Il Sole 24 ORE

04/10/12

Sanità
LE PRESTAZIONI SUL TERRITORIO

Cuore
A San Benendetto la più bassa mortalità da infarto, a Tivoli la più alta

Femore
A Brescia il record di fratture operate entro 48 ore, a Napoli la prestazione peggiore

Ospedali, la mappa delle performance

Tempi di attesa e di degenza, indici di rischio: dal Nord al Sud un'Italia a macchia di leopardo

Paolo Del Bufalo

Tutte le prestazioni degli ospedali in un clic. Anzi, tutti i risultati che le 1.483 strutture di ricovero, pubbliche e private, hanno ottenuto nel 2011 rispetto a 42 indicatori messi a punto e passati al setaccio dal «Programma nazionale esiti» (Pne) curato dall'Agenzia sanitaria nazionale (Agenas) per il ministero della Salute. I dati, pubblicati su un sito ad hoc realizzato dall'Agenas, sono stati presentati ieri al ministero della Salute e presto saranno a disposizione in forma semplificata anche dei cittadini oltre che degli operatori. Ma Agenas e ministero precisano subito che non sono classifiche: servono a programmare interventi migliori e a intervenire dove c'è qualcosa che non va.

Un esempio lo fa Carlo Perucci, direttore scientifico del Pne, ricordando il caso degli interventi al femore operati entro 48 ore (essenziali ad esempio per la sopravvivenza e per l'autosufficienza degli anziani): il Gemelli di Roma che era partito nel 2007 con meno del 5% di interventi di questo tipo e nel 2011 ha superato il 70 per cento. Sul versante opposto l'ospedale Loreto Mare di Napoli, dove le operazioni di questo tipo raggiungono lo 0,5% contro una media italiana del 33% (in Gran Bretagna è del 70%).

Gli ospedali dove i risultati sono negativi tuttavia, ha sottolineato il direttore dell'Agenas Fulvio Moirano «non sono da chiudere, ma proprio con questi dati devono essere in grado di riprogrammare la loro assistenza, grazie all'audit clinico e organizzativo che la rilevazione consente». E che, hanno sottolineato gli esperti Agenas, in alcune Regioni (come la Toscana) sono già utilizzati come metro di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie, anche per assegnare loro o meno la retribuzione di risultato (fino al 20% del compenso).

I risultati nelle singole strutture non sono necessariamente legati a latitudini geografiche. Sud e Nord si spartiscono spesso migliori e peggiori nei singoli indicatori, ma nella media regionale la musica è sempre la stessa e al Centro-Nord gli ospedali ottengono punteggi mediamente migliori perché, anche grazie agli "esiti" (che sono stati avviati dal 2005 e dal 2007 sono utilizzati operativamente in molte Regioni) si organizzano per migliorare.

Un esempio è uno degli interventi più eseguiti al mondo: il bypass aortocoronarico. I migliori sono al Centro-Sud e ottengono risultati di mortalità inferiori all'1% contro una media nazionale del 2,45% (escludendo le strutture con performance anche uguali a zero ma che non sono statisticamente significative secondo un indice che l'Agenas applica ai risultati). Ma se si guarda ai peggiori, al primo posto c'è ancora una struttura del Sud, l'azienda ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta: il 16% di mortalità, otto volte cioè sopra la media. E anche se al secondo posto c'è una clinica lombarda, la classifica continua poi con strutture campane e siciliane.

Sul versante di un altro intervento nel mirino della programmazione regionale, i parti cesarei, maglia nera in Italia è la clinica Mater Dei di Roma (privata non accreditata) dove il 91,6% di prestazioni finisce sotto i ferri. Al contrario solo il 2,17% di parti avviene col cesareo all'ospedale Madonna del Corso di San Benedetto del Tronto (Marche). E ancora in due ospedali del Lazio - il S. Giovanni Evangelista di Tivoli e la clinica S. Anna di Pomezia - si muore di infarto due volte di più della media italiana. Ma il paziente non può scegliere nell'emergenza, sottolineano dall'Agenas, e per questo il dato deve servire a evitare queste "distanze" di cura.

MOIRANO (AGENAS)
«Le strutture che forniscono i risultati più negativi non sono da chiudere, ma proprio partendo da questi dati devono riprogrammare l'assistenza»

Confronto in corsia. Servizi negli ospedali sotto la lente ministeriale

Il Sole 24 ORE

04/10/12

Come cambia l'offerta ospedaliera

Dati in valori assoluti e variazione percentuale

Regioni	Posti letto 2001	Posti letto 2010	Diff. %	Regioni	Posti letto 2001	Posti letto 2010	Diff. %
Piemonte	21.077	17.336	-18	Marche	7.570	6.433	-15
Valle d'Aosta	514	533	4	Lazio	31.572	22.213	-30
Lombardia	49.713	37.512	-25	Abruzzo	5.778	5.267	-9
Bolzano	2.481	2.099	-15	Molise	1.571	1.161	-26
Trento	2.860	2.244	-22	Campania	21.905	19.035	-13
Veneto	23.117	17.928	-22	Puglia	19.037	12.910	-32
Friuli V. G.	6.407	5.414	-15	Basilicata	2.637	2.067	-22
Liguria	8.654	6.425	-26	Calabria	9.832	7.698	-22
E. Romagna	22.279	21.343	-4	Sicilia	21.286	16.346	-23
Toscana	17.309	13.247	-23	Sardegna	8.304	6.795	-18
Umbria	3.728	3.144	-16	**Italia**	287.631	227.150	-21

Infarto miocardico: mortalità a 30 giorni

I risultati , sia i migliori che i peggiori, tutti al Centro-Sud. Le differenze sono notevoli e vanno dal 24% di mortalità dell'ospedale di Tivoli (il doppio della media) a poco più del 2% (un quinto della media) in un ospedale delle Marche.

Struttura	Dato %
Osp.Madonna del Corso - San Benedetto del Tronto (AP)	2,17
Osp. S.Maria Speranza - Battipaglia (SA)	3,19
Osp. S.Giovanni di Dio - Frattamaggiore (NA)	3,29
Osp.Sacro Cuore Di Gesù - Gallipoli (LE)	3,43
A.O. Garibaldi -Nesina - Catania	3,62
ITALIA	10,28
A.O.Piemonte - Messina	19,85
C.C.A.S.Anna - Pomezia (RM)	20,40
Osp.San Paolo - Napoli	20,47
Osp. S.Giuseppe E Melorio - Santa Maria Capua Vetere (CE)	21,83
Osp.S.Giovanni Evangelista - Tivoli (RM)	24,61

Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni

Questo intervento è tra i più diffusi al mondo e ciò rende più significative le differenze che vanno da risultati negativi con indici otto volte superiori alla media a risultati positivi al contrario che sfiorano moratalità zero tra i casi statisticamente significativi.

Struttura	Dato %
C.C.A. Villa Maria Eleonora - Palermo	0,50
Osp.Mazzini - Teramo	0,52
C.C.A. S.Anna Hospital - Catanzaro	0,63
A.O.San Camillo - Forlanini - Roma	0,66
C.C.A. Santa Maria - Bari	0,68
ITALIA	2,45
A.O.U. V.Emanuele - Catania	8,74
C.C.A.Montevergine - Mercogliano (AV)	8,92
A.O. Colli -P. Monaldi - Napoli	9,11
C.C.A.Gavazzeni - Bergamo	14,33
A.O. Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta	16,09

Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero

La mortalità più elevata si concentra al Centro-Sud con valori tripli rispetto alla media contro risultati positivi anche dieci volte inferiori. Da notare le performance positive registrate in entrambi le Province autonome di Trento e Bolzano

Struttura	Dato %
Osp.B.Eustacchio - San Severino Marche (MC)	1,48
Osp.C. Fatebenefratelli - Roma	1,60
C.C.A. Cascini - Belvedere Marittimo (CS)	1,60
Osp. aziendale di Merano (BZ)	1,73
Osp. S.Maria del Carmine - Rovereto (TN)	2,06
ITALIA	11,61
Osp. Genzano di Roma	31,38
Osp. A.Cardarelli - Campobasso	31,88
C.C.A. Pineta Grande - Castel Volturno (CE)	32,99
Osp. Maresca - Torre del Greco (NA)	34,17
Osp. di Venere - Bari	37,40

Colecisti: laparoscopie con degenza entro 4 giorni

I risultati migliori sono legati ai valori più elevati: maggiore è la proporzione di interventi in laparoscopia (non invasiva), migliore è la performance. Ma chi ottiene ottimi risultati raddoppia la media, mentre i risultati peggiori sono 50 volte inferiori a quelli medi italiani

Struttura	Dato %
C.C.A. S.Anna - Agrigento	98,73
Osp.Piana - Lucca	97,74
C.C.A.S.Maria - Castellanza (VA)	97,57
C.C.A. Zucchi - Monza	95,12
Area Aretina Nord - Arezzo	94,53
ITALIA	**59,31**
A.O.U.S.Giovanni di Dio - Cagliari	2,49
Osp. Riuniti Leonardi e Riboli - Lavagna (GE)	2,42
Osp. Mons. R. Dimiccoli - Barletta	1,84
Osp. S.Filippo e Nicola - Avezzano (AQ)	1,54
Osp. Maggiore di Lodi	1,49

Proporzione di parti con taglio cesareo

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità i parti cesarei non dovrebbero superare il 20% del totale. La media italiana si avvicina a questo dato, ma il Sud, tranne rare eccezioni, si stacca con valori cinque volte superiori, anche se il top spetta al Lazio

Struttura	Dato %
Osp. Vittorio Emanuele III - Carate Brianza (MB)	3,97
Osp. Ca' Foncello - Treviso	5,28
Osp. di Palmanova - Palmanova (UD)	5,76
C.C.A. di Monza e Brianza per il bambino - Monza (MB)	6,96
A.O. Civile di Vimercate (MB)	7,30
ITALIA	**27,42**
C.C.A.Serena - Palermo	78,91
C.C.A.Tortorella - Salerno	80,01
C.C.A. Lucina - Catania	84,85
C.C.A. Villa Cinzia - Napoli	90,02
C.C. Mater dei - Roma	91,92

Frattura del femore operata entro 48 ore

È essenziale un intervento tempestivo (entro le 48 ore) per evitare complicanze successive, anche croniche. Eppure in Italia la media dei risultati si ferma al 33% di interventi entro questo tempo, con esempi che sfiorano l'assenza completa di tempestività

Struttura	Dato %
C.C.A. Poliambulanza - Brescia	94,23
Osp. Aziendale di Merano (BZ)	88,92
Osp. di Montecchio Maggiore (VI)	87,90
Osp. di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	87,00
Osp.Versilia - Camaiore (LU)	86,82
ITALIA	**33,11**
A.O. Sant'anna e San Sebastiano - Caserta	1,52
Osp. civile Coniugi Bernardini - Palestrina (RM)	1,40
Osp. Civile Sassari	1,25
Osp. di Casarano (LE)	0,97
Osp. Loreto mare - Napoli	0,52

LA STAMPA

04/10/12

Dove gli ospedali costano di più le cure sono peggiori

On line la lista nera dei reparti, ma anche i punti di eccellenza della sanità

PAOLO RUSSO

Il Ministero della Salute riscrive le pagelle degli ospedali e conferma che dove la sanità costa di più ci si cura anche peggio. Così mentre infuria la «Regionopoli» emerge la mappa dei reparti e dei nosocomi dello spreco, dove si fanno ricoveri e interventi con il contagocce, senza assicurare ne' l'economicità ne' la sicurezza dei pazienti in mani poco esperte. Per credere basta cimentarsi nella lettura del nuovo portale che indica efficienza e qualità degli ospedali d'Italia, pubblici e privati convenzionati, presentato ieri dal Ministro Balduzzi. Una gigantesca mole di dati che passano al setaccio 42 prestazioni tra le più rilevanti. E scorrendo le «liste nere» dei nosocomi peggiori a prevalere sono proprio quelli delle regioni in piano di rientro dai deficit sanitari. Che la spesa allegra non faccia bene alla salute lo dicono anche altri dati nascosti nelle pieghe del portale, che parlano di 92 strutture dove si pagano stipendi e macchinari per meno di 10 ricoveri l'anno (anche se alcune non sono ospedali ma luoghi di lungodegenza o riabilitazione). E poi ci sono i casi, tutt'altro che rari, di reparti chirurgici dove si fanno non più di due o tre interventi l'anno. Reparti inutili se non a mantenere il posto di Primario, mentre in altri dipartimenti della stessa struttura mancano medici e posti letto.

ta. «Al Policlinico Umberto Primo di Roma lo stesso tipo di intervento si fa in 15 reparti diversi, il che - denuncia il direttore del portale, Carlo Perucci - significa che in molti non se ne fanno più di uno, due l'anno». Che ci sia ancora una sovrabbondanza di ospedali lo dimo-

Solo per fare un esempio in ben 689 ospedali si eseguono meno di 20 interventi l'anno per tumore allo stomaco, meno di quelli che le linee guida internazionali indicano essere la soglia minima di sicurezza per i pazienti. Perché dove si fa meno esperienza sul campo la mortalità aumen-

stra del resto il confronto con un sistema sanitario inglese, dove le strutture di ricovero sono solo 400 contro le nostre 1.483. Un dato che nasconde quello dei molti ospedali dove di interventi se ne fanno pochi e che non a caso quasi sempre finiscono nelle parti basse della classifica di ciascuna delle 42 prestazioni monitorate dal Ministero. Gli uomini di Balduzzi non vogliono sentir parlare di classifiche ma basta mettere in fila i numeri del portale per ricavare la lista di «buoni e cattivi». Così l'ospedale di Carate Brianza si distingue per il minor numero di parti cesarei (appena il 4%) mentre nelle cliniche "Villa Cinzia" di Napoli e "Mater Dei" di Roma si usa quasi esclusivamente il più redditizio bisturi (rispettivamente 90 e 92%). Ma in genere le performance migliori si concentrano al Nord. La frattura del femore va operata entro 48 ore per evitare danni permanenti soprattutto agli anziani. Ma all'Ospedale "Loreto Mare" di Napoli questo avviene nemmeno nell'1% dei casi mentre al "Poliambulanza" di Brescia arrivano al 94%. In genere al Nord 7 pazienti su 10 entrano in sala operatoria nei tempi previsti, al Sud una quota residuale.

Le informazioni del portale potrebbero presto essere utilizzati anche per applicare meccanismi di "bonus-malus" nel finanziamento delle strutture. Intanto Balduzzi ha promesso trasparenza: dal nuovo anno i dati, in versione semplificata, saranno anche a portata di click degli assistiti.

Le prestazioni nei reparti: alcuni esempi

I migliori		I peggiori	

Taglio cesareo

Proporzione su parti primari (media esiti Italia 27,42%)

I migliori		I peggiori	
1. V. Emanuele II-Carate Brianza	4%	1. CC Mater Dei-Roma	91,9%
2. Ca' Foncello-Treviso	5,3%	2. CCA Villa Cinzia-Napoli	90%
3. Osp. di Palmanova	5,8%	3. CCA Lucina-Catania	84,8%

Frattura del femore

Intervento chirurgico entro 48 ore (media esiti Italia 33,11%)

I migliori		I peggiori	
1. CCA Poliambulanza-Brescia	94,2%	1. Osp. Loreto Mare-Napoli	0,5%
2. Osp.Aziendale-Merano	88,9%	2. Osp. di Casarano	1%
3. Osp. di Montecchio Maggiore	87,9%	3. Osp. Civile-Sassari	1%

Infarto Miocardio acuto

Mortalità a 30 giorni dal ricovero (media esiti Italia 10,28%)

I migliori		I peggiori	
1. Osp. M. del Corso S.Benedetto Tronto	2,2%	1. Osp.S. Giovanni Evangelista Tivoli	24,6%
2. Osp. . S. Giacomo d'Altopasso Licata	3,1%	2. Osp.S. Gius.S.M. Capua a Vetere	21,8%
3. Osp. S. Maria della Speranza Battipaglia	3,2%	3. Osp. San Paolo Napoli	20,5%

Il Sole 24 ORE

04/10/12

L'ANALISI

Una pagella indispensabile in tempi di sacrifici

Roberto Turno

«Noi non diamo voti in pagella, non facciamo classifiche. Valutiamo l'attività degli ospedali e, nel farlo, implicitamente diamo indicazioni ed elementi informativi alle Regioni per migliorare e raggiungere migliori performance». Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, e i tecnici dell'Agenas che hanno curato il "Programma nazionale esiti", ci hanno tenuto a ribadirlo ripetutamente. Ma, se non lo fa il ministero, forse non è sbagliato assumersi la responsabilità di stilare almeno una simil-pagella, pur con tutta le delicatezza del caso e le le imperfezioni che possono scaturire dall'assemblaggio di centinaia di migliaia di dati che tra l'altro rischiano di mettere sullo stesso piano un ospedale che lavora a pieno ritmo da un altro che magari fa pochissimi interventi.

Perché il punto è tutto qui. Tanto più in tempi di vacche magre e di spending review che bussa prepotentemente alle porte della sanità pubblica. Da una parte gli sprechi da tagliare perché costano e fanno "cattiva salute", magari però evitando di intervenire in maniera grossolana come si rischia di fare proprio in applicazione della spending review. Dall'altra i diritti degli assistiti (nonché contribuenti), che meritano le cure migliori senza confini geografici e che devono avere garantito il massimo e tempestivo accesso a tutte le informazioni di cui hanno bisogno.

E allora, perché non dire chiaramente (una pagella, un voto) agli italiani dove le cose non vanno e dove invece vanno bene, o comunque meglio che sotto casa? Spalancare le porte al miglioramento e alle performance, in fondo, vuol dire anche far entrare l'aria fresca del confronto, se proprio non la si vuole chiamare concorrenza. Quel benchmark che, tra l'altro, vuol essere la stella polare da inseguire già nei prossimi (delicatissimi) passi che dovrà compiere il Ssn dal 2013 con i costi e i fabbisogni standard e con l'individuazione della rosa di 3 Regioni di riferimento anche per il riparto dei fondi sanitari.

Non si tratta di demonizzare la sanità pubblica e quel tanto di universalismo nel diritto alle cure che ancora ci è dato, tanto più mentre va sempre più restringendosi il perimetro del welfare anche sanitario che abbiamo sempre conosciuto. Si tratta di invertire la rotta, di imboccare dappertutto e in pieno la strada della sana e buona gestione e dei servizi di qualità, di ripensare il rapporto ospedale-territorio. Come non sempre avviene, né dappertutto, nella sanità pubblica. Pur con tutti i meriti che le vanno riconosciuti, a cominciare da una classe medica e sanitaria in genere, spesso di primissimo livello.

Ma tutto questo ormai non basta più. Tanto più se è vero, come appare dai dati degli "Esiti", che abbiamo quasi un centinaio (forse 92) di ospedali che in pratica esistono solo sulla carta: non fanno alcun ricovero. E allora, a che servono? Possiamo ancora permettercelo? E ancora: possiamo consentirci il proliferare di reparti e primariati nei Policlinici universitari che spesso si sono dimostrati una vera e propria culla di sprechi e che pure nessuno tocca, neppure il Governo dei professori? Per salvare l'universalismo ancora possibile, nessuno ha più diritto ai vecchi sconti.

Ospedali, la mappa delle performance

Il Sole 24 ORE

04/10/12

Sanità. Il decreto legge alla Camera

Nell'intramoenia ricevute analitiche

Manuela Perrone
ROMA

Il "**decreto Balduzzi**" sulla sanità comincia a cambiare volto. Merito dei ritocchi alle norme sull'intramoenia votati ieri dalla **commissione Affari sociali della Camera**, che ieri ha avviato l'esame degli oltre 700 emendamenti presentati (quasi cento sono stati subito dichiarati inammissibili). Accantonati, per ora, gli articoli più controversi: il primo, sul riordino delle cure primarie, per il quale si aspetta una riscrittura da parte del Governo, data l'opposizione delle Regioni e l'enorme mole di proposte di modifica; il quarto, sul governo clinico e le regole per nominare i primari; il settimo, sul contrasto alla dipendenza da gioco, rispetto al quale ancora permangono divergenze in seno allo stesso Esecutivo.

I tempi sono stretti - il Dl dovrà arrivare in aula entro il 15 ottobre - e l'Esecutivo è già andato "sotto" una volta: i deputati hanno infatti approvato un emendamento proposto dall'Idv all'articolo 2 sull'intramoenia, nonostante il parere negativo del Governo. La modifica prevede che la ricevuta fiscale rilasciata al paziente per le prestazioni in intramuraria dovrà riportare analiticamente tutte le voci, in modo da rendere esplicito il compenso corrisposto al camice bianco. «L'obiettivo è garantire la trasparenza», ha spiegato Antonio Palagiano, capogruppo Idv in commissione. Anche se il Pd, tramite Livia Turco (relatrice del provvedimento insieme a Lucio Barani, Pdl) e Margherita Miotto, ha definito la modifica «demagogica» perché non fa «in alcun modo l'interesse dei cittadini» e «non sarà mai attuata».

Tra gli altri emendamenti approvati c'è l'introduzione del limite massimo di 90 giorni per i pagamenti ai medici da parte delle Asl, l'abolizione dei 12mila euro minimi di fatturato per svolgere l'intramoenia negli studi professionali collegati in rete con l'azienda sanitaria e lo slittamento dal 30 novembre al 31 dicembre del termine per la ricognizione nelle Regioni degli spazi disponibili per l'intramuraria. Compresi, come proposto dal Pd, quelli che si renderanno disponibili grazie alla spending review (come i piccoli ospedali che andranno dismessi).

«L'impianto della norma resta intatto», ha commentato il ministro della Salute, Renato Balduzzi, presente alla seduta. «L'intento è quello di dare serietà all'attività libero professionale». Dopo l'intramoenia, passano al vaglio dei deputati le norme sulla responsabilità civile di medici e strutture e quelle sui livelli essenziali di assistenza.

LE PRIME NOVITÀ

L'obiettivo è avere compensi trasparenti
Limite massimo di 90 giorni per i pagamenti delle Asl ai medici

Confronto aperto sull'Iva

IL MATTINO

04/10/12

Il caso

Invalidità, le Regioni bloccano la riforma

L'Inps: pensioni erogate su tabelle del 1992. Le Asl del Sud sono più «generose»

Nando Santonastaso

Due anni di lavoro di una commissione di esperti istituita dal ministero della Salute, un difficile compromesso raggiunto tra proroghe e accelerazioni, un decreto praticamente alla firma. Ma tutto ciò non è bastato ad aprire una breccia nel muro invalicabile delle Regioni, tutte o quasi compatte nel non concedere spazi al tentativo di ridimensionare il loro potere discrezionale in materia di valutazione delle malattie invalidanti, punto di forza di un sistema spesso truffaldino che in termini di pensioni costa allo Stato molto più del dovuto. Rivedere e, soprattutto, aggiornare le tabelle che disciplinano le percentuali di invalidità dei lavoratori o dei semplici cittadini, dalle quali dipende l'erogazione di trattamenti previdenziali spesso importanti, si è rivelata una pia illusione.

«E così – dicono all'Istituto nazionale di previdenza - restano in vigore le tabelle del 1992, con incognite sulla qualità e la quantità della spesa piuttosto forti». Un infarto non costa allo Stato alla stessa maniera, sempre in termini pensionistici, a Milano e a Napoli. Secondo le statistiche dell'Inps, al Sud i margini di discrezionalità utilizzati dalle commissioni Asl che esaminano i casi di invalidità più o meno permanente e determinano, di fatto, la concessione della pensione, sono molto più ampi rispetto al Nord. Anche per questo l'Istituto guidato da Antonio Mastrapasqua, impegnato in una vera e propria offensiva per scalfire e annullare il sistema dei falsi invalidi, aveva risposto di buon grado all'invito dell'ex ministro della Salute Ferruccio Fazio di far parte della commissione. L'obiettivo era di valutare dove intervenire sulle tabelle prendendo atto non solo dei nuovi stili di vita ma anche della risposta che la ricerca scientifica aveva dato a malattie, come i tumori, per i quali le percentuali di guarigione sono certamente aumentate. Al tavolo erano state invitate anche le Regioni, ovviamente, depositarie di un potere decisionale in materia praticamente illimitato.

Lodevole l'intento, decisamente più complicata la sua attuazione. La commissione fu prorogata ben due volte fino a quando, subentrato il ministro Renato Balduzzi, si accelerarono le operazioni per arrivare al decreto finale. A Novembre 2011 le nuove tabelle risultavano approvate e pronte ad essere recepite dal provvedimento del ministro. Ma del decreto non c'è mai stata traccia nonostante le sollecitazioni di associazioni di volontariato, operatori socio-assistenziali, e di tutti i soggetti che avevano visto di buon occhio la svolta. Lo stop arriva invece dalle Regioni, il metodo delle percentuali viene ritenuto superabile con un sistema di autocertificazioni, abbondantemente discusso nella commissione ma alla fine scartato perché di fatto avrebbe ridotto ad un ruolo insignificante la competenza del medico legale. Il no delle Regioni contrarie ad ogni principio che potesse rimettere in discussione la discrezionalità delle commissioni mediche diventa una pietra tombale, almeno per adesso, sul progetto di riforma delle tabelle. E così restano virtuali i tentativi di applicare con le nuove tabelle metodi di accertamento delle false cecità che ridurrebbero di gran lunga i rischi o i dubbi sull'effettivo status del paziente. E lo stesso vale per i tumori che continueranno ad essere valutati in base a tabelle che non esaminano l'organo colpito e le possibilità di guarigione ma restano ancorate a prognosi per le quali, tanto per cambiare, il range di discrezionalità dei medici è sempre ampio.

Va ricordato peraltro che, se fosse stato applicato alla lettera il decreto del 1992, le tabelle avrebbero dovuto essere revisionate già un anno dopo, per aggiornarle in base a scoperte mediche e stili di vita. Venti anni dopo il tempo è passato invano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iter
Non c'è traccia del decreto che doveva recepire i criteri fissati nel 2011

Economia

Invalidità, le Regioni bloccano la riforma

Le pensioni di invalidità civile

Numero pensioni 2009
2.637.394
+25,5% 2005-2009

Spesa complessiva (euro)
12,45 miliardi
+36,4% 2005-2009

La provincia più "generosa"
NAPOLI

Numero pensioni 2009
187.969

Spesa complessiva (euro)
859,2 milioni

CLASSIFICA PROVINCIALE - Incremento 2005-2009

Numero pensioni

1	Sassari	+46,9%
2	Roma	+43,0%
3	Piacenza	+42,8%
4	Latina	+41,2%

Spesa complessiva

1	Sassari	+63,7%
2	Brindisi	+56,7%
3	Piacenza	+56,2%
4	Roma	+55,8%

Fonte: Cgia Mestre

ANSA-CENTIMETRI

Economia

Invalidità, le Regioni bloccano la riforma

Ma i medici insistono: l'incremento dei ricoveri è dovuto all'inquinamento

Anelli e Avarello: i ministri possono dire quello che vogliono, il fenomeno c'è

● Questa volta il dato che vuole scuotere l'opinione pubblica giunge da Villasimius (Cagliari) dove sono riuniti a congresso nazionale i medici di medicina generale: a Taranto - viene riferito in una serie di lanci di agenzia - nel primo semestre 2012 si è registrato un aumento del 50% dei ricoveri per tumore in tutta l'Asl tarantina, compresi quindi i quartieri più vicini all'Ilva. Dati ancora inediti - viene sottolineato - in possesso dell'Asl Taranto e forniti dalla responsabile dell'area controllo della spesa farmaceutica, Rossella Moscogiuri. Inoltre, sempre quest'anno, rispetto alle patologie oncologiche, si registra un aumento del 60% dei ricoveri in day hospital e del 40% di accessi ambulatoriali. Intanto, un'altra agenzia riferiva che, per avere un quadro definito della situazione ambientale e sanitaria della zona dell'Ilva di Taranto «è ormai è questione di qualche giorno». Stanno per arrivare, infatti, sia i dati definitivi dell'aggiornamento del progetto Sentieri, sia i dati del monitoraggio biologico su un certo numero di allevatori delle zone circostanti ed altri dati ancora. Lo ha assicurato il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ospite in una trasmissione radiofonica. Il ministro ha quindi aggiunto: «La zona di Taranto e alcuni comuni vicini da tempo presentano delle criticità di carattere ambientale e sanitario. Ora si tratta di capire esattamente in quali termini si pongono queste criticità per orientare meglio sia le politiche di risposta sanitaria, sia l'azione di bonifica ambientale e industriale».

Dalla Sardegna, però, le dichiarazioni incalzano. «I ministri possono dire quello che vogliono, ma la scienza parla chiaro: l'aumento di tumori a Taranto è legato all'inquinamento». E' quanto sostenuto dai medici Filippo Anelli, segretario della Fimmg di Puglia e presidente dell'Ordine dei medici di Bari, e Giulio Avarello, vicesegretario della Fimmg di Taranto, in riferimento alla gravità della situazione sanitaria a Taranto. Se, dunque, i ministri Clini e Balduzzi, di fronte ai dati epidemiologici sui tumori, sostengono che la certezza scientifica di una correlazione con l'Ilva non c'è ancora, per i medici sul territorio la situazione è abbastanza chiara. «Questo aumento di tumori è correlato all'inquinamento ambientale - spiega Anelli -, i ministri possono dire quello che vogliono. A Bari c'era una fabbrica di amianto e si è registrato per anni un aumento di tumore al polmone, poi la fabbrica è chiusa e il dato dei tumori si è normalizzato. Via la fabbrica, via i tumori. Anche la magistratura d'altra parte la pensa così». «E' pazzesco anche l'inquinamento alimentare - spiega Avarello -: la diossina nell'ambiente, le polveri sottili, producono un aumento di tumori e di malattie respiratorie». Per non parlare del piombo: «Uno studio dell'Arpa regionale con i medici di famiglia, presentato a Oxford - aggiunge il medico - che non ha avuto una eco in Italia ha trovato un'alta percentuale di piombo nelle urine dei pazienti tarantini, ma il comune di Taranto dice che non e' dannoso. Invece è un altro dato inquietante». *[M.R.Gigante]*

IL MINISTRO BALDUZZI

Ha annunciato che stanno per arrivare i nuovi dati del progetto Sentieri

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO 04/10/12

Tumori in aumento del 50% Taranto, un caso nazionale

Inquietanti i dati dell'Asl sui ricoveri ospedalieri nel capoluogo jonico

● **TARANTO.** Nei primi sei mesi del 2012 a Taranto si è registrato il 50% in più di ricoveri per patologie tumorali.

In attesa che tra una decina di giorni il ministro della Salute Balduzzi ufficializzi i risultati dello studio Sentieri, in realtà già compresi nel decreto di sequestro preventivo dell'area a caldo dell'Ilva firmato il 26 luglio scorso dal gip Patrizia Todisco, i numeri che rimbalzano dal congresso nazionale della Federazione dei medici di medicina generale, in corso a Villasimius (Cagliari), sono tutt'altro che confortanti.

I dati sui ricoveri ospedalieri per patologie oncologiche della Asl di Taranto, ancora inediti, sembrano infatti confermare un amaro e preoccupante trend: nel primo semestre 2012, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, si è infatti registrato un aumento del 50%. Non solo. Sempre in merito alle patologie tumorali, si registra un'impennata del 60% per i day hospital e una crescita del 40% per quanto riguarda gli accessi ambulatoriali. A fornire i dati è stata Rossella Moscogiuri, responsabile controllo spesa farmaceutica dell'Asl tarantina.

«A Taranto - spiega Moscagiuri - registriamo un'alta percentuale di patologie respiratorie, così come una più alta spesa farmaceutica rispetto alla media nazionale. Abbiamo avviato uno studio comparativo con altre Asl del Veneto, della Toscana e dell'Abruzzo, da cui avremo un quadro più completo». Dai primi dati emersi da questa indagine è risultato, ad esempio, che a Taranto il 3,3% della popolazione soffre di bpco, grave malattia respiratoria, contro l'1,8% di Verona e il 2,3% registrato nella Asl di Teramo.

«L'incidenza dei tumori a Taranto è sotto gli occhi di tutti. Ci sono numerosi studi a riguardo che confermano il fenomeno. È certo che alcune patologie oncologiche sono legate all'inquinamento ambientale. I ministri possono dire quello che vogliono» sottolinea invece, non senza un filo di polemica, Filippo Anelli, segretario Fimmg Puglia e presidente dell'Ordine dei medici di Bari. «Le polveri sottili e le emissioni di diossina - aggiunge Anelli - sono fattori che producono l'aumento dei tumori. La scienza ci insegna questo. Le polemiche politiche non ci riguardano, ai medici interessa l'aspetto clinico». D'altronde numerosi studi condotti sulla popolazione di Taranto tracciano un quadro allarmante. «Qualche mese fa - aggiunge Giulio Avarello, vicesegretario Fimmg Taranto - è stato presentato, un po' sottovoce, in Inghilterra, ad Oxford, uno studio condotto dall'Arpa Puglia in collaborazione con i medici di famiglia di Taranto da cui è emerso che è stata trovata un'alta percentuale di piombo nelle urine dei residenti. Questa alta percentuale non è indice di malattia, ma è un sintomo da non sottovalutare. Per questo, la Commissione Ambiente dell'Ordine dei medici di Taranto si è mossa chiedendo un approfondimento del fenomeno. D'altro canto - precisa l'esperto - l'alta percentuale di piombo nel sangue può provocare malattie neurologiche». Non solo tumori, dunque, pur se nel primo semestre del 2012 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente nella Asl di Taranto si è registrato un aumento di spesa pari a circa 1 milione di euro per farmaci antitumorali. «L'inquinamento industriale - aggiunge Avarello - produce effetti negativi sulla salute a tutti i livelli». Secondo Anelli, per cercare di contenere il fenomeno sarebbe necessario «avviare un percorso diagnostico terapeutico affinché si standardizzino delle metodologie di cura per aiutare il medico a diagnosticare prima le malattie. Ad esempio - conclude - si potrebbero fare dei check up annuali per le categorie a rischio. Con tutti i costi a carico del servizio sanitario». *[M.Maz.]*

In corso in Sardegna il congresso degli specialisti in Medicina generale: i numeri sono da brividi

«Le polveri sottili e le emissioni di diossina sono fattori che producono l'aumento dei tumori. La scienza ci insegna questo»

APPELLO LETTERA AL PREMIER: «SETTORE AD ALTO RISCHIO»

Farmaci, imprese e sindacati uniti «Monti ripensi a quei tagli inutili»

MILANO

AZIENDE e sindacati firmano una lettera indirizzata a Mario Monti. Chiedono di abrogare *tout court* alcuni recenti decreti di contenimento delle spesa pubblica, che non portano alcun risparmio al Servizio sanitario nazionale e in compenso mettono in ginocchio uno dei settori trainanti del made in Italy: il farmaceutico. Parliamo di 220 aziende, 165 stabilimenti produttivi, 65 mila occupati (6mila nella ricerca d'eccellenza), 2,4 miliardi l'anno di investimenti, un giro d'affari di 25 miliardi, 15 dei quali, cioè il 61% del totale, esportato in tutto il mondo.

UN SETTORE sano e vitale, risorto miracolosamente dalle ceneri dopo i disastri degli anni 80, quando sembrò sul punto di essere smantellato. Ora è di nuovo a rischio. A minacciarne la sopravvivenza è il torchio dell'austerity di bilancio, che dal 2007, manovra dopo manovra, ne ha strizzato i ricavi per ben 11 miliardi di euro, tanto che oggi l'Italia è il Paese europeo con il costo dei farmaci più basso (del 20% in media) e la redditività più magra (il 15% in meno negli ultimi 5 anni). In base a quanto indica la *spending review*, poi, i fondi saranno tagliati di un altro 10% dall'anno prossimo. Come non bastasse, i tempi di pagamento della pubblica amministrazione sono quattro volte superiori a quelli tedeschi, i tempi di registrazione dei nuovi farmaci superiori di due anni rispetto al resto d'Europa (e le «novità» sono solo l'1% del totale, contro una media mondiale del 4%); questo mortifica innovazione e ricerca. Di questo passo, dicono le imprese, i big italiani delocalizzeranno all'estero le fabbriche, e le multinazionali smantelleranno stabilimenti e centri di ricerca nel Bel Paese. «Dove non c'è un mercato interno florido — dicono — non ha senso mantenere le produzioni». E Negli ultimi anni sono andati in fumo 10 mila posti di lavoro, altri 10 mila sono oggi a rischio.

LE RAGIONI
«La spending review non porta risparmi allo Stato ma fa danni alle imprese»

SE QUESTO è lo scenario di fondo, l'ultima è il presunto obbligo di indicare in ricetta il principio attivo anzichè la specialità di marca per tutti i prodotti (sono il 90%) a brevetto scaduto. Diciamo «presunto», perchè in realtà, come ha chiarito il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi, la norma lascia la possibilità di suggerire la denominazione commerciale, o di richiederla espressamente se la ricetta è corredata da una breve motivazione. Ma questo, lamentano le aziende, il ministero avrebbe dovuto spiegarlo a medici e pazienti, e non l'ha fatto. Risultato: dall'entrata in vigore delle nuove ricette, le vendite di prodotti a marchio sono crollate: meno 6% per statine, Ppi e antibiotici, meno 15% per le terapie acute e meno 30% per altri prodotti. Se la ratio del provvedimento era aprire le porte ai farmaci generici, meno costosi del 20% in media, l'obiettivo è più che raggiunto: +8% in luglio, +22% in agosto e settembre.

MA CHE SENSO HA? Si parla per esempio di minori spese per 700 milioni l'anno; ma non ne beneficia certo il Servizio sanitario che comunque rimborsa al prezzo del farmaco più economico sul mercato. Risparmiano i pazienti, ma le cifre sono irrisorie: da 50 cent a 2 euro al massimo. In cambio, ingrassano i produttori di farmaci generici, cioè 5 o 6 colossi stranieri, che producono all'estero il 90% di ciò che vendono in Italia. Ecco perchè imprese e sindacati, insieme, scrivono a Monti: «Aboliamo quelle norme, salviamo la farmaceutica italiana».

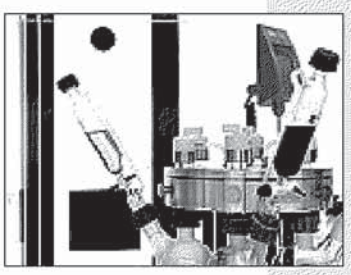
Massimo Degli Esposti

I NUMERI

4

MILIARDI DI EURO

Le perdite di fatturato annuo stimate da Farmaindustria per effetto delle manovre varate negli ultimi anni



10.000

POSTI DI LAVORO

Sono quelli persi dall'industria dei farmaci di marca per il calo dei fatturati. La produzione di generici ha generato un migliaio di posti in più

25

MILIARDI DI EURO

Il giro d'affari annuo del farmaceutico italiano Il 61% viene esportato Le aziende sono 220, con 65 mila occupati (6mila nella ricerca)

LA SCURE SENZA RISPARMI

Il consumo dei farmaci di marca è già calato del 30-40% e lo Stato non risparmia perché il rimborso non è sceso

FEDERFARMA
Il presidente Massimo Scaccabarozzi
(Imagoeconomica)