

Salute: acido folico alleato future mamme, - 70% rischi malformazioni bebè.

Roma, 28 lug. (AdnKronos Salute) - Nella dieta delle future mamme non può mancare l'acido folico, il primo, importante regalo da fare al bebè. Assumere questa sostanza, infatti, riduce del 70% il rischio di alcune malformazioni del bambino. L'importanza di questa vitamina è stata sottolineata da Paolo Salerno, ricercatore del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità, nel corso di un workshop organizzato dal ministero della Salute ieri all'Expo a Milano, una delle iniziative per la promozione di una corretta alimentazione in gravidanza.

L'acido folico è una vitamina del gruppo B ancora poco conosciuta e poco utilizzata. Basta assumerne 0,4 milligrammi al giorno (4-5 mg per chi presenta fattori di rischio) da un mese prima fino a 3 mesi dopo il concepimento. La carenza di vitamina B9 infatti è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo nel neonato di gravi malformazioni del sistema nervoso centrale, tra cui la spina bifida, la più nota. L'insufficiente apporto di folati può anche favorire ritardo di crescita intrauterina, parto prematuro, lesioni placentari.

In gravidanza, sottolinea l'esperto, il fabbisogno di questa vitamina aumenta e non basta un'alimentazione corretta, ricca di frutta e verdura come arance, fragole, kiwi, ma anche carciofi, asparagi, indivia, bieta e broccoli, come è sufficiente in altre fasi della vita. Per evitare rischi per la salute e lo sviluppo del nascituro, l'acido folico va dunque integrato: la vitamina si trova in farmacia ed è rimborsabile dal Ssn.

Lo sviluppo delle strutture embrionali da cui si formeranno il cervello e il midollo spinale del feto, si completa appena 28 giorni dopo il concepimento, quando spesso la donna ancora non sa di essere in gravidanza: da qui l'importanza della prevenzione e l'indicazione ad assumere acido folico almeno un mese prima del concepimento e fino a tutto il primo trimestre di gravidanza.

In Italia, secondo le ultime indagini, le donne consapevoli del ruolo dell'acido folico nella prevenzione primaria delle malformazioni congenite e che lo assumono nei tempi e nei dosaggi raccomandati sono 3 su 10. Se si considerano le straniere che vivono nel nostro Paese, solo il 4-6% assume la giusta dose di questa vitamina. La proporzione, dunque, cambia sensibilmente e diventa di circa 0,6 donne su 10.

Dati poco rosei. Perciò il Centro nazionale malattie rare dell'Iss ha prodotto l'opuscolo multilingue 'Acido Folico. Un concentrato di protezione per il figlio che verrà', per diffondere informazioni adeguate sui rischi che la carenza di folati nella dieta della futura mamma può comportare per il bambino. L'iniziativa punta a raggiungere anche le minoranze etnico-linguistiche presenti in Italia. Per la prima volta infatti il depliant è stato tradotto in 10 lingue: oltre a tedesco, inglese, francese e spagnolo, le raccomandazioni sono formulate anche in albanese, arabo, cinese, portoghese, romeno e russo.

Tre le raccomandazioni dell'opuscolo:

1. Per qualunque donna in età fertile è raccomandata una dieta equilibrata e ricca di folati.
2. L'azione preventiva della vitamina si realizza solo se questa viene presa in tempo: almeno 30 giorni prima che inizi la gravidanza e per i tre mesi successivi.
3. Nelle donne che presentano riconosciuti fattori di rischio (come un precedente figlio con patologie congenite, diabete o epilessia) l'assunzione della vitamina è particolarmente importante. In questi casi è raccomandato un dosaggio di 4-5 mg al giorno.

<https://www.agi.it/>

Tumori: acidi grassi omega-3 migliorano efficacia trattamenti



(AGI) - Londra, 29 lug. - L'aggiunta di acidi grassi omega-3 ai farmaci anti-tumorali potrebbe migliorare la risposta al trattamento e la qualità della vita dei malati di cancro. Almeno questo è quanto emerso da uno studio degli Ospedali Universitari di Leicester, nel Regno Unito. I risultati sono stati pubblicati sul Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. I ricercatori hanno esaminato 50 pazienti affetti da carcinoma pancreatico avanzato. I soggetti hanno ricevuto 1000 mg di gemcitabina a settimana, insieme a 100 g circa di emulsione lipidica di omega-3 per tre settimane, seguite da una settimana di riposo. Questo schema è stato ripetuto fino a sei cicli. Dai risultati è emersa la presenza di tassi di risposta positivi e di stabilizzazione della malattia, nonché la riduzione di metastasi al fegato e una migliore qualità della vita. Anche se questo è il primo studio a utilizzare gli acidi grassi omega-3 insieme a un agente chemioterapico in pazienti affetti da tumore, i ricercatori ritengono che i risultati sono sufficientemente incoraggianti da giustificare ulteriori studi.

SPENDIAMO L'1,6% DEL PRODOTTO INTERNO LORDO

I farmaci oncologici al primo posto nella spesa farmaceutica italiana

LA SFIDA

Contenere la spesa ma garantire le terapie innovative

— «I farmaci oncologici rappresentano ormai la prima categoria a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica a carico del SSN - afferma il direttore generale dell'AIFA Luca Pani - con un incremento del +9,6% rispetto al 2013, superando i farmaci cardiovascolari detentori da sempre di questa posizione. Come osservato anche in altri Paesi del gruppo OCSE, in Italia la spesa territoriale pubblica ha avuto un rallentamento negli ultimi anni e nel 2014 ha registrato una riduzione del -0,2% rispetto allo scorso anno. Questo andamento è principalmente dovuto alla riduzione della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, mentre continua a crescere la spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta, modalità prediletta dalla quasi totalità delle Regioni per la dispensa-

zione dei farmaci a più alto costo. Gli ospedali li somministrano. Dall'altro lato, la spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche - 148,0 euro pro capite - mostra invece un andamento in crescita del +4,8%. La spesa farmaceutica nazionale ha rappresentato l'1,6% del Prodotto Interno Lordo, in linea con quanto osservato negli anni precedenti, a significare che le politiche adottate dall'AIFA, a partire dai meccanismi di rimborsabilità condizionata, sono risultate efficaci nel garantire l'accesso ai nuovi medicinali, molto spesso a costi molto elevati, rispettando al contempo i vincoli di spesa. L'arrivo dei nuovi farmaci pone importanti sfide per i Paesi UE che dovranno dotarsi di sistemi efficaci per governare la spesa farmaceutica e l'appropriatezza d'uso dei farmaci. In questa direzione si sta muovendo AIFA con i Registri di Monitoraggio e il database OsMed Health DB, che nel 2014 è diventato il più grande al mondo.

LC



Solo metà dei pazienti con patologie croniche assume correttamente i farmaci prescritti

Serve maggiore aderenza alle terapie con i farmaci

Fondamentale il rapporto di dialogo e fiducia con il proprio medico curante

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche. Un fenomeno molto diffuso cui si associa un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, dei casi di malattia e della mortalità con danno sia per i pazienti sia per il sistema sanitario e la società. In Europa, secondo i dati OMS, il costo della non aderenza alle terapie con i farmaci è pari a circa 125 miliardi di euro l'anno con livelli di aderenza al trattamento, in pazienti affetti da malattie croniche, che non superano il 50%. Costi di carattere economico che non si limitano, in questo caso, allo spreco di medicinali, ma si estendono a una maggiore richiesta di farmaci dovuta al peggioramento delle condizioni di salute di tali pazienti. Non affrontare questo tema cruciale per il benessere dei pazienti e del paese significa vedere crescere inevitabilmente la spesa farmaceutica nazionale complessiva (pubblica e privata), che nei primi nove mesi del 2014 è stata di 19,9 miliardi di euro, di cui il 75,6% rimborsato dal sistema sanitario.

Ma che cosa si intende per "aderenza alla terapia"? Molto semplicemente è la decisione del paziente, condivisa con il proprio medico curante, di aderire a un trattamento farmacologico che prevede tempi, dosi e frequenza nell'assunzione del farmaco o dei far-

maci prescritti per l'intero ciclo della terapia.

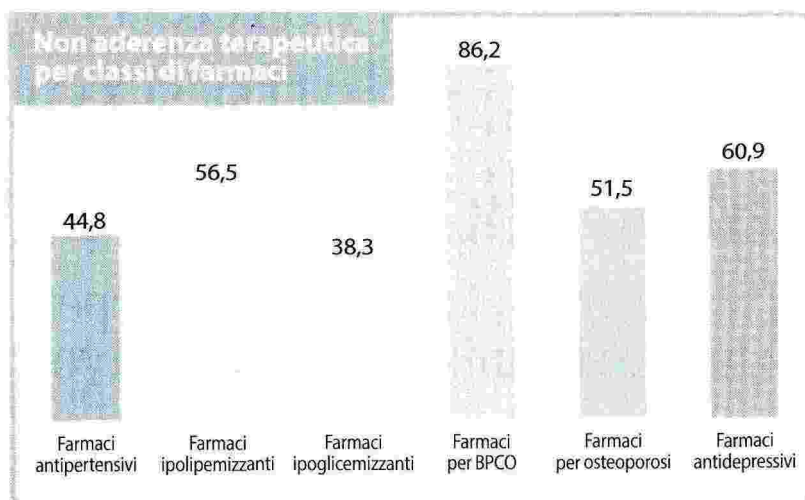
Maggior aderenza significa minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Com'è ormai noto, la popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici.

Dalle analisi contenute nel Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) 2014 emerge che poco più della metà dei pazienti (55,2%) con ipertensione arteriosa assume farmaci antipertensivi con continuità. Recenti studi osservazionali rivelano che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi 3 mesi di terapia e oltre il 70% nei primi 6 mesi. I dati provenienti dai database amministrativi delle ASL mostrano che la percentuale di pazienti aderenti risulta solo del 39,1%, mentre per i farmaci ipolipemizzanti (statine) e gli antidiabetici la percentuale di aderenza è stata pari rispettivamente al 43,5% e al 61,7%. Bassi livelli di aderenza al trattamento (13,9%) si registrano anche per l'a-

sma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per tutte le classi terapeutiche si registra in genere un'aderenza più bassa al Sud.

Le cause della mancata o scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socio-economici, fattori legati al sistema sanitario, alla patologia, al trattamento e al paziente: tra le più comuni la complessità del trattamento, l'inconsapevolezza della malattia, il monitoraggio inadeguato del paziente, il decadimento cognitivo e la depressione, oltre alla scarsa informazione sulle terapie.

Diverse sono le strategie per affrontarla. «L'aderenza terapeutica – afferma Fabrizio Gatti, medico di medicina generale a Roma – è direttamente proporzionale alla capacità del medico di relazionarsi con il paziente al quale spiegare quanto più possibile sulla terapia prescritta, dissipando i suoi dubbi e soddisfacendo le sue curiosità. Inoltre, particolare attenzione va rivolta all'anziano e al paziente con disturbi dell'umore (depressione) ai quali prescrivere pochi farmaci eventualmente a lunga durata e ben tollerati, con schema posologico semplice e chiaro. Ma, soprattutto, con l'esperienza si impara a conoscere bene i propri pazienti con i quali sviluppare un rapporto di dialogo e di fiducia con l'obiettivo di educarli ad avere una maggiore consapevolezza di se stessi e dei farmaci che assumono».



Percentuali di pazienti non aderenti al trattamento con farmaci per patologia (dati OsMed gennaio-settembre 2014)



Martedì 28 LUGLIO 2015

Esami e ricoveri inappropriati. Ministero sta scrivendo il decreto: "Taglio stipendi ai medici e stretta a rimborsi per Tac, risonanze e riabilitazione". Ecco le misure

Queste, secondo quanto riporta La Stampa, alcune delle misure contenute nella bozza di decreto previsto dalla Manovra sanità, per ridurre esami, ricoveri e visite inappropriate per risparmiare 195mln l'anno. Circa 200 le analisi e 100 i ricoveri nel mirino. Obiettivo ridurre del 15% le prestazioni a carico dello Stato. Tagli agli stipendi dei medici che prescrivono gli esami a rischio inappropriatezza.

Una stretta al rimborso che riguarda circa 200 tra analisi e accertamenti diagnostici e 108 ricoveri che saranno considerati 'inutili' con l'obiettivo di ridurre del 15% le prestazioni a carico della sanità pubblica. È quanto prevede la bozza, di cui *La Stampa* ha evidenziato oggi alcune misure su cui sta lavorando il Ministero della Salute, del decreto previsto dall'ultima intesa Stato-Regioni (confluita nel DI Enti locali in discussione al Senato) su prestazioni e ricoveri inutili da cui si pensa di risparmiare 195 mln all'anno.

Per fare qualche esempio, prendiamo le analisi per misurare colesterolo e trigliceridi. Se vengono ripetute prima di 5 anni senza avere fattori di rischio specifici viene pagata dal cittadino o provoca tagli agli stipendi dei medici che le prescrivono in modo "inappropriato". Stretta anche su Tac (saranno a pagamento per esempio per vedere se si ha un'ernia), Risonanze magnetiche per cui non sarà più sufficiente un 'semplice mal di schiena' e ai test genetici che saranno rimborsati solo in caso venga diagnosticata prima una specifica malattia ereditaria.

Misure anche sui ricoveri. Per esempio sulla riabilitazione dove il rimborso ci sarà solo se c'è una correlazione clinica con il ricovero precedente, oppure in caso si riacutizzi una malattia importante. Nel mirino anche i ricoveri ospedalieri "ad alto rischio inappropriatezza" che si possono evitare per interventi che possono essere effettuati in day hospital o in regime ambulatoriale.

Domande & risposte

Entro un mese arriveranno i protocolli del ministro **Lorenzin** che vincoleranno le prestazioni a carico dello Stato. Di fatto, ci sarà una stretta rispetto al passato che riguarderà medici e malati

Meno ricoveri e fisioterapie rischio di pagare Tac e esami cosa cambia con il decreto

ROBERTO PETRINI

ROMA. Rivoluzione nella sanità, cambia tutto per esami di laboratorio, radiografie, Tac e risonanze magnetiche. Ma anche per terapie riabilitative e per i tradizionali ricoveri ospedalieri. Dopo il patto per la salute, recepito dal decreto enti locali, arriveranno entro un mese i protocolli del ministro **Lorenzin**. La sintesi è che dovremo pagare di tasca nostre molte prestazioni fino ad oggi gratuite. Vediamo quando e perché.

A QUALI ESAMI O RADIOGRAFIE AVREMO DIRITTO GRATUITAMENTE?

«Dottore, lei sa quel mio scompenso cardiaco, è vero che abbiamo fatto l'ecocardiografia a febbraio, sono passati sei mesi, ma io non mi sento molto bene. Che dice? Non è il caso di ripeterla?». La richiesta del paziente è quanto di più naturale: un po' di ansia, la necessità di essere semplicemente rassicurati, oppure la percezione reale di un sintomo. Sta al medico decidere, ovvero stava al medico. Da quando entreranno in vigore, tra circa un mese, i nuovi protocolli **Lorenzin** che mantengono a carico dello stato solo analisi di laboratorio e radiografie ritenute «appropriate» cioè utili, il medico dovrà attenersi a precise disposizioni patologiche per patologia, accertamento per accertamento. E se prima, ad esempio, avrebbe potuto prescrivere, 3-4 o anche più ecocardiografie all'anno, in futuro potrebbe doversi limitare ad una-due. Lo stesso potrebbe valere per le analisi per colesterolo e trigliceridi: se si ripeteranno prima di cinque anni dovranno essere pagate di tasca propria.

Spesso l'ansia, più o meno giustificata, dei pazienti si somma con i timori del medico e allora la spesa lievitata: è il caso classico del mal di schiena che fa scattare in molti casi la risonanza magnetica. Le regole della professione di Ippo-

crate dicono che in «scienza e coscienza» il medico debba individuare i «segni di allarme», poi aspettare qualche settimana e, se il paziente peggiora, procedere all'accertamento. Anche in questo caso, il ministero dovrà stabilire tempi standard tra la presenza del sintomo e l'accertamento, introdurre criteri di età e soprattutto individuare la patologia sospetta che dà diritto all'analisi gratuita: se si indaga per una semplice ernia si pagherà, mentre con tutta probabilità resteranno a carico del sistema sanitario nazionale i sospetti oncologici oppure le complicanze post-chirurgiche.

CHE COSA CAMBIA PER I MEDICI DI FAMIGLIA? E CHE RISCHI CORRERANNO?

Comunque sarà bene abituarsi all'idea che in futuro riceveremo più di "no" dal nostro medico di base. Difficile tentare di fare pressione sul medico: se non rispetterà i protocolli, per compiacere il paziente o perché vuole mettersi al riparo da grane giudiziarie, rischierà un taglio della propria remunerazione. Chi ha una mutua privata o un'assicurazione potrà sempre cavarsela, gli altri no. Rimarranno a coltivare il tarlo poco sopportabile dell'ansia e della preoccupazione. Ma c'è anche il caso che il sintomo sia vero e venga sottovalutato: allora la questione diventa assai delicata.

Mani legate per i medici? I protocolli non sono ancora noti ma è il concetto di «standard» che fa già discutere. Contrastare la prescrizione facile è piuttosto complicato: «Due pazienti che hanno la stessa patologia non sono uguali, possono esser affetti da altre malattie concomitanti: insomma solo il medico può decidere ciò che è meglio per il paziente», spiega Costantino Troise segretario dell'Anao (medici ospedalieri). «È importante che i criteri di appropriatezza se-

guano le evidenze scientifiche e non siano applicati in maniera burocratica altrimenti rischiano i pazienti, i medici e l'intero sistema sanitario», osserva Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe.

CHE LIMITI CI SARANNO ALLE TERAPIE RIABILITATIVE?

L'altra partita sulla quale dovremo abituarci a grandi cambiamenti, è la riabilitazione: di solito si pensa alla fisioterapia, ma è necessaria anche per patologie oncologiche e dell'apparato respiratorio. La prescrive il medico ospedaliero dopo un intervento o un ricovero: fino ad oggi non ci sono limiti, con i nuovi protocolli di appropriatezza, le sedute saranno circoscritte a seconda della reale e presunta necessità del paziente.

Ad esempio, la protesi d'anca, patologia piuttosto diffusa, che oggi può richiedere anche un mese e mezzo di terapie riabilitative potrebbe essere ridotta a seconda di età, gravità e altri parametri.

SARANNO RIDOTTE ANCHE LE DEGENZE OSPEDALIERE TRADIZIONALI?

Aspettiamoci pure, sperando fortemente di non incapparci, meno ricoveri ospedalieri classici e maggiori degenze a casa propria. Ci sono già 108 patologie che possono essere curate a casa con l'ausilio del Day-Hospital (vene varicose, sincope, disturbi dell'apparato digerente ecc.): il pronto soccorso ti prescrive la cura e ti rispedisce a casa applicando, dove funziona, una forma di assistenza a domicilio e, con una via vai di ambulanze per la città, medicazioni e cure giornaliere.

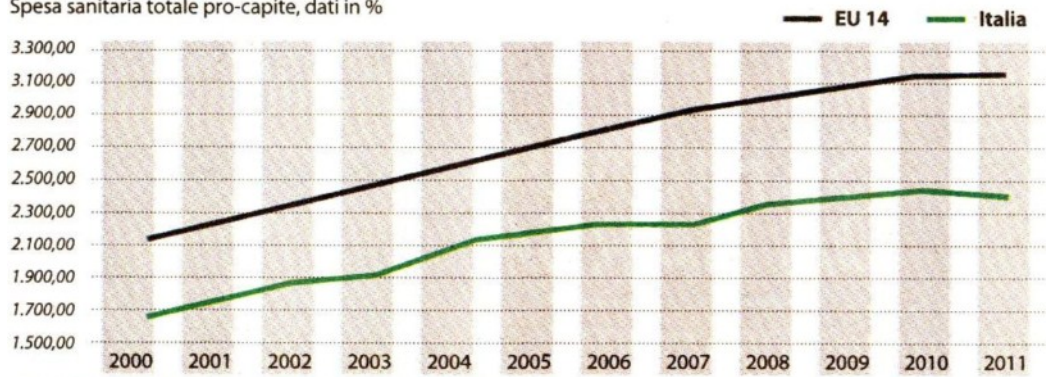
Ma se oggi ci sono dei margini di tolleranza percentuali fino al 40 per cento: da domani potrebbero non esserci più.

RIPRODUZIONE RISERVATA



La spesa sanitaria in Italia a confronto con la media europea

Spesa sanitaria totale pro-capite, dati in %



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD HEALTH DATA 2013

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Dl tagli: ecco il testo del maxi emendamento per la sanità

PDF [Il testo del maxi emendamento](#)



Ecco il testo del maxi emendamento per la sanità contenuto nel Dl Enti locali. Il testo non presenta grosse novità rispetto a quanto anticipato nei giorni scorsi.

Le misure della discordia, i tagli, le sanzioni salva-appropriatezza, così come l'articolo con le assunzioni all'Aifa e i fondi straordinari per il Giubileo, sono esattamente lì dove li avevamo lasciati prima del passaggio in aula.

IL TESTO

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

Sanità, Lorenzin assicura: "In Dl enti locali nessun taglio"

"Ancora si fa molta confusione: nel Dl enti locali non ci sono tagli, ma il recepimento di un'intesa votata da tutte le Regioni (altrimenti non sarebbe passata) con la volontà di rinunciare all'aumento del Fondo sanitario nazionale. E' stata una decisione delle Regioni, non del Governo", per evitare a loro volta i tagli imposti dalla legge di Stabilità 2015. Nel provvedimento oggi all'esame del Senato, comunque, "c'è una serie di misure positive". A dirlo all'Adnkronos Salute il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

"Non c'è nessun taglio previsto nemmeno per il 2016-2017 - ribadisce il ministro - l'ho detto in tutte le salse. Io ho sempre detto no a nuovi tagli, ma è necessario implementare il Patto della salute, attraverso il quale è vero che è possibile recuperare 10 miliardi di euro, che vanno però reinvestiti in sanità".

Secondo Lorenzin, "c'è più di un provvedimento positivo per il settore, come la norma che prevede la possibilità di assumere con concorso personale specializzato all'Agenzia italiana del farmaco", cosa che potrà velocizzare "i processi autorizzativi dei nuovi medicinali, visto che la preoccupazione di molti cittadini è che i farmaci autorizzati non sono poi disponibili".

"Inoltre aumentiamo le ispezioni nell'industria - sottolinea - e rendiamo così più sicuri i prodotti fatti in Italia, che diventano più esportabili, rendendo il nostro Paese più competitivo nei confronti di Germania" e altri Stati europei nel settore della farmaceutica.

Lorenzin si dice soddisfatta per il "fondo di 33,5 milioni di euro per la ristrutturazione dei pronto soccorso romani in vista del Giubileo speciale, e per l'acquisto di nuove autoambulanze e l'assunzione di personale come gli anestesisti che possano far fronte" all'afflusso di pellegrini nella Capitale.

"Contro esami inutili no sanzioni medici solo buon senso" - "Bisogna parlarci chiaro: le prescrizioni inutili costano ogni anno 13 miliardi di euro, che divisi per 60 milioni di persone fanno una vera e propria 'tassa'. Ma nel Dl enti locali" in esame oggi in aula al Senato "non sono previste norme sanzionatorie, ma solo misure di buon senso" spiega ancora Lorenzin.

"Attiveremo - avverte - dei protocolli consultando le società scientifiche e qualora si 'sgarri' dalle regole così elaborate per una corretta prescrizione diagnostica, ci potrebbero essere sanzioni, ma

assolutamente sostenibili. Allo stesso tempo il cittadino deve avere la certezza di ottenere le giuste prescrizioni, né troppe né troppo poche. Un principio che è dunque a tutela della salute delle persone".

"Dico ai medici - aggiunge il ministro - che stiamo rivedendo le norme su colpa medica e medicina difensiva, perché voglio pensare che questo eccesso di esami si verifichi per la paura di denunce e cause legali. Su questo aspetto interverremo, in commissione Affari sociali della Camera sono allo studio riforme ad hoc, volte ad attenuare l'effetto delle denunce, fatta salva la possibilità per un paziente di fare causa quando ce ne sono i motivi. E' un tema molto spinoso, su cui noi faremo la nostra parte, ma anche i medici devono fare la loro e attenersi a protocolli per le diagnosi. Poi si potrà sicuramente prevedere delle deroghe, se necessarie, valutando caso per caso. Ma se si vuole negare che in Italia c'è un eccesso di esami diagnostici, ci sono i dati a mostrare la verità", conclude.

In legge Stabilità norme per attuazione Patto salute. "Nella prossima legge di Stabilità mi aspetto che siano inserite misure per l'applicazione del Patto della salute. Ne abbiamo parlato per anni e siamo ancora fermi", auspica Lorenzin. "Come avvenuto l'anno scorso con la norma relativa sui commissari per la sanità regionale che non possono essere i presidenti di Regione, o con i regolamenti ospedalieri - ricorda - mi aspetto di poter inserire in legge di Stabilità le norme attuative del Patto".

«I 10 miliardi di nuovi risparmi saranno investiti nel sistema Ma c'è il rischio Ragioneria»

Lorenzin: Zaia accusa? Avevamo deciso tutto insieme

L'intervista

di **Lorenzo Salvia**

Quando si deve cercare una nuova copertura si parte sempre dalla sanità. Ma stavolta abbiamo già dato. Per il futuro di tagli lineari non se ne parla

ROMA «Luca Zaia mi chiede di mandare dei veneti a commissariare la sanità delle altre regioni. Io ho mandato in giro diversi lombardi, spero non si offenda. È sempre Lombardo-Veneto, no?». Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** sceglie l'ironia, o meglio il sarcasmo, per rispondere al governatore leghista che difendeva la sua regione, «virtuosa ma punita», dai tagli sulla sanità.

Eppure, ministro, quello veneto è uno dei sistemi sanitari migliori che abbiamo.

«Sicuramente è un buon modello, ma a chi si diletta di classifiche ricordo che, nella top 5, prima del Veneto c'erano le Marche. Era una regione più efficiente nel rapporto fra costi e servizi, ma ha rinunciato a svolgere il ruolo di benchmark, cioè di punto di riferimento, per un accordo politico. E poi

non si può cadere dal pero».

Cadere dal pero?

«Le misure sulla sanità sono state decise insieme alla Conferenza delle Regioni. E lì, negli ultimi anni, il Veneto ha avuto la presidenza della commissione salute, la Lombardia della commissione Bilancio. Sono queste due Regioni che di fatto hanno deciso la linea, compreso il taglio da 2,3 miliardi di euro su cui sono stata sempre contraria e di cui si discute adesso. Un accordo chiuso da tempo, anche se ora tutti si stracciano le vesti».

Nei prossimi cinque anni, però, dalla Sanità dovranno arrivare 10 miliardi. La protesta è su questo punto.

«Ma quelli non sono tagli. Sono soldi che vanno risparmiati nella Sanità ma che nella Sanità andranno reinvestiti, per rispondere alle nuove esigenze, come l'invecchiamento della popolazione, l'accesso ai nuovi farmaci, lo sblocco del turn over. È proprio la filosofia del patto della salute, approvato dalle Regioni il 2 luglio».

Per tagliare le tasse, però, il governo ha bisogno di 35 miliardi di euro nei prossimi tre anni. Non c'è il rischio che almeno una parte dei risparmi vengano usati per questo?

«Dobbiamo ragionare al contrario. Di quanti soldi abbiamo bisogno per garantire una sanità più efficiente e più aderente ai nuovi bisogni? Se servono dieci miliardi ce li teniamo tutti. Se avanza qualcosa, quel qualcosa può essere usato per altro».

Quindi il rischio c'è?

«Come diceva James Bond, il rischio è il mio mestiere. Quando deve cercare nuove coperture, la Ragioneria generale dello Stato parte sempre dalla spesa


sanitaria: è quella più conosciuta, quella aggredibile più facilmente. Ma la sanità ha già dato. Per il futuro di tagli lineari non se ne parla».

I 2,3 miliardi per il 2015, però, sono un taglio lineare. Per di più da realizzare nei pochi mesi che mancano alla fine dell'anno. Anche il servizio Bilancio del Senato ha detto che non sarà facile.

«Mi rendo conto che è un'operazione complessa. Ma l'accordo poteva essere chiuso già a gennaio, avendo più tempo a disposizione per raggiungere il risultato. Sono stati proprio i governatori a prendere tempo in una trattativa andata avanti per mesi e poi sospesa per l'incombere delle elezioni regionali. Credo che avendo deciso le cose da tempo, tutti abbiano già fatto i conti».

Però è un taglio lineare.

«Sono misure di efficientamento. E ricordo che nell'ultima legge di Stabilità sono state sempre le Regioni a rinunciare ad un aumento di 2 miliardi del fondo sanitario che avrebbe praticamente compensato questa riduzione. Hanno preferito usare quei soldi per altre voci di spesa. Legittimo però facciamo attenzione: se non si fanno le riforme con il finto alibi dei tagli, poi i tagli arrivano davvero. E anche più pesanti».

 **@lorenzosalvia**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



Beatrice Lorenzin, 43 anni, tra i fondatori del Nuovo centrodestra, è stata ministro della Salute nel governo Letta (dal 28 aprile 2013 al 22 febbraio 2014) ed è stata riconfermata con il governo presieduto da Matteo Renzi



La Tac non serve? Paga il medico Sanità, sforbiciata da 2,3 miliardi

Sì del Senato al decreto Enti locali. Polizza per i pellegrini del Giubileo

I camici bianchi sulle barricate «Salute degli italiani peggiorerà»

«I risparmi ottenuti tagliando ciecamente risorse alla sanità verranno dilapidati perché i cittadini godranno di una salute peggiore». Così Claudio Cricelli, presidente dei medici di famiglia (Simg)

Silvia Mastrantonio

■ ROMA

ALLA FINE la fiducia è passata e i senatori-bagnanti riottosi a rientrare il lunedì (era mancato più volte il numero legale) hanno trascorso il martedì sugli scranni di Palazzo Madama. 163 voti a favore, 111 contrari e nessun astenuto fanno incassare al governo il primo sì al decreto sugli enti locali, divenuto contenitore anche dei nuovi risparmi sulla Sanità. Ora il dl dovrà andare alla Camera e viaggiare spedito per essere convertito entro il termine del 18 agosto.

Il provvedimento contiene novità che hanno fatto promettere ai sindacati dei medici un autunno caldo e prospetta una «razionalizzazione» - «Non sono tagli» insiste il ministro **Lorenzin** - per 2,3 miliardi per il 2015 e altrettanto per i due anni successivi. «Si tratta di quanto stabilito dalla conferenza Stato-Regioni nella riunione del 2 luglio», assicura il ministro **Boschi**. Ma non tutti i governatori sono d'accordo, leghisti in testa.

LE NOVITÀ più pesanti riguardano l'assistenza sanitaria, ma c'è anche un capitolo *ad hoc* per i pellegrini del Giubileo. I turisti, con 50 euro, potranno assicurarsi una polizza globale che li copra per tutte le spese sanitarie. Ancora Giubileo: 33,5 milioni di euro alla Regione Lazio per la rete ospedaliera.

Sempre in tema sanitario le Regioni potranno rinegoziare i contratti per le forniture; le fatture dovranno essere trasmesse al Mef e le aziende fornitrici potranno vedersi addebitato l'eventuale sforamento del tetto di spesa. Saranno rivisti anche i prezzi dei farmaci, ma è sulle «prescrizioni inappropriate» che l'esecutivo conta di operare i maggiori risparmi introducendo dei protocolli. Analisi, Tac e risonanze potranno essere richieste per patologie specifiche, secondo una tabella che il **ministero della Salute** dovrà emanare entro i 30 giorni successivi all'approvazione definitiva del provvedimento.

Rischia, con questa rivoluzione, il medico responsabile di troppe prescrizioni. Potrà giustificare la propria decisione motivandola, ma se

il suo operato non sarà ritenuto adeguato, il professionista potrebbe vedersi sottrarre, dalla busta paga, il costo dell'esame diagnostico non pertinente.

IL TUTTO, secondo **Lorenzin**, dovrà servire a debellare la piaga della «medicina difensiva», ovvero la manica larga dei medici nelle prescrizioni per mettersi al riparo da eventuali cause da parte dei pazienti. Un sistema che, secondo una ricerca Agenas, viene utilizzato dal 58% degli ospedalieri.

Il dubbio delle opposizioni è che questa rivoluzione si traduca in una mazzata per i ceti più svantaggiati. Ed è su questa ingiustizia, o su questo sistema per nascondere l'introduzione surrettizia di un enorme ticket mascherato, che insistono in molti. Come la senatrice **Maria Rizzotti** di FI, medico e vicepresidente della commissione Sanità del Senato. «È un provvedimento vergognoso che non farà che accentuare il disagio sociale in tempi in cui sempre meno persone si rivolgono ai medici di famiglia o acquistano farmaci perché non se lo possono permettere».



2,3 miliardi di euro

La 'razionalizzazione' già decisa dalla conferenza Stato-Regioni ai primi di luglio porterà 2,3 miliardi di risparmi in Sanità. Le Regioni rinegozieranno i contratti per le forniture

50 per cento

L'eventuale superamento del tetto di spesa sanitaria regionale sarà posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per il 40% nel 2015, il 45% nel 2016 e il 50% decorrere dal 2017.



Al Senato passa la fiducia (163 sì, 111 no) sul decreto Enti locali - Scontro con le Regioni

Sanità, ok alla stretta da 2,3 miliardi

Riforma bis delle Province: scatta la mobilità per 10mila dipendenti

Con 163 voti favorevoli e 111 contrari al Senato è passata la fiducia al decreto Enti locali, che va ora alla Camera per il via libera definitivo, ma non si attendono modifiche. Passa dunque la stretta alla sanità che prevede tagli per 2,3 miliardi, ma è scontro con le Regioni. Nel decreto anche la riforma bis delle Province: scatta la mobilità per 10mila dipendenti.

Trovati Turno - pagine 4 e 5

Sanità, sì del Senato ai 2,3 miliardi di tagli

È scontro con le Regioni - Boschi: misure concordate con i governatori - **Lorenzin**: obiettivo recuperare efficienza

Primo via libera da Palazzo Madama

Ok alla fiducia con 163 voti favorevoli e 111 contrari
Il testo va alla Camera ma non si attendono modifiche

La stretta

Sugli acquisti di beni, servizi e dispositivi risparmi da 1,33 miliardi. Nel mirino gli esami inutili

I GOVERNATORI

Maroni: «Alla dichiarazione di guerra, risponderemo con la guerra». Rossi: «Attenzione alla sanità, è un meccanismo di sicurezza per tutto il Paese»

Roberto Turno

ROMA

Primo sì per il decreto legge 78 sugli enti locali con tagli da 2,35 mld incorporati in corso d'opera con un emendamento del Governo frutto dell'Intesa con le regioni. Ieri il Senato ha approvato la fiducia con 163 voti favorevoli e 111 contrari, in tutto quaranta assenti al voto, anche del Pd. Per il decreto, che scade il 18 agosto, scatta la corsa contro il tempo per l'esame della Camera in poco più di una settimana al massimo, prima della chiusura per la pausa estiva da venerdì 7 agosto.

La pre-manovra 2016 sulla sanità contenuta nel maxi emendamento governativo presentato ieri in aula, conferma in pieno il testo approvato in commissione e, in sostanza, ribadisce i contenuti dell'accordo tra palazzo Chigi e i governatori. Con un pressing forte su acquisto di beni e servizi e dispositivi medici che contribuiranno per 1,33 mld sul totale. La stretta contro gli esami inutili per le "buone prescrizioni" anti-spreco di specialistica ambulatoriale con tanto di sanzioni possibili per i medici che non rispetteranno le regole. Le rinegoziazioni dei prezzi per i farmaci, in attesa che con la manovra 2016 si ridefiniscano le partite su tetti di spesa e pay back anche per bypassare le bocciature del Tar Lazio. Ben 241 assunzioni all'Aifa, l'Agenzia del farmaco. Le liquidità in arrivo nel Lazio per le emergenze sanitarie legate al prossimo Giubileo. Il taglio di 2,352 mld, previsto dal decreto «a decorrere dal 2015», indica alle regioni (che potranno usare anche altre leve, come già stanno facendo, ma a parità di saldo

finanziario) la strada per riuscire a far fronte alla contemporanea riduzione di 2 mld del Fondo sanitario di quest'anno.

Ieri la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha difeso una volta di più a spada tratta il decreto. E ha anche teso una mano ai medici, aprendo le porte a un possibile ammorbidimento in corso di attuazione delle nuove regole sulle sanzioni ai dottori "spreconi". «Nessun taglio, e nemmeno per il 2016-2017, ma misure di efficientamento che porteranno dei risparmi da reinvestire nel settore», giura Lorenzin. «I risparmi non sono tagli», aggiunge, rilanciando il «Patto per la salute 2014-2016», al palo da tempo, in vista della legge di Stabilità 2016. Un «Patto», ha ricordato la ministra, che già incorporava ipotesi di risparmio per 10 mld in cinque anni. Come dire, nessuna novità nonostante le polemiche sulla maxi manovra ventilata questi giorni. Tutto «concordato» con le regioni, come l'Intesa e dunque il decreto votato ieri, è la risposta della ministra della Salute ma anche della collega Maria Elena Boschi alle critiche di queste ore arrivate anche dalle regioni, in particolare di centrodestra. Ma i nuovi tagli il pressing di cui si parla dell'Economia? «Non ci sono ipotesi di taglio, non mi risulta e non mi è stato ventilato», assicura **Lorenzin** all'Ansa. «Le regioni hanno deciso di rispondere al taglio della manovra, riducendo il Fondo sanitario. Io non l'ho mai voluto». E quanto alle contestazioni dei medici che promettono un autunno caldo nega che per i cattivi prescrittori ci saranno sanzioni sullo stipendio: toccherà la retribuzione di risultato, precisa. E in ogni caso «assolutamente sostenibili», con protocolli di prescrizione che chiameranno in causa le società scientifiche e sanzioni che saranno prese solo dopo un contraddittorio con l'azienda sanitaria. «I medici devono fare la

loro parte e attenersi ai protocolli, per la tutela della salute. Poi si potranno sicuramente prevedere delle deroghe, valutando caso per caso», già media la ministra.

Promessa che per il momento non rassicura tutti, anzi. Roberto Maroni, governatore leghista lombardo, si chiede dove sono finiti i costi standard e promette che «alla dichiarazione di guerra del Governo, risponderemo con la guerra». Il toscano Enrico Rossi (Pd) chiede «attenzione ad accanirsi sulla sanità che è un meccanismo di sicurezza per tutto il Paese», indicando la strada dei tagli alle super pensioni. I principali sindacati degli ospedalieri (Anao) e di medici di famiglia (Fimmg) promettono mobilitazioni autunnali. E nel Pd si confrontano anime diverse. La presidente della commissione al Senato, Emilia Grazia De Biasi, nega che «nel decreto ci sia un taglio di 7 miliardi, ma risparmi per 2,3». Mentre la capogruppo Dem nella stessa commissione, Nerina Dirindin, proprio contro il decreto ha presentato le dimissioni (respinte per ora) al capogruppo Zanda. Intanto oggi **Lorenzin** risponderà al question time alla Camera proprio del suo gruppo, che vuole sapere dove va la barca della sanità con la manovra. «Tranquillizzare, negare i tagli ed esaltare la lotta agli sprechi», resterà anche oggi la parola d'ordine di palazzo Chigi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





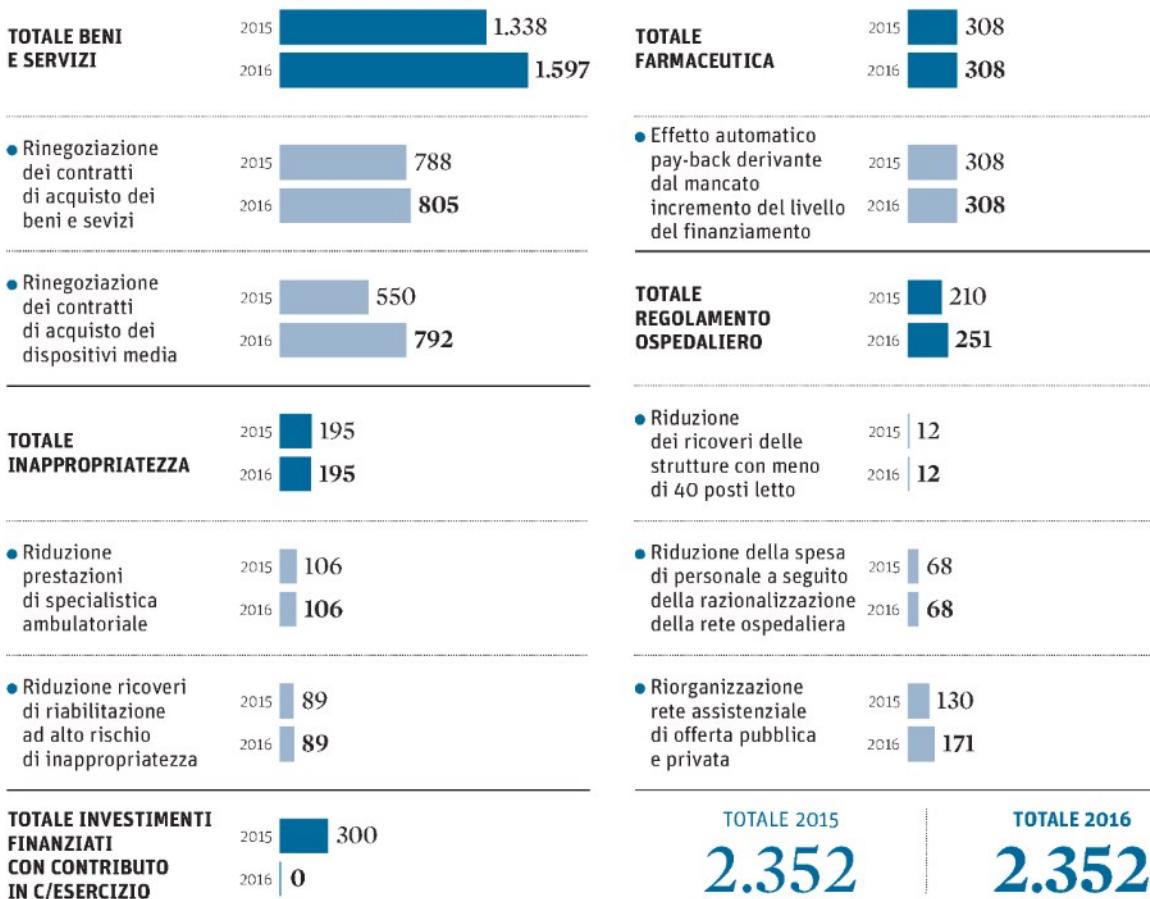
Medicina difensiva

● Si intende con questa espressione l'iper prescrizione di esami clinici da parte dei medici per tutelarsi da eventuali cause. Il ministro **Beatrice Lorenzin** ha detto che il costo di questa pratica è di 13 miliardi l'anno. Non è buono il rapporto tra camici bianchi e medicina difensiva. Secondo una ricerca condotta dall'Ois (Osservatorio internazionale della sanità), realizzata in collaborazione con l'Omceo di Roma, ben il 78,9% dei medici italiani ha paura di incorrere in una controversia pretestuosa. Di conseguenza, per il 72,2% degli intervistati rappresenta una necessità tutelarsi con una polizza comprensiva della tutela legale completa.

I risparmi e i bilanci delle Regioni

LA MANOVRA SANITARIA PREVISTA NEL DECRETO ENTI LOCALI

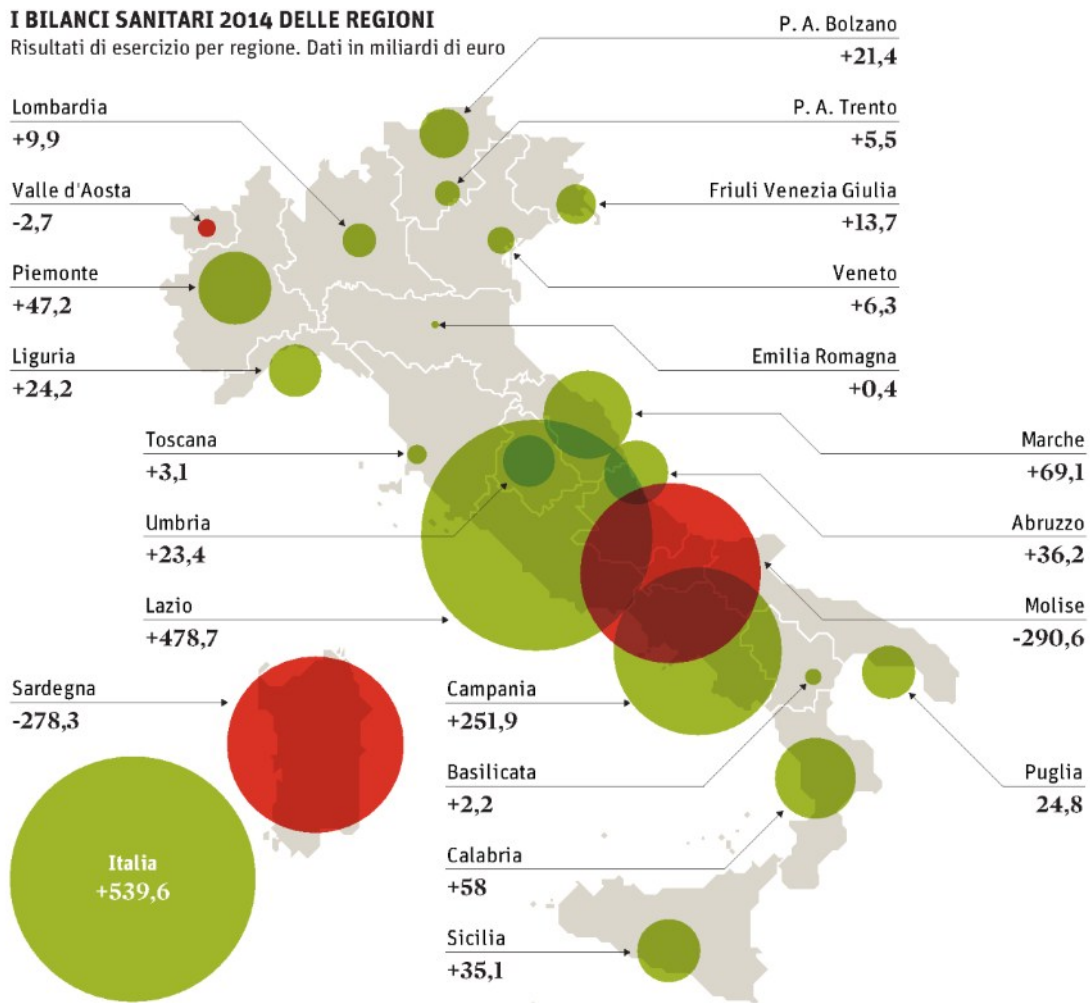
Dati in milioni di euro



Fonte: Corte dei Conti

I BILANCI SANITARI 2014 DELLE REGIONI

Risultati di esercizio per regione. Dati in miliardi di euro



INEFFICIENZE E CATTIVE PRATICHE

Sprechi per 25 miliardi e un'ecografia in Veneto costa il doppio che in Toscana

Secondo il Censis i ricoveri ospedalieri inappropriati pesano un miliardo e mezzo all'anno. Il 60% dei medici ricorre alla medicina difensiva: incide fra i 9 e 10 miliardi annui

Massimo Solani

Che qualcosa non funzioni, lo dicono i numeri. Ad esempio se, stando ad una indagine di Altroconsumo, per una ecografia addominale eseguita in una struttura privata la Toscana spende 59,50 euro mentre il Veneto addirittura 111,65. Oppure se per elettrocardiogramma la Puglia paga 10,81 euro mentre il Friuli 15. E ancora le visite specialistiche, che alle Marche pesano 16,50 euro ciascuno e al Piemonte 30 euro. Sono dati come questi, allora, che spingono il governo ad intervenire per razionalizzare le risorse e tagliare gli sprechi della sanità a caccia di un risparmio di 7 miliardi in tre anni. Una operazione che muove da una evidenza segnalata a più riprese da economisti, agenzie e specialisti del settore: gli sprechi, infatti, si mangiano ogni anno una fetta mostruosa delle risorse (poche comunque, anzi pochissime stando al confronto con gli altri partner europei) che l'Italia investe sulla sanità. Addirittura il 23% secondo la fondazione Gimbe: 25 miliardi dei 111 messi a bilancio nel 2014. Di questi, secondo Gimbe, «il 30%, circa 7,69 mld, viene assorbito dal sovrutilizzo di interventi sanitari inefficaci, inappropriati o dai costi elevati rispetto ai benefici reali». Un dato addirittura prudenziale, stando almeno ai conti fatti da Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari) secondo i quali in Sicilia, Umbria, Marche e Lombardia 6 medici su 10 prescrivono esami e visite "superflui" per timore dei contenziosi legali. Si chiama "medicina difensiva", ed è problema piuttosto grave se è vero che, secondo i dati Agenas, il suo impatto sui conti del sistema Sanitario Nazionale oscilla fra i 9 e 10 miliardi di euro, circa 165 euro pro capite. Una voce di spesa composta principalmente da esami strumentali (25%), esami di labo-

ratorio (23%), farmaceutica (14%) e visite specialistiche (11%). Ma se l'Agenzia stima un'incidenza di queste spese sul Pil pari allo 0,75%, addirittura spaventoso è il calcolo fatto dagli economisti del Censis di Tor Vergata, secondo i quali la medicina difensiva potrebbe costare allo Stato addirittura 20 miliardi di euro. Per questo, e proprio sulla base di questi numeri, il governo ha deciso di intervenire tagliando le prestazioni "inappropriate" (il ministro Lorenzin entro un mese dovrà indicare per decreto le "condizioni di erogabilità") e responsabilizzando i medici anche attraverso la previsione di "multe" per chi non si attiene alle direttive e esagera con le prescrizioni di esami o visite non necessari.

Del resto, secondo numerosi studi, degli oltre 100 milioni di esami di esami radiologici eseguiti in Italia ogni anno, la percentuale di quelli parzialmente o totalmente ingiustificati si aggira fra il 30 e il 50% mentre secondo la Società italiana di medicina Interna dei 64 milioni di visite specialistiche annue, che pesano per circa un miliardo di euro sul Sistema Sanitario, il 10% almeno sarebbe inappropriato.

Altro punto su cui il governo punta a risparmiare è quello relativo ai ricoveri ospedalieri inutili su cui è pronta già una stretta con l'individuazione di 108 tipologie «ad alto indice di inappropriatazza», interventi che potrebbero concludersi in day hospital e che invece si risolvono in inutili (e costosi, sistema una pesa da 500 euro al giorno) ricoveri. Anche in questo settore, gli studi confortano le tesi del **ministero della Salute** visto che, secondo il Censis Tor Vergata, oltre il 6% dei ricoveri, più di un milione e mezzo, sarebbero totalmente inutili. Con un danno stimato che si aggira attorno al miliardo di mezzo di euro.

Altro capitolo del piano del governo quello relativo al taglio del 5% dei contratti di fornitura, anche a quelli in essere. Una misura che va ad insistere in un settore in cui, secondo la Fondazione Gimbe, si sprecano ogni anno 4 miliardi (il 16% del totale) «nell'acquisto di tecnologie sanitarie, farmaci e strumenti medici e di beni e servizi non sanitari, come mense e lavanderie, a costi eccessivi, non standardizzati da un capo all'altro della Penisola».



L'intervento

«Il diritto alla salute va sostenuto con le assicurazioni integrative»



Giorgio Squinzi

Il dibattito di questi giorni sul futuro del modello sanitario e sulla sua spesa è una questione di primaria importanza per il Paese, per ciascuno di noi e per la nostra economia. La salute è, infatti, un diritto inalienabile dell'uomo.

A pag. 7

L'intervento Giorgio Squinzi

«Serve il pilastro integrativo, rivedere le detrazioni fiscali»

►La proposta del leader di Confindustria ►Il nuovo modello basato su libera scelta per assicurare sostenibilità al sistema di cura e integrazione pubblico-privato

LA FILIERA INDUSTRIALE DEL COMPARTO GIÀ MOLTO PENALIZZATA CON NUOVI TAGLI TANTE IMPRESE ANDRANNO ALL'ESTERO

Il dibattito di questi giorni sul futuro del modello sanitario e sulla sua spesa è una questione di primaria importanza per il Paese, per ciascuno di noi e per la nostra economia. La salute è, infatti, un diritto inalienabile dell'uomo e garantire la condizione di benessere è uno dei compiti fondamentali di ogni Stato, specchio del suo livello di civiltà. Le statistiche in parte ci confortano perché lo stato di salute della popolazione italiana è buono e i servizi del sistema sanitario sono ancora di discreta qualità. Altri indicatori dicono però che l'universalità del servizio è più nominale che altro, che nel Mezzogiorno ci sono situazioni critiche con mobilità dei pazienti dove la sanità è migliore e che le liste d'attesa restano un problema serio. Il sistema della salute è in altri termini mediamente accettabile, ma tende a farsi sempre più diseguale, con il rischio di trovarci tra non molto

con una buona sanità per i cittadini più abbienti e una scadente per quelli con meno mezzi.

Oltre ad essere un pilastro di ogni moderna democrazia, quella della sanità rappresenta una filiera assai vitale della nostra economia: vale circa l'11% del Pil e conta più di un milione di addetti. Ha livelli di export, di ricerca e sviluppo molto alti, una qualità del lavoro e una produttività tra le migliori dell'economia nazionale, realtà pubbliche e private di assoluto valore. In Italia la spesa pubblica procapite è tra le più basse e quella privata tra le più elevate tra i paesi Ocse. Seguendo una logica di puro risparmio, negli ultimi anni la spesa è stata ridotta a suon di tagli lineari, penalizzando i settori privati della filiera. Più di 10 miliardi di tagli sono ricaduti sulle imprese a partire dal 2012 e i 2,3 miliardi di riduzione della legislazione corrente a decorrere dal 2015, come di consueto, prevedono di nuovo tagli per le imprese private. Sempre le esigenze di finanza pubblica hanno comportato per le imprese maggiorazioni Irap, ingenti debiti verso i fornitori della sanità che non vengono ancora ripagati nei tempi previsti dalla direttiva europea e l'introduzione di perversi meccanismi

di restituzione da parte dei privati come il cosiddetto pay-back. Pensare di risolvere la sostenibilità del sistema salute in questi termini renderà certa il rischio che interi segmenti industriali della filiera trasferiscano altrove la produzione. Il Paese perderebbe valore, occupazione qualificata e investimenti, diventeremmo una realtà dove la salute si cura all'estero, con effetti penalizzanti anche sulla crescita. Non credo sia desiderio di alcuno che questo accada e occorre che nell'agenda politica al tema "salute" ci si avvicini con la consapevolezza non solo della qualità delle prestazioni del sistema pubblico, ma anche degli effetti sull'economia e sulle imprese della filiera.

IL PIANO

La nostra proposta ha come



obiettivo la sostenibilità complessiva del sistema a partire dal servizio nazionale pubblico, il soggetto che per primo dovrebbe avere interesse a combattere sprechi e inefficienze, ridurre le prescrizioni inutili, difendere la reale universalità del diritto alla salute. Il tema dell'efficienza è fondamentale ma, da solo, non è in grado di risolvere il problema del finanziamento a medio-lungo termine della domanda di salute dei cittadini. La nostra proposta non ha alcun obiettivo di privatizzazione, perché non considera la salute un bene scambiabile con il solo meccanismo di prezzo, ma guarda alla sostenibilità e all'equità complessive, sposta l'analisi dalla spesa sanitaria pubblica a quella totale, privata compresa. Il soddisfacimento della domanda di salute dei cittadini è infatti già oggi sempre più caratterizzato da un sistema di finanziamento misto pubblico/privato, un ele-

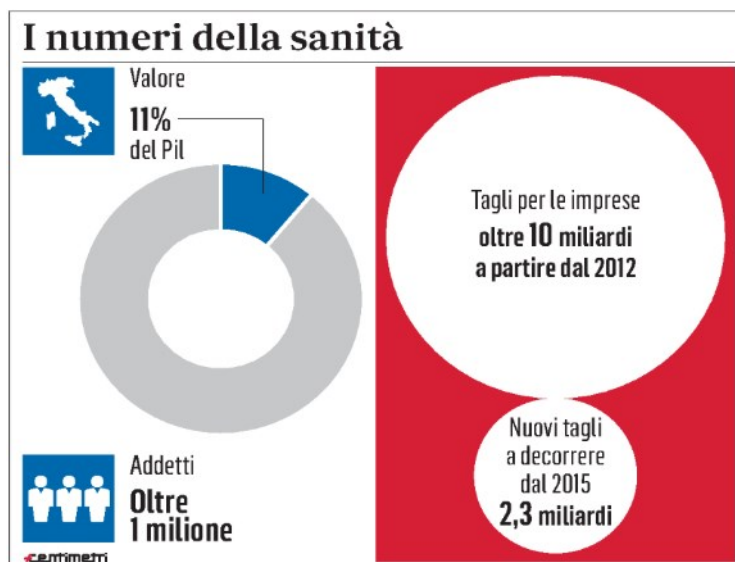
mento che assumerà un peso crescente soprattutto alla luce della restrizione dell'intervento pubblico nel campo della salute. Molta della spesa privata attuale è pagata in contanti, non è efficiente e drena risorse delle famiglie all'economia. Organizzare un "secondo pilastro" privato e integrativo può contribuire alla sostenibilità e alla piena esigibilità del diritto alla salute, bilanciare la composizione della spesa e rendere più efficiente il sistema sanitario nel suo complesso.

La massa critica di consolidamento del modello che noi proponiamo può essere raggiunta con idonee politiche fiscali che favoriscano l'afflusso di risorse da parte delle famiglie e dei lavoratori verso il "secondo pilastro" piuttosto che verso forme cash di spesa, nonché con un impegno crescente da parte delle imprese, compensato sul piano fiscale. Il costo di una tale politica

per lo Stato può essere minimo o nullo. Si tratta di operare una revisione dei benefici fiscali già oggi esistenti in materia di spese sanitarie e di sfruttare i vantaggi connessi all'emersione di una quota di sommerso.

La sostenibilità del sistema di salute nelle sue diverse componenti, la difesa dei nostri valori industriali e di assistenza non sono variabili in conflitto, ma al contrario una grande opportunità di crescita della società, del lavoro e dell'economia. A una condizione, però, condividere un progetto di lungo termine fondato sulla libera scelta di cura e l'integrazione pubblico-privato, che consideri finalmente la filiera della salute come un patrimonio di tutti. In caso contrario non faremmo un buon servizio alla salute pubblica e ci priveremmo di una delle leve migliori per far tornare la crescita in Italia.

Giorgio Squinzi



Sondaggio L'80% ha paura di denunce pretestuose dai pazienti

I camici bianchi temono le cause

Rischi

Nel 2014 oltre il 15%

è stato chiamato in giudizio

■ Il piano della sanità che prevede tagli per 3,2 miliardi contiene anche un giro di vite alla cosiddetta «medicina difensiva» che costa circa 13 miliardi l'anno. L'obiettivo del governo è mettere un freno al fenomeno delle visite e delle analisi ingiustificate.

Il rischio però è che i medici, pur di non incorrere nelle sanzioni, facciano un giro di vite superiore al dovuto. I camici bianchi si troveranno stretti tra il pericolo di incappare in una controversia giuridica con il paziente su mancate prescrizioni e la tagliola prevista dal piano della sanità.

Chi non rispetta i tetti previsti sulle analisi potrebbe anche essere sanzionato con la riduzione dello stipendio.

L'Osservatorio internazionale della sanità, in collaborazione con con l'OMCeO di Roma, ha realizzato un sondaggio tra i medici dal quale emerge che il 78,9% dei medici italiani ha paura di incorrere in una controversia pretestuosa. Di conseguenza, per il 72,2% degli intervistati rappresenta una necessità tutelarsi con una polizza comprensiva della tutela legale completa.

Alessandro Solipaca, direttore scientifico di O.I.S. spiega che «la categoria dei medici si dimostra molto attenta ai rischi legati all'attività professionale. Infatti, ben l'86,8% degli

intervistati aveva stipulato un'assicurazione già prima dell'entrata in vigore dell'obbligo normativo previsto per i medici del settore privato. Questo dato conferma l'elevata percezione del rischio da parte dei medici e trova riscontro nelle effettive controversie che questi sono costretti a fronteggiare nello svolgimento della professione».

Dal sondaggio emerge che «il 15,3% dei camici bianchi intervistati ha avuto, almeno una volta nella carriera, una controversia con un proprio paziente: è una percentuale elevata, se valutata dal punto di vista del professionista, ma non giustifica, da sola, i premi richiesti da alcune compagnie assicurative».

Ad ogni modo, è evidente come i medici siano spinti a stipulare un contratto assicurativo comprensivo della copertura della tutela legale (che come detto sono il 72,2%) al fine di evitare di incorrere in una richiesta di risarcimento da parte di un paziente anche per motivi non legati alla propria responsabilità.

È questo, infatti, il timore maggiore di quattro medici su cinque. L'80% è preoccupato di ricevere denunce dai propri pazienti per ottenere vantaggi economici.

La maggior parte dei camici bianchi preferisce non avere una franchigia per il risarcimento dei danni e ritiene che la polizza assicurativa dovrebbe essere anche retroattiva alla data della stipula fino a due anni.

L.D.P.

