

## APPROVATE LE LINEE GUIDA

## Protesi Pip, espianto Ssn

**L'**espianto delle protesi mammarie difettose, le famigerate Pip dal nome della ditta francese che le ha prodotte (Poly Implant Prothèse), sarà garantito non soltanto se si sospettano infiammazioni o rotture, ma anche se la rimozione è valutata dal medico significativa per il «benessere psichico della persona». A fronte però di un'informazione adeguata sui rischi legati all'intervento. Le linee guida cliniche e organizzative per la gestione dei casi di persone portatrici di protesi Pip sono state approvate il 9 febbraio dalla Conferenza Stato-Regioni. «L'accordo - ha spiegato il **ministro della Salute, Renato Balduzzi** - segue il percorso iniziato sulla base del parere del Ccs e conferma la linea adottata dal nostro Paese, e cioè un'indicazione clinica specifica, con annesse controindicazioni, al loro espianto ed eventuale reimpianto». Più in generale, le guidelines riconoscono la presa in carico del problema da parte del Ssn e affermano che le prestazioni sono incluse nei Lea. Le Regioni si sono impegnate ad attivare programmi ad hoc per la piena applicazione delle raccomandazioni e a individuare idonei centri di riferimento.

Queste le indicazioni cliniche. Le persone portatrici di protesi possono rivolgersi al chirurgo o alla struttura dove hanno effettuato l'impianto oppure ai centri regionali appositi e devono essere sottoposte a esame clinico ed ecografico. Se l'ecografia suggerisce dubbi sull'integrità della protesi o della capsula periprotetica, i medici devono valutare l'opportunità di approfondire con una risonanza magnetica. I suggerimenti sono tre: a chi vengono diagnosticati difetti specifici, come sospetto di rottura o contrattura capsulare o infiammazione, va proposto l'impianto; a chi presenti una preoccupazione persistente considerata ragionevole, il medico può proporre ugualmente l'espianto; a chi, senza segni clinici e diagnostici, manifesti ansie sproporzionate ritenute dal camice bianco non risolubili con la rimozione, va garantito un adeguato supporto psicologico. La corretta comunicazione dei rischi dell'intervento è fondamentale, così come quella sui pericoli dell'eventuale reimpianto, sconsigliato però quando sia presente un'importante infiammazione o infezione locale.

Sarà invece votato a marzo in sede deliberante dalla commissione Igiene e Sanità del Senato il Ddl che prevede l'istituzione del registro sulle protesi mammarie. E intanto l'Europa cerca di studiare meglio i pericoli per la salute delle circa 100mila europee coinvolte, tra cui 4.500 italiane: il primo rapporto sfornato a Bruxelles precisa «che non sembra esserci un rischio più elevato di cancro per quelle pazienti rispetto ad altre». Ma la guardia resta alta.

**Garantita la totale presa in carico**

**Manuela Perrone**

**FARMACI GENERICI****Botta e risposta  
tra Balduzzi  
e Farindustria**

■ Attacca il ministro **Renato Balduzzi**: incentivare la vendita dei generici non metterà in pericolo l'occupazione e la produzione delle industrie dei **farmaci** di marca, se abbasseranno i prezzi al livello dei generici. Proposta «irrealizzabile» ribatte **Farindustria**.

Botta e risposta ieri tra Balduzzi e il presidente di **Farindustria**, **Massimo Scaccabarozzi**. Nel question time alla Camera il ministro ha negato le preoccupazioni delle industrie dei **farmaci** branded che temono pesanti contraccolpi sul mercato: se adegueranno i listini a quelli dei generici manterranno «inalterate le loro quote di mercato», è sicuro il ministro. «Nei primi nove mesi di commercializzazione di un generico - ha replicato però **Scaccabarozzi** - dobbiamo tenere il prezzo del **farmaco** a brevetto scaduto più alto di una certa percentuale. La proposta è irrealizzabile. Non chiediamo privilegi ma diciamo no alle discriminazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





COSTANTINO TROISE (Anao Assomed)

## «Non c'è accordo se non si ascoltano i medici»

Un nuovo Patto per la salute non può limitarsi a un incontro istituzionale. La sostenibilità non solo economica del Ssn richiede un vero patto sociale che recluti le intelligenze e le competenze dei professionisti agli obiettivi di garantire «la qualità dei servizi, l'appropriatezza, la riorganizzazione e la riqualificazione» enunciati dal presidente Errani.

Un'attenzione particolare va riservata ai pilastri di inefficienza e spreco (il cui recupero vale circa 2 miliardi) compresi i costi della politica in Sanità, diretti e indiretti, evitando rinvii sine die delle azioni da mettere in campo per disegnare l'ennesima riforma imperfetta. Si continua a parlare di revisione dei Lea, ma senza tempi e contenuti certi, anche se il disavanzo tra risorse e bisogni certo si ridurrebbe se si avesse il coraggio di agire su tale capitolo.

Sulla razionalizzazione della rete ospedaliera giungono proposte sulla chiusura/ri-conversione dei piccoli ospedali che non sciolgono il problema della competenza a operare, visto che rimane in capo alle Regioni che, però, senza un patto sancito dinanzi al Governo, difficilmente metteranno a rischio il consenso elettorale. La previsione di una ulteriore diminuzione dello standard di posti letto non tiene conto dell'andamento epidemiologico e demografico del Paese nonché del fatto che, al di là dei buoni propositi, l'ospedale rimane l'unico presidio a completa disposizione della domanda di salute dei cittadini e l'ulteriore taglio di posti letto apre ai posti-barra che violano la dignità dei cittadini mettendo a rischio la sicurezza delle cure e degli operatori. Gli stessi standard minimi di personale sono appena nominati, e nes-



Costantino Troise (Segretario nazionale)

suno ha il coraggio di affermare che non si può fare a meno di medici e infermieri.

La medicina ospedaliera non riceve la stessa attenzione delle cure primarie e il capitolo sul personale dipendente è la parte più deludente. Per le risorse umane, il capitale sociale più prezioso delle aziende, ci si limita a promettere mobilità forzata, obbligo di dimora, attacco ai fondi contrat-

tuali, cunei giuridici, revisione dell'assetto delle strutture semplici e complesse come se il risparmio di 9.000 euro l'anno per ogni primariato abolito risolvesse i problemi del Ssn e non producesse una riduzione di legittime aspettative di carriera. Non manca una non velata minaccia di thank-shifting a favore di professioni sanitarie non mediche. Ma ciò che è più grave è l'indifferenza per le condizioni di lavoro e i livelli economici di una categoria già spogliata dalle manovre economiche e l'assedio ai fondi della contrattazione integrativa, creati da disposizioni e risorse dei Ccnl, laddove esistono, diventa un naturale corollario del blocco quinquennale del contratto nazionale.

Una aggressività che scompare di botto allorché si va a delineare il rapporto con l'Università, ove si enunciano azioni già possibili a normativa vigente e non si spiega perché non si fa niente.

Se il Patto per la salute non si traduce in un nuovo compromesso sociale tra Stato e professionisti e se Stato e Regioni non aprono linee di confronto e di credito con loro, anche in un'ottica di scambio di cambiamenti con cambiamenti, i risultati saranno prevedibilmente scarsi e la Sanità continuerà a rincorrere di manovra in manovra le ragioni della propria sopravvivenza acuendo il disagio dei cittadini.

Il patto deve rappresentare una politica della salute che sia innanzitutto una politica "per" la salute.



### Mmg francesi pagati a risultato

**M**mg francesi pagati in base alle performance. È quanto ha deciso la Cassa malattia che prevede incentivi in base a risultati e obiettivi raggiunti.

A PAG. 18

*FRANCIA/ La Cassa malattia introduce il pagamento in base agli obiettivi raggiunti*

# Mmg pagati a performance

**Incentivi per chi rende efficiente lo studio o prescrive cure efficaci**

**I**l 97,2% dei medici di famiglia d'Oltralpe ha aderito alla convenzione con la cassa malattia francese (Cnam) e accettato il principio del pagamento indicizzato sugli obiettivi, detto anche «pay for performance» (P4P). Sono invece 1.700 i Mmg francesi che hanno rifiutato il meccanismo indicato dalla mutua.

Secondo le cifre diffuse dalla Cassa malattia hanno detto sì anche il 98% dei ginecologi-ostetrici e dei dermatologi e il 96% degli ortopedici. I no sono invece più numerosi da parte di gastroenterologi, oculisti e reumatologi (6%). I più restii sono gli psichiatri e gli otorini con "solo", rispettivamente, l'85% e l'88% dei consensi. In pratica si tratta di un premio di 1.750 euro per ricompensare tra l'altro la buona organizzazione dello studio medico comprendente l'informazione ai pazienti sugli orari e sulle parcelle, la trasmissione telematica alla mutua dei due terzi dei dati relativi alle visite e il trattamento telematico della cartella clinica. Di fatto il versamento dei premi non scatterà prima del primo trimestre 2013. La mutua comunque si è prefissata di arrivare a regime a un premio medio annuo di 4.500 euro.

Resta da risolvere il problema della disponibilità dei programmi informatici necessari per il raggiungimento degli obiettivi. **Fr  rick Van Roekeghem** ha annunciato che i medici avranno fino al 31 marzo per acquisire i programmi necessari alla compilazione delle ricette e convalidati dall'Alta autorit  di salute (Has), ma anche per la connessione ai servizi

gestiti a distanza come la scelta del medico curante, il protocollo elettronico o il congedo malattia on line. Da notare che esistono venti schede di riferimento approntate dall'Alta autorit  francese per evitare prescrizioni troppo eterogenee e fissare regole chiare per tutti.

Dopo il primo trimestre di impiego di questo sistema si tireranno le fila e si comincer  a controllare quanti si sono effettivamente messi in regola. Per quanti non lo avranno ancora fatto, la mutua studier  la situazione individualmente e potrebbe decidere di infliggere tre mesi di sospensione dagli sgravi degli oneri sociali o, per i medici autorizzati a richiedere parcelle superiori ai livelli convenzionati, una penalit  finanziaria equivalente che pu  essere raddoppiata in caso di recidiva.

Per ora non tutte le specialit  mediche sono interessate dal sistema «pay for performance». La cassa malattia sta infatti lavorando per estendere il meccanismo anche ai cardiologi in modo da impegnare i medici nel trattamento delle patologie croniche, nella prevenzione e in una maggiore efficienza nell'erogazione delle cure. Entro marzo dovrebbero, infatti, essere definite le "practices" per il trattamento dei pazienti che hanno avuto un infarto del miocardio o per il trattamento farmacologico dell'insufficienza cardiaca tramite prescrizione di betabloccanti, ma anche per il trattamento dell'ipertensione.

Parallelamente, la mutua ha deciso di regolamentare il superamento delle parcelle convenzionate anche alla luce degli obiettivi di spesa sanitaria fissati dall'ultima finanziaria della salute approvata



## Ha aderito il 97% dei medici



dal Governo francese. In un primo tempo si tratta di ridefinire le nomenclature delle prestazioni di alcune specialità come pediatria, dermatologia, ginecologia, psichiatria (sempre entro marzo). La mutua ha stabilito a esempio che, per una visita ginecologica con pap test, quest'ultimo deve essere fatturato al 50% e non al 100 per cento. Peraltro 249 liberi professionisti un po' troppo avidi con le parcelle sono nel mirino della mutua per tutto il 2012. Ognuno di questi dottori con super-parcelle è oggetto attualmente di una procedura individuale di verifica con tanto di confronto contraddittorio. Con la possibilità per la mutua di sporgere denuncia all'Ordine se necessario. Tanto che con quest'ultimo la Cnam è già intervenuta per regolamentare le parcelle eccessive praticate in intramoenia da alcuni specialisti negli ospedali parigini. Il campione di camici bianchi sotto osservazione sarà un test per saggiare la volontà dell'Ordine di far rispettare la regola "del tatto e della misura". Ma non solo: il direttore della Cnam vorrebbe poter applicare sanzioni direttamente come per esempio l'estromissione temporanea dalla convenzione per il medico in torto.

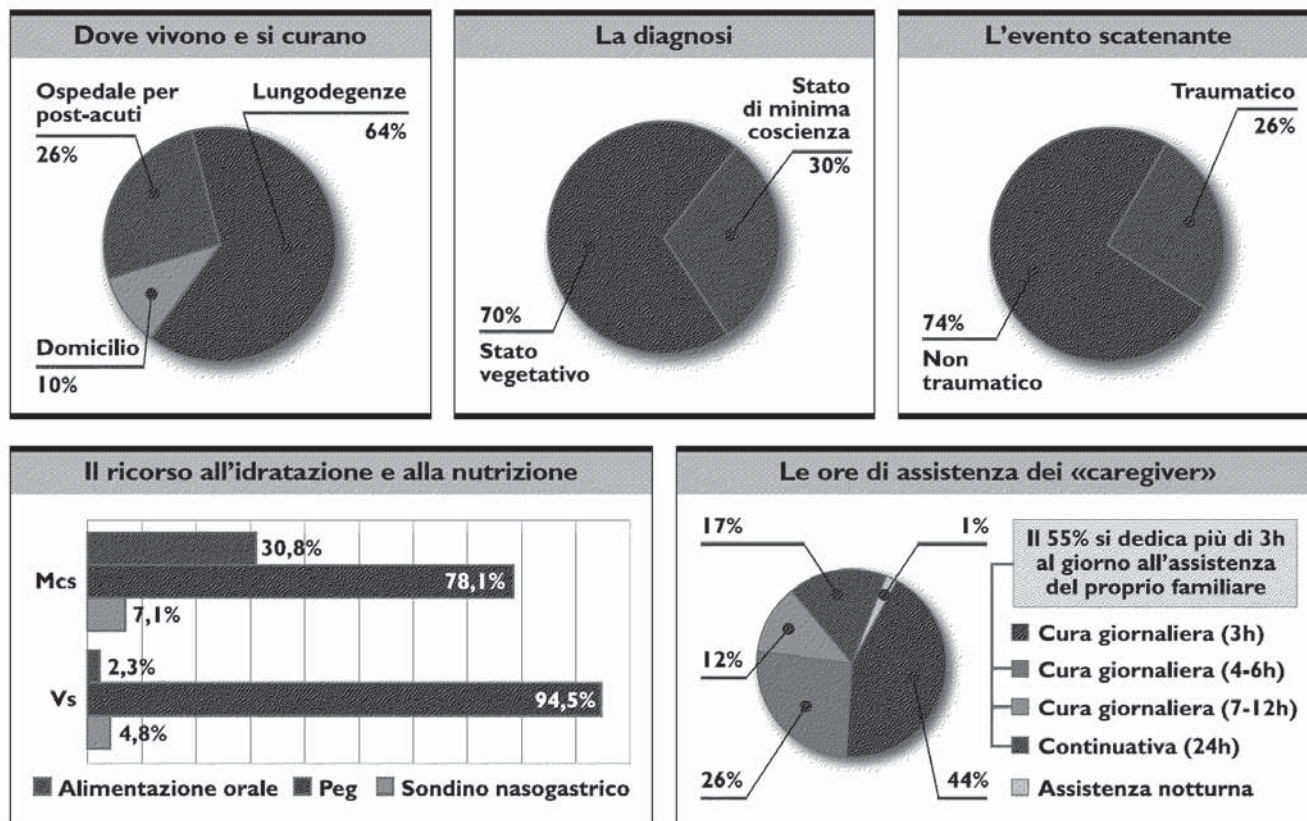
**Silvia Porzio**

---



## LA GIORNATA SUGLI STATI VEGETATIVI

## Balduzzi: «Le gravi disabilità tra le priorità dei nuovi Lea»



Nei nuovi Lea dovranno trovare più spazio le malattie rare e le gravi disabilità. Questa la promessa del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che intervenendo la settimana scorsa alla giornata sugli stati vegetativi ha annunciato che «i prossimi Lea dovranno tener conto di ciò che è successo in questi anni e dunque le malattie rare e le disabilità gravi dovranno essere in testa alle priorità».

Il ministro ha poi fatto chiarezza sulla sua posizione in merito alla legge sul biotestamento da mesi ferma in commissione Igiene e Sanità al Senato: «Ho sempre detto che la parola spetta alla commissione parlamentare. Se riterrà di proseguire l'iter della legge il Governo sicuramente farà la sua parte, attento a fornire elementi unitivi e non di divisione». «Su questi temi - ha aggiunto Balduzzi - biso-

gna realizzare la più grande concordia possibile. Non possono essere temi da guerre di religioni».

L'incontro sugli stati vegetativi è servito anche ad accendere i riflettori su questi pazienti grazie a una ricerca dell'Irccs Besta di Milano che ha coinvolto 78 centri di cura. Secondo questo identikit il 59% dei pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza è formato da uomini, ha in media 55 anni e vive in questa condizione mediamente da cinque anni. Dall'indagine risulta anche che gran parte del peso delle cure ricade sui familiari e in particolare sulle donne: il caregiver medio è nel 77% dei casi la moglie del paziente. Il 55% dedica in media più di 3 ore al giorno all'assistenza e ha dovuto radicalmente modificare il proprio tempo libero. Ansia e stress sono pane quotidiano per i

familiari. Ma anche per gli operatori: il 14,4% di quelli che lavorano con questi pazienti ha alti livelli di esaurimento emotivo.

Nella maggior parte dei casi (il 74%) la causa dello stato vegetativo o di minima coscienza deriva da un evento non traumatico. Quasi i due terzi dei pazienti sono nutriti e idratati grazie al ricorso alla «peg» (la gastrostomia endoscopica percutanea) mentre oltre il 30% di chi è in stato di minima coscienza è alimentato per via orale. La quasi totalità (il 97,5%) respira infine autonomamente senza ricorrere ad apparecchiature.

## RICERCA DEL MAUGERI

## La super-Tbc dilaga nei Paesi europei

**S**e la tubercolosi resistente ai farmaci dilaga in Europa, la responsabilità è dei centri che la curano e che tradiscono in vari punti i "diktat" delle Linee guida internazionali per la gestione di questa malattia riemergente. A identificare i quattro errori più gravi e diffusi, colpevoli della progressiva diffusione della super Tbc nel Vecchio continente - mancata prescrizione dei farmaci attivi contro la Tbc; errori nelle dosi somministrate; gestione non adeguata dei pazienti e dimissioni senza un report finale -, è uno studio italiano pubblicato di recente sull'«European Respiratory Journal». La ricerca, coordinata da **Giovanni Battista Migliori**, è firmata dal Centro collaborativo Oms che fa capo al Servizio di epidemiologia clinica delle malattie respiratorie-Dipartimento di medicina e riabilitazione cardiorespiratoria dell'Istituto scientifico di Tradate (Varese) dell'Irccs Fondazione Maugeri. L'infezione resistente ai farmaci - ricordano gli esperti della Maugeri - ha una prevalenza di 440mila casi e causa 150mila morti l'anno.



**Progresso** Tra finanza e industria: «Reazione chimica» di Stefano Righi

# E gli scienziati rilanciarono l'economia

di GIOVANNI CAPRARA

**P**ossono gli scienziati essere utili alla società, all'economia, al Paese, oltre che, ovviamente, alla scienza stessa? La domanda, che nasce dalla sensazione che nella Penisola pochi se la pongano, può trovare risposta in una storia tutta italiana, nel bene e nel male; per entrambi gli aspetti, comunque utile, anzi preziosa.

La storia ha due personaggi: Giulio Natta del Politecnico di Milano, premio Nobel per la chimica nel 1963 scopritore assieme al tedesco Karl Ziegler del polipropilene, la plastica. Renato Ugo, che negli anni Ottanta governava la più grande macchina da ricerca privata mai creata in Italia: quattromila scienziati sotto l'ombrello Montedison. Insieme sono i protagonisti diretti e indiretti di quasi mezzo secolo di vicende raccontate con curioso animo investigativo da Stefano Righi nel libro *Reazione chimica* (Guerini e Associati, pp. 172, € 16,50). Nel gennaio 1982 Mario Schimberni, figlio di un barbiere di Roma, uomo che si è fatto da sé diventando presidente di Montedison chiede al professor Ugo docente di chimica all'Università degli Studi di Milano, ricercatore di fama internazionale: «Verrebbe con me a rifare la chimica italiana?».

Ugo accetta la sfida, ardua perché deve agire in una società che perde miliardi come un colabrodo. E si aggrappa a ciò che di più prezioso aveva allora disponibile in azienda, il polipropilene creato da Giulio Natta, la plastica che nei caroselli degli anni Sessanta legata al sorriso di Gino Bramieri diventò nota come Moplen sostituendo molti oggetti fino allora realizzati in legno e metallo. Si puntava al mercato internazio-

nale creando con un partner americano Himont. Era il successo. Altrettanto accadeva con l'adriamicina, un **farmaco** antitumorale d'avanguardia nato in Farmitalia-Carlo Erba, società del gruppo. Montedison era salva, guadagnava e poteva crescere, secondo l'idea di Ugo, verso una piccola multinazionale del **farmaco**.

Ma come Schimberni aveva salvato la grande azienda, con altrettanta infelice determinazione la portava alla disintegrazione: preferiva la finanza, i giochi di potere nazionale che ingigantivano il suo ego ma che danneggiavano la società. Il manager Schimberni diventava il «Corsaro» della Borsa. Scalava Bi-Invest, comprava il gruppo assicurativo La Fondiaria, abbandonava l'operazione Rex per acquisire l'americana Revlon Pharma e consolidarsi nella **farmaceutica**. La corsa verso il baratro era iniziata: si scontrava con il super banchiere Enrico Cuccia e favoriva l'ingresso di Raul Gardini perché bisognoso di soldi essendo ormai complice della perversa politica interna. La sconfitta e la cacciata giungeva inesorabile. Montedison crollava di nuovo, Gardini si suicidava e del grande patrimonio di conoscenza accumulato rimangono oggi realtà piccole e slegate da una Montedison che non c'è più.

Ugo, dopo sei anni e due trapianti di cuore, abbandonava la partita. Lasciando una dimostrazione di grande valore che emerge dalla ricostruzione puntigliosa di Righi. Il grande scienziato-manager è stato prezioso all'economia del Paese e oggi continua ad esserlo con i suoi consigli. Cercando un futuro, anche questo libro può aiutare a considerare ciò che di buono abbiamo, evitando scelte che distruggono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

