

Lorenzin: gameti per l'eterologa solo gratis



10/09/2015



La donazione di gameti per la fecondazione assistita eterologa (ovuli o seme maschile) in Italia è volontaria e gratuita e il ministro della Salute Beatrice Lorenzin assicura il rigore dei controlli per verificare il rispetto delle norme. È quanto ha riferito mercoledì lo stesso ministro durante il question time alla Camera rispondendo all'interrogazione di Gian Luigi Gigli (Per l'Italia, presidente del Movimento per vita) che chiedeva chiarimenti sull'acquisto da parte di alcune regioni, come Toscana e Friuli Venezia Giulia, di gameti dall'estero, vista la mancanza in Italia di donatrici.

Una pratica che si va consolidando e che rischia di vedere impiegato denaro pubblico per acquistare gameti da biobanche private straniere (in primis danesi e spagnole) che potrebbero aver ottenuto le cellule riproduttive femminili ricorrendo allo sfruttamento di donne bisognose. «La linea dell'Italia è quella della volontarietà e gratuità come previsto dalla legge», ha chiarito Lorenzin. E se nella quota ricevuta per la copertura delle spese – ha detto il ministro – i centri dovessero nascondere qualche forma di riconoscimento economico al donatore o alle donatrici rischierebbero di incorrere in un «reato perseguibile d'ufficio».

Molto critico Gigli per il quale è «pilatesco sostenere che la gratuità della donazione nell'acquisto di gameti dall'estero è garantita dal Paese di origine. Sembra strano che, mentre in Italia le donazioni di ovociti sono a zero, perché le potenziali donatrici rifiutano i rischi per la propria salute connessi al prelievo, in Spagna esistono centri privati molto reclamizzati sui siti Internet che dispongono di un numero di donazioni tali da vendere gameti anche al Friuli. Il sospetto che le donne 'donatrici' siano in realtà pagate è molto forte».



Pillole di salute

La legge riconosce l'autismo Ora pazienti e famiglie abbiano servizi e assistenza

■ ■ ■ **LUCA BERNARDO***

■ ■ ■ La sindrome di Kanner, nota come autismo, si manifesta nella prima infanzia con incapacità relazionali, disordini del linguaggio, fenomeni rituali e ripetitivi, con una connotazione che va dal lieve al grave. Recenti studi hanno dimostrato che lo spettro autistico è il risultato di diversi elementi, tra fattori genetici e cause ambientali, ad oggi sconosciute. Purtroppo negli anni sono state diffuse notizie di ogni genere che hanno visto la sindrome legata ai vaccini, piuttosto che ad infezioni o ancora colpevolizzando le mamme. Tesi che non hanno mai avuto un riscontro da un punto di vista scientifico oggettivo ma che, senza dubbio, hanno creato confusioni e ripercussioni a volte anche gravi per le famiglie e i figli affetti da autismo e non solo!

Fino ad arrivare ad oggi dove si sta cercando di dare un'attenzione maggiore e più specifica all'autismo. E proprio partendo dal 2 aprile - data in cui si celebra la Giornata della Consapevolezza dell'Autismo (sancita dall'Onu con la risoluzione 62/139 del 2007) fino ad arrivare al riconoscimento ufficiale da parte dello Stato italiano il 5 Agosto 2015 con la legge 134/2015 approvata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 5 Agosto 2015, con entrata in vigore il 12 Settembre 2015. Questo l'articolo 3 della legge: «Si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili». Un passo importante per i pazienti e le loro famiglie. Gli interventi saranno rivolti a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbo autistico. Grazie a questa legge, dando ai centri specializzati maggiore possibilità di azione, il Ssn offrirà alle persone con autismo interventi organici riconosciuti scientificamente. Sempre dal 2011 l'Istituto Superiore di Sanità ha istituito un social network, chiamato «Nida», per la sorveglianza e la valutazione del neuro-

sviluppo di bambini ad alto rischio nei primi 18 mesi di vita, circoscritto alle Regioni Lombardia, Lazio, Toscana e Sicilia. Lo scopo è quello di individuare entro i due anni di vita i soggetti ad alto rischio, per poterli inserire in un programma specifico. Il «Nida» è un progetto che guarda non solo al riconoscimento precoce dello spettro autistico e alla messa a punto di un modello operativo, ma si occupa anche di seguire le famiglie e supportarle.

Per la prima volta l'autismo viene riconosciuto ufficialmente dallo Stato. Ora l'impegno concreto è creare una realizzazione territoriale, fruibile dei percorsi d'integrazione socio-sanitaria ed educativa, servizi sanitari e specialistici di diagnosi e trattamento fruibili e diffusi in tutte le Regioni con approcci multidisciplinari e professionali per affrontare a tutto tondo le difficoltà e l'eterogeneità delle sindromi autistiche. Pertanto, la legge impegna lo Stato, che a sua volta delega le regioni, ad interventi idonei nella diagnosi, cura e trattamento. Compito delle Regioni sarà individuare le associazioni e i centri di riferimento già attivi ed esistenti su tutto il territorio italiano con un coordinamento dei servizi stessi con l'attivazione di tutta la rete sanitaria. L'obiettivo è fare diagnosi e percorsi terapeutici e assistenziali sui minori, adolescenti e adulti verificando anche l'evoluzione dello spettro autistico. L'Autismo viene così inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) senza disparità tra le Regioni per garantire a tutte le persone affette da autismo una diagnosi precoce e cure personalizzate. Oggi scienza e legge insieme per una migliore qualità della vita per i cittadini.

***Direttore del Dipartimento Materno-Infantile Fatebenefratelli e Oftalmico**



Quelle staminali si riprogrammano

Biologia rigenerativa. Si chiama nuclear transfer
Consente di "ricreare" geneticamente tutte le cellule di un corpo adulto
Ha rivoluzionato la scienza. E promette cure per cancro, Alzheimer e Parkinson

CARLO ALBERTO REDI*

Ecco la sintesi della relazione del professor Redi alla conferenza mondiale The Future of Science della Fondazione Veronesi che si terrà a Venezia, Isola di San Giorgio, nei giorni 17, 18 e 19 settembre.

GÌÀ HANS SPEMANN, Nobel nel 1935, aveva intuito la formidabile opportunità per la ricerca biologica costituita dalla generazione di cloni a partire da nuclei di cellule adulte. Ma, dati i mezzi del tempo, riuscì a fare ben poco. Oggi il "nuclear transfer", e le applicazioni che si sono delineate, permettono la riprogrammazione genetica di nuclei di cellule di un corpo adulto (somatici) inserendole in cellule uovo. Questa operazione ricostituisce artificialmente un embrione unicellulare (equivalente a quello prodotto dalla fecondazione della cellula uovo) utile sia per la produzione di cloni (se trasferito in utero) sia di staminali embrionali (se coltivato in provetta). Grazie a leggi ad hoc (come nel Regno Unito), la tecnica viene usata per trasferire mitocondri sani in ovociti umani in cui questi organelli malati provocherebbero la morte del nascituro.

Il trasferimento di nuclei invece è oggi impiegato per diverse applicazioni: per inserire geni sani, spermatozoi nell'ovulo nella riproduzione assistita, sino a quello di nuclei somatici per clonazione riproduttiva (in medicina veterinaria) e la produzione di staminali embrionali. Quest'ultima applicazione ha valso il Nobel nel 2012 a Sir John B. Gurdon, condiviso con Shinya Yamanaka, che ottiene lo stesso risultato ma con l'ingegneria genetica.

Grazie ai trasferimenti di nuclei e all'embrione così ge-

nerato è possibile infatti, ricostruire nel dettaglio le interazioni tra i geni nel nucleo e i fattori - contenuti nel citoplasma e nel nucleo - che li influenzano. Questa opportunità ha rivoluzionato molti dei paradigmi concettuali della biologia contemporanea aprendo il nuovo fronte della epigenetica. Ovvero, l'influenza delle proteine e altri fattori esterni al Dna sul funzionamento del Dna stesso, che proprio nel corso dello sviluppo embrionale è possibile studiare molto bene. Sono questi sistemi di regolazione dei geni a determinare la maturazione delle staminali in cellule dei vari organi nonché la loro moltiplicazione e la loro morte. Sono infatti queste modificazioni epigenetiche del Dna che permettono di capire come sia possibile che dal lievito sino all'uomo siano sempre all'incirca gli stessi 20.000 geni ad essere in azione, in tempi e modi tanto diversi quanto capaci di produrre un moscerino o un uomo. E di capire che processi biologici tanto drammatici come la crescita neoplastica che porta al tumore, sono, di fatto, una riprogrammazione genetica in vivo: una cellula perde il controllo della replicazione e si comporta come l'embrione unicellulare, moltiplicandosi velocemente. E così si è potuto capire che a mantenere in vita il tumore è infatti una cellula staminale cancerosa la quale possiede le

stesse proprietà delle cellule staminali: ne basta una per mantenere attivo il tumore perché le staminali sono "clonogeniche", da una cellula si può produrre un numero di cellule pressoché infinito, come fa lo zigote! E si è capito che non si muore di tumore ma per la diffusione nel corpo delle staminali tumorali, le metastasi. È una svolta nella ricerca contro il cancro che ora si può affrontare con tutto l'armamentario tecnico e concettuale della biologia delle cellule staminali; di più, permette di "portare in provetta la malattia", producendo staminali cancerose per capire in vitro come funzionano e come bloccarle.

E col trasferimento nucleare si può portare in vitro qualunque altra malattia. Si pensi alle patologie neurodegenerative, tanto per fare un solo esempio, come Alzheimer, Sla o Parkinson.

Chiaro che esistono, purtroppo, vincoli biopolitici alla tecnica del trasferimento nucleare poiché nell'immaginario di massa è legata alla produzione di cloni (umani). Sarebbe bene fare campagne di



alfabetizzazione culturale per spiegare che la tecnica è una cosa, il prodotto della tecnica un'altra cosa! Il clone umano non si può fare per tante ragioni, da quelle morali ed etiche a quelle scientifiche e mediche. I cloni in genere nascono malati (sindrome degli organi dilatati, dismorfie, etc etc) e muoiono presto.

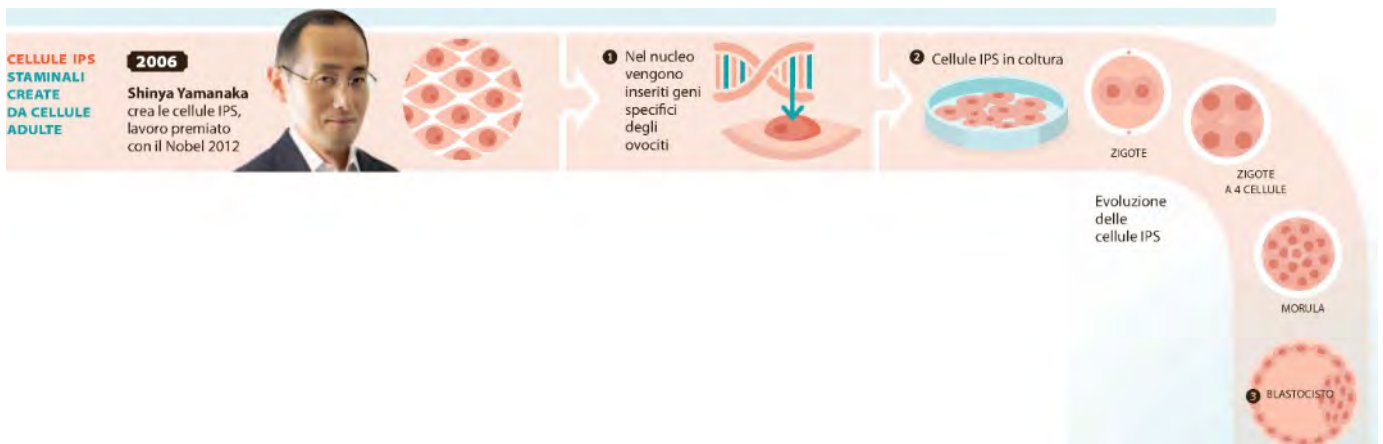
La clonazione ha una grande utilità in zootecnia, come per la produzione di molecole di interesse farmacologico. Ad esempio: i fattori della coagulazione VII e VIII contro l'emofilia. Si possono

ricavare dal latte di pecore trans-geniche, il cui costo si aggira sul milione di euro ad animale. Che, realizzato invece con la clonazione, richiede poche decine di migliaia di euro. Clonare invece un essere umano, oltre che un delitto è una inutile sciocchezza. Sull'uomo sarebbe bello, in tema di diritti universali, discutere se riteniamo lecito o meno, in futuro, permettere nuove genitorialità che possono derivare dalla applicazione della tecnica, omo-genitorialità oppure addirittura genitorialità uni-parentali. Dalla pelle viene prelevata una cellula, si effettua il nuclear transfer, si ot-

tengono staminali embrionali, si differenziano in gameti e si produce uno zigote: molti aspetti di questo schema sono da mettere a punto, ma nel topogia si può fare. È bene iniziare a discutere ora e trovarsi pronti quando le tecniche, che ora funzionano negli animali, saranno utilizzabili anche sull'uomo.

**Dip. Biologia e Biotecnologie L. Spallanzani, Univ. di Pavia, Centro Medicina Rigenerativa, Pol. San Matteo, Pavia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

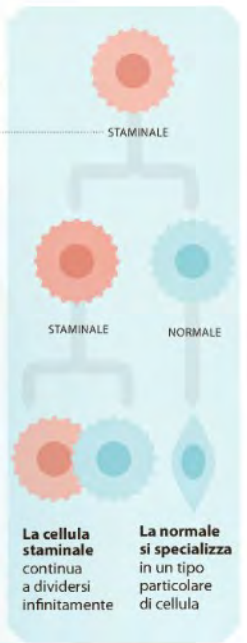


COSA SONO LE STAMINALI E COME SI COMPORTANO

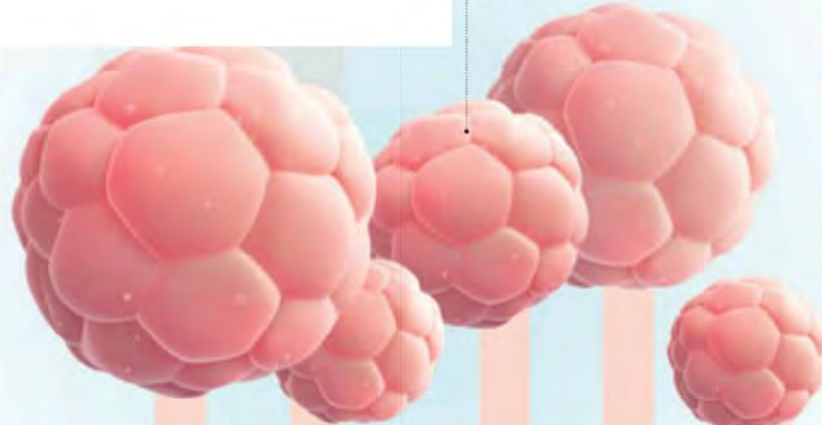
Cellule primitive non specializzate che possono dividersi un numero indefinito di volte, maturare e specializzarsi ricoprendo una funzione in un tessuto del corpo

La cellula staminale si divide in due: una normale, l'altra staminale

Blastocisti
Cellule staminali pluripotenti



La cellula staminale continua a dividersi infinitamente
La normale si specializza in un tipo particolare di cellula



CELLULE ADULTE



CELLULE ENDOTERMICHE



CELLULE EMATICHE



CELLULE OSSEE



CELLULE CARDIACHE



CELLULE NERVOSE

TESSUTI E ORGANI



FEGATO, ARTERIE, ECC



SANGUE



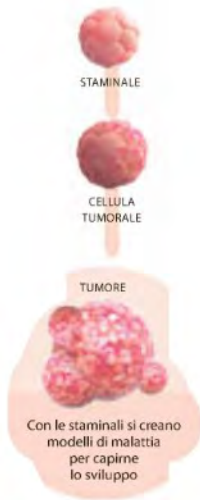
OSSA



CUORE



CERVELLO



SALUTE

“Il futuro della scienza”

E con le stampanti 3D il chirurgo preparerà l'intervento su un organo test

UMBERTO VERONESI

LA MALATTIA non è regolata da leggi democratiche e per la medicina non siamo affatto tutti uguali. Sì, possiamo talvolta condividere una stessa diagnosi ma non saranno mai gli stessi sintomi, mai le stesse risposte alla cura. Ogni disturbo dipende da un intreccio unico fra i nostri geni, il microambiente che li circonda e l'ambiente in cui viviamo.

Oggi strumenti come le biotecnologie, la matematica e la bioinformatica ci danno l'opportunità di studiare quell'unicità in un numero crescente di individui, con tempi e costi sostenibili. La chiamano medicina di precisione o personalizzata. E per alcune malattie già disponiamo di farmaci "su misura", che funzionano su target molecolari specifici. In oncologia il padre di questa generazione di medicinali è il trastuzumab, utilizzato da vent'anni sui tumori del seno che esprimono alti livelli di una proteina chiamata HER2. Farmaci analoghi sono in uso per il melanoma cutaneo, per i tumori del colon, del polmone, per alcune forme di leucemia.

Ma c'è di più. Stiamo arrivando a comprendere i meccanismi molecolari profondi alla base delle patologie, tanto da riconsiderare le malattie non più in base a dove colpiscono, ma a come colpiscono. Chi avrebbe pensato ad esempio, fino a poco tempo fa, di curare con uno stesso farmaco un tumore della pelle, uno del polmone e uno del cervello? È ciò che ha fatto

un team internazionale di ricercatori su 122 pazienti colpiti da 15 diverse forme diverse di tumore, ma con qualcosa in comune: una stessa mutazione a livello del gene Braf, già bersaglio di un farmaco usato contro il melanoma.

Penso al passato, quando non avevamo alternative se non impiegare le poche terapie disponibili e sperare che, per qualche motivo ancora a noi ignoto, in quel particolare paziente funzionassero. In futuro potremo sempre più spesso predire l'efficacia delle cure, evitando quelle inutili, preparare interventi su modelli di organo, com'è accaduto con il cuore malformato di una bimba inglese, riprodotto con una stampante 3D. Di questa rivoluzione parleremo alla prossima Conferenza internazionale sul futuro della scienza, discutendo di riprogrammazione cellulare e clonazione, di grandi dubbi etici e delle sfide economiche. La scienza libera deve saper osare e guardare anche là dove non ci sono ancora risposte. Se si fermasse di fronte a tutto ciò che non può risolvere facilmente, che progresso avremmo?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il primo trapianto di fegato da un donatore a cuore fermo

L'organo prelevato dopo l'arresto cardiaco: sangue pompato da una macchina

2 **20** **1.200**

Gli anni di attesa necessari per il trapianto di fegato

I minuti di attesa per poter dichiarare un paziente morto

I pazienti in lista d'attesa in Italia per il trapianto di fegato

MILANO Dopo anni di lavoro in Terapia intensiva giorno e notte, quel giovedì 3 settembre, la rianimatrice Marinella Zanierato capisce subito che ci sono tutte le condizioni per una donazione di organi destinata a entrare nella storia dei trapianti in Italia. Con un uomo che può tornare a vivere grazie a un trapianto di fegato da un donatore in arresto cardiaco. Una svolta importante in un Paese dove ancora oggi c'è una tragica distanza tra il bisogno di un organo e la sua disponibilità: nel caso del fegato, ogni anno ci sono mille duecento malati in lista d'attesa, ma solo mille riescono a essere aiutati. Il rischio degli altri è di morire mentre aspettano. Anche due anni.

È il motivo per cui la dottoressa Zanierato sa bene che è importante non attivarsi per una donazione di organi, come ancora troppo spesso avviene negli ospedali italiani, solo quando c'è la morte cerebrale, ma anche quando si ferma il cuore. La differenza tra i due casi è sostanziale: quando l'elettroencefalogramma che misura l'attività cerebrale è piatto, i medici possono procedere al prelievo dopo sei ore di osservazione con gli organi che non hanno subito danni perché il sistema cardiovascolare

ha continuato a funzionare; al contrario, se si ferma il cuore, il loro deperimento è rapido e trapiantarli rischia di diventare impossibile.

Ma questa volta le cose vanno in modo differente: il paziente ha informato la famiglia della sua volontà di donare gli organi; lì, al Policlinico San Matteo di Pavia, dal 2008 eseguono donazioni di rene a cuore fermo e hanno maturato l'esperienza per andare oltre; il paziente è già ricoverato al San Matteo da qualche giorno e i tempi d'intervento possono essere ridotti al minimo. Così viene tentato — con successo — il primo trapianto di fegato in Italia da paziente in arresto cardiaco. L'intervento, durato cinque ore, viene eseguito all'ospedale Niguarda di Milano. Un 47enne con una gravissima malattia epatica può tornare alla vita. «Adesso il trapianto a cuore fermo diventa una possibilità sempre più concreta su cui puntare — spiega Luciano De Carlis, primario della Chirurgia generale di Niguarda — per aumentare il numero delle donazioni e abbattere i tempi d'attesa».

Finora questa è stata una strada poco battuta in Italia perché nel nostro Paese il periodo di osservazione che conclude il processo dell'accertamento di morte in caso di arresto cardiaco è di 20 minuti,

mentre nel resto d'Europa è di cinque minuti. Qui la legge è più garantista: ma in quei 20 minuti che devono trascorrere prima di dichiarare morto un paziente gli organi si danneggiano e trapiantarli diventa complicato.

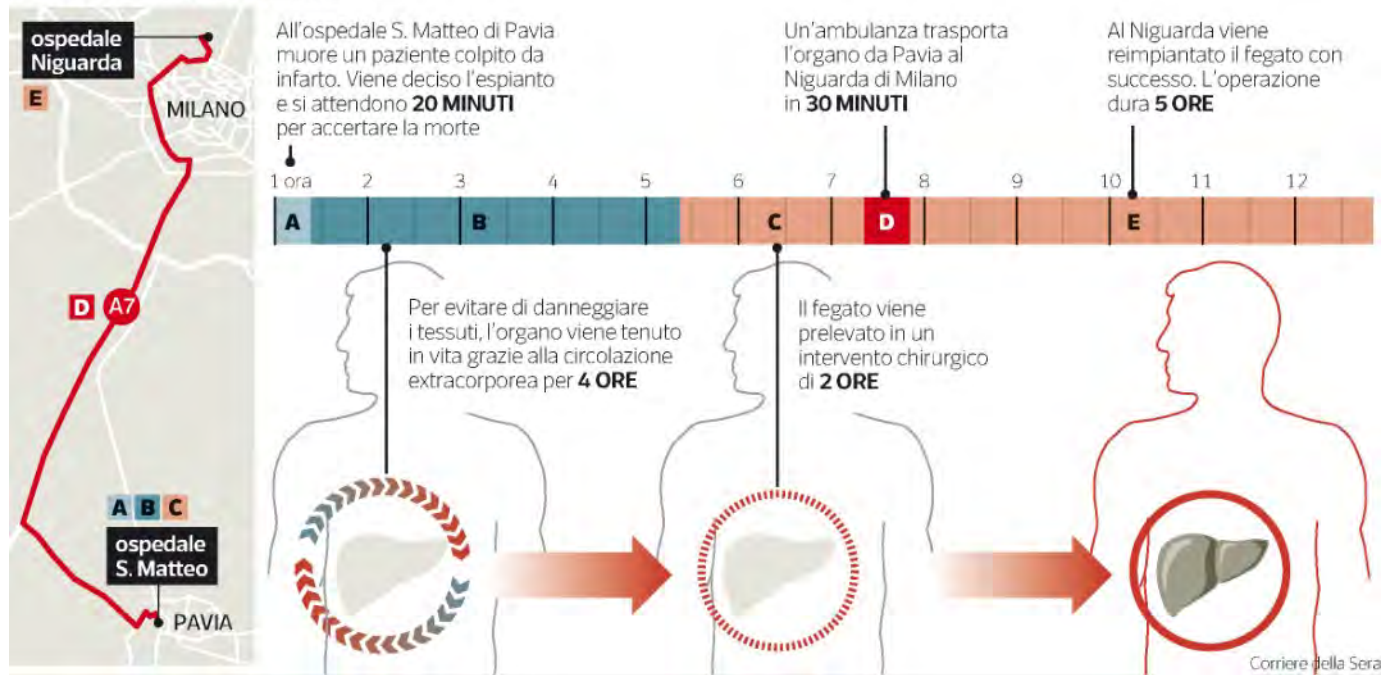
Ci si è riusciti stavolta perché il cadavere è stato attaccato all'Ecmo, il macchinario che si sostituisce ai polmoni conosciuto per il suo uso più comune nei casi di gravi epidemie influenzali, come l'H1N1 (la Suina). «Queste misure sono state adottate per mantenere la normale temperatura corporea e per ritardare il danno da mancata ossigenazione, principale minaccia che rischia di compromettere l'utilizzo degli organi per il trapianto — spiega De Carlis —. E, oltre al fegato, hanno potuto essere prelevati anche due reni, trapiantati con successo a Pavia e all'ospedale San Raffaele».

Mario Scalamogna, alla guida del Nord Italia Transplant program, il centro del Policlinico che coordina tutti i trapianti del Nord, guarda avanti: «È l'inizio di una nuova sfida, anche organizzativa, che sempre più ospedali in Italia devono sapere raccogliere».

Simona Ravizza
 **@SimonaRavizza**
 © RIPRODUZIONE RISERVATA



Le fasi dell'intervento



La parola

ECMO

L'Ecmo (acronimo di extra corporeal membrane oxygenation) è una tecnica usata nei casi di rianimazione: attraverso la circolazione extracorporea viene garantita l'ossigenazione del sangue lasciando però il cuore e i polmoni a riposo. I primi tentativi di applicare questa tecnica risalgono al 1952, il suo perfezionamento è degli anni 70. Nel caso del trapianto di fegato da paziente morto, il ricorso all'Ecmo ha impedito ai tessuti dell'organo da prelevare di deteriorarsi per mancanza di circolazione sanguigna e ai medici di intervenire con più tempo a disposizione.

La novità



● La particolarità dell'intervento eseguito tra il San Matteo di Pavia e il Niguarda di Milano e coordinato dal primario milanese Luciano De Carlis (foto) consiste nel fatto che il fegato è stato prelevato da un donatore il cui cuore si era fermato

● Di solito gli espanti di organi avvengono in situazione di attività cerebrale compromessa ma con il cuore che continua a pulsare regolarmente, consentendo ai tessuti del corpo umano di non deteriorarsi e poter essere trapiantati

MILANO

Dopo il rene e il polmone primo trapianto di fegato da donatore in arresto cardiaco

STEFANO RIZZATO
MILANO

«Sono contento e ringrazio tutti. Sono stato trattato benissimo». Ha 40 anni e origini africane il primo paziente d'Italia a ricevere un fegato da un donatore in arresto cardiaco. È successo il 3 settembre, e lui sta bene e risponde emozionato. È un'altra barriera che cade nel mondo dei trapianti. Di norma, un fegato si espanta solo da donatori in stato di morte cerebrale, ma con il cuore che pompa ancora. In questo caso, lo si è fatto da un corpo senza più attività cardiaca.

Può sembrare un dettaglio ma non lo è. Perché in Italia bisogna attendere 20 minuti da quando il battito cessa, prima di ufficializzare la morte di una persona e poter procedere - se il soggetto è un donatore - al prelievo degli organi. Nel resto d'Europa bastano 5 minuti. La sfida era insomma preservare il fegato per i faticosi 20 minuti, dentro un corpo già senza vita. I medici dell'Ospedale di Pavia e del Niguarda di Milano ci sono riusciti con una particolare tecnica di circolazione extracorporea, detta Ecmo, che permette di ossigenare e irrorare tutti gli organi e salvare anche il delicatissimo fegato.

A supervisionare le operazioni il Centro nazionale trapianti. «Non è una performance isolata - spiega il direttore generale Alessandro Nanni Costa -, ma una tappa in un percorso iniziato da oltre un anno. Stiamo dimostrando che i 20 minuti non sono più un muro, con nuovi protocolli a cuore fermo per tutti i principali organi. Con il rene e il polmone ci siamo arrivati già lo scorso anno. Per il fegato quella del 3 settembre è stata una prima molto positiva. Il sistema dei trapianti si evolve, con costanti riflessioni sulle sue frontiere. Presto speriamo di raccontare altre storie simili».



Felice
Uno dei medici dell'ospedale Niguarda di Milano con il paziente sottoposto al trapianto



Lunedì 14 SETTEMBRE 2015

Tumori. L'allarme di medici e pazienti: "Più della meta delle strutture è sotto standard per la chirurgia oncologica". Il punto al congresso Sico

La mortalità post-operatoria diminuisce nelle neoplasie dello stomaco, colon retto e polmone se vengono rispettati i volumi di attività. Ma in Italia poche strutture sono in linea con questi criteri. "Le strutture ad alto rischio devono essere chiuse" chiedono insieme i chirurghi e i pazienti della Favo.

Una struttura su due che esegue interventi di tumore fa pochi volumi e al di sotto degli standard. Risultati molto negativi e già evidenziati l'anno scorso nel Piano nazionale Esiti di Agenas. Ma il punto è che nonostante i dati parlino chiaro la situazione non cambia. L'occasione per denunciare questa criticità è stato il XXXVIII Congresso SICO - I^a Conferenza Internazionale dell'Oncologia Chirurgica, organizzato dalla SICO che si è chiuso sabato a Napoli.

"La chirurgia – si legge in una nota - è il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi e, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è determinante per il successo globale del trattamento i cui risultati sono espressi in termini di morbilità e mortalità. Un'importante valutazione delle criticità in chirurgia oncologica è stata compiuta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di AGENAS - Ministero della Salute. "I risultati sono eclatanti - dichiara il Prof. **Alfredo Garofalo**, Past President Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) - per il colon retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno; per lo stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno; per il polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui; per la mammella - non potendosi attendere una mortalità operatoria da questo tipo di intervento - le linee guida internazionali dettate da EUSOMA identificano in 150 interventi annui la soglia minima di attività per definire la Breast Unit".

Nel 2013 un Gruppo di Lavoro formato da esperti della SICO, della Federazione italiana della Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) e del Ministero della Salute ha individuato una metodologia rigorosa per stabilire, anche sulla base delle SDO, i volumi minimi teorici di attività per singola patologia oncologica, al di sopra dei quali le sole strutture chirurgiche che ne sono in possesso dovrebbero essere abilitate ad affrontare le patologie in oggetto. I risultati sono sfociati in www.oncoguida.it, il sito realizzato da AIMaC, Ministero della Salute e ISS, che consente a tutti gli utenti di individuare con rigore metodologico e facilità i Centri di Chirurgia Oncologica i cui volumi di attività per tipo di neoplasia siano garanzia di prestazioni che garantiscano sicurezza e qualità. A testimonianza della validità del lavoro svolto, il raffronto tra i risultati ottenuti dal Gruppo di Lavoro FAVO – SICO – Ministero della Salute con i dati dell'AGENAS porta a conclusioni analoghe. "Oncoguida – dichiara il Prof. **Francesco De Lorenzo**, presidente FAVO - è lo strumento informativo per consentire al malato di cancro e ai familiari di scegliere i centri "ad alto volume di attività" che assicurino affidabilità ed adeguato standard assistenziale: più alto è il numero degli interventi eseguiti, maggiore è l'affidabilità del Centro".

Significativi i dati della Campania:

- su 98 centri che trattano chirurgicamente il cancro del colon retto, solo 8 superano la soglia di garanzia stabilita (80 casi per anno), mentre ben 25 centri hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi.
- su 92 centri che trattano chirurgicamente il cancro della mammella, solo 8 superano la soglia (80 casi per anno) e ben 47 (il 51%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi
- su 54 centri che trattano chirurgicamente il cancro del polmone, solo 7 superano la soglia (80 casi per anno) e ben 39 (il 72%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi
- su 42 centri che trattano chirurgicamente il cancro della prostata, solo 6 superano la soglia (80 casi per anno) e 11 (il 26%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi
- su 48 centri che trattano chirurgicamente il cancro del fegato, solo 8 superano la soglia (40 casi per anno) e 24 (il 52%) ne fanno meno di 5

A preoccuparsi però non devono essere solo i cittadini della Campania. Non vi sono infatti sostanziali differenze tra nord e sud. "Ad esempio, con riferimento al trattamento del colon retto – aggiunge il Prof. Garofalo – soltanto in 9 regioni si supera il 20% di centri con un volume di attività uguale o superiore alla soglia minima stabilita (cut off) mentre in altre 9 regioni la percentuale di centri con un volume di attività uguale o superiore al cut off è molto più bassa; ne consegue che nella più favorevole delle ipotesi solo 1 centro su 5 tra quelli che trattano abitualmente il tumore del colon retto ha il volume di attività necessario ad assicurare buoni risultati e comunque il dato si registra solo in metà delle Regioni; dall'11 al 46% dei centri tratta meno di 10 casi per anno".

Il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere, per quanto riguarda l'oncologia chirurgica, non può prescindere dai risultati degli studi AGENAS e FAVO-SICO, considerando i volumi minimi di attività chirurgica come cut off iniziale per individuare i relativi Centri di Riferimento per Patologia e procedere conseguentemente al ridimensionamento dei posti letto e delle risorse. Il problema dell'adeguatezza in chirurgia è cruciale per il buon esito del trattamento terapeutico dei malati di cancro. Il chirurgo oncologo deve essere in grado di esprimere performance adeguate in grado di ottenere i migliori risultati di sopravvivenza registrati in letteratura.

Un intervento chirurgico non adeguato o una strategia integrata non applicata possono compromettere definitivamente l'esito delle cure, comportando ulteriore utilizzo di risorse con ricadute molto negative anche sulla spesa sanitaria, a causa di malati che andranno inevitabilmente in progressione di malattia, obbligando gli specialisti a tentativi terapeutici disperati o a interventi di salvataggio.

"Rispetto alle gravi inadempienze delle regioni a chiudere i centri che non assicurano risultati ottimali ai malati di cancro, con i rischi che ne derivano - conclude De Lorenzo - le associazioni dei pazienti chiedono a tutti coloro che devono affrontare un intervento di chirurgia oncologica di documentarsi attentamente su www.oncoguida.it scegliendo esclusivamente i centri a più alto volume di casi trattati. Ciò potrebbe comportare automaticamente, e anche senza alcun intervento da parte delle Istituzioni, la disattivazione dei centri a maggior rischio".

<http://www.adnkronos.com/>

L'olio d'oliva può prevenire il cancro al seno

Olio di oliva non solo per insaporire i cibi, ma anche per prevenire il cancro al seno. Secondo uno studio spagnolo pubblicato su 'Jama Internal Medicine', il condimento più amato dagli italiani - utilizzato in dosi extra all'interno di un regime alimentare che segue le regole della dieta mediterranea - sarebbe infatti responsabile di una minore incidenza del big killer delle donne. La ricerca fa parte del trial Predimed (Prevenición con dieta mediterránea), condotto per testare gli effetti dell'alimentazione del Sud Europa sulla prevenzione primaria e sulle malattie cardiovascolari.

Delle 4.282 donne tra i 60 e gli 80 anni con un alto rischio di malattie cardiovascolari che hanno partecipato allo studio, una parte è stata assegnata alla dieta mediterranea con supplemento di olio di oliva (un litro a settimana per loro e le loro famiglie), un'altro gruppo allo stesso tipo di alimentazione con aggiunta di noci, mentre a un terzo è stato chiesto di ridurre il consumo di grassi. I dati sono stati raccolti tra il 2003 e il 2009 e, in un periodo medio di 5 anni, sono stati registrati 35 nuovi casi di tumore maligno al seno. Dai risultati è emerso che chi seguiva una dieta mediterranea con aggiunta d'olio d'oliva aveva un rischio del 68% inferiore di ammalarsi rispetto al gruppo di controllo. Chi associava le noci, invece, presentava una riduzione non significativa.

"I risultati del trial Predimed suggeriscono un effetto positivo della dieta mediterranea con l'aggiunta di olio di oliva nella prevenzione primaria del cancro al seno - afferma il gruppo guidato da Miguel A. Martínez-González dell'Università della Navarra (Pamplona) - Tuttavia, occorrono studi a lungo termine con un più alto numero di persone coinvolte".

Gli autori evidenziano infatti alcuni limiti della ricerca: lo scopo principale del lavoro non era valutare gli effetti sul cancro al seno, ma sulle malattie cardiovascolari; il numero di casi di tumore è stato basso e i ricercatori non avevano informazioni sulle singole pazienti.

SPENDING/ Ridotto del 5% l'importo dei contratti del Ssn: una ricetta nata vecchia

Spesa, il prezzo è già all'osso

I tagli lineari penalizzano gli accordi che prevedono listini competitivi

Ennesima deroga alle regole vigenti per raschiare il fondo del barile

Nel mirino un aggregato che vale circa 15.750 milioni di euro

Nel mirino è un aggregato di spesa di circa 15.750 milioni di euro. La riduzione da parte delle aziende del Ssn del 5% dell'importo dei contratti per beni e servizi (esclusi quelli relativi ai farmaci e per i dispositivi medici riduzione in misura non quantificata) prevista dalla legge 125/2015, dovrebbe comportare un risparmio su base annua per l'anno 2015 di 788 milioni di euro e di 805 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, ipotizzando una crescita dell'aggregato di spesa per beni e servizi oggetto della rinegoziazione pari al 2,2% circa.

La manovra rappresenta la riedizione di analogo provvedimento del 2012 (legge 135/2012), poi reiterata con la legge 228/2012 (legge di stabilità 2013), con abbattimento dell'importo contrattuale portato al 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Successivamente, la legge 89/2014 ha esteso la misura della riduzione del 5% dei contratti anche alle altre pubbliche amministrazioni, ricomprendendovi, per la Sanità, i dispositivi medici.

Il legislatore della spending 2015 non ha saputo inventare di meglio, nonostante le non incoraggianti risultanze delle analoghe manovre precedenti. Risultato di cui deve essere consapevole, visto che anche in questa tornata ha previsto che «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario (...) anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario».

Si tratta quindi di un aiutino normativo per favorire, con una ennesima deroga ai principi della contrattualistica, la raschiatura del barile.

L'analogia manovra messa in campo nel 2012 portò a risultati complessi-

sivamente deludenti, nonostante inizialmente, giocando sull'ambiguità di quel testo normativo, molte aziende sanitarie riuscirono a convincere i fornitori a concedere uno sconto incondizionato sul prezzo, senza interventi sulla qualità o quantità dei beni e servizi contrattati.

Secondo un'indagine campionaria Fiaso del 2013, in luogo del 5% previsto, le Aziende sanitarie conseguirono mediamente uno sconto del 2,0% sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, con un trend del 2,6% relativamente al 2013.

Riemergono, se possibile accresciute, le criticità che allora si manifestarono. Ad esempio, sono aumentati i contratti derivanti da convenzioni quadro stipulate da centrali di committenza (Consip e centrali regionali): da qui dubbi su chi deve rinegoziare che cosa; e ancora, contratti pluriennali in essere dal 2012, dal 2013 o dal 2014, già oggetto di ripetuti interventi al ribasso, dovrebbero essere ulteriormente ridotti.

La nota di lettura del Servizio bilancio del Senato sulla legge 125/2015 evidenzia alcuni limiti del provvedimento. A partire dai tempi di operatività della norma rispetto ai risparmi attesi: «si rappresenta la difficoltà di conseguire un risparmio pieno nell'anno in corso (...) non sembra prudentiale ipotizzare di conseguire risparmi calcolati su base annuale nel ristretto arco di tempo intercorrente fra le date di rinegoziazione dei contratti, necessariamente successiva all'entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in esame, e il 31 dicembre 2015».

E ancora: «Inoltre, andrebbe valutata la possibilità dell'insorgere di contenziosi in materia e l'adozione di comportamenti da parte degli operatori privati volti a ridimensionare l'impatto della norma fomentando prodotti di minore qualità ovvero sfruttando, in

taluni ambiti, una situazione di sostanziale monopolio».

Ai rilievi del Servizio bilancio del Senato possono aggiungersene altri, di carattere formale e sostanziale. La riduzione dell'importo dei contratti in forza di legge configge con la natura paritaria dei rapporti tra p.a. e privati in materia contrattuale. Provvedimenti autoritativi derogatori dei principi dell'ordinamento sono stati giustificati in passato, come da conforme giurisprudenza anche di livello costituzionale, nel superiore interesse pubblico e per l'eccezionalità del loro verificarsi.

Tali misure dovrebbero quindi essere transitorie. Se il taglio forzoso dell'importo dei contratti (pena la rescissione) diviene una manovra rituale, i dubbi di legittimità diventano consistenti. Carta straccia anche del divieto comunitario di rinegoziazione del contratto a valle dell'aggiudicazione (circolare Pcm - Dipartimento per le politiche comunitarie, n. 12727 del 2001).

Nei contratti di durata (somministrazione) va obbligatoriamente riconosciuta al fornitore la revisione prezzi. Con una mano si toglie, con l'altra si dà. O viceversa? Si pongono poi altre questioni tecniche, connesse all'eventuale riduzione dei prezzi, come quella relativa all'anomalia dell'offerta. Un'offerta congrua, per effetto della riduzione del prezzo potrebbe diventare anomala, quindi modificare a posteriori la graduatoria di gara e/o non essere più remunerativa, tale da non coprire, ad esempio, i costi della sicurezza o della manodopera, e ciò in contrasto con le norme di legge.

In proposito va rammentato che nel "paniere" sono compresi consistenti servizi non sanitari appaltati (pulizie, ristorazione, lavanolo, smaltimento rifiuti, manutenzione, ecc). Molti di questi servizi sono ad alto contenuto di manodopera. Si profilano, come in passato, criticità occupazionali. Infine, gli sconti forzosi possono vanificare la significatività economica dei "prezzi di riferimento", di cui è peraltro presunta, per legge, la congruità.

Nel merito, la linearità del taglio



penalizza i contratti che prevedono prezzi competitivi e quantità corrette, mentre la spalmatura può continuare a consentire la corresponsione di extra-profitti in quelli antieconomici. Delle due l'una: o i prezzi e/o le quantità di contratto sono normalmente "gonfiati", o la riduzione del 5% comporta una corrispondente riduzione di prestazioni, non assorbibile dove la gestione è già "all'osso".

Il legislatore evidentemente scommette sulla prima ipotesi. Il che la dice lunga anche sulla considerazione in cui è tenuto il management professionale delle aziende sanitarie. In sostanza, non si incide adeguatamente sugli sprechi e vengono penalizzate le amministrazioni più virtuose. I costi standard sono ancora una volta demandati a tempi migliori. Se la concreta praticabilità del taglio dei contratti è aleatoria, sono invece certi gli onerosi risvolti applicativi della norma. Anche se l'impatto burocratico delle leggi non viene mai considerato. Le aziende sanitarie devono comunque riesaminare tutti i contratti in essere interessati dal paniere di riferimento (anche quelli di basso importo, visto che la legge non ammette franchigie) con proposte di riduzione di quantità, ove possibile, e/o richiesta al fornitore di riduzione di prezzo.

Si rimette in opera quel balletto rituale di interlocuzione domanda-offerta già attivato a partire dal 2012 che impegnerà nei mesi a venire le funzioni acquisti delle aziende sanitarie in una defadigante negoziazione prima con i clienti interni e i poi con fornitori esterni, finalizzata alla quadratura del cerchio. Anche se, tecnicamente, i contratti di fornitura della p.a. beneficiano già ex lege di una banda di oscillazione di valore del 20%, per cui almeno l'eventuale azione di contenimento quantitativo potrebbe essere giocata nella normale alea contrattuale, senza dover attivare il farraginoso meccanismo negoziale previsto dalla manovra. In caso di mancato accordo con il fornitore è attivabile - bilateral-

mente - il recesso.

A questo punto, secondo la legge, occorre esplorare il mercato pubblico per rintracciare un corrispondente contratto in essere cui aderire. Delle problematiche relative alle contrattazioni centralizzate si è detto. Occorre quindi mettere in conto il carico di lavoro per le nuove gare da espletare e l'"adesione" provvisoria a contratti in essere, sempre che, previa laboriosa istruttoria in tal senso, ve ne siano per gli stessi beni o servizi orfani di contratto e i prestatori siano consenzienti. Consenso non facile da ottenere per servizi complessi, che necessitano di rodaggio locale e hanno costi di start up, visto il respiro contrattuale di pochi mesi. Poco importa, poi, che questa estensione di contratti preesistenti stipulati da altri contraenti sia da considerarsi illegittima (da ultimo: Tar Toscana, sentenza n. 889/2015). Si profila anche il paradosso della ri-adesione. Si recede da un contratto stipulato in applicazione di una convenzione centralizzata ma - dispone la legge - vi si deve ri-aderire, se è l'unica opzione merceologicamente disponibile.

Non è specificatamente disciplinato il caso per il quale nessun contratto sia attivo presso le fonti indicate dalla norma, ovvero siano disponibili contratti non favorevoli. In proposito, da interpretazione letterale, sembra che l'obbligo di legge per le aziende sanitarie riguardi la proposta di rinegoziazione e non il conseguimento del risultato atteso (chiedere è lecito...).

Il semplificazione messo in campo anche in questa tornata dal legislatore non favorisce l'attività gestionale ed espone amministrazioni e funzionari a incolpevoli responsabilità. Nella già richiamata manovra di cui alla legge 89/2014, il legislatore autorizzava le p.a. a ridurre gli importi dei

contratti. E infatti in quel caso la Magistratura contabile, in virtù della terminologia della norma, considerò discrezionale l'esercizio del potere di riduzione, fermo restando l'obbligo di perseguimento dell'obiettivo di fondo della contrazione dei costi. (Deliberazione Corte dei conti - Puglia 30 luglio 2014 n. 147). Ora, la persecuzione burocratica in materia contrattuale che affligge le aziende sanitarie potrebbe essere attenuata se - viste le incerte prospettive di successo - sulla rinegoziazione 2015 si ritornasse al regime autorizzativo, dato che comunque i risparmi di spesa previsti sono già stati contabilizzati.

Sul fronte delle novità, la manovra 2015 prevede l'estensione del meccanismo del pay back dal farmaco ai dispositivi medici, pur in un diverso contesto di acquisto. Nel canale territoriale, il farmaco è assoggettato a un sistema di contrattazione dei prezzi a monte dell'immissione in commercio, non sottoposto alle regole del mercato, il che legittima interventi di natura regolatoria sui fatturati, come fase successiva di "aggiustamento" della contrattazione.

Viceversa, i prezzi dei dispositivi medici si formano sul mercato, attraverso le gare di appalto. In questo caso, il meccanismo del pay back va a incidere surrettiziamente a posteriori, per quanto indistintamente, sulle offerte commerciali, alterando i valori degli appalti pubblici, che vengono condizionati da variabili esogene alla procedura, oltretutto in modo aleatorio, in dipendenza dei fatturati. In primis, i meccanismi di mercato e il sinallagma contrattuale ne risultano alterati. Anche l'Unione europea, sempre attenta al rispetto delle regole comunitarie nel mercato pubblico, potrebbe eccepire.

Marco Boni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 14 SETTEMBRE 2015

Manovra 2016. Renzi a *8 e mezzo*: "Sulla sanità, se interveniamo, male che vada avremo le stesse cifre del 2015". Ovvero, 3,5 mld di nuovi tagli?

Il punto interrogativo è ancora d'obbligo perché quanto detto dal premier a Lilli Gruber stasera su La 7 si presta facilmente a dubbie interpretazioni. Ma certamente affermare, come ha fatto Renzi, che nel 2016 potremmo avere le stesse risorse sanitarie di quest'anno (già tagliate di 2,35 mld dal decreto di agosto) lascia pochi dubbi, a meno di pronte smentite, al fatto che alla fine i tagli alla sanità ci saranno. E Lorenzin che dirà?

Lette le anticipazioni delle agenzie nel pomeriggio abbiamo seguito tutta l'intervista di **Lilli Gruber a Matteo Renzi** nella puntata odierna di *8 e mezzo*. Le agenzie titolavano: "Renzi, niente tagli alla sanità". Ma cosa ha detto effettivamente il premier?

Ecco la trascrizione letterale della sua risposta a Gruber che gli chiedeva se ci saranno tagli alla sanità nella legge di stabilità. **Renzi**: "Noi avremo sulla sanità, se le cose vanno in un certo modo, se interveniamo per ridur..., proprio male che vada, le stesse cifre di quest'anno, cioè nel 2016 le stesse cifre del 2015".

Il premier ha poi aggiunto come "noi abbiamo aumentato i soldi in questi anni, abbiamo portato il Fondo per le non autosufficienze a 400 milioni di euro. C'è una legge per l'autismo...mi piacerebbe parlare di questo...".

Dato che non ci sono state controdomande o richieste di chiarimenti, non ci resta che provare a interpretare queste parole del premier che, oggettivamente, lasciano pochi dubbi a meno che il premier non sia incorso in un pasticcio dialettico. Se le intendiamo letteralmente infatti non c'è dubbio. La possibilità che nel 2016 ci potrebbe non essere la piena disponibilità del fondo sanitario stabilito nel decreto di agosto e cioè di 113,1 miliardi (a sua volta già ridotto di 2,35 miliardi rispetto al Patto per la salute) si fa reale.

Il premier infatti, una cosa l'ha detta chiara: "Male che vada, avremo le stesse risorse del 2015" e cioè, aggiungiamo noi, 109,7 miliardi di euro, quindi quasi 3,5 miliardi in meno rispetto a quanto stabilito dalla manovra economica di solo un mese fa.

Siamo certi che non mancheranno polemiche su queste parole. Ma è certo che una parola di chiarezza in proposito sarebbe quanto mai apprezzata dal Governo.

Manovra con tagli alla sanità Pil in crescita e cala il debito

► Renzi: misure per 27 miliardi. Dal 2017 tassa sui colossi web

ROMA La manovra sarà di 27 miliardi. E alcune indicazioni importanti sono già arrivate sul fronte delle coperture. L'intenzione del governo è di utilizzare la flessibilità europea sul deficit. Per quanto riguarda i tagli alla spesa, voce dalla quale l'esecutivo punta a recuperare 10 miliardi di euro, una parte arriveranno dalla sanità. Il governo ha anche intenzione di introdurre, a partire dal 2017, un prelievo sui colossi del web. Le stime di crescita per il 2015 saranno inoltre riviste al rialzo allo 0,9%. Sempre sul fronte dei conti pubblici, cala il debito e aumentano le entrate.

Bassi a pag. 9

Manovra da 27 miliardi, tagli alla sanità

- Il premier anticipa i numeri del Def: il Pil 2015 sale allo 0,9%
Congelato l'aumento di 3 miliardi del Fondo sanitario nazionale
- Dal 2017 arriva la Google Tax, prelievo del 25% sui pagamenti verso le web company per coprire anche l'abolizione della Tasi

IL PREMIER: DAL 2016 INDEBITAMENTO GIÙ CON LA FLESSIBILITÀ POSSIBILI FINO A 17 MILIARDI MA NON LI USEREMO TUTTI LE MISURE

ROMA Matteo Renzi alza il velo sulla manovra. E chiarisce molti punti in sospenso del provvedimento al quale il governo sta lavorando. Parlando ieri sera alla trasmissione televisiva *Otto e mezzo*, il premier ha innanzitutto confermato che le stime di crescita per il 2015 saranno riviste al rialzo allo 0,9%. Un passaggio che avverrà venerdì prossimo, quando il consiglio dei ministri approverà la nota di aggiornamento del Def, il Documento di economia e finanza. Cosa più importante, anche per il 2016 il Pil sarà ritoccato verso l'alto. Di

quanto Renzi non lo ha detto, ma si dovrebbe passare dall'1,4% all'1,5-1,6%. La manovra, ha poi spiegato il premier, «sarà di 27 miliardi». Due in più dei 25 dei quali si era parlato fino ad oggi, e dal 2016, ha aggiunto, «il debito scenderà». Alcune indicazioni importanti sono arrivate sul fronte delle coperture. L'intenzione del governo è di utilizzare la flessibilità europea sul deficit. Renzi ha confermato che di spazi a disposizione ce ne sono per 17 miliardi di euro, «ma non li useremo tutti ha detto». Per quanto riguarda i tagli alla spesa, voce dalla quale il governo punta a recuperare 10 miliardi di euro, una parte arriveranno dalla Sanità. Questo Renzi non lo ha detto chiaramente, ma lo ha lasciato intendere. «Male che vada», ha spiegato, «nel 2016 ci saranno gli stessi fondi del 2015». In realtà per il prossimo anno era atteso un aumento delle risorse del Fondo Sanitario di 3,3

miliardi di euro. Questo aumento sarà dunque congelato, dando un contributo rilevante alla spending review alla quale sta lavorando il commissario alla spesa Yoram Gutgeld. Sul tema della sanità ieri è intervenuto anche il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, che intervistato da *Sky Tg 24* ha spiegato che per la salute «sappiamo che si può spendere meno e spendere meglio». Renzi ha anche annunciato l'intenzione del governo di introdurre, a partire dal 2017, la Google Tax, un prelievo sulle imprese della new economy che da anni dribblano il Fisco pagando



tasse irrisorie. «Dopo aver aspettato per due anni una legge europea», ha detto il premier, «dal primo gennaio 2017 immaginiamo una digital tax che vada a colpire con meccanismi diversi, per far pagare tasse nei luoghi in cui sono fatte transazioni e accordi».

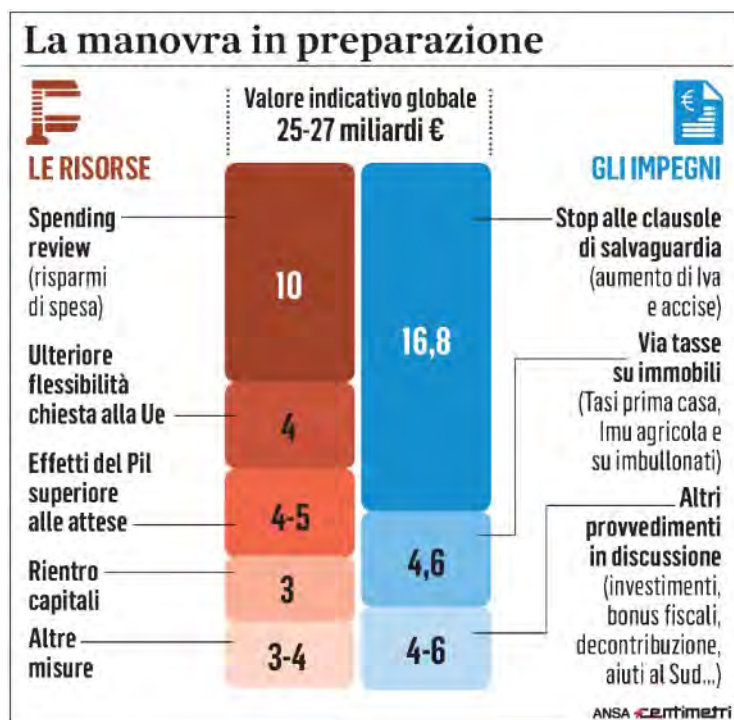
LA PROPOSTA

La proposta alla quale fa riferimento Renzi sarebbe quella messa a punto da Scelta Civica e dal sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti e che si basa su un prelievo alla fonte del 25% su tutti i pagamenti effettuati verso società del web. Un meccanismo simile è stato introdotto quest'anno anche in Gran Bretagna. Se-

conco le stime in Italia, con questo sistema, si potrebbero incassare fino a 3 miliardi di euro. I soldi verrebbero utilizzati per rendere strutturale il taglio della Tasi sulla prima casa, che quest'anno potrebbe essere finanziato con gli introiti della voluntary disclosure, il rientro dei capitali dall'estero, che sono tuttavia un'entrata una tantum. Renzi ha difeso la sua decisione di eliminare la tassa sulle prime case, ricordando che si tratta di un'imposta che vale solo 3,5 miliardi. A chi ha fatto notare che si tratta di una tassa che aveva tolto Berlusconi, ha replicato: «qualcosa di buono l'avrà fatta anche lui».

A. Bas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La lettera del giorno

di **Pietro Gargano**



Più investimenti per la sanità pubblica

Lucio Garofalo
NAPOLI

Capita, per necessità, di recarsi al pronto soccorso e, per caso, di ascoltare una conversazione tra persone comuni e normali (nel senso che non appartengono a fasce sociali privilegiate) che commentano in termini negativi il funzionamento della struttura sanitaria e traggono facili illazioni sulla mala sanità o sul presunto fallimento della sanità pubblica e via discorrendo. Il corollario finale, fin troppo ovvio, sarebbe la privatizzazione del settore, come accade in America. Senza sapere che negli Usa lo smantellamento della sanità pubblica (come pure della scuola pubblica) ha prodotto, da decenni ormai, guasti persino peggiori rispetto ai disguidi e alle disfunzioni nostrane. Quale sarebbe la mia proposta alternativa? Mantenere, anzi rafforzare il servizio gratuito della sanità pubblica, elevandone la qualità, rendendo più efficienti le prestazioni dei presidi sanitari. Come? Intensificando gli investimenti statali. Non c'è altro modo. Lo stesso discorso vale per il comparto dell'istruzione, laddove i fondi alle scuole pubbliche vengono ridotti per dirottarli agli istituti privati. Oltretutto, ciò sarebbe in perfetta linea con la nostra Costituzione.

Il mio fisioterapista in un convegno internazionale illustrò con orgoglio i progressi napoletani nella riabilitazione di certi tipi di ictus. Il delegato americano lo interruppe sprezzante: "tutto inutile, quei malati non servono più all'economia della nazione. Noi gli compriamo un sedia a rotelle superaccessoriata, con l'elevatore per raggiungere i mobili alti, e basta così." E no, viva l'Italia. Lo Stato può tagliare tutto, tranne i fondi per la salute e per la scuola.



L'INTERVISTA / GELLI

«Giù le mani dalle cure Ssn»

«Ha già dato: lo difenderemo con le unghie e con i denti»

Intervista a Federico Gelli, responsabile Pd la sanità, relatore alla Camera della legge sulla responsabilità professionale, su cui dice «La strada maestra è in Parlamento». E precisa: «Non vogliamo tagli, ma efficientamenti. Dire che ci vogliono più soldi per dare più servizi non sempre è vero».



R.TU. A PAG. 2

Stefano Tomassetti 2015

Federico Gelli (responsabile sanità del Pd): «Lo difenderemo con le unghie e con i denti»

«Giù le mani dal baluardo Ssn»

Pericoloso ridurre ancora le risorse - I fondi servono anche per il personale

«Responsabilità: la strada maestra resta quella del Parlamento»

«Giusta l'area contrattuale autonoma per la dirigenza»

“Fondi sanitari? Io sono aperto alle possibilità che aiutino a migliorare l'assistenza. Ma devono essere integrativi, mai e poi mai sostitutivi del servizio pubblico. Il Ssn non può non tenere conto di una società che cambia, dell'incremento dei costi, dell'invecchiamento e del fabbisogno finanziario del sistema”

«**B**asta tagli, la sanità ha già dato. La difenderemo con le unghie e con i denti. Con i tagli si mette a rischio il Ssn. Per il Pd il Ssn è un baluardo: alla faccia dei gufi che dicono che vogliamo tagli». Federico Gelli, responsabile Pd per la sanità, relatore in commissione Affari sociali della Camera sulla responsabilità professionale, non si sottrae alle domande. Anzi, rilancia. Sulla riforma della responsabilità dice che la strada maestra è quella del Parlamento, ma pochi articoli, anche con le proposte del ministero, potrebbero finire nella Stabilità. I farmaci C con ricetta,

conferma, devono restare nelle farmacie. Sul ruolo dei Fondi non sbarra la strada: «Ma integrativi, mai sostitutivi». Poi spezza più di una lancia per il personale Ssn: «Va difeso e tutelato: Non fare tagli anche per andare incontro a professionisti capaci e decisivi per la salute degli italiani e per la tenuta del servizio pubblico».

Federico Gelli, come relatore del provvedimento sulla responsabilità professionale in commissione, sarà alle prese con uno dei problemi più avvertiti. Dai medici e dal sistema sanitario nel suo complesso, data la pesantezza dei costi della medicina difensiva. Come pensate di procedere?

Non stiamo aspettando nulla. Abbiamo approvato in commissione il testo base in cui tutti i gruppi si sono riconosciuti. E già questo è un aspetto molto importante. Lasciare ancora in sospeso il provvedimento non sarebbe stato più accettabile. Un testo sicuramente ancora migliorabile, ma una base di partenza fondamentale. Abbiamo dato tempo ai gruppi di presentare emendamenti entro fine mese. Poi si aprirà il dibattito.

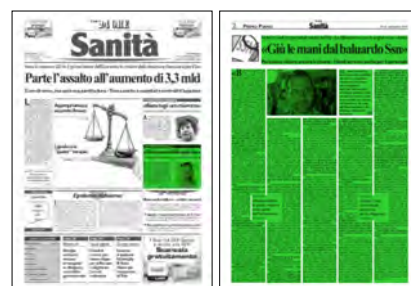
Non aspettate la proposta o gli emendamenti del Governo?

Non aspettiamo emendamenti del Governo. Ho chiesto al ministro di in-

viarci il lavoro della sua commissione, che sarà esaminato da tutti i gruppi. Ho intenzione di proporre al professor Alpa di esporci il documento.

Ma c'è un'ipotesi che il “capitolo responsabilità-medicina difensiva” entri nella legge di stabilità.

È un'ipotesi del ministro. Io sono rispettoso dei ruoli istituzionali. Ma la strada maestra resta quella del Parlamento. Se poi, d'accordo con la maggioranza, ci sarà la possibilità di inserire nella legge di Stabilità una parte del testo, pochi articoli, per un'approvazione rapidissima, se ne discuterà senz'altro tra le forze politiche. Intanto, proprio per andare veloci, nell'iter del provvedimento in Parlamento, c'è già un accordo



con la commissione del Senato, con la quale avremo presto incontri per definire il percorso della legge.

Gelli, ma qual è a oggi l'idea di sanità pubblica che ha il Pd?

Esattamente il dettato della Costituzione. Il Servizio sanitario nazionale è un baluardo fondamentale, non solo perché il diritto alla salute dev'essere garantito, ma anche perché il nostro è un buon sistema, come riconosciuto da tutti. Migliorabile, certo, compatibilmente con le risorse date. Ma che va difeso con le unghie e con i denti, al di là di quanto - citando una massima renziana - dicono i gufi sulle presunte voglie di tagliare la sanità.

E invece non è così?

Non pensiamo e non vogliamo alcun taglio, ma un miglioramento, un efficientamento, una migliore organizzazione complessiva. Dire che ci vogliono più soldi per dare più servizi non sempre è vero. Abbiamo Regioni che spendono molto più di altre, ma sono purtroppo in cattive condizioni per la qualità dei servizi e per la garanzia di erogazione dei Lea. E altre che invece hanno realizzato, e per tempo, riorganizzazioni e politiche di rigore, danno di più ai loro assistiti spendendo meno. Per questo non si parla di tagli ma di riorganizzazione del sistema.

Come vede un ruolo più marcato dei Fondi sanitari integrativi?

Io sono aperto a molte delle possibilità che ci prospettino un futuro sempre migliore per l'assistenza sanitaria pubblica. Una sanità pubblica non può non tenere conto di una società che cambia e delle nuove esigenze, come dell'incremento dei costi e del fabbisogno finanziario del sistema, dell'aumento dei costi dei farmaci innovativi, dell'invecchiamento della popolazione.

A mio avviso, a patto che si preservi il cardine della gestione-programmazione-controllo in capo al sistema pubblico, si può guardare con interesse ad altre forme integrative di assistenza. Badi: integrative, mai sostitutive, complementari al finanziamento pubblico, come appunto i Fondi sanitari integrativi. Valutiamo, cerchiamo di capire di cosa si parla. Ci sono tanti modelli, tante possibilità. Valutiamo, appunto. Io non sono contrario a priori a questa ipotesi.

Confindustria parla di universalismo selettivo per il Ssn.

Vediamo la proposta. Si possono fare tante ipotesi a tavolino. Ma ripeto: si parla di integrazione, mai di sostituzione del Ssn.

Tutti dite no ai tagli. La sola parola fa salire l'adrenalina a tanti. Eppure quei 3,5 mld in più del

Fondo sanitario per il 2016, fanno gola a qualcuno. Penso all'Economia... Perché quella sembra essere la partita, o almeno una delle partite, per la legge di Stabilità.

È evidente a tutti quanto la sanità ha già dato, ancora con l'ultima manovra, alla finanza pubblica attraverso il mancato incremento del Fondo. Pensare ancora una volta di "fare cassa" con le risorse del Ssn, sarebbe molto pericoloso. Le stesse Regioni che per la prima volta hanno condiviso il mancato aumento del Fsn, non comprenderebbero e non accetterebbero mai una scelta del genere. A questo punto, affrontare un'altra decurtazione sarebbe metterebbe a rischio il Ssn. E non lo vogliamo.

Intanto tra spending review di Gutgeld, progetti per gli ospedali in rosso, centrali d'acquisto, Pronuario farmaceutico, appropriatezza, i risparmi di sicuro non mancheranno. E fanno molta paura.

Certo, i risparmi arrivano. E se qualificano la spesa senza ridurre i servizi, sono i benvenuti. La centralizzazione degli acquisti, la definizione delle macro categorie merceologiche per gli acquisti magari anche individuando delle regioni guida-benchmark, dimostrano che ci sono ampi margini di miglioramento della spesa. Soprattutto dove la centralizzazione degli acquisti è molto indietro. Così come si può e si deve risparmiare con la digitalizzazione, che sarà uno strumento importante non solo per l'efficientamento dei servizi e del sistema, ma appunto anche per spendere meno e meglio.

Che strada si seguirà per le centrali uniche d'acquisto? Si parla di una stretta ulteriore...

Si sta lavorando in linea di massima a una per Regione, forse una anche per le aree metropolitane. Presto sarà tutto chiaro. Ma il problema non è quante saranno. L'importante è aver imboccato questa strada e percorrerla. Andare avanti come è stato finora non è più possibile. Basta.

Il commissario Gutgeld avrebbe anche un progetto sui piani di rientro per gli ospedali in rosso...

Se è per questo, anche con la "legge Madia" sulla Pa sono state introdotte regole più forti, fino alla rimozione, per i direttori generali che non rispettano i bilanci delle loro aziende. A proposito del risanamento delle aziende sanitarie in deficit, esistono margini importanti di intervento anche su singole aziende. Ma in accordo con le Regioni, per riportare sotto controllo quegli ospedali o asl che non ce la fanno. Sarebbe un aiuto anche per le Regioni.

Lei sarà relatore in commissione Affari sociali nel parere sul testo del Ddl concorrenza delle commissioni riunite Finanze e Attività produttive. Come pensa che finirà la partita del Ddl sulla concorrenza al capitolo «farmacie,

catene farmaci C con ricetta»?

Vede, intanto già col decreto Monti il tema delle liberalizzazioni in farmacia era già stato affrontato. Per circa 3mila esercizi in più...

Non ancora tutte aperte, anzi...

Un percorso non ancora completato, è vero, in alcuni casi anche con i concorsi da fare e con Regioni che devono completare gli iter. Siamo in marcia, però. A regime avremo circa 21mila farmacie. e credo che in questo settore serva comunque di una regolamentazione come in tutta Europa. Devono essere un elemento cardine di un approccio innovativo e liberale, ma con criteri di programmazione e regolamentazione.

Ma per le catene di capitali, come va a finire?

Io credo che la norma rimarrà. Si tratterà di capire quale quota percentuale alla fine verrà controllata dall'investitore rispetto al farmacista. I soci di capitale saranno interessati, ovvio, se avranno il controllo della società. Credo che sia questa la partita sull'ingresso dei capitali.

E i farmaci C con ricetta resteranno esclusiva o no delle farmacie o approderanno anche nelle parafarmacie e nei corner dei supermarket? Si dice: le catene, acquistando le farmacie, non vorranno certo perdere i farmaci C con ricetta...

Secondo me e meglio che i farmaci C con ricetta restino nelle farmacie, con i loro sistemi di controllo e di monitoraggio della spesa così importanti per il Ssn. Se alle farmacie chiedi un ruolo diverso e una maggiore collaborazione come presidio sanitario, e lo fai esplicitamente col Patto per la salute, e poi togli loro quei prodotti, che senso ha? Se alle piccole farmacie, poi, chiedi di restare un presidio sanitario e insieme levi la possibilità di avere un ritorno economico di mercato, come vanno avanti? Non si può chiedere un ruolo da una parte e dall'altro piano piano erodergli margini economici che per le aziende più piccole o periferiche sono fondamentali.

La ministra Lorenzin ha accusato duramente le Regioni che in Conferenza stanno bloccando i provvedimenti di attuazione del Patto per la salute. A partire dai Lea. Questo del ruolo delle Regioni d'altra parte è uno dei temi politici dirimenti, a partire dalla prossima riforma costituzionale e del titolo V, con quella Conferenza Stato-Regioni che tanti vedono in disarmo nel prossimo futuro.

Certo, è un tema cruciale. Voglio solo dire: le riforme si fanno attraverso un percorso di condivisione. E nella modifica della Costituzione

definiamo i ruoli di Stato e Regioni. Facendo chiarezza sulle competenze. Sparisce la materia concorrente, sparisce il contenzioso e si costruisce una nuova impalcatura.

Bene, ma questo vale per il futuro. Ma Lorenzin parla per l'oggi, posto che la riforma costituzionale deve aspettare prima di diventare legge.

Capisco. Dico solo che, per quanto mi è dato capire, i governatori hanno una preoccupazione di fondo: quali saranno le risorse per il futuro.

“Vedere soldi, dare cammello”, insomma. A conferma, direi, della preoccupazione sull'aumento (o meno) del Fondo sanitario. Ma a proposito di preoccupazioni, c'è l'universo dei dipendenti del Ssn in fibrillazione, come i medici convenzionati del resto. Tra contratti fermi, tagli vari... Un universo in gran movimento. Critico.

La mozione approvata in Parlamento sulle risorse umane in sanità è stata già una prima risposta. Se qualcuno pensa di fare spending su rinnovi contrattuali, scatti di anzianità, stop agli straordinari, eccessi di precarizzazione di professionisti e operatori strategici, e decisivi per la salute degli italiani, non si va da nessuna parte. L'impegno preso in

aula dal Governo dovrà tradursi in risposte future. Non va ridotto il finanziamento 2016 anche per venire incontro a loro. E poi, voglio dirlo ancora una volta: siamo assolutamente favorevoli a un'area contrattuale autonoma

per la dirigenza sanitaria. Quella è la strada da imboccare. Anche se altri nella Pa storcono il naso.

Nella disfida sulle competenze, chi ha ragione tra medici e infermieri?

Tutt'e due. Per questo ritengo che il comma 566 sia un saggio punto d'equilibrio. Chi vuole stratonare la giacchetta in un senso o nell'altro, a mio avviso non deve avere spazio. Tutto è discutibile e perfezionabile, ma il giusto equilibrio tra tutte le figure sanitarie è la scommessa presente e futura per la sanità. Non possiamo pensare che la sanità di oggi sia quella di 40 anni fa. E i ruoli di infermieri e medici sono molto diversi da quelli di 40 anni fa. Quel punto di equilibrio del comma 566 va mantenuto e garantito. E credo vada anche ribadito nel Ddl sulla riforma delle professioni sanitarie che ora è al Senato. (r.tu.)



> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

CHI DENUNCIA IL MALAFFARE DICE ADDIO ALLA CARRIERA

"I PANNI sporchi si lavano in casa". Secondo il detto, non è mai il caso di coinvolgere estranei nei fatti nostri. Ma l'esperienza rivela quanto sia vero l'opposto. Una persona estranea, saggia e competente, può aiutare: anche un'organizzazione sanitaria, un Ospedale e una ASL. Prima di tutto, perché si tratta di panni pubblici; in secondo luogo, perché le strutture sanitarie non sono dotate al loro interno di strumenti d'indagine efficaci. Quindi i "panni" rischiano di non essere mai lavati.

Fuor di metafora: se un medico onesto osserva abusi o corruzione di colleghi da parte di fornitori, negligenze a danno dei pazienti, se raccoglie prove convincenti e ne informa i propri dirigenti, potrebbe trovarsi davanti un muro di gomma fatto di rinvii e scaricabarile. Si sentirà rispondere: «Ha fatto bene a segnalarcelo, gli scandali sono però da evitare e lei ha a cuore, come me, il buon nome della nostra istituzione. Provvederemo con la massima velocità e discrezione possibile». Da allora quel medico raccoglierà la diffidenza del gruppo in cui lavora. Potrebbe restare escluso dalle mansioni più interessanti e veder peggiorare la qualità del proprio lavoro, dando l'addio definitivo alla carriera. Tutelare chi segnala abusi e corruzione (distinguendolo da chi calunnia per interessi propri), è compito di chi dirige la sanità pubblica. Rimettere l'onestà a barriera del degrado commerciale e morale del servizio sanitario (spesso in cronaca nelle inchieste giudiziarie) è il primo dovere di chi dirige.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Riforma Pa

Deleghe sanitarie: restano le incognite su dirigenza e ricambio generazionale

RIFORME/ Il personale Ssn è pienamente coinvolto nel riordino del lavoro pubblico negli articoli 11 e 17

Decreto Pa: le deleghe sulla sanità

Definire al meglio le norme sulla dirigenza - Resta il nodo del ricambio generazionale

I primi sette articoli del testo di riforma della Pa trattano delle semplificazioni amministrative e coinvolgono trasversalmente anche le aziende sanitarie. Non riguarda invece la Sanità il capo II «Organizzazione» con gli articoli 8-10, a meno che nell'istituzione del numero unico 112 si intenda far rientrare anche la soppressione del 118. L'evoluzione del Ddl Madia è stata seguita dalle pagine di questo settimanale in ogni passaggio (Il Sole-24Ore Sanità nn. 4, 14, 18 e 29/30 del 2015).

Si entra nel pieno della delega con il capo III «Personale» all'interno del quale si rinviene l'articolo 11 sulla dirigenza pubblica che, a ragion veduta, costituisce il vero fulcro della legge delega. Con l'eccezione dell'articolo 14, le altre norme del capo non interessano la sanità.

L'articolo 16 è una disposizione strumentale all'esercizio delle deleghe e il successivo articolo 17 contiene il riordino della disciplina del lavoro pubblico. Gli articoli 18 e 19 riguardano settori specifici, l'articolo 20 mette le mani sul procedimento dinanzi alla Corte dei conti e, in chiusura, gli articoli 21-23 contengono le disposizioni di rito, tra le quali spicca l'articolo 21 che tratta la questione dell'auto-attuazione dei provvedimenti legislativi.

A tutta delega. Tutta la legge comporta la definizione di deleghe con la sola eccezione di sei norme di diretta applicazione e immediata entrata in vigore: si tratta dell'ultimo comma dell'articolo 17, laddove viene modificato un passaggio della legge 135/2012 - già modificato lo scorso anno dall'articolo 6 della legge 114/2014 - in tema di incarichi vietati ai pensionati. In sostanza si dice che gli incarichi, le cariche e le collaborazioni dei pensionati - che erano limitate a un anno - se prestati

gratuitamente non hanno limiti temporali. Resta però il vincolo dell'anno per gli incarichi dirigenziali e direttivi. Le altre sono: l'articolo 3 e l'articolo 6 (modifiche alla legge 241/1990), l'articolo 9 (Ordine al merito), l'articolo 12 (funzionamento dell'Avvocatura di Stato) e, infine, l'articolo 14, comma 6 con il quale si introduce una novella al decreto 165 prevedendo una mobilità obbligatoria per le dipendenti vittime di violenza di genere.

Tutte le 13 deleghe comportano l'adozione di uno o più decreti legislativi meno gli articoli 2, 10, 18, 19 e 20 che ipotizzano un solo decreto. Sono altresì previsti un regolamento (articolo 4 sulla semplificazione) e una direttiva del Presidente del Consiglio (articolo 14 sulla conciliazione vita-lavoro). Su tutti i decreti dovrà essere acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari ma il Governo si è riservato di procedere anche non conformandosi a tali pareri. Entro dodici mesi dall'adozione i decreti delegati potranno essere oggetto di correttivi, senza necessità di una nuova legge delega. Risulta evidente che le due norme fondamentali - anche per la loro notevole lunghezza - sono gli articoli 11 e 17 nei quali il personale del Servizio sanitario nazionale è pienamente coinvolto.

Nello specifico della prima norma, dei tredici titoli corrispondenti alle lettere da b) a o) e alla lettera q) che si riferiscono alla dirigenza pubblica (inquadramento, accesso, formazione, formazione permanente, mobilità, conferimento degli incarichi, loro durata, dirigenti privi di incarico, valutazione, responsabilità, retribuzione, disciplina transitoria, revoca per danno erariale doloso) dal primo sono esclusi espressamente i medici mentre si deduce che gli altri aspetti li do-

vrebbero riguardare.

Ma certamente così non è e i decreti delegati dovranno necessariamente entrare nel merito, quanto meno per le modalità di reclutamento e di conferimento degli incarichi o per la formazione, per non parlare del ricollocamento come funzionari. Riguardo l'accesso è in atto la partita di attuazione dell'articolo 22 del Patto per la salute, sul conferimento degli incarichi esiste la norma speciale per le strutture complesse sanitarie e, infine, la formazione dei sanitari vede il regime della Ecm molto diverso e dedicato. Resta da dire qualcosa sulla lettera n) ma l'argomento è molto complesso, per cui si rinvia ad un successivo approfondimento con il quale si proverà a fare il punto sulla natura del rapporto di lavoro del Direttore generale.

Fermo restando che una valutazione completa e ragionata non potrà che avvenire a decreti delegati approvati, quello che per adesso risulta è che alcuni passaggi della legge delega sono criticabili e pericolosi mentre altri restano irrisolti. Innanzitutto la più macroscopica delle disposizioni irrisolte è proprio quella che riguarda il destino della dirigenza sanitaria. Abbiamo due sole certezze: che non confluiscono nel ruolo regionale e che restano nel pubblico impiego contrattualizzato, in virtù del richia-



mo all'articolo 15 del decreto legislativo 502/1992 che, a sua volta, al comma 2 afferma lapidariamente che «la dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto».

Per il resto resta un mistero l'inquadramento e se tutto ciò è strumentale alla identificazione di una area negoziale separata (e non una semplice sezione come dice il decreto Brunetta), occorre ripetere che proprio questa era la sede per effettuare la modifica legislativa. Anzi a questo punto c'è da chiedersi perché a fronte delle continue deroghe alla legislazione generale e comune (libera professione, orari e riposi, mobilità, valutazione professionale e non soltanto gestionale) e di obiettivi specificità che nessuno ha intenzione di negare, il Parlamento non approva un vero e proprio testo unico sul rapporto di lavoro dei medici con il quale rendere esplicite e trasparenti tutte le specificità e le deviazioni dalla normativa generale.

Passaggi criticabili o irrisolti. Sembra, a proposito della norma sulla dirigenza, di poter per ora dire che le seguenti norme necessitano di una chiara definizione nella realizzazione della delega.

I curricula e le valutazioni dei medici andranno nella banca dati generale? Relativamente all'accesso ci si

chiede chi svolgerà le procedure (corso-concorso e concorso), la singola amministrazione o un soggetto terzo (nella stesura originaria era la Scuola superiore)? Esisteranno ancora gli incarichi di natura professionale o saranno tutti di struttura?

A quest'ultimo proposito va segnalato che tutte le clausole contrattuali (e sono tante!) che disciplinano gli incarichi dirigenziali - dalla tipologia al conferimento fino alla revoca - sono tutte decadute per effetto dell'articolo 54 del decreto legislativo 150/2009.

La Commissione deputata a fornire pareri e criteri sugli incarichi per il ruolo regionale sarà unica o ne avremo una per regione? Di conseguenza è da ritenere soppresso il Comitato dei Garanti?

Alla fine del punto 1) della lettera c) sono nominati i «dirigenti tecnici» cui dovranno ovviamente essere aggiunti i nostri dirigenti professionali.

L'organismo indipendente citato nella lettera c), punto 2) è altro soggetto rispetto alla Commissione di cui sopra? Non risultano assolutamente trasparenti le modalità e le circostanze per cui possano esistere «incarichi non assegnati» con procedure concorsuali (lettera g). Così come va capito il percorso e le garanzie da commettere ai dirigenti privi di incarico. Riguardo alla omogeneizzazione della retribuzione non si comprende come possa avvenire a costo zero (ad esempio tra la dirigenza Pta e quella

regionale).

Per quanto riguarda il riordino del lavoro pubblico, i vari interventi in materia concorsuale sono interessanti ma occorre vedere come saranno attuati. Analoghi dubbi si possono nutrire per le nuove competenze affidate all'Aran nonché sull'ennesima norma che rivede il sistema di valutazione.

Sul passaggio di tutte le visite fiscali all'Inps solo il tempo potrà testimoniare della sua efficacia. Difficilmente realizzabile sarà il part time che favorisce il ricambio generazionale. Ma quello che sembra veramente contrastare con il resto della legge è il punto t) laddove si auspica il rafforzamento della separazione tra indirizzo politico-amministrativo e gestione. Un paio di osservazioni finali. La norma sulla responsabilità gestionale esclusivamente a carico del dirigente è pericolosissima e va scritta accuratamente cominciando con il declinare i contenuti di tale responsabilità mentre il termine per l'adozione del riordino del lavoro pubblico sembra troppo lungo (18 mesi).

Come è più che evidente i contenuti dei decreti delegati saranno fondamentali per migliorare, ove è possibile, la legge e per chiarire molti aspetti che - a oggi - lasciano alquanto perplessi.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La seconda tappa della cosiddetta riforma della Pubblica amministrazione è stata realizzata con l'approvazione della legge delega n. 124 del 7 agosto 2015 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto ed entrata in vigore il 28 agosto). A poco più di un anno dal deposito del Ddl As 1577 sono stati portati a compimento due terzi della cosiddetta Riforma della macchina amministrativa.

Resta, dunque, soltanto il varo dei decreti delegati per completare quella che è stata una delle prime riforme messe in campo dall'attuale Governo. Infatti il contesto normativo costituito dalla legge 114/2014 e dall'odierna legge risponde sostanzialmente ai 44 punti contenuti nella famosa lettera aperta di Renzi ai dipendenti pubblici dell'aprile 2014.

L'iter parlamentare del disegno di legge

è stato lungo e tortuoso e, rispetto al testo originario, è stato integrato più volte con esigenze sopravvenute o contingenti.

La svolta principale è avvenuta con gli emendamenti del 22 gennaio di quest'anno che - soprattutto riguardo all'articolo sulla dirigenza - hanno parzialmente eliminato alcune incongruenze e migliorato il testo.

Le prossime scadenze della Riforma

Norma	Contenuto	Attuazione	Rilievo per la Sanità
Articolo 7	8 punti di delega per la revisione del decreto 33 sulla trasparenza	Entro il 28 febbraio 2016 previo parere della Cu e del Consiglio di Stato	Completo con particolare riguardo al punto b) 2) sulle liste di attesa
Articolo 11	15 punti di delega con sottoarticolazioni sulla dirigenza pubblica	Entro il 28 agosto 2016 su proposta del ministro per la Pa e, per il punto p), del ministro della Salute, previo parere della Cu e del Consiglio di Stato	In via generale i punti da a) a o) e il punto q) - Di diretto interesse i punti b) 2) e n)
Articolo 17	21 punti di delega con sottoarticolazioni sul riordino della disciplina del lavoro pubblico	Entro il 28 febbraio 2017 su proposta del ministro per la Pa di concerto con il Mef, previo parere della Cu e del Consiglio di Stato, sentite le Oo.Ss.	Completo
Articolo 20	18 punti di delega sul riordino della procedura dinanzi alla Corte dei conti	Entro il 28 agosto 2016 su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, previo parere delle sezioni unite della Corte dei conti	Completo
Articolo 21	6 punti di delega sull'abrogazione delle leggi non auto applicative emanate dopo il 31 dicembre 2011	Entro il 26 ottobre 2015 su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con il ministro delle Riforme	Completo

I giudici e le "giuste" terapie

FERRARI A PAGINA 10-11

GIURISPRUDENZA/ L'appropriatezza nella Pa è un onere deontologico da rispettare

Appropriati a rigor di legge

Sentenze recenti sul danno erariale da iperprescrizione e disservizio

Appropriatezza e aderenza sono i tormentoni che hanno caratterizzato l'estate del mondo della sanità pubblica. Eppure i due termini non sono tutt'altro che nuovi e trovano, oltre che un quadro legislativo di riferimento già esistente, anche notevoli precedenti giuridici e giurisprudenziali.

Coniugare risparmio, aderenza e sicurezza delle cure è cosa tutt'altro che semplice e valutare se un determinato esame clinico o intervento terapeutico, con valutazione *ex ante*, sia utile o meno lo è ancora meno.

Il quadro legislativo

Tra servizio sanitario, medici ospedalieri, di base e specialisti in regime di accreditamento esterno con il Ssn sulla base delle convenzioni nazionali con le aziende sanitarie (prima ancora con le Usl), previste dall'articolo 48 della legge 833/1978, si instaura un rapporto di servizio con riguardo alle attività che si inseriscono nell'organizzazione strutturale, operativa. Essendo parte dell'organizzazione devono rifondere i danni all'erario se il loro comportamento risulta connotato da una grave violazione delle regole da connotare la colpa grave.

Il piano dei controlli è disciplinato, puntualmente, nell'articolo 8-octies del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 il quale ha delegato alla Regione e alle aziende unità sanitarie l'attivazione dei sistemi di monitoraggio e controllo della definizione e rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti erogatori sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle presta-

zioni rese.

Regole che trovarono sponda nella legge 24 dicembre 1993, n. 537, che istituì le note prescrittive delegando, all'allora Commissione unica del farmaco (Cuf) e successivamente all'Aifa, l'onere di individuare i farmaci a carico del servizio sanitario nazionale e di mantenerle aggiornate.

Successivamente, l'articolo 1, comma 4, del Dl 20 giugno 1996, n. 323, convertito in legge 8 agosto 1996, n. 425, stabilì che «il medico è tenuto a rimborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto».

Principi poi contrattualmente trasfusi nell'articolo 15-bis del Dpr 270/2000 (Mmg); nell'articolo 14-bis del Dpr 272/2000 (pediatri) e articolo 28 contratto per la dirigenza ospedaliera secondo i quali il medico deve cercare l'«appropriatezza nell'utilizzo delle risorse», nonché «la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione dei principi di qualità e di medicina basati sulle evidenze scientifiche». Le successive normative contrattuali ne definirono i percorsi per la contestazione.

Appropriatezza come onere deontologico

Il concetto di appropriatezza divenne, fin dal 2006, un preciso onere deontologico a opera dell'articolo 13, commi 2 e 3, che precisava: «La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. L'adozione di protocolli



diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico, nella verifica della tollerabilità ed efficacia sui soggetti coinvolti».

Appropriatezza, aderenza e libertà prescrittiva: missione (im)possibile?

Se l'equivalenza tra principi attivi può sembrare scontata, invece non lo è affatto soprattutto quando si tratta di farmaci a basso indice terapeutico, antiaritmico, salvavita o biosimilari.

Per ovviare a questo problema, la norma introdotta dal comma 1 dell'articolo 13-bis della legge Dl 179/2012, ha imposto la regola secondo la quale le Regioni dovevano basare i propri atti sulla base delle indicazioni dell'agenzia del farmaco. Il che non limita il diritto di scelta del medico, al quale è comunque mantenuto il diritto di scelta del farmaco da somministrare, obbligandolo però a motivare la scelta in cartella clinica segnalando le ragioni di sicurezza clinica che lo hanno portato ad individuare la scelta di un preparato teoricamente più costoso.

Libertà prescrittiva che però si scontra con la disponibilità dei farmaci che, in ambito ospedaliero, vengono acquistati con gara pubblica al minor prezzo per principio attivo.

Secondo la giurisprudenza del Consiglio di Stato, ormai prevalente: «è vero che la delibera chiede al medico di redigere, in tali casi, una motivazione della scelta operata, ma non può darsi che tale adempimento costituisca un onere talmente complesso da far venir meno la libertà prescrittiva né che sia comunque non ragionevole, tenuto conto che la raccolta di tali motivazioni può costituire per la Regione una valida base documentale da tener conto

ai fini dell'adozione di provvedimenti futuri» (sentenze Consiglio di Stato n. 3665 e 3668 del 14 luglio 2014).

Le segnalazioni di farmacovigilanza, documentate dal fatto clinico, diventano di conseguenza essenziali per garantire qualità, parametrabilità e aderenza della nuova terapia da parte del paziente. Indicazioni che devono essere chiaramente indicate anche nella cartella clinica al fine di permettere al giudice la valutazione dell'appropriatezza della prescrizione.

Danno erariale solo con grave violazione delle regole e colpa grave

Seppure il danno da "inappropriatezza" trovi nel contratto di proprio percorso legale, di fatto la giurisprudenza è, tranne rare eccezioni di merito, costituita dalle pronunce delle Corti dei conti che hanno delineato tre poste di danno:

a) danno da iperprescrizione in senso lato, derivante da una condotta prescrittiva caratterizzata da un'elevata percentuale di scostamento rispetto al criterio della «media dei medici della medesima Asl»;

b) danno da iperprescrizione in senso stretto considerata per tale quella relativa a prescrizioni sul singolo paziente;

c) danno da disservizio, consistente nelle spese aggiuntive sostenute dall'azienda per eseguire i controlli analitici delle prescrizioni).

La statistica può appagare lo studioso, o fornire spunti manageriali per interventi gestionali (o normativi) correttivi nel mondo sanitario, o, ancora, offrire spunti di indagine ispettiva e poi giuscontabile occasionali da "campi-nelli d'allarme" statistici, ma mai per fondare condanne della Cor-

te dei conti svincolate da un concreto e atomistico riscontro oggettivo di condotte gravemente colpose in relazione a singoli, accertati e individuati episodi (cfr. Sezione Giur. Lombardia n. 404 del 13 luglio 2010 e n. 9 dell'8 gennaio 2010).

In virtù del sopra esposto principio il danno deve essere reale e percepibile e, soprattutto, la prescrizione deve essere palesemente inutile o errata.

Le Corti hanno chiesto il ristoro del danno arrecato dai medici convenzionati con il Sistema sanitario nazionale a seguito della redazione di prescrizioni, diagnostiche o terapeutiche sbagliate, inusuali, incongrue o incomplete, di prescrizioni in quantità eccessive o, comunque, per finalità non terapeutiche; in dosi maggiori del consentito; con modalità di somministrazioni diverse dal lecito oppure per aver commesso fatti penalmente illeciti come il comparaggio come le prescrizioni a deceduti per trarne diretto profitto e/o agevolare il trasferimento all'estero di farmaci.

In altri casi sono stati puniti il sovradosaggio farmaci per prescrizioni oltre la quantità massima prescrittibile in un determinato tempo; prescrizioni contemporanee e in associazione di farmaci nella medesima classe terapeutica senza una precisa giustificazione clinica.

Al di fuori da questi casi, il medico si è salvato dimostrando, attraverso una documentazione clinica dettagliata, la ragione terapeutica che rendevano la specifica erogazione appropriata per quel paziente.

Secondo la giurisprudenza prevalente, non ogni condotta diversa da quella doverosa implica colpa grave ma solo quella che sia caratterizzata da particolare negligenza, imprudenza od imperizia e che sia posta in essere senza l'osservanza,

nel caso concreto, di un livello minimo di diligenza che dipende dal tipo di attività concretamente richiesto all'agente e dalla sua particolare preparazione professionale, in quel settore della pubblica amministrazione al quale è preposto (sezione di appello per la Sicilia, sentenza n. 61 del 2 marzo 2015, Sez. Liguria, n. 367 del 2005). Quando le conclusioni del medico coincidono con le esigenze sanitarie, si realizza l'appropriatezza sia all'interno della relazione medico/malato che della logica beneficio/costo sostenibile.

In conclusione, secondo la giurisprudenza costante, affinché il medico possa assistere il paziente al meglio delle sue capacità professionali, gli deve essere riconosciuto un margine di discrezionalità nella gestione della discrezionalità che si può talora verificare fra le condizioni cliniche, la tollerabilità ai trattamenti e le potenziali interazioni farmacologiche secondo le caratteristiche del singolo paziente, per il quale, se appropriato, non è illegittimo pre-scrivere farmaci anche in deroga apparente alle disposizioni vigenti, ovviamente nei limiti della logica, della ragionevolezza e dei basilari approdi della letteratura scientifica, che devono essere noti anche al medico di base (cfr. Sezione Giur. Lombardia n. 404 del 13 luglio -2010 e n. 9 dell'8 gennaio 2010).

Il medico non deve rispondere di colpa in quanto non effettua errori diagnostici o terapeutici, ma semplice irregolarità amministrativa (sezione Liguria - sentenza 281/2006) e il danno non può essere presunto.

pagine a cura di
Paola Ferrari
avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

APPROPRIATEZZA

Il medico deve integrare i dati della doverosa conoscenza degli approdi della letteratura scientifica con le peculiari caratteristiche dei singoli pazienti.

Quando le conclusioni del medico coincidono con le esigenze sanitarie si realizza l'appropriatezza sia all'interno della relazione medico/malato che della logica beneficio/costo sostenibile.

● **Sezione Giur. Lombardia n. 404 del 13 luglio 2010 e n. 9 dell'8 gennaio 2010**

* * *

L'appropriatezza non si ingabbia in un atto amministrativo.

Il concetto di appropriatezza coincide con la dimensione primaria e costituzionalmente garantita del diritto alla salute e non può essere sacrificata o compromessa dalla discrezionalità amministrativa, dovendosi escludere la configurabilità di atti amministrativi (comunque disapplicabili ai sensi della legge 20 marzo 1865, n. 2248, articolo 5, allegato E), condizionanti in tal senso il diritto all'assistenza.

● **Cassazione civile, sezione Lavoro, n. 7279 del 10 aprile 2015**

messo con prescrizione di terapia anticoagulante e che la sua morte era da ricondurre ad emorragia conseguente al sovra-dosaggio del Coumadin.

● **Cassazione civile n. 11637 del 30 maggio 2014**

* * *

La violazione da parte del medico curante dell'obbligo d'informazione circa la potenzialità dannosa di un farmaco, per il paziente e/o per il concepito, costituisce inadempimento del contratto di prestazione d'opera intellettuale e comporta il risarcimento del danno.

● **Cassazione, sezione III, 11 maggio 2009, n. 10741**

* * *

Modifica terapia farmacologica di tipo neurolettico che ha prodotto uno stato psicotico sfociato in un omicidio di altra persona. Il rapporto terapeutico instaurato e condotto in modo gravemente negligente (oltre che imperito e imprudente nella affrettata diminuzione e sospensione della terapia) in particolare per la mancata assunzione di tutte le informazioni necessarie per trattare il caso secondo le regole dell'arte medica psichiatrica anche se riduttivamente vista in un'ottica di protezione esclusiva del paziente. La man-

DANNO ERARIALE

Il medico e il farmacista, ai quali viene contestato di avere erogato farmaci a carico del servizio sanitario nazionale senza giustificazione, non possono essere condannati sulla base di "medie" prescrittive ma solo per la quota di danno realmente provato e imputabile a colpa grave.

Il criterio presuntivo del "costo medio", per la sua astrattezza, appare logicamente incompatibile con il principio dell'onere della prova che grava sul pubblico ministero. La statistica può appagare lo studioso, o fornire spunti manageriali per interventi gestionali (o normativi) correttivi nel mondo sanitario ma mai per fondare condanne della Corte dei conti.

● **Corte conti appello Regione sicilia n. 61/2015**

DIRITTO ALLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA

Quanto disposto dalla delibera regionale (Toscana rdn) non incide in modo determinante sulle norme statali che disciplinano la prescrizione dei farmaci, perché - pur cercando di favorire, attraverso specifici obietti-

cata acquisizione di una corretta anamnesi e la mancata valutazione della terapia modificata è stata causa della condanna del medico.

● **Cassazione penale n. 10795 del 2008**

* * *

Errata prescrizione di preparato ormonale anziché pillola contraccettiva. Il medico ha l'onere di rendersi conto se sta prescrivendo un farmaco efficace, è normale che una paziente non legga il foglio illustrativo.

● **Tribunale Monza 19 aprile 2005**

* * *

Risponde di omicidio colposo il medico che non segue un corretto dosaggio dei farmaci somministrati alla paziente cagionando un accumulo dei principi attivi. «Quanto più elevato è il rischio che la malattia degeneri in un evento grave, tanto più il medico deve prospettare con chiarezza la situazione di pericolo al paziente».

● **Cassazione penale, sezione IV, sentenza n. 840 del 10 gennaio 2008**

RESPONSABILITÀ DEL PAZIENTE

Responsabilità medica e concorso del paziente che omette un esame prescritto. Il

vi posti ai direttori generali delle aziende sanitarie, l'impiego di farmaci meno costosi, anche perché privi della tutela brevettuale - lasciano comunque inalterata la possibilità del medico prescrittore di ricorrere a medicinali diversi da quelli inclusi nei prontuari terapeutici delle aree vaste sulla base delle indicazioni regionali. È vero che la delibera chiede al medico di redigere, in tali casi, una motivazione della scelta operata, ma non può dirsi che tale adempimento costituisca un onere talmente complesso da far venir meno la libertà prescrittiva né che sia comunque non ragionevole, tenuto conto che la raccolta di tali motivazioni può costituire per la Regione una valida base documentale da tener conto ai fini dell'adozione di provvedimenti futuri.

● **Sentenze Consiglio di Stato n. 3665 e 3668 del 14 luglio 2014**

RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

Una volta allegato l'inadempimento consistente nell'errata prescrizione del farmaco, era onere del convenuto professionista «dimostrare di avere invece tenuto una prestazione corretta», cosa che non era avvenuta. Doveva ritenersi pacifico che il paziente, dopo una precedente operazione, era stato di-

comportamento del danneggiato è stato individuato come idoneo a interrompere il nesso causale, si osserva che appare del tutto irrilevante dibattere del fatto se l'esecuzione tempestiva della visita angiologica avrebbe con certezza evitato i postumi permanenti della trombosi, che sarebbe stata curata con maggiore anticipo rispetto a quanto avvenne. Ciò che rileva, infatti, è che il giudice abbia accertato che la sua mancata tempestiva esecuzione sia imputabile al danneggiato e che, invece, il sanitario l'avesse prescritta, adempiendo con diligenza la propria obbligazione contrattuale.

● **Cassazione civile n. 17057 del 28 luglio 2014**

* * *

Il paziente deve collaborare alla cura. Nella valutazione dei danni, il giudice deve analizzare le conseguenze in termini di minore o diverso danno, nel caso in cui il paziente si fosse rigorosamente attenuto alle prescrizioni e raccomandazioni dei sanitari. Inoltre, deve valutare la posizione di tutti coloro che, a vario titolo, hanno partecipato al percorso di cura motivando, se necessario, le circostanze che hanno determinato una dichiarazione di non responsabilità di qualcuna delle posizioni coinvolte.

● **Cassazione civile n. 13055 del 10 giugno 2014**

RIFIUTO CURE

È opportuno insistere affinché il paziente si sottoponga a cure adeguate, ma tale insistenza non può sfociare in un'azione impositiva contro la volontà della persona ammalata.

● **Cassazione penale 4 luglio 2005 n. 38852**

RIFIUTO CURE-MINORE

Il medico, anche se libero professionista, quando cura un minore assume una posizione di garanzia.

Viene meno al suo dovere nel caso in cui non riuscisse a impedire l'evento letale determinato dalla somministrazione di una terapia alternativa non efficace, di conseguenza, è responsabile di omicidio colposo per la morte del paziente.

Il sanitario, affermano i giudici: «è responsabile dell'interruzione delle terapie tradizionali, nonostante la scelta consapevole dei genitori, spettando in ogni caso al medico curante, non solo il compito di prospettare la certa inidoneità della terapia ayurvedica (di per sé sola insufficiente a garantire soluzioni terapeutiche realmente al-

ternative a quella tradizionale) e dunque le reali conseguenze cui avrebbe condotto l'abbandono del percorso terapeutico tradizionale, bensì il dovere - a fronte di una scelta genitoriale orientata in termini così palesemente e gravemente rischiose per la salute del figlio minore - di coinvolgere nel processo decisionale i soggetti istituzionali preposti alla tutela pubblica del minore (il medico di base; il giudice tutelare; etc.) al fine di sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e sostanzialmente più proficuo per l'individuazione del "best interest" del minore; dialogo tanto più essenziale (e giuridicamente doveroso) là dove venga prospettata l'adozione di cure che (per la prevalente destinazione a garantire un accettabile standard qualitativo di vita in un quadro di accertata inguaribilità) valgano a proporsi come forme terapeutiche meramente palliative o compassionevoli che avrebbe richiesto, secondo i giudici, una decisa risposta (immediato ricovero in sede ospedaliera; antibiogramma; somministrazione massiccia e mirata di antibiotici per via endovenosa) che il medico «ebbe clamorosamente a omettere».

● **Cassazione penale, sezione IV, espresa nella n. 8527 del 25 febbraio 2015**

A PAG. 18

Salute digitale

**E-health
a tutto gas:
nuove «App»
per rafforzare
e migliorare
i servizi
a distanza**

BILANCIO/ Con il potenziamento della sanità digitale risparmi per 6,9 mld all'anno

Telemedicina, l'ora delle App

Sviluppare programmi innovativi per gestire i dati e i processi clinici

Avanti con il "digitale"! Cioè con il numerico, contare non sulla punta delle dita, come l'etimologia del termine suggerirebbe, ma con sistemi informatici, quello che è fornito dallo studio dei pazienti e richiesto dalla gestione dei loro problemi. Questa l'essenza della tanto enunciata e annunciata, ma ancora solo assai parzialmente realizzata "rivoluzione digitale" della sanità.

Per la radiologia, l'effetto è stato la scomparsa delle tradizionali "lastre", sostituite da un supporto che ne consente la condivisione e la refertazione anche a grande distanza, e lo sviluppo di tecnologie quali la Tac, la risonanza magnetica, la Pet. E questo vale per tutti i settori della medicina, (pensiamo alla gestione dei dati della genomica), della chirurgia (chirurgia robotica), e più in generale per tutti i dati della sanità.

Oggi la rivoluzione digitale della medicina si muove soprattutto verso la gestione di dati e processi clinici, nell'ottica della digitalizzazione totale del sistema.

Sanità digitale sì, ma dove e quanto?

Secondo uno studio Netics presentato al forum della S@nità digitale è possibile risparmiare 2,5 mld dotando gli ospedali di strumenti basati su sistemi di Evidence based medicine (Ebm), 1,4 con la telemedicina e 3 mld con l'introduzione di sistemi informativi di tipo Enterprise resource planning e la centralizzazione degli acquisti. L'Italia non è ai primi posti. Malgrado la spesa per la digitalizzazione della sanità sia aumentata del 17% nel 2014, il nostro Paese è ultimo in Europa per la spesa pro capite: 23 euro rispetto ai 65 della Svezia o i 70 della Danimarca. Per di più la situazione italiana è a macchia di leopardo. Nel Veneto, nel Trentino e nell'Emilia Romagna la diffusione del digitale è avan-

ti, ma in molte altre regioni non è così.

La Sit, Società italiana di Telemedicina e sanità elettronica opera per focalizzare l'attenzione del mondo della sanità sulla telemedicina e sulla gestione digitale dei dati come strumenti di un modo evoluto di "fare medicina", in cui i dati degli atti medici e sanitari vengono registrati, scambiati e integrati senza vincoli di luogo e di tempo. Con adeguate metodologie di raccolta e gestione dei dati, ciascun paziente può generare la raccolta dei suoi dati personali, utile per la gestione dei suoi problemi e adatta a favorire per l'intero sistema l'uso personalizzato delle evidenze fornite dagli studi clinici.

In questo contesto si colloca anche la creazione di applicazioni specifiche per favorire, facilitare e rendere agevoli tutta una serie di operazioni utili e necessarie nella gestione del paziente. Da "applicazioni" si è rapidamente passati in tutto il mondo al più sintetico e confidenziale "app", e nel mondo sanitario è cresciuta l'attenzione per quanto le app possono fare a supporto dell'attività del medico, dell'accesso e della fruizione di servizi sanitari da parte del cittadino, del rapporto medico-paziente e del triangolo medico-paziente-infermiere.

Agli strumenti classici del medico (il fonendoscopio, lo sfigmomanometro, la penna e manuali sintetici, nella borsa o nelle tasche del camice), si aggiungono oggi, in parte sostituendoli, gli smartphone e i "tablet" che contengono dati, linee guida, informazioni, ma anche e soprattutto "app", che possono sostenere e facilitare il suo lavoro e quello dell'infermiere, per il calcolo di punteggi o di dosaggi, per la proposta di approccio terapeutico in caso di opzioni diverse, per l'attenzione a elementi amministrativi, oppure per la risposta clinica a problemi infrequenti, ma che proprio per



questo vedono il sanitario bisognoso di un supporto chiaro, valido e tempestivo.

Questo mi ha convinto ad affrontare lo sviluppo di app in grado di essere di aiuto al lavoro del medico, garantendo un sostegno operativo alle sue azioni, e trasferendo quanto era contenuto nella borsa del medico allo smartphone o al tablet.

Sono nati così i progetti "LaBorsa-delMedico" e "Curami", raccolta di app a disposizione del medico e del paziente, realizzata grazie al sostegno incondizionato di Mediolanum Farmaceutici, che ha aderito alle due iniziative sospinta dalla convinzione dell'Ad Alessandro Del Bono.

Mediolanum, in particolare, ha anche sostenuto la pubblicazione di un volume, "App medicali nella borsa del medico", nato da un'idea condivisa con Velio Macellari, da lui curato insieme a Ornella Fouillouze, che offre una visione pragmatica e operativa del mondo delle app, delle sue dinamiche e delle sue potenzialità.

Sanità digitale quindi come obiettivo concreto che si affianca agli strumenti classici del medico e dell'infermiere per sosteneme, semplificarne e renderne più sicuro il lavoro.

Gianfranco Gensini
docente di medicina interna
presso l'Università di Firenze
e presidente della Società italiana
Telemedicina e sanità elettronica

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Addio agli eccessi di medicina difensiva

La medicina difensiva genera sovracosti stimati intorno ai **10-12 miliardi all'anno**. Oltre a «costare», la medicina difensiva influisce negativamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Medici che dichiarano di prescrivere per ragioni di medicina difensiva:

Farmaci	53%
Visite specialistiche	73%
Esami di laboratorio	71%
Esami strumentali	76%
Ricoveri ospedalieri	50%

Costo annuale della medicina difensiva

10-12
mld €/anno

Fonte: ricerca condotta nel 2010 dall'Ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri di Roma

L'azione proposta. Dotare tutti i Mmg/Pls e tutti gli ospedali di strumenti di Decision support system basati su sistemi Ebm, utilizzando modelli «Software as a Service» in modo da azzerare gli investimenti necessari.

COSTO

16-20
mln €/anno

RISPARMIO

2.500
mln €/anno

L'integrazione ospedale-territorio

L'azione proposta. Favorire la diffusione di iniziative di integrazione ospedale-territorio fortemente basate sull'utilizzo delle Information&CommunicationTechnologies, anche ricorrendo a iniziative di partenariato pubblico-privato e/o all'affidamento in concessione dei servizi tecnologici necessari.

COSTO

600
mln €/anno

RISPARMIO NETTO

1.400
mln €/anno

Riducendo del 5% le giornate di ricovero in ospedali per acuti e del 10% quelle in strutture di lungodegenza.

In entrambi i casi, si erogano giornate di assistenza domiciliare «teco-assistita».

La razionalizzazione della supply-chain

L'azione proposta. Adottare (su scala regionale) sistemi informativi amministrativo-contabili di tipo Erp (Enterprise resource planning), reingegnerizzando nel contempo tutti i processi di approvvigionamento di beni e servizi.

Centralizzare (sempre su scala almeno regionale) gli acquisti di beni e servizi.

COSTO

200
mln €/anno

RISPARMIO NETTO

3.000
mln €/anno

Il costo è relativo alla quota di ammortamento annuale (per 5 anni) dell'investimento necessario

FORUM@LUTE

Così l'e-health abbatte le inefficienze e fa aumentare la qualità dei servizi

L'obiettivo finale è mettere in rete aziende e medici pubblici e privati

La prima edizione, appena conclusa, di S@lute, il Forum della Sanità Digitale, si è rivelata una interessante cartina al tornasole del futuro, sempre meno remoto, dell'e-Health. Decine di progetti già avviati, centinaia di migliaia di cittadini già messi in condizione di utilizzare smartphone e tablet per prenotare prestazioni, dialogare col medico di famiglia, ottenere informazioni e pareri in second opinion, eccetera.

Le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni rappresentano un formidabile acceleratore per la razionalizzazione dei processi di erogazione dei servizi socio-sanitari, e tutto ciò implica risparmi e lotta agli sprechi.

Che non significa in alcun modo "tagliare la Sanità". Tutt'altro: come dimostrano numerosi casi internazionali di successo, l'e-health abbatte le inefficienze e al tempo stesso aumenta la qualità del servizio al cittadino.

Gli "scenari di sanità digitale" presentati dall'Osservatorio Netics identificano 6 trend che caratterizzano la sanità dell'immediato futuro. E illustrano come tagliare sprechi per almeno 6,9 miliardi di euro l'anno senza minimamente intaccare l'universalità e l'equità del Servizio sanitario nazionale, e senza mettere in discussione posti di lavoro.

"Copiando" dai Paesi leader dell'e-health, senza avventurarsi in sperimentazioni e in reinvenzioni dell'acqua calda, possiamo farcela in un paio d'anni, dando

vita a un piano organico caratterizzato da un forte coordinamento centrale in piena e costante collaborazione con le Regioni.

Il problema degli investimenti è un falso problema: le maggiori aziende dell'Ict a livello nazionale e internazionale sono pronte a dar vita a operazioni di partenariato pubblico-privato, purché si facciano regole chiare sulla metodologia di quantificazione e remunerazione del cost saving ottenuto.

Dobbiamo arrivare a "mettere in Rete" - pienamente integrati fra loro - i sistemi informativi della sanità pubblica e privata-convenzionata, i medici di medicina generale, i centri di diagnostica, le farmacie. Arrivando a casa dei cittadini.

Dobbiamo uscire dalla logica della sperimentazione a macchia di leopardo, soprattutto per quanto riguarda la telemedicina. E lo possiamo fare solamente se nel contempo portiamo banda larga e ultralarga nella maggior parte di territorio possibile.

Dobbiamo riuscire a immaginare e realizzare una "Rete della Salute" interamente sul Cloud, in modo da ridurre al minimo i costi di gestione dell'infrastruttura.

Dobbiamo, soprattutto, uscire dal vecchio modello di business dell'informatica, basato sulla vendita di hardware e di licenze d'uso: la Salute in Rete deve essere una pluralità di servizi resi disponibili dietro la corresponsione di canoni magari commisurati alla qualità resa. In modo da scoraggiare gli eventuali "furbetti del quartiere", quelli abituati a considerare il Cliente "Sanità" come un bancomat.

"Il paziente al centro" non può e non deve limitarsi a essere uno slogan: tutto deve essere costruito per davvero intorno a lui. Privilegiando le App fruibili in mobilità e la semplicità di utilizzo, come dimostrano i casi di successo come quello di Trento, dove si è realizzata un'infrastruttura di fasci-

colo sanitario elettronico davvero pensata sulla customer experience.

Anche sul versante dell'online il lavoro da fare è enorme: a partire dalle iniziative finalizzate a controllare la qualità e il rigore scientifico delle informazioni veicolate da blog, siti specializzati e da social media generalisti.

Come dimostra, ad esempio, il caso emblematico di *medicitalia.it*, community dove 7.500 medici collaborano online per fornire informazione certificata a oltre 370.000 utenti, per un totale di 4 milioni di accessi unici al mese.

L'informazione, "il dato", rappresenta il vero valore di un sistema informativo e - a maggior ragione - di un'intera infrastruttura di rete. La velocità con la quale si muove rappresenta uno dei principali driver per l'efficiamento di un sistema complesso, quale quello socio-sanitario.

La qualità dell'informazione - è bene che lo ricordiamo sempre - rappresenta il vero valore percepito dall'utente: il cittadino/assistito/paziente, se parliamo di sanità. Un valore che a volte può avere a che fare con la vita di un individuo, non dimentichiamolo mai.

"Paziente fai da te?"

No grazie.

"Paziente digitale?"

Certamente sì, e siamo pronti a raccogliere la sfida.

Paolo Colli Franzone
direttore scientifico di S@lute
e direttore Osservatorio Netics

© RIPRODUZIONE RISERVATA

