

L'assistenza

«Sanità, più soldi alle Regioni ma basta sprechi»

Il ministro Balduzzi: troppe inefficienze maggiore rigore, pronta una task-force

In Campania

Nell'utilizzare le risorse aggiuntive stiano attenti a evitare duplicazioni e lottizzazioni

Il Patto 2013-2015

Utilizzeremo quest'anno per definire criteri validi che possano garantire risparmi e funzionalità

Intervista

Pietro Perone

L'accordo sul riparto dei fondi per la sanità è stato appena firmato dal governo dopo l'intesa raggiunta l'altro giorno tra i presidenti delle Regioni a tempo di record. **Renato Balduzzi**, ministro della Salute, però avverte: avere ottenuto più soldi non significa «affatto fare quello che si vuole, insomma non è il via per il "liberi tutti"». Avviso ai «naviganti» dell'assistenza pubblica, manager di ospedali, Asl e amministratori locali con particolare attenzione al Mezzogiorno e alla Campania perché - avverte ancora il ministro - le Regioni in deficit «hanno un onere in più nell'investire le risorse aggiuntive, cioè quello di dimostrare che siano utilizzate secondo criteri di appropriatezza, il che significa evitare duplicazioni dei servizi di cura, eliminare sprechi e inefficienze, essere inflessibili sulle regole».

Intesa-lampo grazie a una maggiore consapevolezza delle difficoltà economiche o semplicemente perché c'erano un po' di soldi in più?

«È stato un accordo rapido e positivo, al cui raggiungimento un piccolo contributo è stato dato anche dal ministero della Salute nell'ottica di una leale collaborazione tra governo e Regioni che per un ministro della Salute rappresenta un imperativo non solo costituzionale, ma anche operativo. E questo è un buon viatico anche per il prossimo patto per la salute 2013-2015 che dovrà essere un accordo vero in grado di coinvolgere non solo il ministero e le Regioni, ma anche gli operatori, le categorie dei lavoratori, le associazioni dei cittadini. E tutti dovranno avere la possibilità di esprimersi, perché il tema della salute evidentemente non è una questione da discutere solo tra addetti ai lavori nei luoghi istituzionali, ma l'efficienza del settore deve appassionare anche l'intera società civile».

Oltre ai 108 miliardi ci saranno intanto risorse aggiuntive?

«Il quadro delle risorse per il 2013 e il 2014 è quello definito dalla manovra estiva dell'anno scorso. Il nuovo Patto della salute tuttavia riguarderà anche il 2015, anno per il quale occorrerà stabilire un quadro finanziario

ulteriore, compatibilmente con le congiuntura economica. Esso dovrà in ogni caso continuare a garantire pienamente l'equilibrio tra risorse e prestazioni sanitarie».

Si tratta comunque di finanziamenti limitati: si riuscirà a garantire nel corso dell'anno un livello di assistenza pari agli altri paesi europei?

«Non esiste un livello europeo di assistenza. In tutta Europa si deve tendere a garantire una elevata protezione della salute. L'Italia garantisce ben di più, perché ha un Servizio sanitario nazionale che per sua natura è caratterizzato dalle cure per tutti e dal fatto che tutti possano accedere ai servizi senza distinzioni. È un sistema che si può definire universale e globale. Sappiamo che non è facile, specialmente in questi tempi, assicurare questi principi allo stesso modo in tutte le Regioni, ma è proprio qui che si gioca l'impegno attorno al nuovo Patto per la salute».

Il Sud non protesta a differenza del passato visto che quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno ottengono più soldi come la Campania; il Nord a sua volta festeggia perché dal



prossimo anno saranno introdotti i costi standard sui risultati di esercizio del 2011: c'è il rischio che la rissa sia stata soltanto rinviata di un anno?

«Noi utilizzeremo il 2012 come anno nel quale definire esattamente i parametri e i criteri attraverso cui, dal 2013, ripartire secondo nuove prospettive le risorse destinate alla sanità. Non è un problema dunque di evitare la rissa, ma di utilizzare bene il tempo che ci è dato, che poi è anche il tempo di questo governo dei tecnici».

Quali saranno i parametri da introdurre oltre ai costi standard?

«Sono i consueti parametri della buona qualità dei sistemi sanitari. Tuttavia non è un problema di soli parametri, né di soli costi. La questione vera è la governance regionale e aziendale da potenziare, se necessario, attraverso apposite task-force da costituire insieme alla Conferenza delle Regioni e composte da esperti delle

varie discipline che hanno a che fare con la sanità, da affiancare alle strutture regionali più deboli».

Diciotto mesi per un'ecografia mammaria al Cardarelli, malati visitati a Napoli sulle scrivanie del pronto soccorso, mancano anche le barelle e si assiste inermi a situazioni al limite dell'immaginazione: con 145 milioni in più la Sanità in Campania quali priorità dovrà darsi?

«Soldi in più non significa affatto fare quello che si vuole, insomma non è il via per il "liberi tutti". La sanità in Campania, come nelle altre Regioni sotto piano di rientro, ha un onere in più nell'utilizzare le risorse aggiuntive, cioè quello di dimostrare che siano utilizzate secondo criteri di appropriatezza, che significa evitare duplicazioni dei servizi di cura, eliminare sprechi e inefficienze, essere inflessibili sulle regole, impedendo ogni tipo di politica di favori e lottizzazione. Ma questo è un problema che non

riguarda solo la Campania, ma l'intero sistema sanitario italiano, dove ci sono ancora tante isole di spreco e molte cose da riorganizzare. Quindi ci sono ancora ampi margini di risparmio da realizzare per poter fornire qualità migliore nei servizi».

Rigore nelle spese e qualità dei servizi: dall'esperienza di questi mesi ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto?

«Coniugare rigore e qualità non è certo un obiettivo che si può raggiungere in pochi mesi: occorre più tempo. Insomma bisogna ragionare in termini medi e non brevi. Però l'intero sistema sanitario sta andando in questa direzione, seppur non senza fatica. L'importante è non perdere di vista l'obiettivo. Le denunce delle situazioni di cattiva sanità ben vengano purché non offuschino lo sforzo che si sta facendo dappertutto per andare verso questo obiettivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Fondo sanitario nazionale

Quanto riceverà ogni Regione per finanziare la sanità nel 2012. Cifre in euro



Tecnologia ASSISTENZA VIA INTERNET

SANITÀ 2.0



Condivisione di diagnosi e terapie. Tablet per monitoraggi costanti. E medici votati via Web. Così la guarigione diventa digitale

COLLOQUIO CON SOUMITRA DUTTA DI ALESSANDRO LONGO

Internet ci curerà. Un tablet si occuperà di noi quando saremo malati o anziani. Uno smartphone ci terrà in contatto con i medici. Sul Web condivideremo le nostre esperienze mediche con gli altri pazienti. E così non solo affronteremo meglio la malattia, ma anche contribuiremo alla ricerca di una cura.

«È il fenomeno della sanità 2.0, che si sta diffondendo in tutto il mondo. Il paziente partecipa in modo più attivo alla cura, grazie a nuove tecnologie», dice Soumitra Dutta, che è docente dell'Insead (una delle prime business school al mondo, con campus in Francia, Israele, Emirati Arabi Uniti, Singapore) ed è considerato uno dei massimi esperti di innovazione nell'economia della conoscenza. Su questo tema, ha curato uno studio recente per il World Economic Forum. Secondo Dutta, la prossima innovazione che travolgerà le nostre vite sarà appunto la sanità 2.0. Nel bene e nel male. «Tutti i nostri dati medici e genetici saranno facilmente disponibili e alimenteranno, nei prossimi anni, il rischio "Grande Fratello". Occorrerà diventare consapevoli della rivoluzione in corso, per dirigerla verso il meglio».

In che modo la sanità 2.0 è già realtà? O è ancora qualcosa di futuribile?

«Le faccio un esempio, che è un po' la superficie di un fenomeno più ampio e profondo di quello che appare. Un "sintomo", direi, tanto per restare nel tema: i milioni di utenti che vanno su Internet per informarsi su una malattia e condividere informazioni con altri».

Sì, in Italia lo fanno già 16 milioni di persone, secondo il Censis. Ma spesso trovano informazioni fuorvianti e molti medici sconsigliano di analizzare un sintomo tramite il Web...

«Sì, ci sono eccessi. E il rischio di essere sviati. Ma il fenomeno ormai è valutato con serietà dalla comunità medica mondiale. Inevitabile, visto che il 63 per cento della popolazione americana usa Internet per trovare risposte sulla salute. Ci sono community di pazienti con decine di migliaia di iscritti da 40 Paesi nel mondo, come Patient Like Me (150 mila utenti) e eCancerhub, dove i pazienti dialogano fruttuosamente tra loro e con i medici».

Con quali vantaggi?

«Tanti. Questi siti stanno cambiando il modo in cui viene offerta l'assistenza medica. Capita di essere un paziente italiano che scopre, da un altro utente, di una cura praticata in Australia. Che magari il suo medico non conosceva. Negli Usa i pazienti stanno dando voti ai medici sui siti, che funzionano così anche da guida alla scelta. Queste community sono fatte in modo da dare informazioni strutturate e pertinenti. Conducono per mano verso le risposte e i contatti giusti, evitando così il rischio di fuorviare l'utente. È indubbio, insomma, che Internet sta riequilibrando i rapporti di forza tra pazienti e medici, costretti a nuove sfide e a tenersi sempre aggiornati».

do i rapporti di forza tra pazienti e medici, costretti a nuove sfide e a tenersi sempre aggiornati».

Ma i medici sanno adeguarsi alla novità?

«Alcuni lo stanno già facendo. Lo si è visto al recente Insead Healthcare Italy Alumni Forum 2011, dove Eugenio Santoro, dell'Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri, ha descritto come i medici europei e americani partecipano alle community on line. Oggi a farlo è il 16 per cento dei medici Usa, ma alla fine del 2012 saranno un terzo del totale. I ricercatori sono ancora più avanti: la nuova tendenza è l'open data. Condividere informazioni, tramite le nuove tecnologie, per inventare nuovi farmaci».

La filosofia di Internet - apertura, condivisione di informazioni - a beneficio della salute.

«Esatto. E i primi frutti sono arrivati tra il 2010 e il 2011. Un progetto condiviso tra istituzioni mediche e sanitarie americane, con università e gruppi no profit, ha portato a passi avanti nella cura dell'Alzheimer. I partecipanti hanno condiviso dati di diagnosi su questa malattia. Era la prima volta che capitava. La ricerca medica è stata sempre mol- ▶

Sarà uno smartphone a curarti



CONTROLLARE PRESSIONE, GLICEMIA E BATTITO CARDIACO

Vari apparecchi portatili, collegati a uno smartphone, permettono di controllare i propri valori di pressione e frequenza cardiaca, e di mandare i risultati al proprio medico via rete mobile: iHealth Bp3, Pressione Sanguine.

iBGStar Diabetes Manager per iPhone tiene invece sotto controllo la glicemia (dati raccolti con tecnologia elettrochimica dinamica).

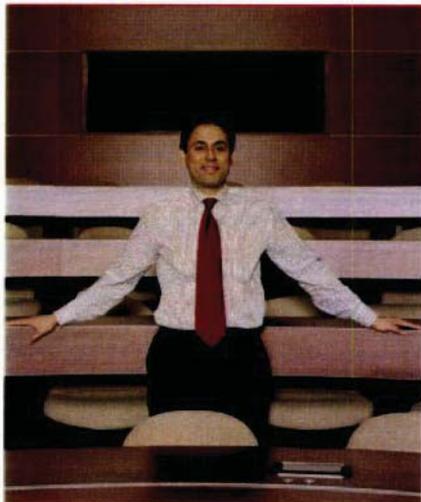
GRAVIDANZA

Ci sono applicazioni (come Pregnancy Dashboard) per cellulari smartphone che registrano i movimenti del feto, ne rivelano la posizione e poi le contrazioni dell'utero prima della nascita. Tutti dati utili al ginecologo. Gli smartphone vanno collegati a sensori da appoggiare sulla pancia.

MONITORAGGIO COSTANTE INVISIBILE

Da tempo ingombranti sensori ed elettrodi permettono di tenere sotto controllo, sempre, i propri dati medici, ma la nuova frontiera è farlo tramite tatuaggi semi-invisibili e temporanei. È una tecnologia microelettronica che incorpora sensori in miniatura. Monitora frequenza cardiaca o l'attività cerebrale. Può inviare i dati via wireless. Adesso questi tatuaggi sono usati per tenere sotto controllo i malati cronici, ma in futuro potrebbero essere applicati a chiunque, per scopi di prevenzione. ▶

Tecnologia



SOUMITRA DUTTA

to chiusa, in nome del business dei brevetti sui **farmaci**. È partito poi qualche mese fa un analogo progetto per la ricerca sul Parkinson. Alla fine del 2011, la multinazionale **farmaceutica** Eli Lilly ha lanciato una piattaforma Web aperta per trovare nuovi **farmaci** contro la tubercolosi, che è un'emergenza nei Paesi poveri. La piattaforma dà risorse informatiche che consentono ai ricercatori di analizzare molecole da cui possono nascere **farmaci**. Molti ricercatori hanno molecole ma non gli strumenti giusti, trovandosi in aree poco sviluppate».

Quali saranno le tecnologie protagoniste della prossima rivoluzione della sanità?

«Tablet e smartphone, con applicazioni. L'idea è sempre quella di facilitare la circolazione delle informazioni. Un medico, con un'applicazione, può accedere

ovunque si trova a tutti i dati medici su un paziente. Lo fanno anche al Niguarda di Milano e al Gemelli di Roma. Gli stessi strumenti permettono di fare le prime diagnosi a distanza: una foto di un sintomo può essere inviata al medico in un ospedale lontano. E con gli smart phone si possono inviare all'ospedale anche i file di una radiografia. Altri strumenti permettono di controllare l'iride o analizzare il suono della tosse e poi, sempre collegati a un cellulare, di mandare i risultati ai medici».

E poi?

«Le conseguenze estreme si vedranno però man mano che cresce l'intelligenza distribuita. Le tecnologie permettono già ora di prendere i dati genetici di una persona e dei familiari, e di dire quante probabilità si hanno di avere certi pro-

blemi di salute. Immaginiamo di aggiungere le informazioni sullo stile di vita (fumi, sei sovrappeso?) e i dati medici (pressione, glicemia, passate operazioni chirurgiche...). Tutto è ottenibile in automatico: tramite sensori collegabili (e in futuro integrabili) in un cellulare. Alcuni software permettono di analizzare tutta questa mole di dati e ti danno una carta d'identità medica, per curarti meglio o per prevenire. Oppure per valutare i costi di un'assicurazione sanitaria».

Di qui può sorgere il Grande Fratello dei dati medici. E chi si rifiuta di condividerli verrebbe visto con sospetto, come se avesse chissà quale malattia da nascondere.

«Sì, il pericolo è la perdita della privacy. Di finire tutti sotto una lente d'ingrandimento che analizza la nostra salute, facendoci subire le conseguenze di una

sfortuna genetica o di un cattivo stile di vita. È inevitabile però che i dati vengano aggregati, una volta che finiscono in mobilità».

La soluzione, allora, per evitare il pericolo?

«Nuove regole comuni: oggi la normativa sulla privacy differisce molto tra Usa ed Europa. E poi dovremo imparare che i nostri dati medici stanno diventando più accessibili e meglio distribuiti, grazie alle nuove tecnologie. E quindi condividerli con prudenza, in modo affidabile. Perché alla fine questa rivoluzione contribuisca a sopprimere le malattie, non la nostra libertà personale». ■



GADGET CHE CONTROLLANO LO STILE DI VITA

Ci sono apparecchi tascabili come Bodybug che calcolano le calorie assunte dai cibi e consumate con l'attività fisica, monitorando la traspirazione del corpo, le variazioni di temperatura corporea, il movimento. Applicazioni iPhone come MealSnap calcolano le calorie dei cibi fotografati.

TEST GENETICI FAI-DA-TE

Alcune aziende, come deCODEme in Islanda e 23andMe negli Usa, permettono a chiunque di analizzare il proprio Dna e scoprire il proprio fattore di rischio nei confronti di certe malattie. Basta inviare loro un campione della propria saliva. Ma secondo uno studio dell'Erasmus University Medical Centre di Rotterdam i risultati hanno ancora ampi margini di miglioramento.

SONNO MIGLIORE

Un'applicazione per iPhone e per Android che si chiama Zeo Sleep registra ed elabora le fasi del sonno, consigliando come migliorarlo. Un materassino gonfiabile (Touch Free Life Care) creato dalla californiana Los Galatos monitora la qualità del nostro sonno, con sensazioni che rilevano le variazioni di pressione per stabilirne la causa.





L'Opinione Ignazio Marino

Più controlli e sanzioni agli incapaci

Un singolo organismo pienamente responsabile di controllare la sanità in Italia non c'è, benché i controlli vengano effettuati e il monitoraggio delle attività pure. Se ne occupa il corpo dei carabinieri dei Nas, che lavora con il ministro della Salute e c'è l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) che dal 1993 affianca il ministero nell'analisi della qualità delle prestazioni e dei costi della sanità. Poi ci sono le commissioni parlamentari d'inchiesta, quella sugli Errori e sulle cause dei disavanzi delle regioni e quella sull'Efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, che ha poteri d'indagine analoghi alla magistratura, e quindi è potenzialmente molto incisiva. Ma anche le regioni possiedono i loro organismi di sorveglianza con le Agenzie regionali per i servizi sanitari. I controlli allora ci sono, e a volte sono anche superflui perché alcune funzioni si sovrappongono e si ripetono con spreco di risorse umane, economiche e scarsa efficienza nel momento delle decisioni. La sicurezza e la qualità potrebbero,

invece, essere assicurate con maggiore efficienza attraverso l'istituzione di un unico organismo, indipendente dalla politica, che verifichi gli aspetti gestionali e clinici degli ospedali, accerti i requisiti anche delle strutture private, controlli la qualità e i risultati in termini di sopravvivenza, complicanze e ricoveri inutili e infine valuti il lavoro degli operatori sanitari. Una sorta di "Garante della salute", che abbia anche il potere di sospendere le attività di un servizio inadeguato.

Esistono esperienze molto positive di organismi indipendenti nel mondo anglosassone, a partire dalla Joint Commission americana, con funzioni di controllo e di affiancamento nel caso di situazioni anomale da correggere. In Inghilterra compiti simili li svolge il Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence) e l'ultimo esempio arriva dall'Australian Commission in Safety and Quality of Health Care.

In Gran Bretagna alcuni anni fa si è arrivati alla diffusione di quell'atteggiamento detto "Blame

and Shame" (biasimo e vergogna) che rendeva sistematica la denuncia pubblica delle inadempienze di medici e amministratori che, con i loro errori, avevano arrecato un danno agli ammalati e alla collettività. Le denunce inducevano rabbia nell'opinione pubblica e forme di critica a volte anche violente che mettevano in seria difficoltà i professionisti colpiti da tale forma di ritorsione. Non credo che la caccia alle streghe sia una strategia costruttiva ma l'esperienza inglese è sintomatica di un clima di esasperazione che a volte si può instaurare nel momento in cui crolla la fiducia in un'istituzione. Anche per questo è urgente intervenire in Italia per aumentare la trasparenza nella sanità e puntare sulla verifica e sul rispetto delle regole. Il controllo sistematico dei risultati permetterebbe di limitare la discrezionalità e l'invasione della politica per premiare i professionisti e le pratiche migliori e sanzionare chi non dimostra di essere in grado di offrire uno standard di cura adeguato, sia esso un amministratore o un operatore sanitario. Il governo Monti, anche attraverso decisioni controverse, sta dimostrando che il cambiamento è possibile, che non siamo solo il Paese dell'immobilismo e la sanità dovrebbe essere al primo posto nell'opera di miglioramento dei servizi e nell'utilizzo di risorse, essenziali per ognuno di noi ma non illimitate.

Ieri il Professional day. Dalle categorie le idee per uno stato più efficiente

È il tempo delle proposte

Dal lavoro al fisco, semplificare è possibile

Pagina a cura
 DI **IGNAZIO MARINO**
 E **BENEDETTA PACELLI**

Da un fisco più semplice a costi più leggeri per l'occupazione, dalle rigenerazione urbana al fascicolo del fabbricato fino a un nuovo modello di welfare. Ecco il pacchetto delle proposte che i rappresentanti dei 27 ordini hanno idealmente consegnato ieri al governo in occasione del Professional day. La manifestazione che ha visto riuniti in una piazza virtuale oltre 90 mila professionisti in 148 sedi collegate su tutto il territorio nazionale, è stata, dunque, un'occasione non tanto per manifestare l'insoddisfazione davanti ai progetti di liberalizzazione del governo, ma soprattutto un modo per ribadire la valenza del sistema ordinistico quale tutela del cittadino e delle prestazioni che deve ricevere. Ribadire, dunque, quel ruolo di sussidiarietà svolto dagli ordini, che le proposte presentate puntano a esaltare sempre di più, alla faccia di chi considera i professionisti come una casta o una lobby. «La vittoria», apre, infatti, **Marina Calderone** presidente del Cup, il Comitato unitario delle professioni, ma anche dei Consulenti del lavoro, «ci sarà solo quando gli ordini non saranno più visti come una casta e una lobby». E questa giornata, comunque, è già di per sé una vittoria perché, «siamo riusciti a riunire in una piazza virtuale i professionisti. Si può parlare di riforme, di futuro partendo da un presupposto: siamo lavoratori intellettuali impegnati a svolgere al meglio il nostro lavoro. Noi ci siamo e vogliamo essere al centro del cambiamento del paese».

Le idee dell'area giuridico-economico-contabile

La proposta dei Consulenti del lavoro punta essenzialmente a un costo del lavoro più basso. Basti pensare, spiega **Vincenzo Silvestri** vicepresidente dei Consulenti

del lavoro, «che attualmente un'azienda per pagare un netto di 1.200 euro ne deve spendere il doppio, un differenziale enorme che andrebbe ridotto di una buona percentuale». **Claudio Siciliotti**, presidente del Consiglio nazionale dei dottori commercialisti, invece, insiste sulla necessità di un fisco più semplice anche perché «i commercialisti vogliono esercitare la consulenza e non essere solo coloro che ne sbrogliano i segreti». Ecco, quindi, le sue proposte: lo statuto del contribuente a norma di rango costituzionale e poi una magistratura tributaria specializzata per garantire una maggiore tutela dei soggetti che vi ricorrono. Si sofferma, soprattutto, sulle materie di successione **Giancarlo Laurini** sostenendo che una spinta al mercato immobiliare, bloccato anche dal timore di liti tra gli eredi, «potrebbe essere rappresentata dal limitare

la possibilità di azione degli eredi in favore di ascendenti e discendenti». Il pacchetto dei notai si articola in quattro proposte di legge in materia di contratti, famiglia e successioni, progetti tecnici che non incidono sulla funzione pubblica per l'introduzione nell'ordinamento giuridico italiano.

Suggerimenti anche dalle professioni tecniche

A partire dal presidente degli ingegneri **Armando Zambrano** (anche in veste di numero uno del Pat) che presenta così il suo pacchetto: «Snellire le procedure, affidare ai professionisti della sussidiarietà dell'amministrazione la certificazione sulle progettazioni e le iniziative che riguardano la messa in sicurezza dei fabbricati». Proprio sui fabbricati, poi, si concentra l'intervento del presidente dei periti industriali **Giuseppe Jogna** con due proposte: l'istituzione del Fascicolo del fabbricato per conoscere lo stato di fatto di un immobile e la rottamazione degli impianti elettrici, sostituire cioè

gli impianti fuori legge tramite un meccanismo di fiscalità. Un modo per arrivare a due obiettivi: rimettere in moto l'economia e intervenire concretamente sulla sicurezza. Per **Leopoldo Freyrie**, presidente del Consiglio nazionale degli architetti, invece, occorre rigenerare le città e gli edifici: «Serve un programma di rigenerazione sostenibile, per affrontare il decadimento dello stato dell'edificazione esistente privata e pubblica, l'adeguamento a standard di sicurezza ed energetici, il restauro dei beni culturali, il recupero degli spazi pubblici e del verde, l'innovazione delle reti tecnologiche».

A tutela della salute pubblica

La proposta di **Giacomo Milillo**, rappresentante dei medici di famiglia, invece, va nella direzione di valorizzare le professioni, «con la qualità che si regge su indipendenza e responsabilità». Ma soprattutto secondo **Milillo**, il futuro della sanità è quello di puntare «sui medici in associazione». E poi ancora **Andrea Mandelli**, presidente dei farmacisti, che punta il dito su chi vuole sviluppare «solo il mercato del farmaco, ma non la salute. Basta mistificazioni», dice **Mandelli**, «il problema non è aprire più farmacie, ma capire di quante ne ha realmente bisogno il sistema». Parla di sicurezza e qualità alimentare, invece, il presidente dei dottori agronomi e forestali **Andrea Sisti**, ricordando l'immenso patrimonio di produzioni agro-alimentari convinto, comunque, che si debba «ripensare i modelli di sviluppo, cooperare nell'innovazione coinvolgendo i produttori e i consumatori». E, insieme al collega **Roberto Orlandi**, presidente degli agrotecnici, arriva la proposta per il settore: «Affidare tutte le attività tecniche progettuali e i controlli per i fondi pubblici ai professionisti esperti in materia».

—© Riproduzione riservata—



I NUMERI DELLA MANIFESTAZIONE

3	Le ore di diretta (seguite da Class/Cnbc, canale 507 di Sky)
148	Le sedi collegate da tutta Italia con l'Auditorium Conciliazione di Roma
30	I siti che hanno seguito in tempo reale l'evento (fra questi anche www.italiaoggi.it)
492.000	I contatti (tramite Facebook, Twitter, sms, e.mail, Corriere Tv ecc.)
5	I collegamenti con le principali città: Milano, Palermo, Brescia, Napoli e Padova
27	Gli ordini in rappresentanza di 2,3 milioni di iscritti che hanno aderito alla manifestazione



I calcoli per città. A Roma 120 nuovi punti vendita

Farmacie, a Milano con la nuova soglia 25 sono in esubero

CAMBIA LA MAPPA

Aumenteranno del 30% i punti vendita complessivi ma teoricamente a Milano, Torino e Genova potranno esserci delle chiusure

■ Centoventi nuove farmacie a Roma, 29 a Torino, 12 a Verona. Ma anche 25 in esubero teorico a Milano, 20 a Napoli, 32 a Genova. Il risikio delle nuove farmacie che potranno aprire tra un anno è già cominciato. Un calcolo assai difficile da fare anche per i super esperti del settore, tante e tali sono le variabili in campo. Quasi 5mila farmacie private in più, giura il Governo, forse saranno circa 4.800. Forse. Il 30% in più delle attuali. Un mercato, insomma, che diventerà sempre più contendibile tra chi ha la convenzione col Ssn, il vero jolly del mercato della dispensazione dei farmaci visto che finora le parafarmacie - spesso di proprietà proprio dei titolari (o loro parenti) di farmacia - e i corner della Gdo, pur aumentando il fatturato, non hanno ridotto più di tanto le vendite delle farmacie.

Insomma, col decreto sulle liberalizzazioni del Governo dei professori per le farmacie si cambia davvero registro. Sempreché la Camera non decida di rimetterci mano, come però palazzo Chigi non ha alcuna intenzione di concedere. La trattativa s'è chiusa al Senato, giurano alla Salute e allo Sviluppo economico, e a Montecitorio il presidio del testo sarà ferreo: «Non ci saranno blitz come capitato a dicembre col decreto salva-Italia», si fa sapere.

Alla prova del voto del Senato, i titolari di farmacia restano sull'Aventino, pur sen-

za avere ancora rilanciato la minaccia della serrata. Mentre i titolari di parafarmacia brindano al cambiamento delle regole del gioco, anche se non sono riusciti a conquistare i farmaci C con ricetta. Ritengono però, dopo aver conquistato i farmaci veterinari con ricetta e i prodotti galenici, che ora si sia aperta per loro una strada in più, anche se non un'autostrada. E d'altra parte avranno più chance di vincere una sede ai concorsi per soli titoli. Come del resto i laureati disoccupati e quelli dipendenti.

E i farmacisti titolari si leccano le ferite. Anche dopo aver incassato qualcosa: il quorum più basso (da 3mila a 3.300 abitanti); la limitazione all'apertura di nuove sedi in aeroporti, stazioni, centri commerciali, lungo le autostrade; l'allungamento da 6 a 12 mesi dell'obbligo di vendere la sede da parte degli eredi del titolare deceduto; l'abbandono del reddito minimo garantito per i farmacisti che accettassero un esercizio nelle sedi disagiate; lo stop parziale alla vendita delle farmacie comunali. Ma bruciano troppo l'ampliamento del portafoglio di prodotti (farmaci veterinari e galenici) per i parafarmacisti, l'obbligo di assumere un direttore responsabile quando il titolare va in pensione. E naturalmente bruciano quelle 5mila nuove farmacie in più. «Il farmaco non è un bene di consumo qualsiasi, non siamo operatori economici ma professionisti della salute», ha detto ieri al Professional Day il presidente degli Ordini dei farmacisti, Andrea Mandelli. Il Governo non lo nega, ma tira diritto.

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PROPOSTA UE TEMPI VELOCI PER I FARMACI GENERICI SUL MERCATO

TAGLIO ALLA SPESA

**Risparmio
del 25 %
rispetto
ai prodotti
originali**

BRUXELLES vuole dare un severo giro di vite sui tempi che uno Stato deve impiegare per fissare i prezzi di un **farmaco** e decidere se inserirlo nel prontuario nazionale, quindi se sarà o no soggetto al rimborso. E questo non solo a beneficio del paziente ma anche per abbattere i costi per la salute. Così, su iniziativa del vicepresidente della Commissione europea responsabile per l'industria, Antonio Tajani, Bruxelles propone una drastica riduzione sui tempi per decidere la messa sul mercato di un **farmaco**. Per i generici i tempi passerebbe dai 180 giorni attuali a 30 giorni, ossia 15 giorni per fissare i prezzi del prodotto e altri 15 per decidere se inserirli nel sistema mutualistico. Per il prodotto originale invece, da 180 giorni si scende a 120, salvo per casi complessi. Senza contare che oggi spesso «si va - dicono gli esperti - dai 250 per i generici fino a punte di 700 giorni per un **farmaco** originale».

Per Tajani quindi «è necessario che la decisione sui prezzi e i rimborsi sia presa più rapidamente per preservare il dinamismo del mercato **farmaceutico** e offrire ai cittadini un miglior accesso ai medicinali». Senza contare che «la proposta permetterà di fare delle economie sostanziali sui costi della salute pubblica.

La proposta di

direttiva punta a creare una piattaforma comune di regole e di scadenze. Per farle rispettare,

Bruxelles propone di designare a livello nazionale un organismo competente con poteri speciali affinché possa adottare misure provvisorie, ma anche condannare uno Stato al risarcimento dei danni provocati ad un'impresa per il ritardo sull'ammissione di un **farmaco** sul mercato, o ancora sanzioni pecuniarie per ogni giorno di ritardo ingiustificato. In questa direzione sta andando il decreto "CresciItalia", in quanto - dicono gli esperti - «l'Italia è fanalino di coda per la presenza di **farmaci** generici sul mercato, tra il 10 e il 15% circa, ben lontano dalla media Ue del 50%. Quando il generico arriva sul mercato abbatte il prezzo del 25% rispetto al **farmaco** originale, differenziale che cresce nel tempo facendo risparmiare sia i pazienti che l'erario.

Nella Ue, secondo uno studio, tra il 2000 e il 2007, se i generici non avessero dovuto attendere 5 mesi, ma zero giorni, dalla fine della tutela del brevetto del prodotto originale alla loro messa del mercato, i 27 Stati membri avrebbero risparmiato tre miliardi di euro, e tra questi soprattutto Paesi come l'Italia che ha un maggior margine di recupero sui generici. Parliamo di un settore importante, quello dell'industria **farmaceutica** europea, con un fatturato di 200 miliardi l'anno e oltre 600mila posti di lavoro.



Sla e tecnologia: il pensiero diventa azione

Tutto italiano il prototipo che «legge» quanto il cervello immagina e lo esegue. Già avanzata la sperimentazione

DA MILANO **LUCIA BELLASPIGA**

Di ausili per aiutare i disabili gravissimi a comunicare ce ne sono molti sul mercato, ma tutti necessitano di una seppur minima capacità di movimento: alcuni funzionano con il solo movimento oculare, altri con un mouse, o in modalità touch screen (sfiorando lo schermo con un dito). Ancora non si era arrivati a ideare uno strumento utile ai pazienti completamente impossibilitati a muovere anche un solo muscolo, come quelli colpiti da sindrome di "Locked-in" (o "del chiavistello", coscienti ma prigionieri del loro corpo al punto da non poter comunicare nemmeno con gli occhi) o i malati di Sla nella sua fase più progredita. Ora ci siamo, almeno alla sperimentazione: per accendere la luce, cambiare canale alla tivù, aprire la finestra o reclinare la poltrona, ma anche per pronunciare parole e frasi, presto potrebbe bastare il pensiero. Non si tratta di fantascienza, anzi, il

prototipo (tutto italiano) è già in fase di sperimentazione su alcuni pazienti di Sla, tutti volontari e a diversi livelli di avanzamento della patologia. Si chiama Brindisys, è piccolo e di facile utilizzo, e funziona così: il paziente indossa una cuffia dotata di elettrodi, che leggono il segnale elettroencefalografico e così rilevano i comandi solamente immaginati dal cervello, (ad esempio la poltrona che si reclina). Tali segnali vengono letti da un piccolo dispositivo, che li trasmette a un "tablet", una tavoletta simile a un i-Pad, che a sua volta fa partire l'esecuzione (la poltrona si reclina). Dal pensiero all'azione

passano solo dieci secondi. Lo stesso avviene con la parola: il "tablet", una volta rilevati i comandi pensati dal cervello, li traduce in frasi intere già preimpostate nella sua memoria, oppure invece formula lettera per lettera se si vogliono esprimere frasi nuove. Semplice da usare, non invasivo, funzionante con il solo pensiero e senza bisogno di un computer potente: queste le grandi novità che differenziano Brindisys da tutti gli ausili già disponibili, e «alla fine della sperimentazione – dice

Febo Cincotti, ricercatore della Fondazione Santa Lucia Irccs di Roma, che con la sua équipe lo ha ideato – a seconda del giudizio dei pazienti arriveremo alla messa a punto finale». Il tutto grazie al finanziamento della Fondazione AriSla e il contributo di Aisla.

