

Obama: gratis la pillola del giorno dopo

WASHINGTON - Le assicurazioni mediche americane dovranno offrire gratis alle proprie assistite le pillole contraccettive, comprese quelle cosiddette «del giorno dopo». Ma anche le visite legate alla fertilità, all'alimentazione dal seno e alla cura di malattie trasmesse sessualmente. Lo ha stabilito l'amministrazione Obama con una decisione storica a favore dei gruppi che appoggiano la pianificazione familiare e che rappresenta una dura sconfitta per le organizzazioni ultra-conservatrici e religiose. Le nuove regole, emesse dal Health and Human Services Department, di fatto cancella il cosiddetto «copay», una sorta di ticket che le donne dovevano pagare per comprare la pillola.

Al termine di uno studio commissionato dal governo, tutti i prodotti farmaceutici che tutelano il controllo delle nascite, compresa appunto la controversa «pillola del giorno dopo», saranno aggiunti nella lista delle medicine preventive, e quindi gratuiti.

«Queste nuove regole - commenta il ministro della Salute, Kathleen Sebelius - sono basate sulla scienza e sulla letteratura medica esistente e aiuteranno le donne ad avere assicurato gratuitamente ogni trattamento medico di cui hanno bisogno».

Nel decreto, il ministero ha comunque permesso alle compagnie assicuratrici di ispirazione religiosa di escludere dalle proprie polizze la copertura per questi contraccettivi.

La decisione del governo americano viene incontro a quanto richiesto da tempo da parte delle donne americane.



CORTE DEI CONTI

Più spesa, minore qualità

La cattiva amministrazione mette a rischio anche i servizi

Non sono le condizioni epidemiologiche e demografiche a spiegare la variabilità dei costi nelle Regioni, ma al contrario sono proprio quelle che spendono di più a erogare l'assistenza peggiore, soprattutto a livello di territorio. Questa

in sintesi l'analisi che la Corte dei conti fa nel rendiconto generale dello Stato, esaminando i risultati raccolti dalla Salute nella sua verifica sul rispetto dei Lea.

A PAG. 6-7

CORTE DEI CONTI/ Analisi dei Lea 2009: anche l'assistenza a picco nelle Regioni in rosso

«Più spesa, servizi peggiori»

La variabilità dei risultati dipende dalla gestione e non dall'epidemiologia

Il dettaglio di alcune performance

Regioni	Percentuale anziani >65 in Adi	Posti residenziali per disabili per 1.000 ab.	Tasso di ospedalizzazione	Regioni	Percentuale anziani >65 in Adi	Posti residenziali per disabili per 1.000 ab.	Tasso di ospedalizzazione
Piemonte	2,4	0,3	159,3	Lazio	3,8	0,7	191,3
Lombardia	4,1	0,5	172,5	Abruzzo	6,0	0,9	185,9
Veneto	9,3	0,1	150,5	Molise	2,4	0,7	197,6
Liguria	3,4	1,2	198,3	Campania	1,8	0,8	223,7
Emilia R.	8,4	0,9	162,9	Puglia	1,8	0,4	195,3
Toscana	2,0	0,6	148,6	Basilicata	5,2	1,2	185,2
Umbria	7,6	0,4	168,4	Calabria	2,5	-	182,4
Marche	3,6	0,6	167,7	Sicilia	1,1	0,5	213,2
				Sardegna	2,4	0,7	176,9

Nel 2009 gli indicatori per gli adempimenti dei Lea sono in peggioramento rispetto al 2008. Le Regioni i cui risultati sono critici (e quindi risultano inadempienti) sono sei (erano tre nel 2008): Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria. Tre Regioni, pur essendo adempienti, lo sono con impegno su alcuni indicatori.

La Corte dei conti nella sua analisi sul rendiconto generale dello Stato 2010 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 26/2011) entra nel merito dei livelli essenziali di as-

sistenza e analizza e commenta i risultati definitivi della verifica 2009 del ministero della Salute sull'erogazione dei Lea, mettendo in fila gli indicatori utilizzati e soprattutto concentrando la sua attenzione sui dati regionali di 23 indicatori di sintesi sui 34 elaborati dal ministero (si veda tabella in fondo alla pagina). Governo della domanda, efficienza, appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche, qualità clinica, efficacia assistenziale delle patologie croniche, efficienza prescrittiva farmaceutica, efficacia del-



l'assistenza collettiva e di prevenzione: un set che permette di «comprendere le criticità e gli aspetti positivi della Sanità regionale», sottolinea la Corte.

La condizione di sofferenza evidenziata nella relazione è legata soprattutto all'assistenza distrettuale, che presenta forti variabilità. La Corte fa l'esempio del costo della **farmaceutica** territoriale, che rappresenta circa il 28% della spesa sanitaria riferita a "produttori di mercato". Nel 2009, la quota è di oltre il 2% superiore nelle Regioni in squilibrio, anche se per quattro di queste lo scostamento è rilevante, ma in miglioramento.

Anche il numero di posti in strutture residenziali per anziani registra pesanti differenze: a fronte di valori superiori a 14 posti ogni 1.000 anziani nel Centro-Nord (con punte vicino ai 30 in Lombardia), nelle Regioni in squilibrio si va dai 4,9 della Basilicata allo 0,7 della Campania e della Sicilia.

La percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (Adi) è al Sud, a eccezione di Basilicata e Abruzzo, compresa tra l'1,1% della Sicilia e il 2,4% del Molise, contro l'8,4% dell'Emilia Romagna e il 9,3% del Veneto.

Forti differenze (anche se in riduzione) nelle prestazioni specialistiche extra-ospedaliere: inferiori a 1,5 ogni 10 abitanti al Centro-Sud, superiori a 2 nelle altre aree.

Anche per l'attività ospedaliera la Corte rileva forti differenze nell'appropriatezza delle prestazioni e nella capacità di fornire un «adeguato livello del servizio».

Nel 2009 il tasso di ospedalizzazione varia a livello regionale,

dal massimo (233) della Campania al minimo del Friuli Venezia Giulia (149). Rispetto allo standard di 180 per mille, solo 8 Regioni presentano risultati uguali o inferiori. In generale, tutte le Regioni del Sud hanno un tasso complessivo maggiore della media nazionale. A esse si aggiungono Liguria, Lazio e Bolzano.

La proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici di pazienti con Drg medico, poi, è del 35,3 per cento. Anche in questo caso, il dato è diversissimo tra le Regioni. Non c'è un valore di riferimento, ma «guardare ai migliori risultati regionali può consentire di valutare i margini recuperabili attraverso una programmazione e una più efficiente organizzazione ospedaliera», spiega la Corte.

Forti le differenze anche nel trattamento di determinati casi. L'esempio è la quota di parti cesarei sul totale. Rispetto ai valori del Nord del 28-31%, nelle Regioni in squilibrio si va sopra il 40%, con punte del 62% in Campania e del 53% in Sicilia. «Non va dimenticato - ricorda la Corte - che tali interventi rappresentano il terzo Drg per importanza tra le ragioni di dimissione ospedaliera e che anche nelle Regioni virtuose, la quota è ben superiore a quella media negli altri Paesi europei (in media 15%)».

Qualità bassa nel servizio offerto anche per patologie che richiederebbero invece un'assistenza più tempestiva e appropriata. È il caso della frattura del femore, che per un pieno recupero «richiede un intervento tempestivo»; o dei test di screening di primo livello per prevenire patologie oncologiche: «A fronte di quote tra il 7 e il 15% della popo-

lazione interessata al Nord (e in Basilicata e Molise), nelle Regioni in squilibrio i valori risultano molto più contenuti: l'1% in Sicilia e in Sardegna, il 2% nel Lazio e in Campania.

I dati dei Lea 2009 confermano quindi, secondo la Corte, che «l'elevata variabilità dei risultati economici è solo in minima parte spiegata da oggettive difficoltà o da differenti condizioni epidemiologiche e demografiche. La gran parte di tale variabilità appare, piuttosto, da attribuire alle diverse capacità gestionali: ai differenti risultati economici e ai cre-

scenti squilibri finanziari sono spesso associate una evidente inappropriata delle prestazioni e una minor qualità dei servizi resi». Nelle situazioni regionali in cui si ha un cattivo controllo del budget e, quindi, scarsa capacità di rispettare i limiti di spesa previsti, si hanno, in linea generale, peggiori performance di carattere anche qualitativo. In altre parole, a maggiori risorse spese non corrisponde una migliore qualità del servizio.

P.D.B.

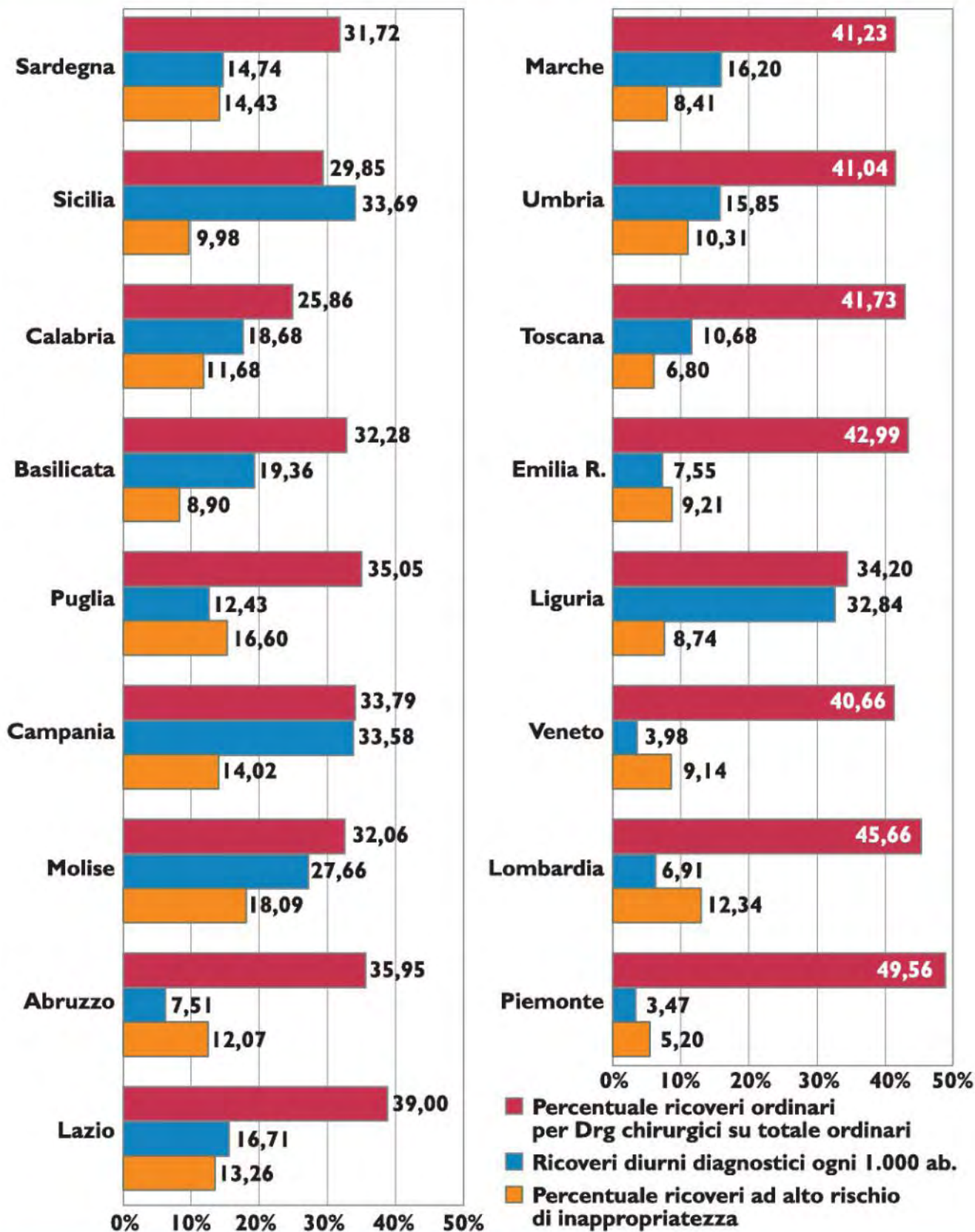
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati degli indicatori di sintesi dei Lea 2009

Regione	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari per acuti per 1.000 residenti	Degenza media per acuti - Drg chirurgici - Diff. in giorni dalla media	Percentuale Drg medici da repair chirurgici	% colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricoveri ordinari (0-1 gg)	Drg Lea chirurgici: % ricoveri in day surgery e ordinari (0-1 giorno)	Drg Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti	Percentuale cesarei	% di ric. ripetuti entro 30 gg per stessa Mdc corretto per lo scostam. dal tasso di ospedalizzazione Ro per acuti naz.	Percentuale fratture femore operate in 2 giorni	Percentuale di fughe in punti Drg	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale x 100 abitanti (>= 65 anni)	Grado di copertura per vaccino Mpv (morbilli, rosolia, parotite) per 100 abitanti (<= 2 anni)	Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)	Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)	Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)	Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 resid. (50-74 anni)	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 resid. (20-74 anni)	Tasso ospedalizzazione Bpco per 100.000 residenti (50-74 anni)	Percentuale di ricoveri in Dh medico con finalità diagnostica	Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale
Piemonte	98,7	-0,0	15,6	19,6	88,1	90,3	31,6	3,2	30,1	7,3	1,1	17,0	60,7	92,3	68,5	62,6	11,9	28,1	197,0	27,9	85,5	18,0	197,2
V. Aosta	127,8	0,9	26,6	-	79,8	96,5	33,2	4,1	66,7	24,7	1,2	23,2	54,5	88,5	92,4	77,2	75,9	66,1	156,2	8,8	206,5	21,4	176,8
Lombardia	124,9	-0,2	22,1	6,7	78,5	163,1	28,3	4,2	42,6	4,2	1,0	19,0	61,7	93,6	93,0	55,1	102,8	38,7	261,3	70,4	117,9	28,8	195,2
Bolzano	142,4	0,2	31,0	10,5	73,8	234,0	25,9	4,3	83,6	6,2	1,1	28,6	47,5	75,9	90,5	52,0	15,5	51,9	252,5	65,4	154,8	33,2	149,1
Trento	110,1	-0,2	19,1	8,4	85,1	112,7	23,4	4,5	33,8	18,3	1,1	15,4	68,0	88,8	79,5	74,8	15,5	51,9	242,0	50,1	58,8	33,7	164,1
Veneto	107,0	0,2	22,2	12,7	82,6	111,1	28,2	4,6	40,7	6,7	1,1	15,8	71,6	92,0	70,8	66,4	47,0	62,2	266,7	41,4	107,6	22,6	185,4
Friuli V.G.	107,9	0,4	18,7	12,0	84,6	98,0	23,0	5,0	54,5	7,6	0,7	21,0	68,1	90,6	91,3	62,6	10,0	36,3	315,0	35,8	141,0	53,7	185,5
Liguria	111,3	0,4	27,3	16,4	88,3	221,8	36,3	5,0	32,9	12,4	1,6	22,6	65,7	86,8	36,8	56,9	-	-	291,4	32,2	130,7	57,7	200,6
Emilia R.	116,2	-0,7	16,8	21,3	82,6	105,7	30,1	5,2	42,0	6,6	0,9	22,6	73,7	93,6	93,1	66,3	92,5	52,4	268,5	57,2	130,1	30,8	177,4
Toscana	97,3	-0,6	18,0	49,1	85,4	101,9	26,5	5,3	45,7	7,0	1,4	21,5	69,5	92,4	86,7	65,9	67,7	49,2	221,0	24,0	70,0	42,1	175,2
Umbria	112,6	-0,3	23,0	24,8	85,3	158,6	31,1	5,3	32,3	13,8	1,2	27,6	74,7	94,6	98,1	68,5	80,7	36,9	234,7	34,9	145,2	48,4	183,0
Marche	120,1	-0,3	13,6	19,3	84,8	99,4	35,2	5,6	57,4	12,8	0,8	18,9	66,9	93,2	73,4	53,3	-	-	319,1	28,8	137,6	37,4	195,2
Lazio	126,1	1,1	34,5	3,4	67,9	223,2	41,1	5,8	16,5	7,2	2,2	23,8	67,9	92,2	59,4	45,2	3,2	32,3	291,6	57,5	104,3	35,4	250,9
Abruzzo	134,9	-0,2	27,8	2,4	74,1	183,0	43,6	5,9	35,1	15,5	1,6	23,0	68,4	92,2	37,9	49,9	9,5	44,1	360,5	39,1	189,8	39,1	220,2
Molise	149,9	0,6	36,4	1,7	62,1	290,0	47,3	5,9	27,1	21,6	2,3	25,4	72,3	91,8	71,7	43,4	43,7	33,5	465,4	64,2	147,3	70,9	217,5
Campania	149,0	-	44,6	4,2	65,8	334,8	61,9	6,0	16,8	8,8	1,7	40,6	72,2	87,4	36,4	26,7	8,4	49,1	403,4	64,6	319,8	71,4	239,8
Puglia	154,9	0,0	32,7	1,8	65,7	279,6	47,9	6,0	17,7	9,0	1,5	24,1	73,8	91,8	24,7	30,7	-	-	372,7	107,8	350,5	70,1	248,2
Basilicata	118,6	0,5	35,6	1,4	75,8	220,3	46,3	6,5	16,2	23,2	1,7	22,1	72,2	88,2	94,7	49,2	7,3	31,5	396,0	71,0	117,2	49,9	210,2
Calabria	139,2	0,2	41,7	0,8	65,4	303,5	44,8	6,8	21,8	18,7	1,8	25,2	69,8	88,6	56,3	25,8	1,9	28,3	493,6	64,2	342,9	63,6	277,0
Sicilia	132,6	-0,3	37,9	5,3	76,7	250,6	52,8	6,9	17,1	6,7	1,6	29,5	61,0	85,3	17,5	39,1	-	-	404,6	130,1	232,9	64,4	265,0
Sardegna	134,2	0,6	34,6	5,9	64,3	210,4	36,9	7,6	23,2	6,5	1,5	27,7	49,6	92,3	26,8	47,4	0,2	24,0	242,4	56,3	207,7	56,3	223,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ministero della Salute

L'inappropriatezza dei ricoveri (Regioni a statuto ordinario)



FABIO PAMMOLLI (CERM)**«Una nuova governance nell'agenda delle priorità»**

Spesa e governance della Sanità sono sicuramente riforme prioritarie: per l'entità (7% del Pil, 80% dei bilanci regionali); per il rilievo nei rapporti tra Stato e Regioni; per la crescita che farà registrare nel medio-lungo periodo.

L'obiettivo è quello di superare definitivamente l'orientamento di breve periodo che, per lungo tempo, ha caratterizzato la gestione della spesa, il peso eccessivo della spesa storica e delle negoziazioni. Un obiettivo che oggi appare possibile, ma che richiede alcuni ulteriori passaggi:

1. la programmazione del Fsn dovrebbe coprire 5 anni, con un sistema a decalage che, di volta in volta, aggiunga un anno senza intaccare le risorse degli altri anni. Il criterio top-down è l'unico che può garantire il rispetto delle compatibilità di bilancio attuali e prospettiche;

2. l'assegnazione del Fsn alle Regioni dovrebbe seguire regole codificate, trasparenti e semplici, rivedibili nel medio periodo. La soluzione più idonea è quella di utilizzare, come percentuali di riparto, i rapporti di fabbisogno pro-capite tra fasce di età delle Regioni più virtuose;

3. ogni scostamento della spesa a consuntivo dal programmato dovrebbe essere colmato attivando la fiscalità regionale sino al ripiano integrale anno per anno;

4. scostamenti ripetuti dovrebbero far scattare la clausola di decadenza di mandato/ufficio per politici e amministratori;

5. ogni anno ciascuna Regione dovrebbe presentare un programma di stabilità del Ssr con orizzonte 5 anni. Il programma illustrerebbe la capacità di rispettare gli obiettivi di spesa e qualità;

6. il programma andrebbe discusso in Conferenza Stato-Regioni, che potrebbe subordinarne l'approvazione a misure correttive settoriali;

7. i programmi di stabilità dei Ssr diverrebbero parte integrante del programma di stabilità paese che l'Italia presenta ogni anno in Europa.

Sette punti che possono sostenere una nuova governance capace di affrontare il problema del vincolo di risorse con la forza delle regole, della programmazione, della responsabilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FEDERICO SPANDONARO (CEIS-TOR VERGATA)

«La Sanità pubblica non cela nessun tesoretto»

La manovra programma di diminuire di mezzo punto percentuale l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica in soli due anni. In quest'ottica le alternative (estremizzando) sono due: o questa cifra si trasla sui consumi privati delle famiglie o si riduce l'ammontare del valore (relativo) dei consumi sanitari. La manovra prevede entrambe le cose: aumento delle compartecipazioni e riduzioni dei prezzi di acquisto nel settore dei beni e servizi (ivi compresi **farmaceutici** e dispositivi medici).

Nel primo caso si stima che le famiglie dovranno sborsare circa 500 euro annui aggiuntivi a nucleo per mantenere "inalterata" la quota di consumi sanitari attuali. Ma la distribuzione sarà iniqua: ai sensi della responsabilizzazione regionale implicita nel federalismo, le risorse dovranno essere trovate o con la tassazione regionale o con le compartecipazioni ed è evidente che il gettito di entrambe sarà minore nelle Regioni più povere, penalizzandole. Allontanando l'asticella del pareggio a quelle Regioni (specialmente meridionali) che hanno infine intrapreso un reale cammino di risanamento, si rischia un clamoroso boomerang, per ragioni di coesione sociale e, in definitiva, di "sostenibilità" del federalismo. Si rischia l'effetto boomerang anche se, di contro, l'onere si dovesse trasferire sull'industria.

La riflessione finale è che sulla manovra aleggia, con tutta evidenza, una falsa convinzione, alimentata dal dibattito sui costi standard e dal relativo decreto attuativo: ovvero che il benchmarking dimostri una

inefficienza della spesa sanitaria tale da giustificare una sua significativa contrazione.

L'equivoco è nel metodo usato per il benchmarking: pur essendo sotto gli occhi di tutti che l'inefficienza c'è e che è distribuita in modo diseguale tra le Regioni, ancora non disponiamo di dati sufficienti per capirne la natura e la distribuzione.

L'inefficienza tecnica che alcuni stimano come tramutabile in un possibile risparmio netto, si legge meglio come il fenomeno per cui la quantità e la qualità delle prestazioni ricevute non è value for money, ma questo non implica automaticamente che si possa spendere meno.

La spesa sanitaria complessiva italiana è infatti inferiore a quella dei Paesi a noi affini e questo porta a pensare che la Sanità italiana non sia poi così inefficiente: è molto più probabile che non sia allocativamente efficiente, e che quindi le risorse vadano usate meglio. Chi ha potuto pensare che i costi standard fossero una finta innovazione non ha, probabilmente, adeguatamente considerato l'aspetto culturale retrostante, che ha supportato l'illusione che la Sanità pubblica nasconda un "tesoretto" per la finanza pubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COLLABORAZIONE SSN/PRIVATO

Il bene pubblico dell'efficienza

DI RICCARDO FATARELLA *

La differenza attuale tra Regioni è data dalle diversità gestionali

È necessario semplificare la bulimia normativa regionale

Il Ssn sta attraversando da tempo una fase di instabilità accentuata con la crisi economica che colpisce l'intero Paese. Anche la recente manovra economica ha ovviamente coinvolto la Sanità e quindi i cittadini. Noi crediamo che il nostro Ssn abbia ormai bisogno di interventi strutturali di riforma per salvarne la funzione universalistica e pubblica che riteniamo essenziale. Problemi di sostenibilità economica e sociale non possono essere rinviati e certo l'aumento dei ticket non serve. Quello che serve è da un lato una programmazione nazionale e regionale che allochi le risorse con certezza e per un periodo di almeno 3-5, anni dall'altro una forte "cura dell'efficienza" nelle gestioni sia pubbliche che private. Occorre capire che l'universalismo del nostro sistema si difende e sviluppa solo se si prende atto che la sua funzione pubblica non è data dalla "gestione diretta pubblica" delle strutture ma dalla programmazione, finanziamento e controllo rigidamente in mano pubblica mentre la gestione delle strutture e dei servizi deve essere libera e si devono premiare l'efficienza e la libertà di scelta del cittadino costituzionalmente garantite.

In Sanità "l'efficienza è un bene pubblico" non la natura giuridica pubblica delle strutture che di per sé non garantisce né efficienza né assenza di comportamenti eticamente censurabili né maggior controllo. Per un cittadino l'unico elemento che conta è quello di ricevere l'assistenza di cui necessita appropriatamente con la massima qualità e al costo minore.



Tutto il resto non serve se non a tutelare interessi corporativi che spesso hanno minato la possibilità di modernizzazione e sviluppo del Ssn in molte zone del Paese. In sostanza per tutelare la funzione pubblica e universalistica del nostro Ssn dobbiamo sul serio mettere al centro il punto di vista del cittadino e non quello di interessi particolari ancorché legittimi: a esempio mantenere aperti ospedali pericolosi e inefficienti per compiacere a qualche pur legittimo interesse di bandiera (non certo per tutelare i cittadini che poi quell'ospedale usano ben poco perché ne conoscono i limiti) ovvero riconvertirli in attività non sempre appropriate solo per evitare il trasferimento in altra struttura di alcuni operatori è una inefficienza delle gestioni regionali che non possiamo più permetterci. La Sanità moderna prevede una riduzione dei posti letto per acuti e una crescita delle strutture di riabilitazione e assistenza residenziale e domiciliare nei territori soprattutto per gli anziani e le patologie cronico-degenerative. Continuare a difendere l'esistente non solo è inutilmente costoso e inefficiente ma mette a rischio l'universalismo della Sanità pubblica e l'equità distributiva delle risorse.

La realtà sanitaria tra le nostre Regioni è diversa e tali differenze non sono certo colpa della regionalizzazione del Ssn e del federalismo oggi. Le differenze regionali derivano da secoli di diversi sistemi sociali ed economici che si sono consolidati nei diversi territori. Oggi la differenza è data dalla diversa capacità gestionale delle classi dirigenti politiche locali e dalla diversa, spesso drammaticamente diversa, capacità tecnico-operativa delle burocrazie regionali. Si pensi alla importante questione dei requisiti organizzativi che devono possedere le strutture sanitarie per essere accreditate con il Ssn. In alcune Regioni, quasi sempre quelle con una produttività alta del proprio Ssn (che non vuol dire solo senza debiti), i requisiti non solo sono gli stessi tra tutti gli erogatori (pubblici, religiosi e privati accreditati) ma spesso sono agili con costi amministrativi contenuti e con una grande attenzione alla qualità della prestazione erogata piuttosto che al numero di addetti o al tipo di contratto di lavoro che li lega alla struttura (ospedale, clinica, centro diagnostico, Rsa, hospice, assistenza domiciliare o altro). Ciò vuol dire porre al centro dell'accredita-

mento il cittadino e la sua tutela e non l'esigenza di questa o quella burocrazia o la creazione surrettizia di posti di lavoro che con la qualità dell'assistenza hanno ben poco a che fare.

L'efficienza gestionale come virtù non dipende quindi solo dai singoli gestori, i direttori generali delle Asl e Ao o i medici spesso capri espiatori di colpe non loro, ma dalla capacità del sistema sanitario regionale di adottare una logica di efficienza ed efficacia di sistema. Laddove le Regioni hanno adottato una "logica di efficienza di sistema" (che non vuol dire neo-centralismo regionale ma logica di rete) che valorizza gli apporti dei migliori per stimolare tutti a fare il proprio meglio secondo un principio meritocratico anche la crisi strutturale attuale viene governata. La nuova sfida dei costi standard tende proprio a "certificare" le inefficienze gestionali (soprattutto pubbliche dal momento che la Sanità privata accreditata è già remunerata a "tariffe standard" e quindi ha saputo già controllare i propri costi e renderli standard e compatibili con le tariffe regionali) per stimolare una competizione per la qualità e l'efficienza tra i diversi Ssr e le classi dirigenti regionali.

La mia Regione, il Lazio, sta cercando di uscire dal commissariamento riportando i propri costi sotto controllo. La questione è che ancora si interviene marginalmente sui determinanti strutturali che hanno generato e continuano a generare il nostro rilevante disavanzo incrementando quindi il debito. Anche quando si avviano opportuni processi di riconversione e razionalizzazione dell'offerta di prestazioni (ancora oggi è spesso l'offerta che condiziona la domanda di prestazioni essendo ancora inadeguati i controlli di appropriatezza che spesso vengono addirittura ridotti a controlli di tipo fiscale quasi che il tema principale sia quello delle frodi piuttosto che di una insufficiente programmazione e regolazione di sistema) la farraginosità delle procedure attuative regionali e la "creatività" della loro applicazione in sede locale allontanano nel tempo i risultati attesi e acuisce un endemico contenzioso diffuso. Confido che quanto prima si prenda atto che i gestori delle strutture sanitarie (regionali, universitarie, religiose e private) sono quei partner attivi del processo di risanamento di cui abbiamo assoluto bisogno e non dei costi da tagliare magari linearmente. Voglio

ribadire la nostra disponibilità a rafforzare e accelerare quel tavolo di lavoro comune con la Regione che ci consenta di superare insieme le difficoltà superando vizi ideologici e vecchie visioni.

Il Ssr pubblico si difende privilegiando solo le efficienze gestionali e non la natura giuridica delle strutture erogatrici. Noi abbiamo proposto alla Regione di "mettere il turbo" a tutte le forme di collaborazione pubblico/privato: nella ristrutturazione e gestione degli ospedali da riconvertire, nella realizzazione e gestione di nuovi e più efficienti ospedali per un riequilibrio territoriale, nella estensione delle cure per gli anziani (circa 20 Rsa sono già pronte nel Lazio, finanziate quasi totalmente da

capitali privati, che aspettano solo che la Regione sblocchi gli accreditamenti per dare un servizio essenziale e per offrire nuovi posti di lavoro) e per trovare nuovi modelli assistenziali a basso costo quali l'assistenza domiciliare integrata, le Rsa diurne, i day-hospice solo per richiamarne alcuni. Efficienza e qualità delle cure passano per un rafforzamento professionale della tecnostruttura regionale e

una semplificazione brutale della bulimia normativa che da molti anni travolge la nostra Regione, il sistema dei controlli non può affidarsi solo ai Nas, occorre probabilmente reinventare il sistema dei controlli regionali e delle Asl e in questo contesto anche il ruolo dell'Asp dovrà essere ridefinito.

Il sistema delle aziende di Sanità accreditata (un ragionamento a parte meriterebbero le eccellenze presenti nella nostra Sanità privata-privata e nei nuovi sistemi di finanziamento) sono disponibili a rafforzare la collaborazione e attivare ulteriori risorse professionali ed economiche ma occorre che le istituzioni assumano quella logica di sistema che ancora sembra purtroppo riservata alle disponibilità dei vertici regionali ma non si traduce pienamente nei comportamenti degli uffici ai diversi livelli.

* *Presidente sezione Sanità Unindustria Lazio*

«Uniamo Firm Onlus» presenta la nuova banca dati dedicata a pazienti e professionisti

Mercurio guida i pazienti rari

Scaccabarozzi (Farindustria): primato italiano negli studi di settore

WEB

Informazioni di qualità sulle malattie rare per professionisti e pazienti. A proporle - con percorsi tarati sulle diverse esigenze dei destinatari delle informazioni - la versione aggiornata di www.malattirari.it, il sito della Federazione Italiana Malattie Rare Uniamo Firm Onlus, presentata la settimana scorsa a Roma.

Frutto dell'iniziativa Mercurio - sviluppata in collaborazione con le società scientifiche Fimp, Fimmg, Sip, Simg, Sigu, Simgeped rappresentative dei medici di Medicina Generale, dei pediatri di libera scelta e con il Registro delle malattie rare del Veneto - grazie a un finanziamento del ministero del Lavoro la nuova banca dati è stata realizzata con focus group e indagini sul campo cui hanno collaborato 55 medici e 104 associazioni di malati rari attive su tutto il territorio nazionale.

Questo ha permesso di costruire una mappatura dettagliata dei bisogni di conoscenza, di concordare un linguaggio comune che fosse chiaro per tutti.

Sulla piattaforma malattirari.it professionisti, pazienti e familiari possono scambiarsi informazioni improntate sull'esperienza e sulla presa in carico della persona affetta da patologia rara.

La presentazione del nuovo sito è stata anche l'occasione per fare il punto sullo stato dell'arte in tema di ricerca, grazie ai dati forniti dal neo-presidente **Farindustria Massimo Scaccabarozzi**. «In Italia - ha detto - negli ultimi anni le sperimentazioni sui **farmaci** per le patologie rare sono più che triplicate, passando da 17 del 2004 a 61 del 2009. Tanto che oggi sono 30 le aziende **farmaceutiche** italiane che hanno presentato all'Ema 1300 richieste di approvazione». «Su questo fronte - ha concluso - l'Italia detiene un primato, avendo il più alto indice di specializzazione al mondo sulle malattie rare 10,4 pubblicazioni su 100 in materia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le disparità di scelte su prezzi e rimborsi **farmaceutici** al vaglio del Parlamento europeo

Pillole Ue, benchmark cercasi

Prezzi: Germania ai vertici - La distribuzione assorbe fino al 50% dei listini

Per il frammentato mercato europeo delle pillole è tempo di benchmark e di trasparenza. E le autorità europee devono puntare sullo scambio d'esperienze a tutto campo tra i Paesi membri: dai meccanismi d'acquisto alle procedure di Hta, dalla trasparenza sulle negoziazioni con i fornitori alle sinergie sul fronte della ricerca, evitando sprechi e duplicazioni. Fino alla condivisione di un criterio comune di valutazione dell'innovazione e di misure che incoraggino l'uso dei **farmaci** generici. L'obiettivo? Rendere più facilmente accessibili i prodotti **farmaceutici** in tutti i mercati dell'Unione.

Analisi e consigli sono contenuti nel rapporto «Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the Eu» prodotto di recente dal Dipartimento per le politiche economiche e scientifiche per la direzione Ambiente, Sanità e alimenti del Parlamento europeo.

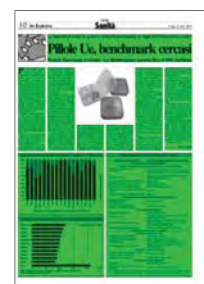
Sotto la lente degli esperti tutti i fattori che contribuiscono a rendere più separati in casa che mai i mercati nazionali delle cure.

Primo fattore sotto la lente i prezzi: dal confronto tra i cinque più grandi mercati **farmaceutici** della Ue (Germania, Regno Unito, Francia, Italia e Spagna), in base ai dati 2008 è la Germania a registrare i prezzi al dettaglio più elevati per i **farmaci** sotto brevetto (23% superiore alla media dei cinque Paesi), seguita dal Regno Unito (valore sulla media), dalla Spagna (5% più bassi), dall'Italia

(6% più bassi) e dalla Francia (14% più bassi).

Le differenze possono essere ancora maggiori per particolari prodotti **farmaceutici**: nel caso di alcuni ginecologici le variazioni possono essere anche del 50-60 per cento. Il divario tra i listini praticati nei diversi Paesi tenderebbe comunque a ridursi con la progressiva adozione del prezzo di riferimento esterno in gran parte dei Paesi Ue. Lo stesso fenomeno non si registra invece tra gli off patent: in generale arrivano a costare in media il 25% in meno dell'originator nell'arco di 12-24 mesi dalla scadenza del brevetto.

A tanta variabilità dei listini corrispondono altrettanti metodi di fissazione dei prezzi. Il modello più diffuso è quello del prezzo di riferimento esterno, utilizzato in 24 Paesi Ue (tutti tranne Regno Unito, Germania e Svezia): il numero dei Paesi presi come riferimento varia dai 3 (Smooverai) a 26 (Lituania e Repubblica Ceca). È il metodo meno gradito dalle imprese, creando incertezza per gli investimenti, soprattutto per l'impatto delle fluttuazioni dei tassi di cambio: in molti casi le aziende preferiscono non commercializzare i propri prodotti in alcuni Paesi e incoraggiare semmai l'importazione parallela. Tra i fattori che influenzano il mercato passati al setaccio dal rapporto - tra cui figurano liste positive e negative, prezzi di riferimento per i generici, Hta, accordi di risk sharing e così via - spicca il dato della distribuzione



che in alcuni casi può incidere per oltre il 50% del prezzo al dettaglio, per fattori spesso legati alla strutturazione del settore: in Italia esistono 193 grossisti, in Spagna 99, mentre in Germania ce ne sono solo 16 e nel Regno Unito 9. Finlandia e Svezia hanno un solo grossista ciascuna. Differenze spiccate anche tra le quote Iva: si va dall'esenzione piena prevista dal Regno Unito e dalla Svezia al 25% imposto dalla Danimarca, al 19% della Germania. L'Italia è ferma al 10 per cento.

Come si riflette la diversità delle scelte in materia di sostenibilità e accessibilità ai prodotti?

In qualche caso è il livello di copayment ad agire come freno: in Spagna può arrivare al 40% sul prezzo di vendita, ma si riduce al 19% con un tetto massimo annuale per le malattie croniche o gravi. I livelli più elevati si registrano in Estonia, dove il cittadino paga da sé il 43% del prezzo di vendita.

In qualche caso è la durata del processo di Hta a ritardare l'accesso ai trattamenti: si va dalle 32-56 settimane di valutazione nel Regno Unito a 17-18 in Svezia. E le divergenze di valutazione si sprecano.

Pesantemente additato da addetti ai lavori e industrie come elemento distorsivo del mercato

anche il parallel trade che in alcuni mercati vanta un market share del 10-20% senza peraltro apportare risparmi consistenti al sistema sanitario e andando viceversa a incrementare soprattutto i fatturati dei distributori.

Ulteriore fattore distorsivo la durata della procedura di negoziazione di prezzi e rimborsi: nei Paesi Ue il tempo che separa il via libera dell'Ema e l'accessibilità nei mercati interni varia da 101 ai 403 giorni (dato Efpia 2009): questo tema è ancora in discussione a livello Ue nell'ambito della revisione della direttiva sulla trasparenza.

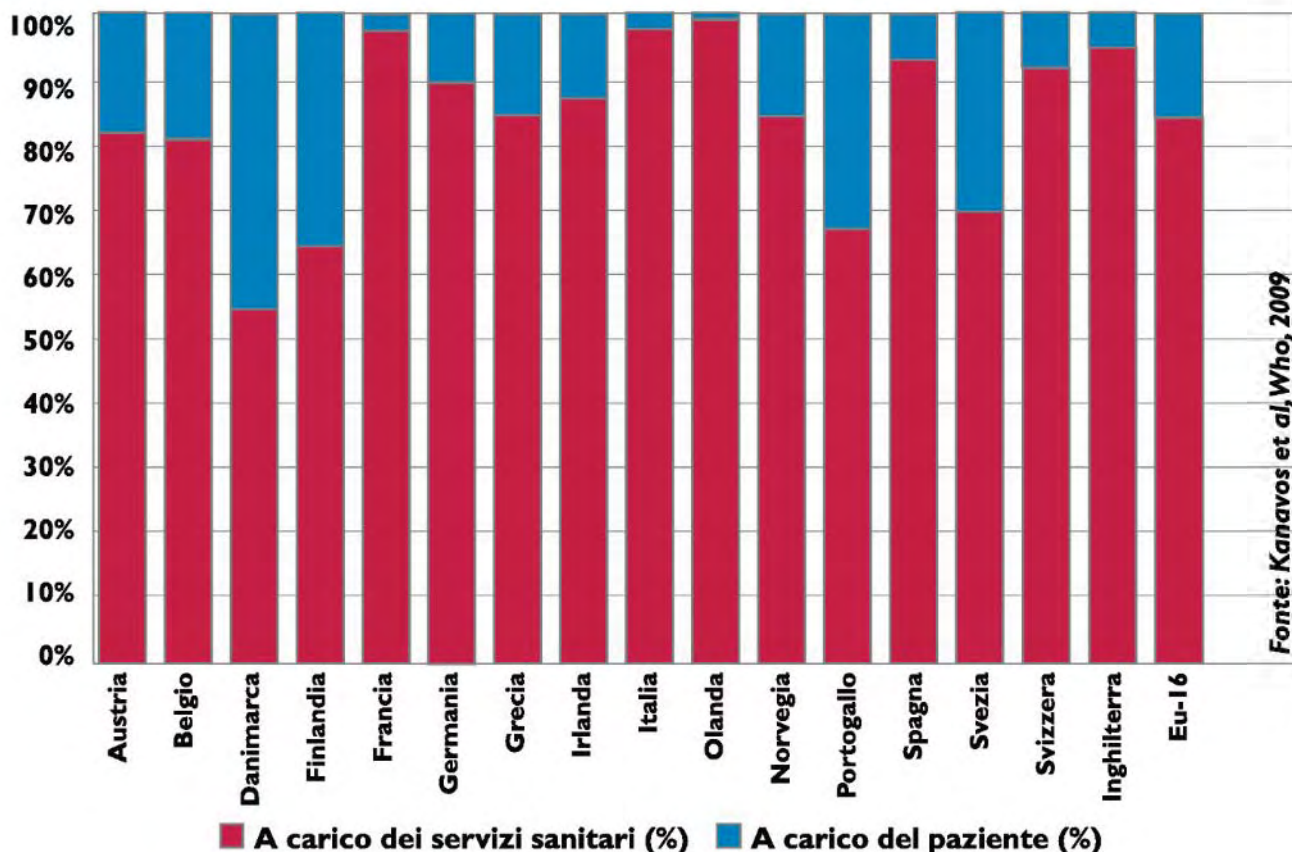
Variabilità elevata, infine, anche nell'accesso ai generici: il numero di prodotti che affrontano questo tipo di concorrenza varia dal 34% in Grecia (66% delle vendite totali) al 57% (89% delle vendite totali) in Danimarca.

Che fare? Gli esperti consultati dal Parlamento Ue non hanno dubbi: bisogna incoraggiare le buone pratiche all'interno degli Stati membri e semplificare le procedure, perché solo così il motore dell'innovazione può girare a pieno regime senza togliere alla vecchia Europa la libertà di curarsi.

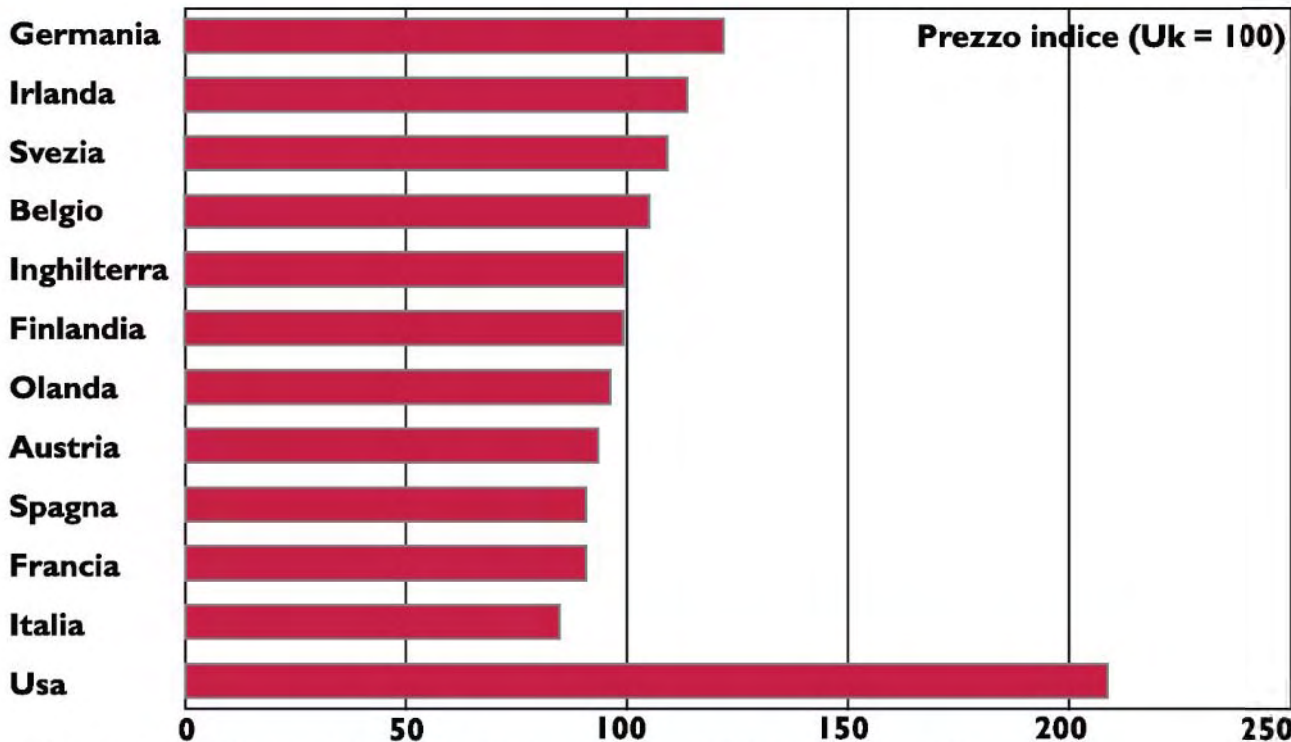
Magari con poco.

Sara Todaro

Spesa farmaceutica a carico dei servizi sanitari e dei pazienti in 17 Paesi Ue (%)



Confronto dei prezzi tra Paesi Ue e Usa per 150 prodotti (indice prezzi 2008)



N.B.: l'indice dei prezzi usa i tassi di cambio medi di cinque anni

Fonte: Uk Department of Health, 2009

Modelli di regolamentazione farmaceutica in Europa

Meccanismo regolatorio	Esempi di Stati membri che ne fanno uso
INTERVENTI SUL FRONTE DELL'OFFERTA	
1. Metodo di determinazione del prezzo dei farmaci sotto brevetto	
Controllo dei prezzi (es. prezzo amministrato)	Utilizzato in tutti gli Stati membri tranne Germania, Regno Unito e, fino a un certo punto, in Svezia
Reference pricing	Utilizzato in tutti gli Stati membri tranne Regno Unito, Germania e Svezia
Regolamentazione del tasso di rendimento	Regno Unito
Negoziazioni e accordi prezzo-volumi	Francia, Italia, Austria
Controllo diretto sulla spesa: payback	Francia, Portogallo, Austria
Controllo diretto sulla spesa: accordi prezzo-volumi	Francia
Cost-plus pricing (costo medio + mark up)	Spagna
2. Metodo di determinazione del prezzo degli off patent	
Offerta di farmaci generici nella primary care	Olanda, Germania
Tetto di prezzo per i generici rispetto al prezzo dell'originator	Italia, Grecia, Francia
3. Meccanismi di rimborso	
Liste positive e negative	Tutti gli Stati Membri
Reference price	Germania, Olanda, Repubblica Ceca, Italia, Spagna, Francia, Ungheria
Health technology assessment (Hta)	Regno Unito, Svezia, Olanda, Ungheria, Polonia, Finlandia, Estonia, Lettonia, Lituania. In Francia solo Clinical benefit assessment
Schemi di prezzi e rimborsi innovativi	Italia, Germania, Regno Unito, Finlandia
INTERVENTI SUL FRONTE DELLA DOMANDA	
1. Politiche rivolte ai medici	
Guideline per la clinical practice	Tutti gli Stati membri
Prescrizione generica obbligatoria	Regno Unito, Danimarca, Estonia
Incentivi finanziari	Alcuni elementi in Francia, Regno Unito
Monitoraggio delle prescrizioni e audit	Belgio, Regno Unito, Olanda, Francia, Danimarca, Svezia, Estonia
2. Politiche rivolte alle farmacie	
Controllo della remunerazione (margini; fees) inclusi accordi contrattuali	Tutti gli Stati membri
Sostituzione con il generico	Francia, Italia, Spagna, Svezia
3. Politiche rivolte ai pazienti	
Cost-sharing	Tutti gli Stati membri
Promozione dell'uso dei farmaci da banco e delisting	Regno Unito, Germania, Svezia, Olanda

Nota: tabella e grafici sono tratti da «Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the Eu» - Directorate general for internal policies - Policy department Economic and scientific policy - 2011

Dopo la manovra. Per la sanità si deve aprire una nuova fase

di Cesare Fassari

Una manovra di questa portata non si vedeva dalla crisi dei primi anni '90. A distanza di vent'anni l'Italia deve nuovamente fare i conti con il proprio bilancio disastroso. Stavolta non c'è in gioco l'entrata nell'Euro ma il rimanerci a pieno titolo. La sanità, oggi come allora, darà il suo contributo con misure varie dove, a farla da padrone, sarà ancora una volta il ticket.

*Ma la ricetta sembra incontrare più ostacoli del previsto e così i giochi per cercare di cambiare natura e soluzioni dei tagli sono ancora aperti, nonostante la rapidissima conversione in legge del decreto economico. A stabilirlo è del resto la stessa manovra che, al comma 1 dell'articolo 17 riguardante per l'appunto la razionalizzazione della spesa sanitaria, poste le riduzioni negli stanziamenti per il fondo sanitario, stabilisce che si debba trovare un'intesa fra Stato e Regioni per un nuovo Patto per la salute entro il 30 aprile 2012. Solo qualora l'intesa non sia raggiunta scatteranno i provvedimenti di ridimensionamento della spesa previsti dalla manovra, con l'introduzione delle varie misure (ticket, nuovi tetti per la **farmaceutica** e per i dispositivi medici e così via) che, in alcuni casi, prevedono comunque il varo di nuovi provvedimenti attuativi. Ed è in questa finestra temporale di pochi mesi che si potrà provare a modulare e gestire diversamente la manovra sanitaria, anche se a saldi intatti.*

Molti analisti hanno giustamente sottolineato che con un taglio di 8 miliardi al fondo sanitario (a tanto equivale la riduzione dei tassi di incremento per il 2013 e 2014) si rischia di mettere in forse la stessa sopravvivenza del Ssn. Il rischio c'è e soprattutto si intravede nella possibilità che, a seguito di questi ridimensionamenti, anche le Regioni con una sanità storicamente forte (Lombardia, Veneto, Toscana,

Emilia Romagna) vadano in crisi finanziaria ed economica.

Onestamente non so se andrà così ma certamente una cosa va evitata: non dire la verità al Paese su cosa effettiva-

*mente siamo in grado di garantire in termini di assistenza sanitaria e in termini di tutele e garanzie anche per chi nella sanità opera direttamente o indirettamente. E allora è proprio su questo terreno, su quello del come, del dove e del quanto razionalizzare che, in questa situazione di emergenza nazionale, si deve ricercare la massima condivisione delle responsabilità tra tutti gli attori del sistema sanitario. In questa direzione è già andata la **Farminindustria** che per prima ha chiesto l'apertura di un tavolo sulla **farmaceutica** e in questa direzione sono andati anche i sindacati della sanità che hanno indetto i loro Stati Generali lo scorso 21 luglio, trovando una sponda nelle Regioni e in parte anche nel ministro Fazio, pronto a ridiscutere con Tremonti su alcune misure del decreto. E lo stesso, in sedi diverse, potrebbe/dovrebbe fare l'opposizione parlamentare che si è trovata nelle condizioni di "dover" rinunciare ad opporsi a una manovra non condivisa in nome del bene supremo della Nazione. In questo ipotetico e, per quanto mi riguarda, auspicabile scenario di confronto, la maggioranza, il Governo e le Regioni hanno però il dovere di provare tenacemente a contemperare le diverse proposte alternative di razionalizzazione che dai vari "tavoli" potrebbero scaturire.*

E per farlo c'è una sola via: avviare una sorta di "Conferenza nazionale sulla sanità" per effettuare una vera e completa rivisitazione del nostro sistema sanitario che sblocchi definitivamente le riforme mai fatte (in primis quella della riorganizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri) per offrire ai cittadini (che saranno anche loro tenuti a fare la loro parte con i ticket) un servizio finalmente efficiente e responsabile di ogni euro speso in ogni parte del Paese.

(C.F.)

IL PUNTO DEGLI ASSESSORI

Patto salute: undici adempimenti in alto mare

I tavoli sui farmaci fermi in partenza

Undici adempimenti previsti dal patto per la salute 2010-2012 sono ancora in alto mare. E tutti (o quasi) avrebbero dovuto essere già attivati. È il bilancio che a fine luglio gli assessori regionali alla Sanità hanno illustrato al ministro della Salute **Ferruccio Fazio** (v. tabella). «Non attuati» è la definizione esatta, ma si spazia dal monitoraggio dei fattori di spesa (un'intesa ancora da chiudere) al Nsis, il Nuovo sistema informativo sanitario su cui Salute, Economia, Innovazione e Regioni avrebbero dovuto siglare un accordo quadro per rivedere il funzionamento della Cabina di regia.

Le voci più calde sono quelle dell'accreditamento e della spesa **farmaceutica** ospedaliera.

Sulla prima c'è stata la proroga vista la scadenza al 31 dicembre 2010 per la conclusione del processo di accreditamento, già non rispettata in partenza, ma poi l'intesa che avrebbe dovuto prevedere la revisione normativa per accreditamento e relativa remunerazione tenendo conto anche degli ospedali classificati è ancora «in corso di costruzione».

Diversa la considerazione sul capitolo dell'assistenza **farmaceutica** e dei dispositivi medici dove, sottolineano gli assessori «i tavoli previsti sono stati costituiti ma non ancora attivati» e avrebbero dovuto iniziare il loro lavoro entro dicembre 2010. Il primo tavolo è quello composto da tre rappresentanti regionali, tre ministeriali, uno dell'Aifa e uno dell'Agenas che avrebbe dovuto formulare «una proposta organica» per **farmaci** e dispositivi entro 30 giorni secondo una serie di principi (dal monito-

raggio della **farmaceutica** ospedaliera a quello della spesa per medicinali in generale per formulare proposte utili al rispetto dei tetti di spesa: v. tabella). Altro tavolo è quello tra Regioni, Salute, Aifa, Agenas e Iss che avrebbe dovuto stabilire le procedure di condivisione delle varie esperienze in atto, individuare i livelli appropriati per l'immissione sul mercato e il monitoraggio dei prezzi dei dispositivi a maggiore impatto e proporre un'intesa su questi argomenti.

Più vasto il capitolo sull'ospedale, diviso in tre "capitoli": la continuità di cure ospedale-territorio, la razionalizzazione della rete dei ricoveri, le relazioni con le strutture private.

Sul primo punto (cure a domicilio) si sarebbe dovuta stipulare un'intesa per stabilire gli indirizzi della continuità assistenziale che ancora non c'è. Sul secondo l'intesa - assente anche in questo caso - avrebbe dovuto indicare i processi per la razionalizzazione e la qualificazione della rete ospedaliera. L'intesa "assente" sul terzo punto invece aveva il compito di dare indirizzi sul rapporto con le istituzioni sanitarie private che le coinvolgessero negli obiettivi pubblici di appropriatezza e controllo di volumi di prestazioni e spesa.

Infine il punto più delicato: il monitoraggio dei Lca. Si sarebbero dovuti utilizzare appositi indicatori e, nella fase transitoria, quelli già approvati per il 2007 rivisti e corretti in funzione delle esigenze, ma, è il commento delle Regioni, «l'aggiornamento è ancora da attuare e vi sono problemi sulla coerenza del questionario elaborato dal ministero».

FORUM FIASO

Penalizzate le Asl virtuose

Gestione aziendale condizionata dai vecchi criteri di bilancio

La divergenza tra contabilità finanziaria di Stato e Regioni ed economica delle aziende, la mancanza di dati di efficienza nei bilanci di Asl e Ao, il calcolo del finanziamento delle aziende ancora basato sulla spesa storica e il neocentralismo regionale

ostacolano l'allocazione ottimale delle risorse e l'aziendalizzazione, secondo un'analisi del laboratorio Fiaso, commentata da rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn.

A PAG. 14-15

FIASO/ Così il neocentralismo regionale ostacola l'allocazione ottimale delle risorse

Spesa storica, virus incurabile

I tagli orizzontali penalizzano le strutture con i comportamenti più virtuosi

Regioni e aziende, logiche divergenti

Mentre infuriano le polemiche sui nuovi ticket e si discute sull'efficacia dei costi standard, per meglio riequilibrare le risorse tra le Regioni, può sembrare anacronistico o semplicemente astratto reclamare più attenzione alle logiche di governo del sistema. Eppure la storia del nostro Servizio sanitario nazionale ci ricorda che fu con il passaggio dalle vecchie Usl (organismi dei Comuni senza personalità giuridica) alle Asl (aziende dotate di piena autonomia gestionale) che il tasso di crescita della spesa sanitaria passò dal 16% l'anno a un fi-

siologico 4% che fa conservare al sistema sanitario italiano il primato europeo in fatto di economicità che si coniuga a un elevato tasso di qualità.

Come rileva la ricerca Fiaso sul "governo del Ssn", presentata nel corso della nostra Assemblea nazionale, il tentativo di governare gli effetti indesiderati del finanziamento prospettico e del quasi mercato ha portato a un neocentralismo regionale gestito con criteri non sempre esplicitati, talvolta imperscruta-



bili.

Sono venuti al pettine, in questi anni, anche nodi tecnici mai risolti. Le logiche divergenti tra la contabilità finanziaria, di Stato e Regioni, e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, alcun dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica, a dispetto di ogni proclamata diversa intenzione.

Su quest'ultimo aspetto in particolare vorrei soffermarmi perché troppo spesso si dimentica che il buon governo della spesa passa per una efficiente allocazione delle risorse, che premi i migliori e non alimenti le inefficienze tarando il finanziamento sulla spesa storica. Che alla vigilia dei "costi standard" sembra essere ancora la logica prevalente. Basta osservare qualche indicatore. Il laboratorio Fiaso sul "governo del territorio" ha analizzato la correlazione tra spesa pro-capite complessiva e tasso di ospedalizzazione in un gruppo di 12 aziende rappresentativo di varie realtà regionali. Ebbene la Asl con la spesa pro-capite più alta, 1.989 euro, riscontra anche il tasso di ospedalizzazione tra i più bassi (164). Mentre le aziende con minor finanziamento pro-capite (tra i 1.400 e i 1.500 euro) registrano spesso tassi di ospedalizzazione in linea con la media o addirittura più alti. Evidentemente l'utilizzo inappropriato di strutture ospedaliere non è la causa unica o prevalente dell'incremento dei costi, ma ci sono altri settori non adeguatamente go-

vernati.

Analizzando un altro campione di sette aziende ospedaliere si evince invece che i finanziamenti integrativi regionali variano in modo incomprensibile da un minimo del 20 a un massimo del 60% dei costi.

E si potrebbe andare avanti, citando il differenziale del 24,15% nel 2009 del finanziamento pro-capite di una ventina di Asl abbastanza uniformi per caratteristiche territoriali. Differenziale aumentato di ben 7 punti percentuali dal 2004, quando lo spread tra la quota capitaria massima e quella minima era, in quel contesto, del 17,40 per cento.

Tutti esempi che dicono come la logica prevalente del finanziamento resti ancora oggi quello della spesa storica, in base alla quale "ti pago per quello che spendi anziché per quello che fai". Il che, fra l'altro, comporta che dai comportamenti "virtuosi" non derivi alcuna ricaduta positiva né per l'azienda né per chi ci lavora.

Non solo, ma il sistematico ricorso ai tagli "orizzontali" applicati dal centro senza discernimento alcuno, finisce con il penalizzare di più le strutture che hanno parametri gestionali migliori. E questo non è certo utile a incentivare l'efficienza gestionale, che è la mission per la quale le aziende furono create dal legislatore in quell'ormai lontano 1992.

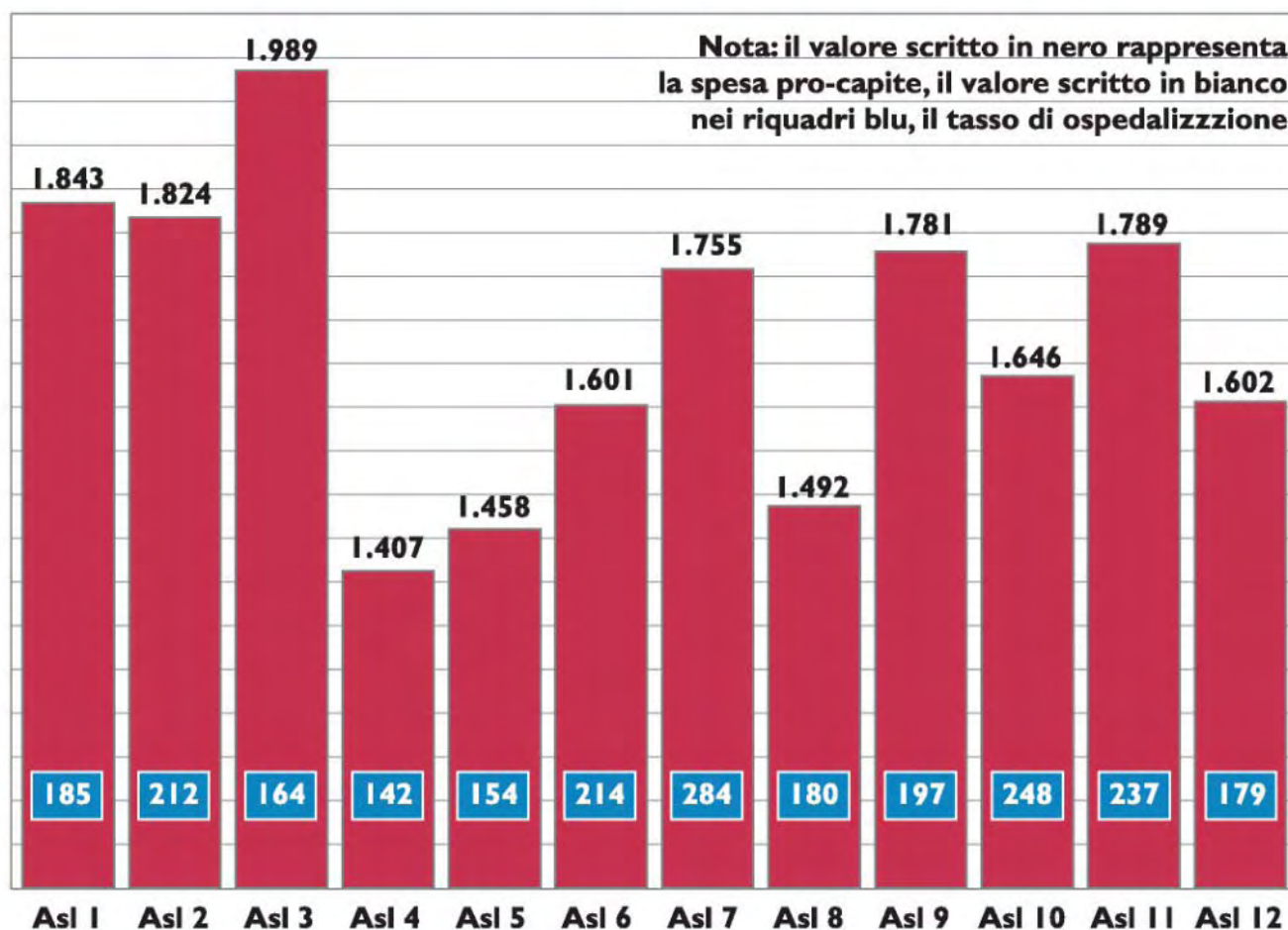
Giovanni Monchiero

*Presidente Fiaso,
Federazione Italiana Aziende
sanitarie e ospedaliere*

Aziende ospedaliere: finanziamenti pro-capite in altalena

Asl	Quote capitarie 2004	Differenza % con media	Quote capitarie 2009	Differenza % con media	
A	1.227	-7,21%	1.463	-11,44%	Δ anno 2004 17,40%
B	1.262	-4,56%	1.519	-8,05%	
C	1.274	-3,67%	1.532	-7,26%	
D	1.286	-2,78%	1.547	-6,36%	
E	1.372	3,74%	1.776	7,51%	Δ anno 2009 24,15%
F	1.386	4,79%	1.802	9,08%	
G	1.411	6,73%	1.780	7,75%	
H	1.444	9,17%	1.862	12,71%	

Il rapporto spesa procapite-tasso di ospedalizzazione



Sul rapporto tra aziendalizzazione, politica, assegnazione delle risorse, governo del sistema e risultati che procedono al rallentatore sono state poste quattro domande a cinque rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn. Eccole.

1

Il management di Asl e Ao lamenta lo stallo del processo di aziendalizzazione: è una diagnosi corretta? Quali sono le cause?

2

Quali nuovi modelli organizzativi potrebbero garantire l'autonomia gestionale delle aziende dalle invasioni di campo della politica?

3

Dietro il marcato rallentamento del processo di aziendalizzazione c'è anche un problema legato ai criteri di spartizione delle risorse tra le aziende?

Se sì, basteranno i costi standard a razionalizzare il sistema o sarebbe invece necessario rivedere anche i criteri di ripartizione intraregionale delle risorse?

4

Per un governo più efficiente del sistema come andrebbero ripensati i rapporti tra aziende (e loro management), Regioni, Comuni e professionisti?



I Borgonovi. È sicuramente una diagnosi corretta e le cause sono molteplici ma due sono quelle che, a mio parere sono preminenti. In primo luogo, la progressiva attenzione sul contenimento della spesa che ha provocato nelle Regioni l'illusione che un controllo centralistico sia più efficace rispetto a una autonomia mantenuta all'interno di chiari e precisi criteri di indirizzo. La possibilità per le aziende di adattare le scelte alle specifiche condizioni del territorio si sono ridotte e con esse la motivazione dei direttori generali. In secondo luogo, vi è stata la difficoltà di formare una vera comunità professionale dei Dg anche a causa della loro mobilità a seguito dei cambiamenti delle maggioranze nel governo delle Regioni.

Ricciardi. In Italia si sta verificando in modo eclatante ciò che Hart aveva descritto negli anni 60 come «legge dell'assistenza inversa» e cioè il contemporaneo aumento dei bisogni e della domanda di servizi cui fa da contraltare la crescente scarsità di risorse disponibili. In questo contesto un sistema sanitario pubblico come il nostro, per avere successo deve avere almeno due requisiti, politici onesti e con visione strategica e tecnici particolarmente competenti. In alcune Regioni la legge dell'assistenza inversa si manifesta anche con un'altra evidenza: proprio in quelle in cui la gestione è più difficile e le risorse più scarse (es. in piano di rientro) sia i politici che i manager da loro scelti (e non si fa fatica a capire il perché) sono scadenti e questo determina più che uno stallo, una totale degenerazione del concetto di azienda e di bene pubblico con, di fatto, la contemporanea emergenza di situazioni disastrose sia dal punto di vista finanziario che di salute dei cittadini.

Silvestro. Se aziendalizzazione è «... induzione, ai vari livelli gestionali, di atteggiamenti atti a perseguire risultati di efficienza...» direi che sì; l'aziendalizzazione è in stallo. Le cause possono essere molteplici ma in questa fase sono portata a pensare che il mantenere tensione all'efficienza e quindi alla sostenibilità del sistema significa anche discutere sulla quali-quantità della risposta sanitaria (ridondanze, doppioni, mantenimento di piccoli «ospedali» spesso inefficienti) e quindi entrare in un terreno «politico» anche legato al mantenimento del «consenso».

Troise. La fase di stallo in cui versa oggi il processo di aziendalizzazione della Sanità, inteso dai più soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie, riconosce diverse cause a

cominciare dai limiti dell'impianto organizzativo e funzionale. Pesano i risicati margini di autonomia rispetto alla invadenza pervasiva della politica e il calo del valore delle regole, della responsabilità e della programmazione. Se chiudere i bilanci in pareggio appare il mandato principale, se non l'unico, del Dg, la crescente scarsità delle risorse economiche rende impari il compito accentuandone la dipendenza dal potere politico e il turn over. Per di più arriva al pettine il nodo della marginalità in cui viene tenuta la componente professionale.

Moirano. Appare evidente a tutti che il processo di aziendalizzazione ha subito un forte rallentamento negli ultimi anni; a mio parere per due motivi principali: le Regioni hanno avuto sempre più necessità di governare le aziende in quanto soprattutto dal 2007 in poi lo Stato non ha più ripianato a piè di lista i disavanzi; le aziende spesso non controllate adeguatamente dalle Regioni nella loro autonomia negli anni precedenti il 2007 hanno in molti casi "approfittato" della libertà maggiore che derivava dalla riforma aziendalista determinando disavanzi rilevanti.

2 Borgonovi. Nessun modello istituzionale e organizzativo può garantire dalle invasioni della politica che è l'effetto di comportamenti e di una cultura dominante. Infatti, anche se nel nostro Paese la critica alla eccessiva presenza di "cattiva politica" è generalizzata, diventa poi estremamente difficile far emergere la "buona politica" che invece è elemento necessario per un buon sistema di tutela della salute. Più che modifiche organizzative ritengo che potrebbe essere utile definire in modo più preciso e concreto il profilo delle conoscenze, competenze e attitudini richieste a Dg in modo da alzare il costo politico per scelte difformi da questi profili. Per entrare sugli aspetti organizzativi, credo che bisogna agire sui processi più che sulla struttura e sugli assetti istituzionali. Intendo dire che occorrerebbe consentire alle aziende di definire i propri obiettivi, valutando solo la coerenza con quelli generali della Regione e attuare rigorosi processi di verifica dei risultati premiando in sede di finanziamento le aziende migliori.

Ricciardi. Più che di modelli organizzativi si tratta di modelli culturali che, come è noto, sono difficili e lenti da cambiare, ma potrebbe aiutare un meccanismo di valutazione centrale rigoroso e trasparente, con dati pubblicati con continuità e diffusi adeguatamente dai media. In tutti i Paesi in cui la cosiddetta "public disclosure" dei risultati

sanitari è stata effettuata vi è stata un'accelerazione bruciante nel senso di responsabilità dei politici a nominare manager bravi e onesti e dei professionisti, sia sanitari che amministrativi, a svolgere il proprio ruolo con competenza. Si tratta di introdurre anche in Italia il concetto di "accountability" che, come diceva Montanelli, «è parola chiave della democrazia anglosassone, ma in Italia non è stata ancora tradotta».

Silvestro. Non credo sia tanto una questione di "modelli organizzativi" quanto una questione culturale ed etica. Indubbiamente però, se ci fosse una maggiore distinzione tra ruoli professionali impegnati nel governo clinico assistenziale e ruoli gestionali impegnati nell'organizzazione delle risorse con ruolo terzo, si farebbe un gran passo avanti. Penso, a esempio, ai blocchi operatori organizzati in piattaforme di servizio dove da una parte si gioca e si valuta il livello di professionalità e di integrazione raggiunto da chirurghi, anestesisti e infermieri che lavorano in squadra e dall'altra si verifica la produttività (orari rispettati, liste operatorie espletate, ottimizzazione delle risorse umane, dei presidi ecc.) rispetto agli obiettivi negoziati.

Troise. L'esperienza di questi anni ha dimostrato che obiettivi quali qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario non possono essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale, anche ove questi venissero impiegati al meglio. Il loro raggiungimento non può prescindere da competenze e professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di ottimizzazione dei costi che si limiti a raschiare il barile è destinata al fallimento. Una seconda fase del processo di aziendalizzazione deve partire da questo riconoscimento facendo leva su contenuti e motivazioni professionali per trovare legittimazione alla stessa autonomia gestionale, abbandonando l'illusione di poter governare la complessità sanitaria con i soli strumenti della cultura aziendale. I contenuti delle decisioni cliniche non possono essere compressi in logiche operative che non sono proprie dell'attività sanitaria. E questo soprattutto nell'interesse del paziente.

L'aziendalizzazione può ripartire ma il problema è progettare un nuovo sistema che superi la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo in cui il professionista è spinto a identificarsi anche per la progressione di carriera. Non può esserci una maxi-azienda con mini-medici.

Moirano. Ritengo che la selezione dei direttori generali aziendali dovrebbe avere un passaggio tecnico con una preselezione degli

aspiranti Dg affidata a una commissione "neutra" che verifichi oltre al possesso dei requisiti minimi di legge anche le competenze, le esperienze e le attitudini identificando una rosa più ristretta di candidati tra i quali la politica possa scegliere.

3 **Borgonovi.** Sicuramente i criteri di finanziamento delle aziende influenzano da un lato l'autonomia delle stesse e dall'altro la responsabilizzazione dei Dg. A parità di caratteristiche individuali del Dg, della dirigenza e di tutto il personale, è evidente che se i criteri di finanziamento non sono equi, alcune aziende saranno avvantaggiate e potranno raggiungere i propri obiettivi anche con bassi livelli di efficienza, mentre altre aziende che ricevono minori finanziamenti non potranno attuare azioni di miglioramento che pure sarebbero in grado di fare. Se questa è la diagnosi, appare scontato che l'applicazione dei costi standard di per sé non potrà migliorare la situazione, anzi rischia di peggiorarla. I costi standard potranno consentire un miglioramento solo se contestualmente si modificano i criteri di finanziamento dalle Regioni alle Asl.

Ricciardi. Non vi è dubbio che i costi standard non basteranno e anzi, se non saggiamente utilizzati, potranno concorrere ad allargare il gap tra Regioni meglio funzionanti e Regioni in ritardo e, all'interno delle Regioni, tra strutture sanitarie virtuose e non. Altrettanto indubbia è la necessità di rivedere i criteri di riparto sia inter che intraregionali. I primi privilegiando la valutazione oggettiva dei carichi di malattia e di bisogno, i secondi incentivando la buona gestione e penalizzando la cattiva gestione e gli sprechi. Si tratta di un argomento difficile perché va a toccare interessi consolidati, anche in modo distorto nel corso dei decenni passati, ma è un passaggio inderogabile e, per il bene dei cittadini, prima lo si fa e meglio è.

Silvestro. Direi proprio di sì; frequentemente le risorse vengono distribuite sulla base della spesa storica che spesso è collegata a inefficienze gestionali, al mantenimento di percorsi e processi inappropriati e a una gestione di tutto il personale (dirigenza medica e operatori del comparto) consuetudinaria, poco flessibile e impostata su turnistica e strumenti contrattuali datati e più orientati alla cosiddetta "pace sociale" che a una ottimale valorizzazione delle potenzialità rese disponibili dall'evoluzione delle professioni sanitarie con particolare riferimento alle nuove competenze della professione infermieristica. I costi standard offriranno un potente

strumento di comparazione tra le diverse Regioni e nell'ambito di queste tra le diverse aziende. Non credo però sia sufficiente se in ogni Regione non si ridefiniranno anche i criteri di ripartizione "incentivando" le aziende virtuose sia per quanto attiene il management che i professionisti e gli operatori.

Troise. Finora i criteri di divisione delle risorse tra Regioni e tra aziende hanno seguito criteri lontani dalla logica di migliorare l'efficienza o premiare comportamenti virtuosi. Il neocentralismo regionale appare troppo esposto ai collegi elettorali e a logiche lobbistiche. I costi standard rappresenteranno l'ennesima delusione sul piano della garanzia della sostenibilità economica del sistema e del diritto alla salute non condizionato dal luogo in cui si vive.

Moirano. Sicuramente il riparto dei fondi all'interno delle Regioni è spesso meno trasparente del riparto tra lo Stato e le Regioni in quanto in quest'ultimo caso i criteri, da qualcuno anche criticati, sono comunque chiari.

4 **Borgonovi.** Innanzitutto il management delle aziende dovrebbe sentirsi parte di un gruppo manageriale facente capo alla Regione. Questa a sua volta dovrebbe attivare forme di relazione con le aziende e con i manager in grado di diffondere conoscenze comuni e omogenee, di stimolare il coordinamento, di premiare comportamenti collaborativi verso obiettivi comuni. A sua volta, la direzione strategica delle aziende dovrebbe attivare forme di collegamento con i Comuni in grado di cogliere tempestivamente ed efficacemente i bisogni delle comunità di riferimento, che a volte sono differenziati in Asl grandi le cui competenze possono estendersi su territori urbani, di pianura e di montagna. Nei riguardi dei professionisti il management delle aziende dovrebbe esercitare soprattutto una funzione di leadership piuttosto che esercizio di poteri formali. Deve diventare autorevole perché riconosce l'autonomia professionale e perché è in grado di coinvolgere i professionisti nel definire e risolvere i problemi.

Ricciardi. Non vi è alcun Paese al mondo ad avere al contempo una dipendenza del vertice aziendale così forte dal potere politico e un potere decisionale (almeno in teoria) così autocratico all'interno della propria azienda. A esempio, la governance delle aziende dei Paesi con un sistema Beveridgeano (Servizio sanitario nazionale) dei Paesi

scandinavi, del Canada o della Spagna, è caratterizzata dalla presenza di rappresentanti dei principali stakeholders (Comuni, professionisti, cittadini ecc.) all'interno di un Consiglio di amministrazione variamente denominato, in cui essi possano rappresentare gli interessi legittimi dei propri organismi di riferimento. La programmazione è condivisa, la gestione è saldamente nelle mani dei manager, la responsabilità è chiara e trasparente.

Silvestro. Per quanto riguarda i rapporti tra aziende, Regioni e Comuni, ritengo sarebbe opportuno attivare e mantenere, tenendo conto dei principi di sussidiarietà verticale e orizzontale e agendo su meccanismi di integrazione sussidiaria tra Comuni e aziende all'interno di indicazioni regionali, contatti sistematici fra le diverse istituzioni per riflettere attraverso dati oggettivi su come riorientare e affrontare l'asimmetria tra domanda e bisogni reali da una parte e tra offerta sanitaria e risorse economiche dall'altra. In questo penso sia necessario il pari coinvolgimento delle diverse famiglie professionali che non infrequentemente inducono domanda o resistono al cambiamento per reiterare situazioni organizzative consolidate ma non più coerenti con i dati demografici, epidemiologici e con l'evoluzione delle competenze e delle conoscenze tecnico-scientifiche. Per quanto attiene le professioni riterrei importante anche la possibilità di introdurre la contrattazione regionale per valorizzare i modelli e le esperienze locali considerando il fatto che frequentemente i contratti nazionali valorizzano solo situazioni di disagio ma non di sviluppo di professionalità e dell'innovazione.

Troise. Il nodo reale sono la forma e i livelli di finanziamento del sistema sanitario e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che sono partner della programmazione sanitaria con varie modalità di partecipazione ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate. Ai Comuni è oggi affidata una funzione di indirizzo, cui però in molte aree rinunciano, ma forse è il caso di pensare a una partecipazione a veri Cda.

Moirano. Credo che una maggiore trasparenza sulle scelte del management, sia esso direzionale che professionale, sarebbe auspicabile. Soprattutto la valutazione effettiva dei risultati ottenuti (sulla base di obiettivi e relativi indicatori di risultato predefiniti e condivisi tra i vari attori) deve essere fortemente potenziata.

**ELIO BORGONOVÌ**

Professore ordinario di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Direttore dell'Istituto di pubblica amministrazione e Sanità (Ipas) dell'Università Bocconi

**WALTER RICCIARDI**

Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle Regioni italiane. Primo editor non inglese dell'Oxford handbook of public health e componente non americano del National board of medical examiners degli Stati Uniti d'America

**ANNALISA SILVESTRO**

Infermiera, insegnante e dirigente. Presidente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi. Presidente della Federazione europea delle professioni infermieristiche (Fepi). Vice-presidente Aniarti (Associazione infermieri di area critica)

**COSTANTINO TROISE**

Segretario nazionale Anaao-Assomed. Direttore servizio autonomo di Allergologia, azienda Ospedale San Martino di Genova

**FULVIO MOIRANO**

Presidente dell'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Parla Maiani, presidente uscente del Cnr
 “Nella robotica e nelle nanotecnologie
 siamo ai vertici. Ci ferma la burocrazia”

CHI HA PAURA DELLA SCIENZA

“ITALIA ALL’AVANGUARDIA
 MA QUI NESSUNO LO SA”

“Qualcuno pensa sia possibile il ritorno a un mondo pastorale. Ma oggi la tecnologia è indispensabile”

“Le procedure sono estenuanti. Il ministero ci mette mesi per rispondere e siamo paralizzati”

ANTONIO GNOLI

Luciano Maiani, Presidente del Cnr (ma il mandato è scaduto e si attende da un momento all'altro la nuova nomina), ha l'aria distesa, dopo le polemiche che hanno investito il suo ente. Davanti a un folto numero di ricercatori presenterà una pubblicazione (*Highlights 2009/2010*) nella quale sono stati raccolti qualcosa come 200 articoli – apparsi su riviste scientifiche internazionali – che mostrano lo stato della ricerca in Italia. Un fiore all'occhiello che sembra smentire le tante preoccupazioni che investono la scienza italiana. Maiani ha anche vinto – insieme a Shaldon Lee Glashow e John Iliopoulos – l'European Physical Society (appena sotto il Nobel). Il riconoscimento internazionale gli è stato dato per una scoperta che risale ai primi anni Settanta: l'individuazione di un nuovo tipo di quark che arricchiva il mondo delle particelle: «Una nuova particella scoperta ci aiuta a capire meglio l'universo e le sue interazioni», osserva.

Ma per quanto riusciamo a conoscere sappiamo sempre troppo poco dell'universo. Non è frustrante per un

fisico?

«Al contrario. C'è un'eccitazione che nasce dalla consapevolezza che l'universo è in larga parte inesplorato».

Quanto inesplorato?

«Moltissimo. Per gli effetti gravitazionali noi vediamo nell'universo una materia che non è fatta di atomi e che chiamiamo "materia oscura". Essa compone circa il 90 per cento dell'universo. C'è tantissimo lavoro da fare».

Sembra la saga di *Guerre stellari*. Materia oscura non è la stessa cosa dell'antimateria?

«L'antimateria ci dice che ogni particella ha un carica elettrica opposta. Il protone, ad esempio, ha un anti protone. Mentre la materia oscura è qualcosa di cui vediamo gli effetti gravitazionali, ma non abbiamo nessuna evidenza sperimentale».

E tutto questo lei lo ha affrontato quando è stato direttore del Cern di Ginevra?

«Fa parte del programma di ricerca. Ho diretto il Cern per cinque anni. Prima di me, gli unici italiani a ricoprire quel ruolo sono stati Edoardo Amaldi, che però aveva la carica di segretario generale, e Carlo Rubbia. Si è molto lavorato sullo sviluppo degli acceleratori».

Cos'è un acceleratore?

«È una macchina costruita per accelerare particelle da mandare a bersaglio. Macchine che si sono sviluppate dopo la Seconda guerra mondiale e poi, proprio qui in Italia, a Frascati, un fisico austriaco, ha inventato gli anelli di collisione. Cioè una macchina in cui due fasci di particelle si scontrano in volo e questo, per gli effetti della relatività speciale, permette di aumentare l'energia. Si tratta, in parole semplici,

di ricreare le condizioni dopo il Big Bang».

Dopo il Cern, la presidenza del Cnr. Che situazione ha trovato?

«Sono al Cnr dal marzo del 2008 e ho trovato una rete scientifica molto qualificata. Non ci sono i picchi, per intenderci non c'è un nuovo Carlo Rubbia, ma la rete è solida. E il Cnr potrebbe essere al livello del Max Plank se non soffrisse di pesantezze burocratiche dovute a una legislazione che impone all'ente le stesse regole dei ministeri».

Con quali effetti?

«Non si possono fare missioni e spendere soldi se non attenendosi a procedure estenuanti. Se, per esempio, devo invitare un ricercatore americano, anche per un contratto a termine dovrò chiedere al Ministero l'equipollenza del suo titolo di studio con i nostri. Il Ministero mi risponde dopo sei mesi, nel frattempo quello si è trovato un altro posto. Oppure, se voglio avere qualcuno da fuori per condurre un seminario, devo certificare che nessuno in Italia è in grado di fare quel seminario. Come faccio a convincere la Corte dei Conti che non c'è nessuno al Cnr che può tenere quel tipo di conferenza? Non parliamo delle assunzioni. Complicatissime. E poi c'è la politica con le sue ingerenze.



Spero che i governi capiscano che devono fare un passo indietro. Da un po' siamo preda di un dirigismo invasivo».

Sidice che l'eccesso di controllo da parte della politica abbia depresso la ricerca italiana.

«Ricercatori bravi continuano ad esserci. Il punto è quanto resisteranno. Negli anni Sessanta, quando mi sono laureato, la situazione era diversa. La scienza, come ricerca fondamentale, era considerata dalla società un elemento propulsore. Oggi è vista con sospetto. Come se potessimo tornare a un mondo pastorale privo di tecnologia. Siamo quasi 7 miliardi di persone come si fa a gestirle con poca può essere un limite tra lecito e illecito».

È ragionevole che la politica metta delle regole?

«Ci sono dei casi, come la questione nucleare, in cui la scienza non va d'accordo con i dettami della politica. Io credo che sia un'energia sicura. Molti pensano il contrario. La società ha tutto il diritto di difendersi dai rischi, anche se sono più percepiti che reali».

Su cosa la ricerca italiana oggi è avanzata?

«In generale le neuroscienze sono una frontiera importante. È un settore in cui le conoscenze possono avere decisive applicazioni. Mentre, che so?, la caccia al bosone di Higgs, non darà luogo a nessuna applicazione. In ogni caso, anche nell'ambito della fisica della materia stiamo esplorando cose che potrebbero dar luogo a vere rivoluzioni. L'impiego di calcolatori che usano effetti quantistici, le nanotecnologie, le cellule staminali, la robotica: sono tante le ricerche avanzate, sulle quali il Cnr è impegnato in prima linea».

Quanta gente lavora nel suo ente?

«Il volume complessivo è di circa 11 mila persone di queste un po' più della metà è personale di ruolo».

Si è polemizzato sui vostri bilanci, accusandovi di averli un po' truccati.

«Tutto è nato da un articolo apparso sul *Corriere della Sera*, al quale ho risposto chiedendo anche i danni. Perché gli ispettori non hanno mai detto che noi trucciamo i bilanci, bensì che soffriamo di un regolamento troppo conservativo che richiede nel corso dell'anno molte variazioni di bilan-

cio».

Quante variazioni?

«Circa diecimila. Al Cnr arrivano annualmente 600 milioni di euro. Il resto dei soldi lo trova concorrendo a contratti e bandi europei. Quindi quando un direttore fa il bilancio previsionale dell'anno successivo, non sa quante di queste domande andranno a buon fine. E non può metterle a bilancio perché potrebbe spendere gli importi e sarebbe un modo per far affondare la nave. Ora abbiamo introdotto bilanci trimestrali e una normativa più duttile».

A che punto sono le nuove nomine?

«Dovrebbero essere imminenti».

C'è un'altra polemica che ha coinvolto il suo vicepresidente Roberto De Mattei, il quale sostiene posizioni molto antiscientifiche. Com'è la vostra convivenza?

«Normale. Data la posizione che occupa poteva essere più cauto nelle dichiarazioni».

Esternare sulla Bibbia, sul castigo divino, su Dio all'origine del mondo non è troppo per un vicepresidente che dovrebbe essere un'emblema della ricerca scientifica?

«C'è la libertà di parola e forse la non opportunità di dire certe cose. Di teologia non mi occupo. Sul creazionismo dissento scientificamente».

Proprio sul creazionismo De Mattei organizzò un convegno al Cnr. Mi conferma che gli atti di quel convegno furono pubblicati da una casa editrice con una sovvenzione del Cnr?

«Fu un'iniziativa privata. Noi non rifiutiamo mai le aule che ci vengono chieste. Per quel convegno vennero da diverse parti d'Europa e a spese loro professori invitati da De Mattei. Voleva raccogliere delle opinioni anti-darwiniane e farne una pubblicazione. Effettivamente la casa editrice chiese al nostro ufficio edizioni un contributo che fu concesso per una cifra di poco inferiore ai diecimila euro. Io non l'avrei fatto, ma i dirigenti hanno una loro autonomia».

Lei capisce che non è tanto un problema di cifra quanto una questione simbolica.

«È vero. Ma come disse il Re di Spagna Alfonso XIII a proposito del sistema tolemaico: se Dio mi avesse consultato l'avrei fatto diversamente».

Biotestamento, legge da ripensare

Limitare le Dat ai soli pazienti in stato vegetativo e al tempo stesso ribadire l'obbligo della nutrizione è una scorciatoia che non funziona perché rischia di aprire contenziosi nei tribunali fino alla Consulta

Stefano Semplici

PRESIDENTE COMITATO
BIOETICA UNESCO

Punto critico

Cosa accadrà se un fiduciario dovesse chiedere il rispetto dei voleri di un paziente malato di Alzheimer?

L'emendamento che ha ristretto l'applicazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento ai pazienti di cui sia stata accertata la «assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale» è la novità più importante introdotta dalla Camera nel disegno di legge del quale si discute dalla morte di Eluana Englaro. Più che di novità, in realtà, si dovrebbe parlare di un «ritorno» al testo approvato dal Senato ormai più di due anni fa: è stata proprio Paola Binetti ad affermare in Aula che quella utilizzata è un'espressione «tecnica» per indicare lo stato vegetativo, al quale quel testo si riferiva esplicitamente. Una brusca marcia indietro, insomma, rispetto alla scelta maturata in Commissione di estendere la applicabilità delle dichiarazioni ad ogni soggetto che «si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e, per questo motivo, di assumere le decisioni che lo riguardano»: le centinaia di migliaia di malati di Alzheimer, per citare solo l'esempio più evidente. Perché questo comportamento a dir poco incerto, oltretutto da parte degli stessi deputati che avevano votato in Commissione a favore dell'ampliamento?

La risposta è semplice. Chi ha voluto questa legge ha dovuto prendere atto che il testo arrivato in Aula rischiava di produrre un risultato paradossale: il medico sarebbe stato costretto a garantire alimentazione e idratazione artificiali ad un soggetto in stato vegetativo, ma non avrebbe potuto contare su nessuna certezza normativa nel caso di un paziente affetto da una pa-

tologia neurologica degenerativa che avesse affidato alle Dat il suo rifiuto del più ordinario e proporzionato dei trattamenti sanitari. Ha dovuto prendere atto, insomma, che questa legge era scritta male proprio dal punto di vista di chi ritiene che il bene della vita sia più importante dell'autodeterminazione. Forse ha addirittura temuto che la legge potesse infine produrre, attraverso la sua rigorosa applicazione, risultati opposti a quelli voluti. E ha scelto la strada più breve e sicura: non volendo ammettere che il testo andava ripensato in modo radicale, ha cercato di delimitare il più possibile la platea, ribadendo al tempo stesso l'obbligo della nutrizione. La scorciatoia, però, non funziona.

Il testo approvato dalla Camera continua a riferirsi alla condizione di incapacità di intendere e di volere, senza ulteriori precisazioni, nei commi 1 e 2 dell'art. 1 e, soprattutto, nel comma 1 dell'art. 3: è appunto «riguardo ad un'eventuale futura perdita permanente della propria capacità di intendere e di volere» che il dichiarante può esprimere i suoi orientamenti. E tuttavia questa dichiarazione assumerà rilievo solo nel caso di una specifica e per fortuna numericamente assai circoscritta condizione di incapacità, che è quella dello stato vegetativo. Non c'è dubbio che lo strumento delle Dat sia in quanto tale funzionale al rispetto della libertà di chi non è più in grado di esprimere, qui ed ora, la sua volontà. Una volta presa la decisione di adottarlo, diventa davvero difficile escludere addirittura la quasi totalità dei cittadini potenzialmente interessati. Cosa giustifica questa vera e propria «discriminazione», tanto più grave perché appare all'improvviso e proprio nel momento decisivo dell'applicazione? Non è dato sapere. E cosa accadrà se un fiduciario dovesse chiedere il rispetto degli orientamenti espressi da un paziente che soffre di Alzheimer (condizione pienamente compatibile con quanto previsto dal comma 1) ma non è in stato vegetativo (condizione prevista dal comma 5 affinché le dichiara-

zioni assumano rilievo)? È irrealistico pensare che sarà un giudice a doversi pronunciare per sciogliere il nodo di questo evidente vizio logico del testo? Anzi: che si andrà subito davanti a un giudice per stabilire se una persona può o no redigere una Dat che il medico, secondo quanto prescritto all'interno della stessa legge, non dovrà poi neppure prendere in considerazione? E cosa accadrebbe se tutto ciò arrivasse davanti alla Corte Costituzionale?

È chiaro che ci sono solo due possibilità per uscire da questo pasticcio, pericoloso prima di tutto per i promotori della legge. La via lunga e più corretta sarebbe naturalmente quella di accantonare il testo e intraprendere, con quella pacatezza che non è purtroppo dato trovare in nessuno degli schieramenti in campo, una seria riflessione sul problema tanto complesso del rispetto di tutte le persone che non sono più in grado di esprimere la loro volontà, insieme a quello del bene della vita. L'alternativa è quella di dire fin dall'inizio e senza equivoci che si parla di stato vegetativo e non di incapacità di intendere e di volere. Forse è quello che la Camera voleva fare e, per la fretta, non ha fatto, ripetendo la svista del Senato. A chi sceglie questa strada spetta però l'onere di giustificare una evidente asimmetria di trattamento fra i soggetti per i quali può essere fatta valere, sia pure in modo diverso, l'esigenza di ristabilire la continuità fra la loro volontà e il contesto attuale della loro malattia. Alcuni potrebbero contestare la compatibilità di questa asimmetria con il nostro ordinamento. Magari con qualche probabilità di successo. Altri potrebbero legittimare un diverso bi-



lanciamento dei principi in gioco considerando il carattere drammaticamente "speciale" della condizione dei pazienti in stato vegetativo. Probabilmente trovando ampio consenso. Ma può essere questa la soluzione di coloro per i quali ogni distinzione di diritti e doveri di fronte alla vita umana, dal momento del concepimento fino a quello della morte (naturale?), è semplicemente impossibile? È un altro paradosso sul quale varrebbe forse la pena di riflettere. ♦