

# Farmaci, risparmi per 70 milioni

**Cota e l'assessore Monferino** annunciano il recupero per il 2012 "Niente tagli, razionalizziamo gli acquisti"  
"Troppi anche i sistemi informatici di archiviazione che non consentono di **confrontare prezzi e tipi di forniture**"

# 800

## milioni l'anno

**E' il costo sostenuto  
ogni dodici mesi  
dalla nostra Regione  
per acquistare medicinali  
necessari ad Asl e ospedali**

**L'APPALTO**

La gara è quadriennale  
con un rinnovo previsto  
ogni dodici mesi

**ALESSANDRO MONDO**

Nel 2012 la Regione comprerà la stessa quantità di **farmaci** di quest'anno risparmiando oltre 70 milioni. «Nessun taglio, soltanto un'ottimizzazione degli acquisti per trovare nuove risorse che abbiamo un disperato bisogno di liberare dall'ambito sanitario per dirottarle su quello socio-assistenziale», spiega l'assessore regionale alla Sanità, Paolo Monferino.

L'annuncio è stato dato ieri durante la conferenza stampa cui ha preso parte anche il presidente della Regione, Roberto Cota, e il neo direttore dell'Aress, Claudio Zanon, e il presidente della società di committenza regionale cui è affidata la gestione degli appalti, Domenico Arcidiacono. La novità è che la gara quadriennale - rinnovabile e rinegoziabile ogni 12 mesi - punta su un unico punto di stazione appaltante: con un occhio alla vicina Lombardia e l'altro a criteri che richiamano quelli in uso nelle aziende private. I numeri: 2103 lotti; 110 società partecipanti (su 150-160 in Italia); 2020 miliardi l'importo presunto a base di gara per quattro anni. In particolare, sul 2012, l'importo aggiudicato è stato di 302 milioni rispetto a un importo a base di gara di 376,5 milioni (suddiviso in 1557 lotti). Il ribasso è di 74,5 milioni risparmiati, a parità di qualità dei prodotti farmacologici.

La riprova, secondo Cota, è che centralizzando gli acqui-

sti in capo a un unico ente specializzato negli approvvigionamenti (erano 21), incentivando la concorrenza e applicando alla Sanità piemontese strategie manageriali si possono recuperare cifre a sei zeri. «Bisogna lavorare come in qualsiasi azienda che si rispetti - ha aggiunto Monferino, forte della sua carriera all'Iveco -: i "buyers" comprano alle migliori condizioni sulla base delle specifiche definite dai tecnici. La Sanità non fa eccezione».

Non a caso, per la Regione, il risultato della gara appena conclusa non è un punto di arrivo ma di partenza. Ora si lavorerà per guadagnare nuovi margini di risparmio nel settore **farmaceutico**, che ha un costo di 800 milioni l'anno, unitamente ad altri capitoli di spesa: vedi le gare relative all'acquisto dei dispositivi medici variamente intesi, pure queste disposte con la nuova modalità.

Il condizionale è d'obbligo ma non si esclude di recuperare un altro 5%, equivalente a un risparmio di altri 100 milioni l'anno. «Tanto per rendere l'idea - è intervenuto Cota -, parliamo del costo del servizio del 118». I fronti di attacco non mancano. Delle gare abbiamo detto: comprese, in prospettiva, quelle per i materiali ortopedici. Emblematico il caso dei 720 sistemi informatici di catalogazione delle attrezzature e dei **farmaci** nelle Asl e negli ospedali - «roba mai vista», assicura l'assessore -, con codici e costi diversi a fronte di prodotti sovente identici o complementari. Si prevedono rispar-

mi anche sull'introduzione dei **farmaci** monodose: la prassi nei Paesi europei più avanzati; una prateria inesplorata in Piemonte e nel resto d'Italia.

Altrettanto promettente, per le sue implicazioni, la centralizzazione dei magazzini dei **farmaci**: dagli attuali 100 a 10-20 nel giro di qualche anno, sapendo che l'obiettivo finale è ridurli ulteriormente a uno, massimo due. «Il che - spiega Arcidiacono -, implica la scelta di aree ben collegate per evitare che le risorse risparmiate grazie alla centralizzazione dei magazzini non vengano mangiate dall'aumento dei costi della distribuzione». Una volta a regime, il modello prevede una-due strutture ad Alessandria o a Novara.

Insomma: qualcosa è stato fatto, molto resta da fare per tamponare la spesa sanitaria. Ma i primi segnali sembrano incoraggianti. E questo, nonostante l'obiettivo di risparmio del 2011 non sia stato centrato completamente: poco meno di 100 milioni risparmiati a fronte dei 140 previsti. Per dirla con Cota, «in 15 anni è la prima volta che i costi della Sanità non soltanto non salgono ma si ridimensionano: siamo appena al principio».



**Le tecnologie**

Cuore, glicemia,  
hiv, gravidanza  
Tutte le App  
della salute

CAPPELLA E PINI

# Tecnologia

**Pressione del sangue, misurazioni varie** da inviare al proprio medico e persino il prototipo con sensori che **trasforma il cellulare in un elettrocardiografo tascabile. E per sieropositivi, nella giornata Aids, ecco il "salva-hiv"**

## Dal cuore alla glicemia i controlli a tutta App

VANESSA CAPPELLA

**A**

vreste mai pensato di poter controllare la pressione del sangue, il battito del cuore, il livello di glicemia e altro ancora con il vostro smartphone? Oggi è possibile grazie alle App (abbreviazione di "applicazioni"), ovvero quei programmi che, una volta scaricati e installati, sono in grado di accrescere le potenzialità del telefono. In Rete ce ne sono per tutti i gusti e le necessità, sia gratis che a pagamento, e la ricerca è in continuo divenire. Proprio oggi viene lanciata Hiv-Bookmark: realizzata in occasione della giornata mondiale contro l'Aids dalla onlus dei sieropositivi Nps Italia, quest'applicazione permette la geolocalizzazione Gps con invio di sms in caso di necessità ed è dotata di una triplice agenda, di una lista di **farmaci** e di centri per le malattie infettive. Ma la vera rivoluzione riguarda le App che consentono un monitoraggio diretto della propria condizione fisica e la comunicazione via e-mail o sms con il medico curante. Mentre PressioneSangue registra, archivia e analizza con sei differenti tipi di grafici tutte le misurazioni inserite dall'utente, iHealt BP3 trasforma il proprio iPhone o iPad in un vero e proprio misuratore di pressione, grazie all'ausilio di uno strumento che consente di rilevare in 31 secondi pressione e battito cardiaco. Le sorprese per il nostro cuore, però, non finiscono qui: è stato realizzato dal prof. David Atienza nei laboratori Epfl di Losanna un sistema in grado di trasformare lo smartphone in un elettrocar-

diografo tascabile attraverso dei sensori specifici posti sulla pelle e collegati via wireless con il telefono. Il sistema sarà in commercio entro un anno. L'alleato dei diabetici è invece iBGStar Diabetes Manager per iPhone: grazie al collegamento con una nuova linea di misuratori di glicemia lanciati dall'azienda

francese Sanofi-Aventis, l'App tiene sotto controllo e archivia i dati direttamente registrati. Chi non riesce a dormire bene invece può ricorrere a Zeo Sleep Manager: basta coricarsi con l'apposita fascia e questa trasmetterà via bluetooth informazioni sui cicli di sonno leggero e profondo, che saranno accuratamente elaborate e registrate.

«Queste novità incidono sul rapporto tra medico e paziente, permettendo di migliorarlo - afferma Filippo Zerboni, radiologo presso l'U.O. di Radiodiagnostica dell'Ospedale di Saronno (Va) - ma possono anche diventare dannose se utilizzate impropriamente dal paziente che non è in grado di comprendere i contenuti sviluppati per essere fruiti da professionisti». Senza dimenticare quindi di consultare il medico, i nuovi sistemi facilitano una conoscenza diretta del proprio stato di salute e arricchiscono un panorama preesistente di app informative e utili, come Farmacoid, Touch Trainer e Primo Soccorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PRESSIONE SANGUE**

€ 0,79

Apple IOS

Con PressioneSangue si possono salvare i dati di minima e massima e ottenere sei grafici interattivi per un numero illimitato di persone

**FARMACOID**

€ 9,99

Android

Se vuoi sapere tutto sui medicinali del Prontuario del Sistema Sanitario Nazionale, le accurate schede di questa app sono l'ideale

**ZEO SLEEP**

Gratis

Apple IOS - Android

Problemi a dormire? Zeo Sleep Manager registra ed elabora le fasi del sonno, aiutandoti a trovare la soluzione. La fascia costa 99 \$ (circa 74 €)

**TOUCH TRAINER**

Gratis

Apple IOS

Con animazioni e musica, questa app aiuta chi è affetto da autismo o da altri disturbi a familiarizzare con la tecnologia touch screen

**DIABETES MANAGER**

Gratis

Apple IOS

Grazie a iBGstar Diabetes Manager, i diabetici possono analizzare i dati della glicemia raccolti con tecnologia elettrochimica dinamica

**PRIMO SOCCORSO**

Gratis

Apple IOS

In caso di emergenza, questa applicazione, realizzata con Croce Bianca onlus, aiuta a non fare errori e a salvare vite umane

**INTIMITY**

€ 0,99

Android

Con una grafica semplice e intuitiva, Intimty permette di tenere sotto controllo il ciclo mestruale e di individuare il periodo fertile

**BABY MEDBASICS**

€ 2,39

Apple IOS

In inglese, ecco un prontuario che spiega alle neomamme cosa fare quando il bambino sta male e come comportarsi in situazioni di emergenza



**La medicina**

Gran consulto  
sulle arterie,  
allo studio  
il fattore genetico

SALMI

# Arteriosclerosi

Si apre domani a Roma l'appuntamento nazionale degli esperti: un grande studio in 38 centri ospedalieri sulle dislipidemie

## Infarto e ictus, tutto già scritto nei nostri geni?

**Verso test predittivi e farmaci mirati per il colesterolo alterato**  
**Sott'esame le Hdl**

MARIAPAOLA SALMI

est biomolecolari potrebbero svelare quello che almeno in parte sarebbe scritto nel codice genetico di ciascuno: la probabilità di incorrere in un infarto, un ictus o in qualche altra malattia cardiovascolare. I nostri geni sono direttamente implicati nello sviluppo del processo aterosclerotico. Influenzano la formazione della micidiale placca e il suo destino, entrano nei complessi meccanismi che regolano colesterolo e trigliceridi. Persino i batteri che il nostro intestino ha in dotazione, un chilo a testa circa, sono geneticamente determinati. Clinici e ricercatori a Roma da domani in occasione del 25° Congresso nazionale della Società italiana per lo studio dell'arteriosclerosi (Sisa) (30 novembre-3 dicembre 2011, Hotel NH Vittorio Veneto, Corso d'Italia, 1) sono convinti che il Dna

specie quello ereditato dalla madre pesa più dell'ambiente.

«La predisposizione genetica alle patologie cardiovascolari è concreta e può essere individuata mappando il materiale genetico del paziente - dichiara Andrea Mezzetti, direttore del Centro di ricerca clinica dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara e presidente Sisa - uno studio ha mostrato la presenza nelle placche aterosclerotiche carotidiche di pazienti con ictus di 5 micro-Rna, molecole che interferiscono nelle funzioni del Dna a tal punto da influenzare l'evoluzione fino alla rottura di una placca aterosclerotica». Il passo successivo è cercare i micro-Rna nel sangue da utilizzare come test predittivi e di progettare farmaci capaci di inibire o mimare la funzione alterata o stimolata dal micro-Rna stesso. Le alterazioni del metabolismo lipidico, in primis le cosiddette dislipidemie familiari che comportano l'alterazione delle quantità normali di colesterolo nel sangue, appaiono sempre più correlate al patrimonio genetico individuale.

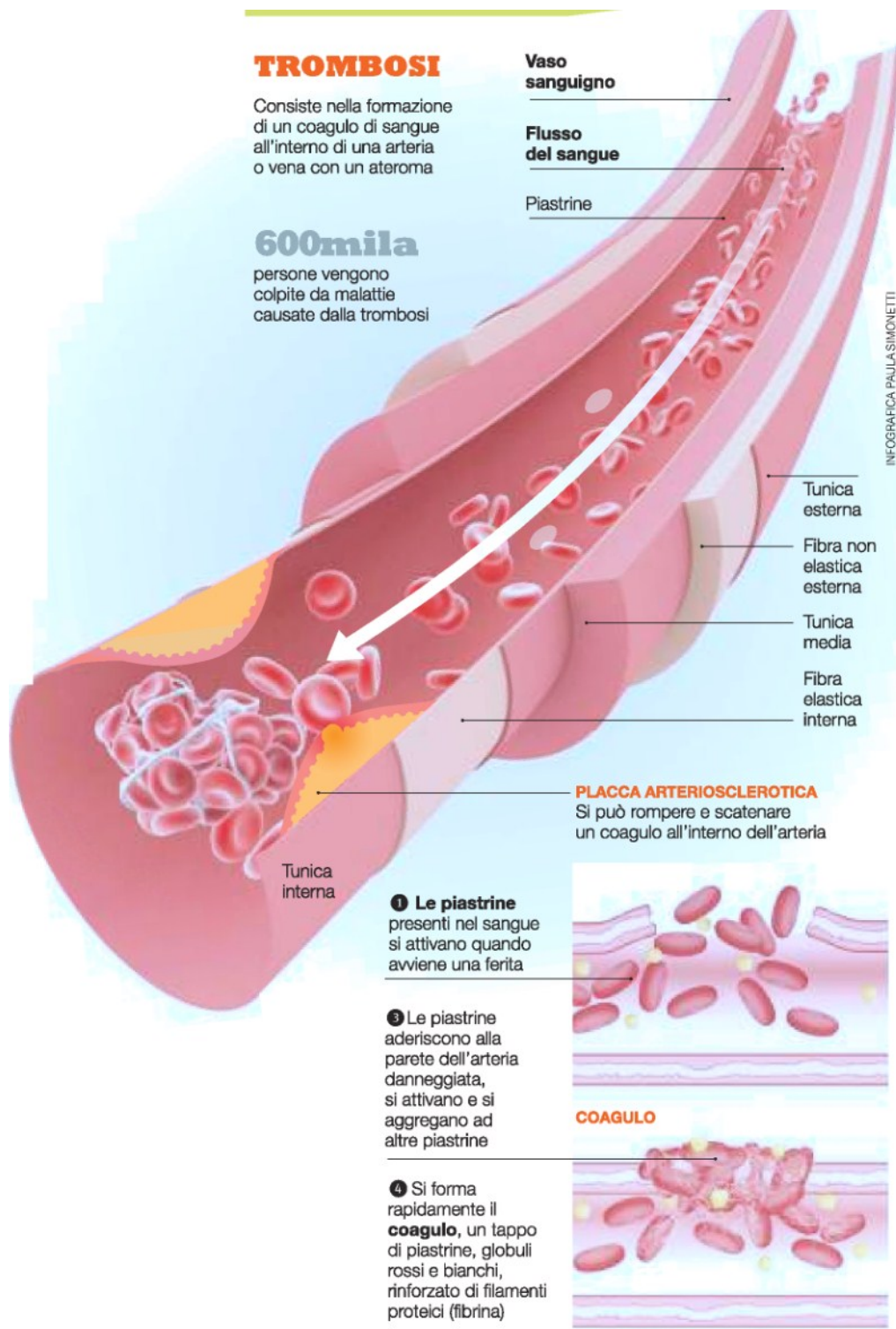
«Il progetto Lipigen, rete italiana delle dislipidemie geni-

che, che partirà a breve con il coinvolgimento di 38 centri ospedalieri e universitari ha lo scopo di individuare attraverso diagnosi molecolari i difetti genetici alla base di queste alterazioni e di identificare gruppi e sottogruppi di popolazioni a rischio con la realizzazione di un Registro e di un database», spiega Alberico Catapano, direttore della Fondazione Sisa. Le molecole più studiate al momento sono le Hdl ad alta densità, per capirci il colesterolo "buono" che favorisce la protezione vascolare. «Mantenere alto l'Hdl è importante per curare il rischio residuo legato ad Hdl basso e a trigliceridi elevati, sappiamo che le Hdl attraverso alcuni trasportatori cellulari caricano i grassi dalla periferia e li portano al fegato che li elimina - afferma il professor Mezzetti - sono in studio farmaci che dovrebbero aumentare le Hdl con effetti positivi su mortalità e morbilità». Interessante il legame arteriosclerosi-microbioma, ossia la quantità e la tipologia di batteri presenti nell'intestino che possono favorire la comparsa di alcune patologie quali obesità, diabete, ipercolesterolemie.



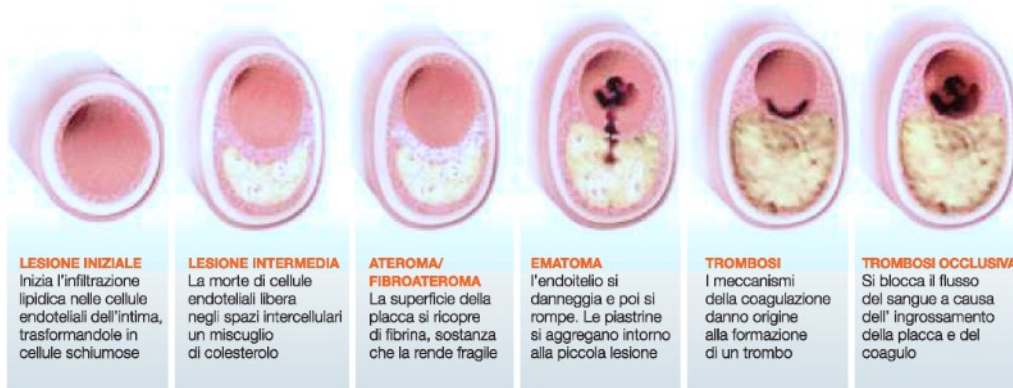
Sembra che certi componenti della flora intestinale, ereditata geneticamente, possano modificare alcuni fosfolipidi e favorire la placca aterosclerotica. Non solo, più batteri ci sono più assorbono calorie dal cibo maggiore è la probabilità di ingrassare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

**DALLA ARTERIOSCLEROSI ALLA TROMBOSI**



Il 60% di chi cerca informazioni mediche su Internet lo fa attraverso strumenti del web 2.0

# La salute è sul social network

Boom di forum, blog, chat e on-line communities anche tra i medici

## Si cercano dialogo e condivisione

DI EUGENIO SANTORO \*

**S**i stima che su Google, il 5% di tutte le ricerche riguarda la salute. Un'indagine condotta negli Stati Uniti e pubblicata all'inizio del 2011 dimostra come Internet sia la prima fonte di informazione per i cittadini americani il 59% dei quali cerca informazioni sanitarie on line. Simile è il trend in Italia, dove tale percentuale è stimata intorno al 30 per cento.

Tra le informazioni più spesso ricercate sulla rete, come dimostra la stessa indagine americana, vi sono quelle relative alle patologie, ai trattamenti e alle procedure mediche, oltre alle informazioni che riguardano medici, ospedali e strutture sanitarie. L'uso degli strumenti collaborativi del web 2.0 è sempre più frequente tra gli utenti per reperire queste informazioni.

Una recente indagine, anch'essa condotta negli Stati Uniti, ha infatti stimato in circa il 44% la percentuale dei cittadini americani che usa strumenti di social media e social network per cercare le informazioni che riguardano la propria salute, con una certa predisposizione nei confronti dei social network generalisti (in testa Facebook, Twitter) e delle on line communities rivolte specificatamente ai pazienti.

Questi dati trovano ulteriore conferma in un altro recente studio che indica nel 60% la percentuale degli utenti di Internet che ricercano informazioni mediche attraverso applicazioni del web 2.0 come forum on line, social network, blog, sistemi di recensione di medici, di ospedali e di altre strutture sanitarie. Lo stesso studio dimostra anche un'altra cosa importante: le persone che ricercano in rete informazioni sulla propria salute sono più abituate a usare strumenti di web 2.0 e social media (in qualunque campo, non necessariamente legato alla salute) rispetto a quegli utenti di Internet che non vanno alla ricerca di queste informazioni.

Come a dire che chi soffre (o pensa di soffrire) di una malattia in generale è più propenso rispetto a chi non soffre

(o non pensa di soffrire) a socializzare con gli altri (anche se virtualmente), a cercare un confronto, a condividere stati d'animo e preoccupazioni, a comunicare.

Tra le principali ragioni che spingono i cittadini a usare gli strumenti collaborativi (targetati web 2.0) anziché quelli tradizionali (ancorati al web 1.0) ci sono la volontà di conoscere le esperienze di pazienti che soffrono dei medesimi disturbi e il desiderio di sapere cosa altri pazienti/cittadini dicono di un certo trattamento o di un dato **farmaco**. Un segno forse del fatto che, a volte, il passaparola e il confronto tra chi ha gli stessi problemi può essere un mezzo più veloce per arrivare al proprio obiettivo rispetto alla consultazione di un web sanitario. L'aspetto forse più interessante emerso da queste indagini è che a fare uso di blog, social network e altri strumenti partecipativi disponibili in rete siano i malati cronici e quelli colpiti da malattie rare, più propensi rispetto agli altri a stabilire relazioni con coloro che soffrono della loro stessa patologia.

Anche i medici hanno iniziato a impiegare più assiduamente gli strumenti del web 2.0. Negli Stati Uniti, l'Istituto Manhattan Research, in un report del 2010, ha stimato che oltre il 65% dei medici legge contenuti web 2.0 provenienti da blog, chat, on line forum e social network, mentre oltre il 20% contribuisce regolarmente a crearne di nuovi.

Dati, questi, confermati da un altro recente studio internazionale, nel quale si evidenzia che gli on line forum, insieme ai social network generalisti e alle on line communities rivolte ai medici, sono gli strumenti più utilizzati (si veda grafico qui a fianco).

Merito del continuo fiorire, in questi ultimi anni, di iniziative volte a usare gli strumenti del web 2.0 e dei social media per vari scopi, tra i quali quello dell'aggiornamento professionale, della condivisione di conoscenze mediche, della condivisione di dati clinici, fino alla lotta a stili di vita non salutari e alla prevenzione delle malattie che essi possono generare.

Frequentando i portali sanitari chiunque si sarà accorto della loro trasformazione: fee Rss, podcast, strumenti di social bookmark e strumenti di social media (tra cui Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube e il recente Google+) trovano sempre più spazio, anche se il più delle volte nascosti da anonimi simboli.

Iniziano poi ad affermarsi anche in Italia social network dedicati nei quali i medici appartenenti a una stessa community possono scambiarsi informazioni sui casi clinici, cercare consigli per effettuare una diagnosi e condividere le proprie conoscenze, ai quali si contrappongono social network di pazienti e cittadini pronti a sfruttare le potenzialità del mezzo per creare una massa critica, condividere le proprie storie, giudicare medici e strutture sanitarie, e gestire/condividere i propri dati sanitari. Canali aperti su Facebook e Twitter (che da soli possono contare su oltre 800 milioni di utenti) si candidano inoltre a trasformare la comunicazione medico-scientifica e la stessa relazione medico-paziente.

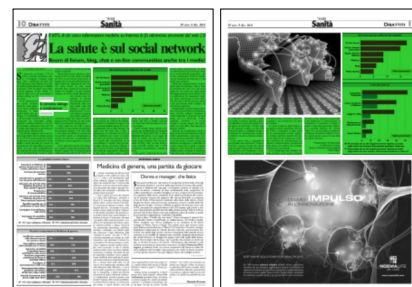
E poi ancora blog e strumenti di social media come Facebook, Twitter e YouTube vengono sempre più spesso usati da organi istituzionali, associazioni di pazienti e di volontariato, e società scientifiche per lanciare campagne di sensibilizzazione su specifici argomenti sanitari o per promuovere la salute dei cittadini.

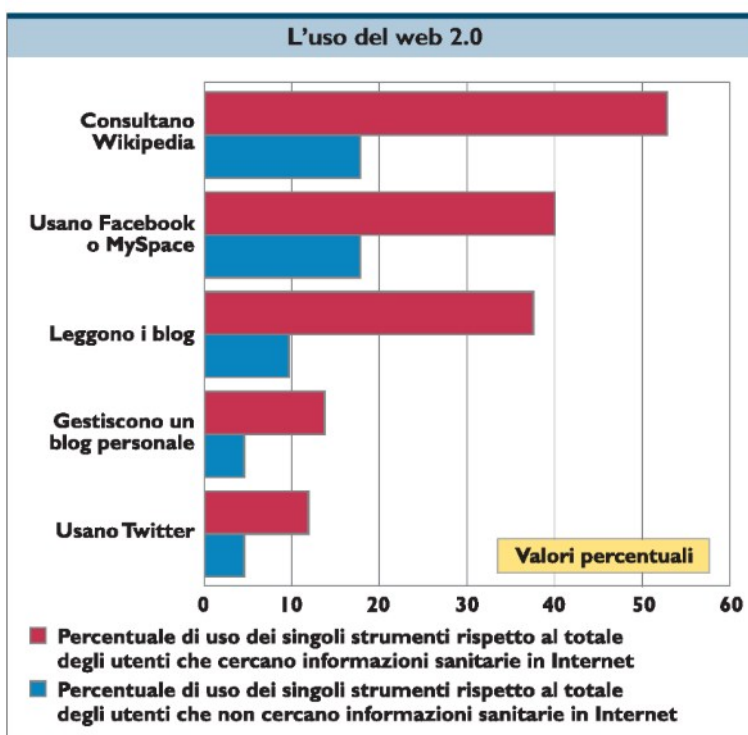
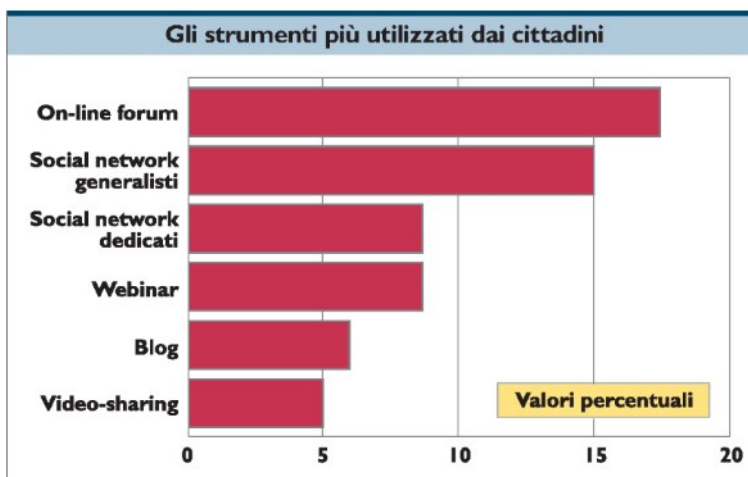
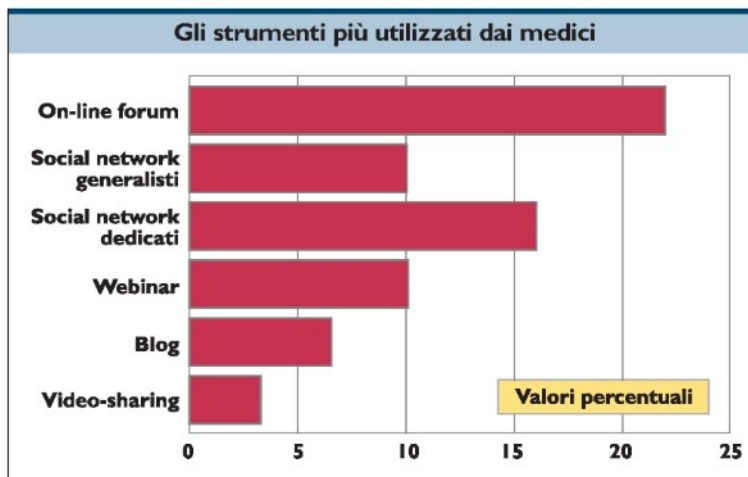
Lo stesso ministero della Salute, in un corposo dossier pubblicato alla fine del 2010 e contenente le linee guida per la comunicazione on line, suggerisce a tutte le strutture sanitarie che operano in Italia il loro impiego per realizzare un'attività di comunicazione più efficace in tema di tutela e promozione della salute e per stabilire con i cittadini relazioni più coinvolgenti.

Ce n'è abbastanza per chiedersi che ruolo potranno avere questi strumenti in Italia, e come sfruttarne le potenzialità per migliorare la comunicazione, la formazione e l'assistenza in Sanità. A questi e a tanti altri argomenti è dedicata la seconda edizione del volume "Web 2.0 e social media in medicina" (Il Pensiero Scientifico Editore) in uscita in questi giorni a quasi tre anni dalla precedente edizione.

\* Responsabile del laboratorio di informatica medica, Istituto di Ricerche farmacologiche "Mario Negri"

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## DIMENSIONE E SPAZI DI AZIONE DEL FENOMENO

## Salute low cost «complementare» del pubblico

I contorni di un fenomeno emergente e, per certi versi, sorprendente come il low cost in Sanità sono approfonditi e messi a fuoco nella ricerca pubblica sul Rapporto Oasi 2011 del Cergas Bocconi.

I motivi per cui la Sanità non avrebbe potuto rappresentare un terreno fertile per questo tipo di approccio sono molti. Vanno dalla natura dei processi produttivi - spesso semplicisticamente ricondotti alla sola messa a disposizione del tempo del professionista - alla consolidata e diffusa percezione di una scarsa elasticità della domanda al prezzo, ai meccanismi di giudizio sulla qualità del servizio, spesso affidati proprio al prezzo. Eppure, nell'odontoiatria prima e poi nelle altre aree di offerta, il modello non solo ha mosso i primi passi, ma sembra avere ormai assunto una sua consistenza.

Le prime esperienze si posizionano nel circuito privato-privato della spesa sanitaria (in particolare nella componente out of pocket) e offrono un'ampia gamma di prestazioni erogate in regime ambulatoriale riconducibili al concetto di "Sanità leggera" (cure odontoiatriche, visite specialistiche, esami diagnostici e terapie). La fase pionieristica sembra ormai superata e gli attori coinvolti sono impegnati nella messa a punto di una propria specifica formula, i cui elementi di fondo hanno, però, già dimostrato che, anche in Sanità, è possibile standardizzare i processi produttivi, assicurare qualità, innovare il concetto di servizio e competere o attrarre sul prezzo.

L'affermazione del low cost rimane tuttavia ad alcuni mutamenti più profondi che stanno attraversando il sistema della Sanità e che, nel trasformare una domanda latente in una domanda effettiva, lo avvicinano a un mercato più simile a tanti altri. In altri termini, che il low cost possa avere uno spazio in Sanità sembra ormai assodato, rimane da vedere come i diversi modelli saranno capaci di configurare tale spazio in termini di ampiezza e di contenuti di servizio.

La natura non profit o low profit delle due esperienze più significative - sinteticamente rappresentate in tabella 1 - mostra, innanzitutto, come l'allargamento a settori diversi dall'odontoiatria stia avvenendo in una logica di complementarità rispetto al servizio pubblico o, comunque, di non diretta competizione. La loro visibile collocazione in un intorno di valori che non mira a mettere in discussione il ruolo dell'operatore pubblico, ma che intende rispondere a bisogni e domande a cui lo stesso operatore pubblico non è in grado o non vuole rispondere, ha sicuramente favorito la legittimazione di processi di consumo "ordinario" in aree nelle quali il consumo o era bandito (la Sanità come diritto) o era spesso

considerato un lusso.

Ciò che avviene nel circuito privato-privato non è tuttavia privo di conseguenze per il funzionamento di quella parte maggioritaria della Sanità affidata al sistema pubblico e sulla sua capacità di realizzare la propria missione. La prima, più evidente, è che, anche nelle ipotesi più minimaliste di intervento pubblico, lo Stato mantiene una responsabilità rispetto ai risultati finali dei processi di cura e tutela della salute e a come essi vengono organizzati. La seconda, meno ovvia, è che contrariamente a quanto si possa immaginare, non sempre a una prestazione in più alimentata da risorse private corrisponde una prestazione in meno nel sistema pubblico. Talvolta, e sempre più spesso, accade che prestazioni sul versante privato alimentino processi di consumo sull'altro versante, come accade, a esempio, quando a una visita specialistica privata, magari inappropriata dal punto di vista clinico, segue una richiesta di prestazioni diagnostiche altrettanto inappropriate poste a carico del sistema pubblico. La possibile espansione del modello low cost e quindi dell'area di funzionamento del settore sanitario governata dalle scelte individuali impone alcune riflessioni al sistema pubblico. Se da un lato, il tessuto di fondo alla base della regolazione pubblica sembra diventare sempre meno adeguato; dall'altro, le aziende sanitarie pubbliche sono di gran lunga i produttori più importanti di prestazioni sanitarie e le loro reazioni sono, certamente, una variabile non trascurabile nello scenario. Le "posture" immaginabili sono essenzialmente tre:

a) neutralità, anche se la crescita delle prestazioni acquistate sul mercato non è indifferente rispetto al perseguimento della propria missione, le aziende pubbliche potrebbero decidere di ignorare il tema, anche perché riconoscere le dimensioni effettive del contributo privato potrebbe essere politicamente insostenibile in un contesto di servizio sanitario nazionale;

b) competizione, da un punto di vista strettamente operativo, le aziende sanitarie pubbliche potrebbero essere in grado di competere efficacemente con il settore low cost - è sufficiente pensare alla capacità produttiva generalmente sotto-utilizzata -, anche se teoricamente immaginabile tale opzione è di certo la meno praticabile considerata, da una parte, la natura e il livello delle competenze manageriali e tecniche che le soluzioni low cost impongono e, dall'altra, le difficoltà, in parte già sperimentate, di convivenza tra attività istituzionali e attività cedute sul mercato (libera professione);

c) cooperazione, in questa prospettiva, il sistema pubblico e le sue aziende

potrebbero riconoscere il contributo complementare e integrativo che dal low cost può venire al soddisfacimento dei bisogni e della domanda dei cittadini, si tratterebbe di operare per una valorizzazione di quelle esperienze che, al di là della missione ufficialmente dichiarata, condividono con il sistema pubblico una finalità generale di soddisfacimento di bisogni considerati meritevoli di tutela da parte della collettività.

Nelle attuali condizioni del dibattito pubblico sui temi della Sanità, schiacciato su una dimensione economico-finanziaria di breve periodo, non sembrano, comunque, esistere le condizioni per processi decisionali espliciti. Un ruolo di primo piano nel guidare la dinamica può essere assunto, come in molti casi è già stato dimostrato, dalle aziende sanitarie pubbliche. Indipendentemente da interventi regolatori sovraordinati o da politiche regionali, esse hanno a disposizione un insieme di leve potenzialmente efficaci nell'influenzare il comportamento di tutti gli attori coinvolti, a partire dalle scelte sul versante della produzione e delle politiche di acquisto dei servizi fino alle politiche del personale. Condizione preliminare rimane, in ogni caso, il riconoscimento, difficile e impegnativo, di uno spazio di azione strategico che attende di essere occupato.

Da ultimo è opportuno segnalare come le due esperienze presentate non siano prive di rilievo anche per il settore privato, in larga parte poco abituato a confrontarsi con dinamiche concorrenziali basate sul prezzo e la cui efficienza è stata spesso data per scontata. Sebbene l'offerta dei poliambulatori low cost si rivolga a segmenti di mercato diversi da quelli tradizionali della Sanità privata, differenze di prezzo così ampie per servizi comparabili sicuramente sul piano della qualità funzionale e relazionale, non riescono a passare inosservate per lungo tempo. Se tali differenze non riusciranno a trovare una giustificazione in termini di valore percepito dai clienti, una riflessione sui livelli di efficienza operativa o sui margini di profitto sarà inevitabile. Il low cost trapiantato in Sanità da contesti molto differenti sembra aver superato la fase critica di impianto ed essere avviato ad assumere un suo specifico





ruolo nell'insieme delle risposte a una domanda pressante di servizi sanitari da parte della popolazione. È difficile predire l'ampiezza di tale ruolo, ma il tipo di innovazione di cui è portatore e lo stimolo che già da oggi, per chi lo osserva con sufficiente attenzione, può venire al resto del sistema è sufficiente a giustificare l'esistenza.

**Mario Del Vecchio**  
**Valeria Rappini**  
*Cergas Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 1. Sanità low cost, due casi emblematici: il Centro medico Santagostino e Welfare Italia Servizi

WELFARE ITALIA SERVIZI <i>10 poliambulatori aperti e l'obiettivo di 130 centri entro il 2015</i>	CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO <i>il primo poliambulatorio low cost a Milano con oltre 16.000 pazienti</i>
<b>L'AZIENDA</b>	<b>L'AZIENDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Welfare Italia Servizi è una società costituita nel febbraio 2009, soggetta a direzione e controllo da parte di Cgm (Consorzio nazionale per la cooperazione sociale Gino Mattarelli), rivolta alla diffusione di servizi sanitari di qualità a un costo accessibile, tramite il modello dell'affiliazione commerciale su territorio nazionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il Centro medico Santagostino nasce nel marzo 2009 su iniziativa di Oltre Venture Capital Sociale, una società che realizza iniziative di interesse collettivo, privilegiando il ritorno sociale rispetto a quello economico</li> </ul>
<b>INVESTITORI E LORO ATTESE</b>	<b>INVESTITORI E LORO ATTESE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wis è una Srl che da statuto si comporta come un ente no profit, sottoponendosi al vincolo del reinvestimento degli utili e riconoscendo alla parte sociale, Cgm, un ruolo di rilievo indipendentemente dalla sua partecipazione al capitale. Amisce a diventare una public company ad azionariato diffuso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I soci finanziatori sono capitali privati definiti "pazienti e responsabili" che accettano una retribuzione del capitale minima (3%): la semplice preservazione nel tempo del capitale investito</li> </ul>
<b>MODELLO DI BUSINESS</b>	<b>MODELLO DI BUSINESS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il nuovo modello di business che l'impresa incarna - impresa privata con finalità di interesse generale - coniuga progetti sociali con una logica di mercato e fa del benessere pubblico, inteso nell'accezione più ampia, il proprio core business</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oltre Venture propone un'idea di investimento sociale innovativo che segue una logica di "quasi mercato" e deve essere sostenuto anche dal contributo degli utenti. Coniuga impatto sociale e sostenibilità economica. Ricerca "marginalità basse e alti volumi"</li> </ul>
<b>OFFERTA</b>	<b>OFFERTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Converge sullo sviluppo di studi odontoiatrici e di centri di medicina polispecialistica. Le specialità di base previste nei centri affiliati sono: cardiologia, dermatologia, dietologia, ecografia, geriatria, oculistica, ostetricia ginecologia e urologia. I poliambulatori Wis possono ricomprendere anche i servizi per la riabilitazione e di psicoterapia con ipotesi di estensione verso i servizi sociali (long care, child care, housing, tempo libero e turismo solidale). Sono espressamente esclusi gli interventi estetici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il Centro offre visite specialistiche e terapie nelle specialità ambulatoriali meno coperte dal San (odontoiatria, psicoterapia e logopedia) o dove il pubblico ha lunghe liste d'attesa. La dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria formano, rispettivamente, il 35%, il 28%, l'11% e l'8% del fatturato complessivo. Sono espressamente esclusi la "diagnostica pesante" e i servizi sanitari erogati in regime di ricovero, anche in prospettiva</li> </ul>
<b>PREZZO</b>	<b>PREZZO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il Piano di Impresa di Wis fissa il target price dei servizi sanitari al 30% in meno rispetto alla media del mercato locale e prevede di re-investire gli utili nelle comunità sia per ampliare la gamma di servizi sia per favorire la diminuzione dei prezzi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propone tariffe calmierate, inferiori del 30-50% al mercato privato milanese (visite specialistiche a 60 euro, sedute di psicoterapia, logopedia e fisioterapia a 35 euro)</li> </ul>
<b>L'IDEA DI QUALITÀ</b>	<b>L'IDEA DI QUALITÀ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Amisce a unire una medicina specialistica di alto livello con la capacità di ascolto e accoglienza seguendo lo slogan "cure con cura". Il modello complessivo di Wis prevede una serie di requisiti strutturali, formali, finanziari e organizzativi per far parte della rete di centri franchisee. Mantiene un forte governo centrale per garantire contenuti e qualità dei servizi a marchio Wis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La semplicità di accesso, la durata adeguata della visita e l'elevato contenuto relazionale si combinano con l'elemento distintivo del prezzo. Aderisce alla formula low cost high value promossa da Assolowcost, l'associazione che riunisce aziende di servizi che si impegnano ad abbassare i costi mantenendo alta la qualità</li> </ul>

**Siti illegali**

## Chiuse 50 farmacie online rivolte agli italiani

■ **ROMA** Cinquanta farmacie online illegali rivolte a cittadini italiani chiuse nel 2011. È il risultato raggiunto dall'ente privato statunitense LegitScript, col quale l'Agenzia italiana del **farmaco** (Aifa) ha siglato a maggio un memorandum d'intesa. Il dato è stato reso noto a Roma nel corso di un evento sul tema della contraffazione organizzato all'Aifa, con partecipazione di rappresentanti dei Nas, dei ministeri della Salute, degli Affari Esteri e dello Sviluppo Economico e della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg).



Elezioni

# Ordine dei medici: vince lo Snamì Sconfitta CI

L'Ordine dei medici di Milano — che rappresenta 24 mila professionisti — sarà governato dalla lista vicino al sindacato Snamì. Dopo le elezioni del 19, 20 e 21 novembre per il rinnovo dell'organo professionale, si è concluso lo scrutinio dei voti. Riscatto Medico, capitanato da Roberto Carlo Rossi, vince con quasi duemila preferenze.

A PAGINA 5 Ravizza

**Sanità** Alle urne in 3.500. Bocciato il supermanager del Pirellone

# Ordine dei medici vince la lista Snamì Nessun seggio a CI

Rossi verso la presidenza, domani la scelta

I nuovi eletti



**Oncologo**  
Alberto Scanni ha ottenuto 1.944 preferenze



**Medico di base**  
Roberto Carlo Rossi, 1.918 preferenze



**Ortopedico**  
Giuseppe Bonfiglio, 1.924 preferenze

1.947

Le preferenze ottenute dal medico di famiglia Luciana Bovone, la più votata nella lista «Riscatto medico» di area Snamì

821

I voti ricevuti da Luca Merlino, vice del direttore generale della Sanità regionale, in corsa con una lista vicina a CI

Prevale la voce critica. L'ordine dei medici di Milano — che rappresenta 24 mila professionisti — sarà governato dalla lista vicino al sindacato Snamì, conosciuto per il suo atteggiamento di denuncia nei

confronti della politica sanitaria del Pirellone.

Dopo le elezioni del 19, 20 e 21 novembre per il rinnovo dell'organo professionale, si è concluso lo scrutinio dei voti. Riscatto Medico, capitanato

da Roberto Carlo Rossi (presidente dello Snamì lombardo), vince con quasi duemila preferenze, contro le 850 di Arte Medica, formazione considerata vicina a Comunione e liberazione. Per la terza lista. Evolu-



zione Medica, 160 voti.

L'insediamento del direttivo del nuovo Ordine dei Medici è previsto tra domani e dopo. Nell'occasione sarà eletto anche il presidente che prende il posto di Ugo Garbarini (che lascia in vista del suo ottantesimo compleanno). Candidato *in pectore* alla successione è il medico di famiglia Roberto Carlo Rossi, 47 anni. I nomi dei nuovi consiglieri, in ordine alfabetico, sono: l'ortopedico Giuseppe Bonfiglio, il medico di famiglia Luciana Bovone (la più votata, in base alle prime indiscrezioni, con 1.947 preferenze), Giovanni Campolongo della Guardia medica, i dottori Giovanni Canto e Luigi Di Caprio, lo psichiatra Costanzo Gala, il medico di famiglia Grazia Manfredi, il primario del pronto soccorso del Fatebenefratelli Pietro Marino, il medico legale Arnaldo Migliorini, il dentista Massimo Parise, i dottori Giordano Pochintesta e Roberto Carlo Rossi, l'oncologo (nonché ex direttore generale dell'Istituto dei Tumori e del Sacco) Alberto Scanni, il medico di famiglia Ugo Tamborini (portavoce dello Snami di Milano) e il medico di famiglia Maria Teresa Zocchi.

Nella lista sconfitta — Arte Medica — compariva per la prima volta il nome di un superdirigente dell'assessorato regionale alla Sanità, Luca Giuseppe Merlino, il vice di Carlo Lucchina, direttore generale dal 2003. L'esponente del Pirellone ha raggiunto, però, solo 821 preferenze.

L'affluenza record alle urne — 3.507 votanti, il 30% in più rispetto alle elezioni del 2008 — aveva fatto immaginare nei giorni scorsi a una vittoria di Arte Medica. Le previsioni sono state, invece, smentite. La formazione caratterizzata dalla presenza di numerosi medici vicini a Cl non avrà più — se saranno confermate le previsioni — nessun rappresentante nel nuovo ordine dei medici.

**Simona Ravizza**

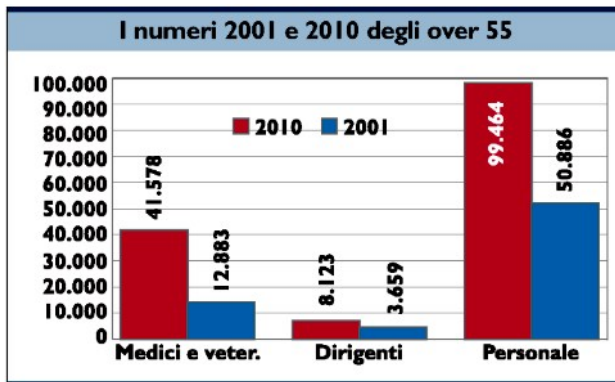
[sravizza@corriere.it](mailto:sravizza@corriere.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**OLTRE 55 ANNI DUE TERZI DEI PRIMARI**

# Il Ssn non è "vecchio", ma i suoi dirigenti sì



**I**l Ssn secondo il Conto annuale 2010 non è il comparto del pubblico impiego più "vecchio". Rispetto a una media di circa 50 anni per gli uomini e 46 per le donne degli organici di Asl e ospedali (in generale il pubblico impiego nel 2010 registra una media di 48,2 anni: 47,3 per gli uomini e 48,8 per le donne) ci sono infatti comparti come i ministeri, la presidenza del Consiglio, la Scuola, la carriera prefettizia in cui la media di uomini e donne è tutta superiore ai 50 anni e in alcuni casi si avvicina ai 60. Ma il Ssn "ringiovanisce" grazie al personale non dirigente, perché analizzando la dirigenza (medica e non) l'asticella dell'età sale di livello.

La dimostrazione è data dall'età dei primari: il 75% sono over 55 e di questi il 65,67% sono donne, rispettando le proporzioni di anzianità del pubblico impiego che vedono in testa il sesso femminile.

Analizzando invece la percentuale di over 55 tra il personale non dirigente, ci si ferma a poco più del 18%, con i livelli inferiori proprio tra i profili del ruolo sanitario (infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, della riabilitazione e della prevenzione).

L'età aumenta anche tra i direttori generali, ma non raggiunge la media dei primari e gli over 55 si fermano nel management a circa il 60% con un picco del 69,2% per i Dg veri e propri, seguiti dal 61,8% dei direttori sanitari (medici quindi) e da una percentuale relativamente più bassa (46 e 56%) rispettivamente per i direttori amministrativi e dei servizi sociali.

Il Ssn in realtà, pur non essendo il comparto più vecchio, pre-

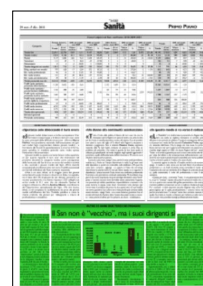
senta un invecchiamento rapido degli organici e quelli dai 55 anni in su sono cresciuti nel 2010 rispetto al 2009 del 5,54% con i picchi più elevati (tra il 10 e il 23%) per odontoiatri, veterinari, dirigenti sanitari e tecnici. Anche in questo caso è più alto l'invecchiamento delle donne: quelle over 55 crescono in un solo anno del 10,93% con il picco maggiore (oltre il 46%) per i veterinari. Un effetto legato anche ai continui blocchi del turn over che a fronte della fuoriuscita di operatori per limiti di età non inserisce negli organici a tempo indeterminato leve più giovani - che aumentano i ranghi del precariato (si veda articolo in questa pagina) - come sottolinea anche lo stesso Conto annuale che mette in evidenza in generale un aumento negli ultimi tre anni dell'età media legato a questo fenomeno.

Decisamente elevatissimo è poi il tasso di invecchiamento confrontando il dato 2010 con quello 2001. La media di crescita di chi supera i 55 anni è del 120,4%. Gli over 55 rispetto a dieci anni aumentano di oltre il 220% tra i medici, il 120% tra i dirigenti non medici e il 95,5% tra il personale non dirigente. Le punte più elevate si hanno tra i dirigenti medici di struttura semplice (gli over 55 aumentano in dieci anni del 430%), i veterinari (+354%) e tra i dirigenti tecnici (+319%). Aumenti elevati che diventano elevatissimi per i dirigenti-donna: quelli di struttura semplice over 55, a esempio, sono cresciuti in dieci anni del 930% (si veda tabella a pagina 2).

Apparentemente, poi, a ridursi di più tra il 2009 e il 2010 sono gli ultrasessantacinquenni, con un calo generalizzato in un anno del 12,7%, concentrato soprattutto tra le categorie dirigenti (medici e non). In realtà però la "fuga" dagli organici del Ssn si concentra proprio tra il 2009 e il 2010 perché analizzando lo stesso dato dal 2001 al 2010 al contrario si nota (tranne che tra i dirigenti) un aumento degli over 65 dell'8,45%. Dato questo che rispecchia le preoccupazioni di Ordini e sindacati circa l'abbandono del lavoro legato alle innovazioni sulle politiche previdenziali degli ultimi anni.

In sostanza, mentre nel 2001 gli under 40 (età considerata giovane visti gli anni di studio "sanitari" soprattutto dei medici) erano il 36,11% dell'intera forza lavoro del Ssn, nel 2010 sono scesi al 20,8%. Una riduzione di circa il 15% di giovani con le percentuali più elevate nelle professioni i cui studi sono più brevi. Tra i medici, a esempio, gli under 40 si sono ridotti del 5% in media, mentre tra il personale non medico che proprio dal 2000 ha acquisito la laurea la riduzione è stata anche superiore (ruolo sanitario e amministrativo) al 18 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le incongruenze del Servizio sanitario nazionale. Battaglia di Soi e associazioni: peggio che nel resto d'Europa

# Rimborso solamente per un occhio E se ci vedi pochissimo niente cura

ALESSANDRA MARGRETH

**L**e innovazioni tecnologiche e scientifiche offrono sempre nuove opportunità di cura a chi soffre di degenerazione maculare senile (Dms). Ma spesso i trattamenti vengono negati ai pazienti a causa dei limiti di budget del Sistema sanitario nazionale e regionale. Contro queste inaccettabili situazioni ci sono le campagne di sensibilizzazione della Società Italiana di Oftalmologia (Soi) e dell'associazione "Per vedere Fatti Vedere" onlus ([www.pervedere-fattivedere.it](http://www.pervedere-fattivedere.it)).

La campagna "Io ho meno di due decimi, cura anche me" si occupa del problema del rimborso, previsto dal Ssn solo se la persona ha un visus superiore ai due decimi. Negli altri Paesi europei non esistono limiti di visus per il rimborso, ma solo limiti nel numero di iniezioni: se non si ottiene effetto dopo dodici iniezioni, la terapia viene considerata inefficace. «Significa che le persone più bisognose di cure, perché hanno già perso l'80 per cento della vista, in Italia devono pagarsi le terapie perché il Ssn non paga. L'accesso alle nuove tecnologie, dato gli ingenti costi, è un problema reale. Si rischia di fermare il progresso dell'oculistica italiana», chiarisce Matteo Piovella, presidente Soi. I farmaci in questione sono attualmente Lucentis di Novartis (1.200 euro a fiala) e Macugen della Pfizer (600 euro a fiala). Da quasi due anni la Soi sta sollecitando l'Aifa (agenzia italiana del farmaco) e il ministero della Salute perché rivedano questi criteri.

C'è poi "Io ho due occhi, curali entrambi", iniziativa che riguarda sempre chi soffre di degenerazione maculare senile. Il rimborso del Ssn avviene solo per un occhio, anche se la degenerazione maculare può riguardare entrambi gli occhi. Denuncia Matteo Piovella: «Se la malattia colpisce anche il secondo occhio, la spesa delle cure non viene rimborsata, ma resta a carico totale del paziente». Continua Pasquale Troiano, presidente dell'associazione "Per vedere Fatti Vedere": «Questi criteri vanno rivisti al più presto, anche perché mantenere una capacità visiva che garantisca nei pazienti anziani l'autosufficienza evita di dover gestire servizi socio-assistenziali per anziani non vedenti che costano allo Stato ben più dei fondi necessari a curare entrambi gli occhi».

L'evoluzione tecnologica si scontra con i risicati budget del Ssn anche per gli interventi di cataratta. Afferma Piovella: «Negli ultimi anni vengono applicati cristallini artificiali personalizzati che correggono anche astigmatismo e presbiopia, eliminando nel 20-25 per cento dei casi la necessità di portare occhiali dopo l'operazione». La campagna "Cataratta e via gli occhiali... io ci sto!" promossa da Soi propone di introdurre una compartecipazione alla spesa dando la possibilità, a chi vuole, di coprire il costo del cristallino di nuova generazione: il Ssn pagherebbe i costi classici dell'intervento, il paziente la differenza (circa 600-700 euro).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

