".

Esclusività della Dat sarà valida solo la Dat, espressa nelle forme previste dalla legge (con un registro telematico nazionale con un unico archivio, di cui sarà titolare il ministero della Salute). Escluse altre dichiarazioni che non potranno essere utilizzate per ricostruire le volontà della persona. Nelle Dat si potranno indicare solo i trattamenti che si desidera attivare (fatti salvi quelli sproporzionati o sperimentali cui ancora si può dire no).

Lea ai pazienti in stato vegetativo sarà garantita "l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare" prevedendola tra i livelli essenziali di assistenza (Lea).

Fiduciario in assenza della nomina di un fiduciario, la Dat prevede che i suoi compiti saranno adempiuti dai familiari (a partire dai genitori, ndr) indicati dal Codice Civile.

Medico le volontà espresse dal paziente nelle Dat rimangono non vincolanti per il medico curante.



POLITICA

27 settembre 2012

Dopo lo scandalo laziale, federalismo regionale sotto accusa

Forse è arrivato il momento di chiedersi se il federalismo regionale non abbia fallito. Prima dello scandalo laziale, pochi avrebbero osato affermarlo a scena aperta, fatta eccezione per qualche sindacato del Ssn e per i più schietti tra gli esperti di finanza pubblica. Ora invece, il dubbio campeggia sulle pagine dei giornali, rimbalza dai servizi dei Tg, viene sbandierato da opinionisti e commentatori. Quand'era di moda, il federalismo convinceva in base alla tesi che decentrando governanti e governati sarebbero stati più vicini: i primi avrebbero colto meglio le esigenze della collettività, questa avrebbe vigilato più severamente e alla fine il paese avrebbe guadagnato in efficienza e buon governo.

Alla prova dei fatti così non è stato e non c'è solo la cronaca laziale ad alimentare il dubbio. Basta andare a pescare qualche dato. Lo hanno fatto gli esperti di lavoce.info, sito web di analisi politico-economiche, e i risultati sono scoraggianti: in un articolo dell'altro ieri che riprende un intervento dell'anno scorso, l'economista **Andrea Garnerò** mette a confronto gli emolumenti percepiti dai consiglieri e dai presidenti delle assemblee regionali (indennità nette più rimborsi, dati 2009) con alcuni indicatori di sistema come il Pil e il tasso di disoccupazione. Il risultato? Le Regioni dove si registra la crescita minore o dove scarseggiano i posti di lavoro sono spesso quelle che fanno registrare i costi della politica più alti. In sostanza, scrive Garnerò «le indennità dei presidenti e dei consiglieri delle Regioni italiane non sembrano legate ai risultati economici del territorio, in termini di Pil pro capite, disoccupazione e occupazione». Aver avvicinato governanti e governati, in altri termini, non pare essere garanzia di migliori performance della macchina pubblica.

Fin qui lavoce.info. A noi però è venuta la curiosità di proseguire nel "giochino"

e confrontare i costi della politica con un altro indicatore, quello della spesa sanitaria. Giusto per misurare gli effetti del federalismo sulla Sanità pubblica. Ebbene, stessi risultati: le Regioni che pagano “meglio” i rappresentanti dei loro cittadini (consiglieri e presidenti, come detto) sono spesso quelle che negli ultimi dieci anni hanno fatto registrare i tassi medi di crescita annuale della spesa Ssn più elevati: Sicilia 6,4%, Molise 5,2%, Lazio 5%, Piemonte 4%.

Ottobre



POLITICA

1 ottobre 2012

Varato dal Cdm il riordino Cri. Immediata la protesta

Il riordino della Croce rossa è stato varato da un Consiglio dei ministri durato poco meno di un'ora e subito è scoppiata la protesta della Fp Cisl, scesa in piazza a Montecitorio. «Non ci sono certezze per i lavoratori» tuona **Daniela Volpato**, segretario della Fp Cisl, «un migliaio di militari e circa 3.000 civili di cui la metà precari, legati alle convenzioni sono a rischio». Se per il Consiglio dei ministri – lo si legge in una nota – «il provvedimento mira a valorizzare l'attività dei volontari della Cri, garantire all'ente maggiore autonomia e indipendenza, consolidare le risorse umane, risanarne la gestione e acquisire ulteriori risorse finanziarie attraverso l'attività dell'Associazione», la Cisl chiede che «si apra un tavolo, come per gli altri dipendenti della pubblica amministrazione, per valutare mobilità, prepensionamenti o compensazioni in altre amministrazioni per i dipendenti, perché, al termine della fase transitoria del riordino, quando nel 2015 ci sarà la nuova società e verrà lasciato tutto al privato, i posti di lavoro saranno a rischio». Per questo la Cisl ha chiesto di essere ricevuta dalla presidenza del Consiglio. E un invito al Governo «a tenere conto dei pareri resi dalle Commissioni parlamentari per tutelare i lavoratori e salvaguardare il Corpo militare» arriva dal relatore del provvedimento in Commissione Bilancio della Camera, **Marco Marsilio**.



FATTI

4 ottobre 2012

Ilva, in sei mesi + 50% di ricoveri per tumore

Nel primo semestre del 2012 si registra un drastico aumento di ricoveri per patologie tumorali su tutto il territorio della Asl di Taranto, pari a un +50% rispetto al primo semestre del 2011. Questi i dati resi noti ieri dalla responsabile controllo spesa farmaceutica della Asl, **Rossella Moscogiuri**. A Taranto, inoltre, aggiunge «si registra un'alta percentuale di patologie respiratorie insieme a una più alta spesa farmaceutica rispetto alla media nazionale. «Complessivamente nel primo semestre 2012 a Taranto» continua la Moscogiuri «si è avuto un aumento di circa 1,5 mln di euro per i farmaci innovativi per la cura di varie patologie. Tra questi gli antitumorali incidono per circa il 60%». Intanto il ministro della Salute Renato Balduzzi invita ad aspettare gli imminenti dati definitivi sui monitoraggi per avere un quadro definito della situazione ambientale e sanitaria della zona dell'Ilva di Taranto. «Ormai è questione di qualche giorno» spiega il ministro «sia per i dati definitivi dell'aggiornamento del progetto Sentieri sia per i dati del monitoraggio biologico su un certo numero di allevatori delle zone circostanti sia per altri dati, che per una serie di percorsi stanno arrivando tutti a disposizione nello stesso momento» ha detto il ministro. «Quello che è certo» ha aggiunto Balduzzi «è che la zona di Taranto e di alcuni comuni vicini è territorio che da tempo presenta delle criticità di carattere ambientale e sanitario. Ora si tratta di capire esattamente in quali termini si pongono queste criticità, per orientare meglio sia le politiche di risposta sanitaria, sia l'azione di bonifica ambientale e industriale».



FATTI

9 ottobre 2012

Staminali: premio Nobel a Gurdon e Yamanaka

L'edizione 2012 del premio Nobel per la medicina è stato assegnato a **Shinya Yamanaka** e **John B. Gurdon**, per aver scoperto che le cellule mature possono essere riprogrammate in cellule pluripotenti, si legge nel comunicato del Karolinka institutet. In una staffetta durata circa 40 anni, hanno gettato le basi, il primo, e aperto nuove prospettive, il secondo, sulle cellule

staminali riprogrammate, cosiddette staminali pluripotenti indotte (Ips). Gurdon, infatti, nel 1962 aveva scoperto che la specializzazione delle cellule è reversibile: dopo aver modificato una cellula uovo di rana, sostituendo il suo nucleo con quello di una cellula matura di origine intestinale, cioè differenziata, ha ottenuto lo sviluppo di un normale girino. La ricerca pionieristica di Gurdon ha avviato un filone di ricerca che ha portato nel 1997 alla clonazione della pecora Dolly, a partire da una cellula adulta, ma anche al dibattito etico sul tema delle staminali. Nel 2006, Yamanaka ha scoperto che le cellule adulte dei topi si possono riprogrammare per diventare cellule staminali immature. Introducendo solo pochi geni, spiega l'Institutet, cioè segnali specifici, si possono riprogrammare cellule mature a diventare cellule staminali pluripotenti, vale a dire cellule immature che sono in grado di svilupparsi in tutti i tipi di cellule del corpo. Questo è stato il primo passo verso la medicina rigenerativa, e ha avuto un impatto notevole sugli aspetti etici sollevati dall'ipotesi di usare cellule staminali embrionali. «Le possibili applicazioni delle Ips sono molte» aveva dichiarato Yamanaka in una recente visita in Italia «ma questa tecnologia è ancora agli inizi, dobbiamo lavorare ancora molto duramente per realizzare le prime applicazioni nello studio di nuovi farmaci e in campo medico».



INIZIATIVE

15 ottobre 2012

Tavolo tecnico sostituibilità, da Fnomceo griglia per le motivazioni cliniche

Si è cominciato a parlare di motivazioni cliniche per l'indicazione della non sostituibilità al tavolo tecnico del Ministero sulla prescrizione per principio attivo. In questo contesto, la Fnomceo ha presentato all'Aifa un promemoria con una casistica consolidata. «Nel corso del prossimo incontro in programma il 23 ottobre» spiega **Guido Marinoni**, rappresentante della Federazione nel gruppo di lavoro ministeriale «l'Agenzia esprimerà la propria valutazione». Se la griglia ricevesse semaforo verde dovrà essere inserita nei gestionali dei medici in modo da essere applicata nella fase della prescrizione. Intanto, rimangono ancora irrisolti i problemi tecnici che affliggono la piattaforma Sogei per la ricetta elettronica: «L'applicazione» ricorda Marinoni

«da un lato rifiuta la dicitura “non sostituibilità” anche in presenza di paziente cronico con terapia già avviata, dall’altro contiene delle codifiche non pertinenti sui codici per gruppo equivalente». Per esempio, le codifiche non differenzierebbero le capsule dalle fiale. «Non si tratta certo di un problema insormontabile» chiarisce il rappresentante Fnomceo «tuttavia occorre sanare in fretta la lacuna affinché il medico non debba perdere il proprio tempo a cercare codifiche inesistenti».

**FATTI****18 ottobre 2012**

Nas, indagati 67 medici. Più ormoni a bimbi in cambio di denaro

Prescrivevano farmaci ormonali, anche ai bambini, con dosaggi al di sopra delle indicazioni terapeutiche pur di ricevere denaro e regali dall’azienda farmaceutica Sandoz, dalla quale erano corrotti. È questa l’accusa per 67 medici di ospedali pubblici e privati di Roma e tutta Italia indagati nell’operazione dei Nas che ha fatto emergere un sistema di corruzione che ha coinvolto anche dodici dirigenti e informatori farmaceutici della Sandoz, che si occupa della produzione di farmaci ormonali e per la crescita. Tra i sanitari indagati, ci sono anche diversi pediatri ed endocrinologi che in molti casi, dietro la sollecitazione degli informatori scientifici che li corrompevano, aumentavano le prescrizioni delle medicine, con l’inserimento in terapia di nuovi pazienti. Per incrementare le vendite di alcune medicine, secondo le accuse, gli informatori scientifici promettevano somme di denaro, viaggi all’estero e diversi oggetti come iPad. Il tutto veniva giustificato con false fatture che attestavano l’elargizione di denaro per attività di consulenza o di studio, contributi a congressi o seminari e viaggi per partecipazioni a meeting internazionali. In tutto i medici avrebbero ricevuto circa 500 mila euro tra regali e denaro. In alcune circostanze non esitavano ad aumentare le somme pretese al punto che, si è appreso, alti dirigenti della Sandoz avrebbero incontrato personalmente i medici. Le 77 perquisizioni eseguite dai carabinieri del Nas di comandi provinciali in tutta Italia punteranno a verificare se le prescrizioni dei farmaci siano state appropriate per le patologie dei pazienti curati, proprio perché è

emerso che ad alcuni piccoli pazienti venivano prescritti dosaggi al di sopra delle indicazioni terapeutiche. Dal canto suo la Sandoz fa sapere di non essere stata contattata dalle autorità inquirenti e di non disporre di ulteriori informazioni rispetto a quelle riportate dalla stampa. «L'azienda non può escludere che tali attività siano riconducibili all'indagine avviata nel giugno 2011 dalla procura di Busto Arsizio» si legge in una nota. Sandoz ha sempre collaborato pienamente con le autorità inquirenti nell'ambito dell'indagine di Busto Arsizio e ha adottato le più severe misure disciplinari nei confronti dei dipendenti coinvolti. L'azienda ha inoltre avviato nuovi e ancora più stringenti controlli interni. L'indagine di Busto Arsizio è ancora pendente; pertanto per policy, Sandoz non rilascia commenti sui procedimenti ancora in corso». «Mi auguro e voglio credere che l'accusa sia infondata» è il commento di **Amedeo Bianco**, presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnom). «Si tratta di un'accusa molto grave» spiega «e aspettiamo di vedere se sarà dimostrata. Ho difficoltà però a pensare che 67 professionisti abbiano fatto questo. Dubito del profilo dell'accusa, che mi sembra alquanto improbabile e mai vorrei che fosse confermata».



POLITICA

22 ottobre 2012

Monitoraggio Lea, otto le Regioni promosse

Ancora una disomogeneità piuttosto netta tra Regioni nel mantenimento dei livelli essenziali di assistenza (Lea): è quanto emerge dal report dell'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute su "Adempimento e mantenimento dell'erogazione dei Lea". L'indagine su dati del 2010 – presentata nei giorni scorsi - ha passato sotto la lente i comportamenti di tutte le regioni italiane, a esclusione della Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. I ricercatori hanno utilizzato un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni. In sintesi, sono state promosse a pieni voti solamente otto Regioni, ovvero Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia e Basilicata. Altre due, Liguria e Abruzzo, hanno superato l'esame con riserva: a patto cioè dell'impegno a

conseguire determinati obiettivi nel corso del 2011. Per quanto riguarda la Liguria “l’incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza” (per esempio i programmi di screening) e per quanto attiene l’Abruzzo il “rinvio al Piano di rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative e all’assistenza domiciliare”. Cartellino rosso e rinvio ai Piano di rientro, invece, per le restanti Regioni (Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania e Puglia).



FATTI

29 ottobre 2012

A Roma sfila la paura per la fine del Ssn

Banda che suona la marcia funebre e quattro camici bianchi che portano sulle spalle la bara del Servizio sanitario nazionale. Anche questo si è visto alla manifestazione “Diritto alle cure, diritto a curare” che si è svolta sabato scorso a Roma, promossa dalle organizzazioni sindacali. Circa 20mila, secondo gli organizzatori, i medici, gli operatori sanitari e i cittadini scesi in piazza in difesa del Servizio sanitario nazionale. «Il funerale è simbolico - spiega **Vincenzo Carpino**, segretario del sindacato degli anestesisti - perché i cittadini devono capire che la sanità pubblica è quasi morta e devono scendere in piazza con noi per dire basta ai tagli. In queste condizioni è diventato impossibile lavorare. Se non abbiamo risposte siamo anche pronti a uscire dal servizio sanitario pubblico e poi vediamo come fanno». Così **Ignazio Marino**, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale: «Abbiamo tagliato un quinto del Fondo sanitario nazionale, tanto che ormai ci sono ospedali, come il Molinette di Torino che non ha più soldi nemmeno per dare ai ricoverati le bottigliette d’acqua. In futuro cosa si dirà ai malati, di portarsi le lenzuola da casa? ». A ruota, **Massimo Cozza**, segretario nazionale della Fp Cgil medici: «Ormai è allarme rosso, e la grandiosa partecipazione di oggi, medici e cittadini insieme, è il segnale del profondo disagio del servizio pubblico che chiede di fermare i tagli». Il ministro della Salute **Renato Balduzzi** ha fatto sapere, in una nota, di aver seguito con molta attenzione la manifestazione, “ispirata da un convinto desiderio di sostenere e valorizzare il nostro Servizio sanitario nazionale”, dichiarandosi interessato a incontrare, nella giornata di domani, una delegazione delle organizzazioni promotrici. Intanto, però, trapela che lo

stop ai tagli alla sanità previsti dalla legge di stabilità, proposto dalla Commissione Affari sociali, rischia di saltare. A quanto riferito dall'Adnkronos Salute, pare infatti che, interpellata sulla questione, la Commissione Bilancio avrebbe fatto intendere che questa proposta "non ha nessuna possibilità di essere recepita".

Novembre



POLITICA

5 novembre 2012

Decreto Balduzzi, dal Senato sì con fiducia. Via alla versione con i rilievi della Bilancio

Approvato in via definitiva il Decreto Balduzzi, votato con la fiducia al Senato, nella versione uscita dalla Camera a fine ottobre che aveva recepito, rispetto alla stesura iniziale, le indicazioni della commissione Bilancio. Il testo licenziato vede quindi la conferma della bocciature di alcune norme come quelle che prevedevano le fatture dettagliate per l'intramoenia, la copertura assicurativa obbligatoria da parte delle strutture pubbliche (con la possibilità di azione diretta del paziente all'assicuratore), l'età pensionabile a 70 anni per i medici e i dirigenti Ssn e il prepensionamento per chi avesse raggiunto i requisiti al 31 dicembre 2014. Tra le altre modifiche che rimangono nella versione finale quelle del capitolo cure primarie: in particolare, ruolo unico, formazione del Mmg e utilizzo del personale dipendente nelle strutture territoriali, secondo la versione uscita dalla Camera, devono avvenire senza costi aggiuntivi per la finanza pubblica. Pure la deroga al turn over nelle Regioni con piani di rientro - passata dal 20% al 15%, solo rispetto a necessità di erogazione dell'assistenza e comunque con autorizzazione di Economia, Salute, Affari regionali - rimarrà così. Confermata anche l'eliminazione del fondo per le ludopatie, mentre rimane il loro inserimento nei Lea. Ora, in attesa che il decreto entri in vigore, è già iniziato il conto alla rovescia per l'attuazione delle misure previste. Primo appuntamento al 30

novembre: per quella data si dovranno essere delineare le modalità tecniche per la realizzazione dell'infrastruttura di rete per il controllo dell'attività intramoenia, prorogata fino a fine anno. Sempre in questo capitolo, la fine dell'anno costituisce scadenza anche per le Regioni per la ricognizione degli spazi. Anche l'aggiornamento dei Lea delle malattie croniche e rare dovrà avvenire entro il 31 dicembre, mentre l'adeguamento delle convenzioni di Mmg, pediatri e specialisti ambulatoriali è entro 180 giorni, così come la tracciabilità per la libera professione.



POLITICA

9 novembre 2012

Ministero, via almeno 7.439 posti letto

Dovranno diminuire di almeno 7.389 unità i posti letto nelle strutture ospedaliere italiane in attuazione della spending review. È quanto si legge in una nota del ministero della Salute che chiarisce che le Regioni che già si trovano sotto la percentuale di 3,7 posti per mille abitanti avranno la facoltà di aumentarli fino a questo tetto.

I criteri per la riorganizzazione della rete ospedaliera sono contenuti nello schema di decreto sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, inviato alla Conferenza Stato-Regioni dal Ministro della Salute **Renato Balduzzi** di concerto con il Ministro dell'Economia Vittorio Grilli. Il Regolamento, si legge nella nota del ministero, indica il metodo di calcolo per la riduzione delle Unità operative complesse e la riconversione delle strutture ospedaliere.

Al 1 gennaio 2012 in Italia erano presenti 231.707 posti letto (3,82 ogni mille abitanti) di cui 195.922 per acuti (3,23 ogni mille abitanti) e 35.785 per post-acuti (0,59). La legge 135/2012 indica come obiettivo una media complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungodegenti e i restanti 3 per gli acuti.

I posti letto devono quindi arrivare in totale a 224.318. Di questi 181.879 dovranno essere per acuti (-14.043) e fino a 42.438 per post-acuti (+ 6.635).



FATTI

12 novembre 2012

Modena, nove medici agli arresti. Gravi accuse su sperimentazioni

Sono 9 i medici arrestati, 68 le persone indagate, 12 le aziende biomedicali coinvolte e interdette dal contrattare con la pubblica amministrazione. È questo il risultato dell'operazione, chiamata "camici sporchi", che ha investito il reparto di Cardiologia del Policlinico di Modena. Condotta dai carabinieri dei Nas, coordinati dalla Procura di Modena, l'operazione ha portato all'individuazione di sperimentazioni cliniche sull'uomo non autorizzate con l'utilizzo abusivo di attrezzature sanitarie non autorizzate con spese che hanno gravato indebitamente sul servizio sanitario pubblico. Scoperti anche enti fittizi non commerciali utilizzati come onlus, ma mai registrati. Ora i medici coinvolti dovranno rispondere a vario titolo di associazione per delinquere, peculato, corruzione, falso in atto pubblico, truffa ai danni del Ssn nonché delle sperimentazioni non autorizzate su pazienti. L'indagine, relativa al periodo 2009-2011, è partita da una denuncia su presunte sperimentazioni chirurgiche non autorizzate a Emodinamica, che avevano avuto conseguenze sui pazienti. Le indagini dei carabinieri proseguono, infatti, su due morti sospette di persone sottoposte a interventi, che potrebbero anche cambiare i capi di imputazione, ma al momento non sono confluite nelle accuse. L'inchiesta dei carabinieri ha individuato in **Giuseppe Sangiorgi**, allora direttore del reparto di Emodinamica, e unico ora in carcere, il referente dell'organizzazione, mentre si trovano agli arresti domiciliari, **Maria Grazia Modena** all'epoca dei fatti medico responsabile della struttura complessa di Cardiologia del Policlinico di Modena, **Vincenzo Luigi Politi**, medico in servizio presso il reparto di Cardiologia, **Alessandro Aprile**, all'epoca in servizio al Policlinico, **Simona Lambertini**, in quel momento "clinical research coordinator", **Giuseppe Biondi Zoccai**, all'epoca medico presso il reparto di Cardiologia, **Fabrizio Clementi**, **Alessandro Mauriello** e **Andrea Amato** all'epoca medico frequentatore di master presso la struttura. Sul fronte delle aziende, sono scattati divieti di contrattare con la pubblica amministrazione a ditte di dispositivi medici di cui 6 straniere, e l'interdizione dell'esercizio dell'attività a carico delle associazioni onlus.



POLITICA

13 novembre 2012

Stabilità, via i tagli lineari del 10% su beni e servizi

Non ci saranno i tagli lineari del 10% nei trasferimenti alle Regioni per beni e servizi della Sanità: lo prevede un emendamento alla legge di stabilità approvato dalla commissione Bilancio della Camera. Le Regioni avranno così margini più ampi per scegliere dove tagliare e quindi di muoversi nell'ambito della spending review. La proposta di modifica pone l'obiettivo di «salvaguardare i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale», dunque l'equilibrio finanziario dovrà essere garantito, non con il taglio lineare del 10%, con «misure alternative». Ma, se da una parte il ministero della Salute, di concerto con il ministero dell'Economia e delle Finanze, ha già inviato alla Conferenza Stato-Regioni il regolamento sulla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, dall'altra l'assessorato alla Sanità della Regione Lombardia avverte che «non ci saranno tagli a posti letto» e se necessario si farà ricorso alla Corte Costituzionale. Lo ha fatto sapere **Mario Melazzini**, assessore lombardo alla Sanità che rimarca alcune differenze: «Noi stiamo lavorando, sulla base della delibera adottata lo scorso 6 agosto, a una riorganizzazione dei reparti di alcune specialità e del percorso nascita. Ma si tratta di una cosa diversa e indipendente dal provvedimento sul taglio dei posti letto. La nostra è una riorganizzazione programmata, conseguente a una riduzione delle risorse. Si sta cercando di ottimizzare i percorsi per garantire l'efficienza delle risposte del nostro sistema sanitario ma senza ridurre i servizi». E conclude: «Spesso le decisioni prese a livello centrale sono il frutto di una non completa conoscenza del territorio a livello periferico». Il documento del ministero lascia insoddisfatti anche gli psicologi i quali, denuncia **Luigi Giuseppe Palma**, presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, hanno visto «dimenticata l'assistenza psicologica e, in generale, le attività di psicologia erogate ed erogabili nei contesti ospedalieri». «Chiediamo un rapido intervento del Ministro Balduzzi» ha affermato Palma «volto a introdurne le opportune modifiche: il regolamento infatti non può non considerare le attività di psicologia e questa vistosa dimenticanza deve pertanto essere colmata senza indugio».

**FATTI****16 novembre 2012**

Enpam, approvata la riforma pensionistica

L'Enpam ha una sostenibilità a oltre 50 anni, come richiesto dal decreto Salva Italia, la riforma pensionistica è stata, perciò definitivamente approvata dai ministeri del Lavoro e dell'Economia. «È un grande risultato», ha dichiarato il presidente della Fondazione Enpam **Alberto Oliveti** «che non è stato facile raggiungere. Abbiamo ripartito il sacrificio nella maniera più equa possibile. In termini previdenziali siamo stati molto prudenti. Superato questo stress test, gli ulteriori avanzi che scaturiranno da questa prudenza andranno ai giovani». La riforma dell'Enpam prevede un graduale adeguamento alle nuove aspettative di vita: a partire dal 2013 l'età del pensionamento ordinario di vecchiaia sarà di 65 anni e 6 mesi e aumenterà di un semestre all'anno fino a raggiungere i 68 anni nel 2018. Non ci sarà invece alcun aumento di contributi fino al 2015, anno in cui è previsto lo sblocco delle convenzioni. La Fondazione Enpam è stato il primo ente previdenziale privato a mettersi in regola consegnando le sue riforme la scorsa primavera. Nella lettera di approvazione, il ministero del Lavoro ha dato atto di aver ricevuto "esauriente risposta" alle richieste formulate dalle autorità vigilanti.

**POLITICA****23 novembre 2012**

Prescrizione principio attivo, trovata intesa. Simg plaude

Il principio attivo dovrà comparire sempre sulla ricetta, anche qualora il medico scelga di affiancarlo all'indicazione di una precisa marca del farmaco. È questo il risultato di un accordo fatto nella serata di mercoledì al Senato che renderebbe vani gli emendamenti presentati dai senatori al decreto sviluppo che puntavano a cancellare l'obbligo.

Il testo prevede che il medico, nel prescrivere una nuova terapia "indichi nella ricetta la denominazione del principio attivo", "oppure la denominazione di

uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnata dalla denominazione di quest'ultimo". L'indicazione di una specifica marca resta vincolante per il farmacista quando sia indicata la non sostituibilità e quando il farmaco abbia un prezzo pari a quello di rimborso "fatta salva diversa richiesta del cliente". Una novità accolta con favore dai medici di medicina generale della Simg riuniti a Congresso a Firenze. «Da 10 anni a questa parte» spiega **Ovidio Brignoli**, vicepresidente Simg «incoraggiamo i medici a fare terapia con equivalenti. E non ci hanno mai intrigato le polemiche sulla bioequivalenza tra farmaci. L'unica avvertenza potrebbe essere quella di dare continuità alla terapia con lo stesso tipo di generici, nel caso di malattie croniche, in modo da semplificare la prescrizione. La nostra convinzione è che la maggiore prescrizione di generici possa liberare molte risorse. I dubbi vengono tutt'al più da come vengono riutilizzate, una via auspicabile potrebbe essere quella di dirottarle verso i farmaci innovativi».



POLITICA

23 novembre 2012

Balduzzi: amianto, nel 2020 picco di malati

La strada in tema di amianto è ancora lunga, sia perché sul fronte della ricerca non si sono registrati miglioramenti apprezzabili negli ultimi vent'anni della risposta terapeutica, sia perché, se è vero che Italia e buona parte di Europa, da vent'anni, hanno bandito produzione e commercializzazione, questa continua nei Paesi emergenti, con due milioni e mezzo di tonnellate di amianto estratte. Per questo sarebbe auspicabile un Piano nazionale, che possa anche far fronte alle previsioni, per il 2020, di un picco nell'incidenza delle patologie correlate. Sono queste in sintesi alcune delle riflessioni lanciate dal ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, nella seconda conferenza governativa sull'amianto, che ha preso il via alla Fondazione Cini di Venezia (la prima si è tenuta nel 1999 a Roma). «La ricerca scientifica, forse per un difetto di coordinamento, ancora non è riuscita a dare risposte alle speranze di cura. Credo che occorra migliorare il coordinamento, utilizzando al meglio le risorse, ma anche bonificando dove c'è da bonificare, perché ci sono diversi modi per convivere con l'amianto». In questo senso, Balduzzi ha annunciato che l'Italia è stata incaricata, in vista del Consiglio europeo dei ministri della Salute del 7 dicembre, di fare da ca-

profilo per la presentazione di un progetto di costituzione di una rete di centri d'eccellenza per la ricerca sul mesotelioma. «Un passaggio importante perché permetterà di migliorare la conoscenza dei fenomeni epidemiologici e il trend di casi delle diverse patologie asbesto-correlate, migliorare la conoscenza della suscettibilità individuale a queste patologie, arrivare a una diagnosi precoce e creare un network clinico tra le strutture europee che si occupano della cura». Ma la situazione di allarme rimane: «Nostro obiettivo è amplificare le tante voci che chiedono che questa questione abbia un posto fisso nelle agende governative, evitando il rischio che passi sottotraccia». D'altra parte, «se è vero che negli anni Settanta, all'apice della sua fortuna, se ne estraevano 5 milioni di tonnellate l'anno, oggi se ne estraggono comunque 2 milioni e mezzo: il problema continua dunque a esistere, con l'aggravante che esistono Paesi in cui non c'è divieto all'estrazione, ma solo alla commercializzazione».



POLITICA

29 novembre 2012

Legge 40: Governo italiano presenta ricorso contro sentenza Strasburgo

Il governo italiano ha chiesto il riesame della sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo che boccia la legge 40 sulla procreazione assistita. La sentenza, emanata lo scorso 28 agosto, prevedeva tre mesi di tempo per l'eventuale presentazione del ricorso. E la decisione di 'opporsi' è stata comunicata ieri da palazzo Chigi, proprio allo scadere dei termini previsti. Così una nota di Palazzo Chigi: "La decisione italiana di presentare la domanda di rinvio alla Grande Chambre della Corte Europea per i Diritti dell'Uomo si fonda sulla necessità di salvaguardare l'integrità e la validità del sistema giudiziario nazionale, e non riguarda il merito delle scelte normative adottate dal Parlamento né eventuali nuovi interventi legislativi". Immediatamente si sono riaccese le polemiche. Duro il giudizio di **Livia Turco** (Pd): «Molti di noi - afferma - avevano chiesto al governo di venire a spiegare in Parlamento le ragioni di un'eventuale decisione in questo senso. Mi dispiace molto che il governo, invece, non abbia sentito il dovere di farlo, scegliendo in modo clandestino di presentare ricorso. Una decisione, secondo me, del

tutto sbagliata». Di “fatto gravissimo” parla **Ignazio Marino**, sottolineando come «sarebbe sorprendente che un governo tecnico ed europeista in economia non fosse altrettanto tecnico ed europeista quando ci sono da tutelare i diritti e la salute delle persone e anzi agisca in danno dei cittadini più poveri. Questi, in caso di ricorso - rileva - si vedranno discriminati nel loro desiderio di maternità e paternità mentre i più ricchi potranno rivolgersi alle cliniche per l'infertilità degli altri Paesi europei». «Il ricorso, commenta **Filomena Gallo**, segretario dell'Associazione Luca Coscioni, rappresenta un tentativo disperato di salvare l'insalvabile: ovvero una legge 40 che 19 decisioni italiane ed europee stanno smantellando, perché incostituzionale e ideologica». Il portavoce di Fli, **Giulia Bongiorno**, affida invece a twitter il proprio commento: «Gravissimo errore ed ennesimo schiaffo alle donne la scelta di ricorrere alla Grand Chambre per salvare la legge 40». Di segno opposto il giudizio del presidente Udc **Rocco Buttiglione**: «Se come pare il Governo avesse presentato ricorso alla Corte Europea a difesa della Legge 40 avrebbe fatto correttamente il suo dovere. Il Governo - afferma - è tenuto a difendere in sede europea gli atti della Repubblica italiana».



POLITICA

29 novembre 2012

Riforma ticket e fondi integrativi, dal Governo segnali chiari

«Entro Natale cercheremo di produrre un documento politico di indirizzo per orientare il cammino per il 2013» sulla riforma dei ticket. La dichiarazione di ieri del ministro **Renato Balduzzi** ribadisce, se ancora ce ne fosse bisogno, lo scenario introdotto dalle dichiarazioni del premier Monti di martedì. Le strade da perseguire, secondo la strategia governativa, per rendere più sostenibile l'assistenza sanitaria sono due: quella dei ticket con franchigia per fasce di reddito e quella dei fondi integrativi. Sulla prima via il ministro della Salute, dopo le polemiche innescate, sottolinea come «nuove modalità di finanziamento riguardino una pluralità di situazioni compresa quella della riforma della compartecipazione della spesa da parte dei cittadini cui stiamo lavorando così da evitare i due miliardi di ticket aggiuntivi a partire da gennaio 2014». Poi

c'è il capitolo dei fondi integrativi sul quale il vicedirettore del Censis Carla Collicelli evidenzia come «oltre il 50% degli importi dei fondi copre prestazioni già rimborsate dal pubblico. Bisognerebbe quindi utilizzare meglio i fondi per coprire le aree scoperte dal Ssn e l'odontoiatria. Ma finora sui fondi integrativi, non c'è stata una strategia, come dimostra anche il fatto che non sono stati resi pubblici i dati dell'anagrafe dei fondi presso il ministero della Salute». Oggi il 5,5% delle famiglie ha una polizza sanitaria, un dato ancora marginale. Per questo gli esperti invitano a guardare le esperienze degli altri paesi dove questo tipo di realtà è più consolidata. In Francia, per esempio, i ticket sono proporzionali al costo delle prestazioni, mentre in Germania, a certe condizioni c'è la possibilità di lasciare il sistema pubblico. Ma l'assicurazione è davvero il modello migliore? Non è ne è convinto Francesco Longo, ricercatore del Cergas per il quale «ciò che conta è un sistema che non frammenti il sistema sanitario, aumentando duplicazioni e spese inutili». Una via, spiega l'esperto alla Stampa, potrebbe essere quella dei fondi di scopo dedicati «ad esempio alla sola odontoiatria e alla non autosufficienza» che rappresentano il 20% della spesa e per cui a ogni cittadino potrebbe essere chiesto un contributo a seconda del reddito. Questo «permetterebbe di avere un gruzzolo aggiuntivo che copre l'80% di quanto oggi è pagato privatamente dalle famiglie».

**SCENARIO****30 novembre 2012**

Tdm, 450 giorni da ok Aifa a inserimento in prontuari regionali

Servono in media, circa 450 giorni, affinché un farmaco approvato dall'Aifa venga inserito nei prontuari regionali. È quanto riportato da un'indagine di Cittadinanzattiva-Tribunale diritti del malato sull'accesso ai servizi farmaceutici pubblici, presentata ieri a Roma, realizzata monitorando 78 farmacie Asl, ospedaliere e di aziende ospedaliere. Il documento di sintesi fa, infatti, presente che il tempo medio stimato, necessario all'Aifa per procedere con l'Autorizzazione e la contrattazione del prezzo di rimborso, è intorno ai 226 giorni. La media regionale per l'inserimento nei prontuari regionali, dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale delle Determinazioni Aifa, è di 449 giorni. Dunque, sottolinea Tdm, «se si aggiungono i tempi per includerli poi nei pron-

tuari ospedalieri o aziendali, diventa ancora più difficile, per i cittadini avere accesso a determinate cure in tempi congrui». Dal monitoraggio, è emerso anche che l'87,7% delle strutture è dotato di una Commissione prontuario terapeutico aziendale, ma solo nell'11,7% è presente un rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti o di pazienti, presenza che, secondo Tdm, sarebbe auspicabile. Buona parte delle strutture (89,3%) dispongono di procedure che consentono l'erogazione dei farmaci prescritti e non presenti nei prontuari. Tali procedure fanno riferimento a richieste motivate corredate da documentazione e dalla presentazione di apposita modulistica. Può anche succedere che venga concordata un'alternativa terapeutica, facendo riferimento ai principi attivi presenti nel prontuario ospedaliero. Per i farmaci off label, invece, i tempi affinché questi possano essere erogati al paziente vengono garantiti tra 0 e 3 giorni (30,9%), possono raggiungere 10 – 15 giorni (14,3%), 30 giorni (12%) o - ma solo in pochissimi casi (7,1%) - possono sfiorare anche oltre i 60 giorni. I prontuari, sottolinea Tdm nel documento, restano un tema ancora molto dibattuto, per la molteplicità e i diversi livelli su cui intervengono e gli innumerevoli passaggi che i farmaci subiscono prima di divenire disponibili ai cittadini a livello nazionale, regionale e poi locale.

Dicembre



FATTI

4 dicembre 2012

Enpam pubblica compensi agli amministratori. Milillo: trasparenza è un cardine

Alla fine l'Enpam pubblicherà sul proprio sito Internet i compensi agli amministratori e ai componenti degli organi collegiali. E la stessa cosa farà la società Enpam Real Estate srl. Lo riferisce l'Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri in una nota, ricordando che già da anni le indennità di carica e i gettoni di presenza corrisposti dalla Fondazione Enpam sono liberamente consultabili sul sito Internet della Corte dei Conti. La trasparenza resta «uno

dei punti cardine della nostra gestione» spiega **Giacomo Milillo** (foto), membro del Consiglio di amministrazione dell'Ente e segretario generale delle Fimmg, «ma respingiamo fermamente le provocazioni» continua, motivando così il suo no alla richiesta di rendere pubblici i compensi degli amministratori e dei componenti degli organi collegiali dell'Ente previdenziale che sabato, durante il consiglio annuale, l'Ordine di Ascoli Piceno ha inoltrato al Consiglio della Fondazione. Una provocazione, secondo Milillo, «alla quale, altrettanto provocatoriamente, ho risposto che avrei rassegnato le mie dimissioni qualora accettata dal Consiglio». La scelta di pubblicare i dati, perciò, non è «dettata dalle continue pressioni di un ristretto gruppo di presidenti Omceo, bensì di una scelta condizionata dall'indirizzo etico che noi stessi ci siamo imposti» precisa il segretario Fimmg. Nel corso dell'incontro di sabato, l'Enpam ha anche approvato il bilancio di previsione 2013. Secondo i dati presentati, l'avanzo di gestione stimato per l'anno prossimo è di 1,021 miliardi di euro. L'Ente prevede di pagare prestazioni previdenziali e assistenziali per 1,324 miliardi di euro a fronte di entrate contributive per 2,148 miliardi.



POLITICA

5 dicembre 2012

Pellisero (Aiop): tagli insostenibili. Urge piano di salvataggio Ssn

Sono 13,6 milioni gli italiani che nel 2012 si sono rivolti alle strutture ospedaliere, e nell'80% dei casi la preferenza è andata ai nosocomi pubblici. Ma ben l'86% dei cittadini promuove il sistema "misto" pubblico-privato di erogazione delle prestazioni sanitarie. Sono questi i dati principali che emergono dal 10/mo Rapporto dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) "Ospedali e salute 2012", presentato ieri a Roma. In crescita, rileva il Rapporto, sono i servizi di analisi, visite specialistiche e accessi al Pronto soccorso, mentre diminuiscono gli interventi chirurgici e i parti. Il che, sottolinea l'Aiop, «confermerebbe il processo graduale di riduzione delle degenze ospedaliere in favore dei servizi di day hospital, delle visite specialistiche, delle analisi». L'utilizzo dei servizi ospedalieri è maggiore tra gli over-55 e nelle regioni del Nord. Dal rapporto - che si basa su interviste a un campione rappresentativo

di 4.040 italiani - emerge inoltre che sono soprattutto le donne a utilizzare maggiormente le strutture ospedaliere, mentre «l'accesso al Pronto soccorso rappresenta più una caratteristica comune per le persone più giovani, dai 18 ai 34 anni». Il rapporto si sofferma poi sui tagli destinati ad abbattersi sul settore Sanità, quattordici miliardi in tre anni da qui al 2014. Dalla manovra Tremonti del 2011, alla spending review e la legge di Stabilità 2013, rileva l'Aiop, è stato un susseguirsi di manovre governative che «hanno applicato tagli lineari», nonostante la spesa sanitaria pubblica si collochi costantemente tra 1 e 2 punti percentuali di Pil al di sotto di quella di Paesi come Francia e Germania. Da qui l'appello del presidente Aiop **Gabriele Pelissero** (foto): «I tagli predisposti non sono sostenibili. È necessario che tutti i soggetti interessati si uniscano da subito in un progetto di salvataggio finanziario del Servizio sanitario nazionale. Il rischio per l'intero sistema produttivo è che collassi il Servizio pubblico». Dunque, «un'autentica alleanza tra strutture pubbliche e private, tenendo conto che queste ultime rappresentano il 25% di tutte le prestazioni erogate, a fronte del 15% dell'intera spesa: il loro contributo» rileva Pelissero «è pertanto fondamentale. Insomma, basta considerare la Sanità come settore su cui "fare cassa"; chiediamo al governo di rivedere i provvedimenti di taglio».



POLITICA

12 dicembre 2012

Napolitano, Ssn scelta di civiltà. Tagli sì ma razionali

Il servizio sanitario pubblico italiano ci ha reso «uno dei paesi più avanzati» in questo settore «bisogna non regredire, né abbandonare quella scelta che è un titolo di civiltà per il nostro paese. Ma bisogna sapere intervenire in modo puntuale, con grande attenzione selettiva», nel riformare la sanità pubblica. È questo il cuore dell'intervento del presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano** alla presentazione della "Relazione sullo stato sanitario del paese 2011". I tagli sono inevitabili, vista la diminuzione delle risorse, ma il tutto va fatto con «capacità di innovazione e di razionalizzazione». Il Capo dello Stato ha iniziato il suo intervento ricordando quanto siano cambiate

le condizioni economiche e quindi le possibilità di spesa dell'Italia, dal 1978 quando è stato concepito l'attuale Sistema sanitario e spiegando che il disegno della sanità pubblica «è andato anche al di là del dettato dell'articolo 32 della Costituzione, dove si dice che bisogna dare cure gratuite agli indigenti». Una «scelta di civiltà» da non abbandonare. Per questo «la logica della spending review deve modificare meccanismi che provocano spese abnormi e a volte creano anche degenerazioni corruttive». Il Presidente si è anche soffermato su due capitoli importanti della sanità: il sistema privato per il quale «servono regole più severe e controlli più oculati di quanto non si sia fatto per lungo tempo» e le possibilità economiche dei cittadini. «Chi ha maggiore possibilità di contribuzione» dovrebbe pagare di più tenendo conto della «sua effettiva capacità di reddito».