

**Ssn.** La crescita della spesa ridotta allo 0,5% sul 2012, torna all'1,4% nel 2014

## Fondo sanità 2013 a 109,3 miliardi

**Roberto Turno**

ROMA

■ Ben 2,5 miliardi nel 2013 e altri 5 nel 2014: valgono complessivamente 7,5 miliardi nel biennio i tagli alla sanità in termini di riduzione dell'indebitamento netto della Pa. Che però come saldo netto da finanziare salgono a 7,950 miliardi, con altri 450 milioni nel 2014. Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, scontati gli effetti della manovra, diventa così di 109,294 miliardi nel 2013 e di 110,786 miliardi nel 2014, con una crescita nel 2013 dello 0,5% sul 2012 (108,780 miliardi) e quindi dell'1,4% nel 2014 sull'anno prima.

Eccolo, riassunto nella relazione tecnica al decreto del Governo, il valore del salasso che viene chiesto all'assistenza sanitaria nel biennio più duro della manovra per riportare in carreggiata i conti pubblici. La sanità insomma pagherà più del 20% dei tagli in arrivo, e non caso la scontentezza è

grande e generalizzata nell'intero universo del Ssn: governatori, sindacati dei dipendenti e dei convenzionati, medici e dirigenti del Ssn (che ieri hanno proclamato lo stato di agitazione e gli "stati generali della sanità" già questo mese), imprese. E naturalmente prima di tutto i cittadini, chiamati a pagare sempre più le cure di tasca propria: con i ticket, ma non solo. Anche in termini di servizi che rischiano sempre più di restare scoperti, come potrà accadere ad esempio per effetto della proroga del turn over del personale. Effetti, paradossalmente ma non troppo, che saranno più pesanti proprio nelle Regioni sotto lo schiaffo dei commissariamenti e dei piani di rientro dai disavanzi, dove già oggi i servizi sono più ridotti e l'effetto ticket sta diventando sempre più pesante. Col rischio di vanificare la speranza di ridurre il gap dalle Regioni del Centro-nord che dovrebbero fare (almeno in parte) da benchmark.

Una mancanza di prospettive che si riflette anche nell'assenza di un programma di investimenti aggiuntivi e, dunque, di un rilancio infrastrutturale complessivo, e non solo al Sud. Tutto questo sotto la spada di Damocle del federalismo fiscale e dei costi standard, dai riflessi ancora oscuri (si costruiranno per il 2013 in base ai risultati dei bilanci consuntivi del 2011) in termini di minori finanziamenti per le "Regioni canaglia", ma anche potenzialmente per altre Regioni oggi quasi in equilibrio.

Intanto i tagli e la razionalizzazione dei servizi in tutta Italia procedono a passo spedito. È proprio di ieri il rapporto preliminare del **ministero della Salute** sui ricoveri nel 2010, che risultano ancora in discesa: il 4,9% in meno rispetto al 2009, con 3,7 milioni di giornate di degenza in meno. Ma evidentemente ancora non basta. E i tagli in arrivo nel 2012-2013 lo dimostreranno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**L'editoriale  
dei  
lettori**

## OSPEDALI BUROCRATICI

*La carenza dei nostri nosocomi non è solo di personale, è organizzativa. Il che comporta un enorme sperpero di risorse. Evitabile con una pianificazione più mirata*

LODOVICO BENSO

**L**a recente tragedia del Regina Margherita, dove un bambino è morto per un incidente dovuto al malfunzionamento degli apparecchi di rianimazione, e l'emergenza nel settore delle endoscopie pediatriche rendono sempre più attuali delle considerazioni che si riferiscono alla gestione della sanità ospedaliera degli scorsi decenni.

Storicamente, lo sviluppo dei reparti assistenziali è spesso andato avanti «per monadi» in rapporto al potere e ai finanziamenti ottenuti dai singoli gruppi o primari. Negli ospedali non è stata realizzata una pianificazione organica e unitaria, anche a causa dell'indipendenza dell'Università: sacrosanta e necessaria, se gestita con spirito collaborativo anche in funzione della didattica e della ricerca, ma pernicioso se finalizzata al potere dei singoli cattedratici, che tendono ad assumere competenze organizzative e logistiche per cui non sono stati specificamente formati.

Dopo essermi entusiasmato per il concetto di «medico manager» e di «direttore generale», mi sembra, adesso, che il «meno peggio» fossero i vecchi consigli di amministrazione. Nella genesi dei problemi dei nostri dipartimenti assistenziali universitari e ospedalieri, la principale carenza non è solo di personale, ma soprattutto organizzativa e logistica, che comporta un incredibile sperpero di risorse se viene gestita in modo burocratico. Pernicioso anche il ricorso a cooperative e subappalti, che farà sì risparmiare, ma comporta uno scadimento qualitativo dei servizi.

Affrontare la logistica e la comunicazione comporterebbe un miglioramento operativo. Meglio organizzare, anche a livello capillare e non solo generale, che tagliare alla cieca: rende di più. Consapevole di proporre l'acqua calda, mi chiedo perché, dato che tutti la conoscono, se ne consumi così poca.

**Professore di pediatria in pensione, 71 anni, Torino**



## Batterio-killer, bloccata l'importazione nell'Ue dei semi di fieno greco

**BRUXELLES.** L'Unione Europea ha bloccato fino al 31 ottobre l'importazione di semi di fieno greco (le cui foglie sono usate come spezia nei curry indiani) dall'Egitto dopo che alcuni sono stati collegati all'epidemia dell'E. coli in Germania e Francia. Inoltre l'Ue ha annunciato che gli Stati devono assicurare che tutti «i semi importati da un esportatore egiziano tra il 2009 e il 2011 vengano ritirati dal mercato e distrutti». L'Authority europea per la sicurezza alimentare dell'Ue (Efsa) ha reso noto ieri che i semi di fieno greco ritenuti la fonte del contagio sono ancora nei mercati e sono stati spediti in più Paesi rispetto a quanto si pensasse in principio, compresi Austria, Regno Unito e Spagna.



## In breve

Il batterio killer

### «Viene dai semi comprati in Egitto»

■ L'epidemia killer del batterio E. coli avrebbe avuto origine dai semi di fieno greco importati dall'Egitto. Lo ha detto ieri l'Efsa, l'autorità europea per la sicurezza alimentare, che su mandato della Commissione Ue ha coordinato le indagini per capire la possibile origine della contaminazione. Dopo la scoperta, l'Ue ha annunciato il ritiro dal mercato e il bando temporaneo delle importazioni dall'Egitto di alcuni tipi di semi di fieno greco.



**CAMERA**

## Il biotestamento "dimenticato": l'esame slitta a questa settimana

**D**oveva riprendere la settimana scorsa ma l'esame del biotestamento nell'aula della Camera è slittato ancora una volta. Come è già accaduto più volte in passato. La capigruppo di Montecitorio, dopo vari rinvii, ha deciso infatti di mettere il Ddl in calendario questa settimana - per l'esattezza tra il quattro e l'otto luglio - dopo le proposte di legge sulla soppressione delle Province. Il Ddl, approvato oltre due anni fa al Senato, e già modificato in commissione Affari sociali, dovrà tornare a Palazzo Madama dopo l'eventuale Sì di Montecitorio.

Secondo il testo che sarà all'esame dell'aula della Camera da questo lunedì il cittadino potrà esprimere nel suo biotestamento il proprio orientamento su terapie e trattamenti di fine vita in previsione di una perdita della propria capacità di intendere e di volere. Ma non potrà inserire indicazioni finalizzate all'eutanasia. In particolare l'alimentazione e l'idratazione artificiali sono considerate forme di sostegno vitale e non potranno dunque mai essere sospese, se non in casi eccezionali.

In più, secondo il Ddl, le «Dichiarazioni anticipate di trattamento» non saranno mai vincolanti per il medico. Le volontà espresse dal paziente saranno, infatti, prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annoterà nella cartella clinica le eventuali motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Oggi alla Camera****Testamento  
biologico  
Il voto  
sarà segreto**

ROMA — È iniziata ieri sera a Montecitorio la votazione in Aula sul testamento biologico. Un solo voto, a scrutinio segreto, per respingere un emendamento dei radicali. Un voto scontato ma che dimostra come la maggioranza possa reggere: 317 no, 212 sì e 15 astenuti.

Oggi si entra nel vivo con le altre votazioni sul primo articolo. Il Pd ha chiesto il voto segreto e il presidente della Camera Gianfranco Fini l'ha concesso visto che si tratta di norme che toccano principi costituzionali che riguardano la sfera personale.

Il testo sul fine vita era stato votato in Senato nel febbraio del 2009, subito dopo il caso Englaro. Il provvedimento ha avuto finora un cammino accidentato in commissione alla Camera, con opposizioni in entrambi gli schieramenti, e ha subito diverse modifiche in alcuni punti chiave, tra cui c'è quello sul divieto assoluto della sospensione di idratazione e alimentazione artificiali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## In Aula

### Oggi il biotestamento entra nel vivo

■ È ripreso nell'aula della Camera l'esame del disegno di legge sul biotestamento, già approvato dal Senato. All'inizio della discussione il presidente Gianfranco Fini ha dichiarato ammissibile il voto segreto sull'articolo 1 del provvedimento e il primo emendamento proposto dai Radicali è stato respinto. La seduta è stata poi sospesa e la votazione degli emendamenti proseguirà stamattina alle 10. Il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, introducendo l'articolo 1 (del nove di cui è composto il testo) sulla «tutela della vita e della salute» ha illustrato il parere favorevole del governo. «L'articolo 1 di questa legge - ha detto - propone una serie di principi condivisibili a partire dal consenso informato che deve essere normato perché l'Italia è una delle poche nazioni che non lo ha normato» per arrivare ad altri «principi condivisibili come il divieto di eutanasia e il principio secondo cui nessun trattamento è possibile senza il consenso del soggetto interessato».



## PUBBLICO IMPIEGO

# Il blocco di contratti e turn over si proroga per altri due anni

*Il valore della perdita per il personale Ssn è di quasi 800 milioni, da 700 ai 4mila euro pro-capite*

**I**l personale del Ssn dovrà tirare la cinghia per altri due anni: la manovra 2011 ha rimandato di altri due anni - fino a dicembre 2014 - il rinnovo dei contratti, già bloccati per un triennio, fino a tutto il 2012 da quella dello scorso anno. E dovrà anche sudare di più: anche il blocco totale del turn over si allunga di un altro anno.

Il tutto per un valore di circa 790 milioni per il blocco di contratti e convenzioni che si traducono per un'ulteriore perdita in busta paga per medici e personale che va dai 700 euro per il personale non dirigente ai 2mila euro per i medici dipendenti con minore anzianità e sfiora i 4mila euro per i primari, ma anche per i medici di medicina generale massimalisti.

Per quanto riguarda il blocco del turn over l'allarme dei sindacati punta al fatto che gli organici del Ssn si troveranno in condizioni tali da dover far fronte alle esigenze di assistenza sempre di più con personale precario. Tanto è vero che nella manovra una deroga c'è: è quella che consente di assumere primari nelle Regioni con piani di rientro che il blocco del turn over automatico ce l'hanno da oltre cinque anni e che in queste condizioni rischiano di dover sgombrare la direzione delle strutture. Ma è una deroga con mille paletti. Infatti la richiesta della Regione dovrà essere formalizzata con decreto di Economia, Salute, e Rapporti con le Regioni e verificata non solo dai ministeri, ma anche del Comitato Lea, dal tavolo di verifica degli adempimenti regionali e dell'Agenas. E avrà esito positivo solo in caso di reale necessità e per assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, ma dovrà essere compatibile con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio previsti dal piano di rientro.

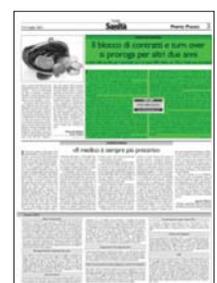
L'obiettivo generale per tutto il pubblico impiego sono ulteriori rispar-

mi oltre quelli già previsti per il 2011-2013 di 30 milioni per il 2013, 740 milioni per il 2014, 340 milioni per il 2015 e 370 milioni dal 2016. Gli strumenti per ottenerli possono essere, appunto, la proroga di un anno del blocco del turn over, quella fino al 31 dicembre 2014 del blocco dei rinnovi contrattuali (non solo degli elementi fissi, ma anche di quelli accessori della retribuzione, anche se stavolta questa voce può essere "differenziata" per settori secondo le esigenze), una regolamentazione del calcolo della vacanza contrattuale, la semplificazione delle procedure di mobilità tra pubbliche amministrazioni.

In più la manovra prevede che se i risparmi di spesa risultano inferiori al previsto, l'Economia provvederà con tagli lineari al recupero dello scostamento finanziario. E ancora, che se i provvedimenti giurisdizionali vanificano in qualche modo gli effetti finanziari previsti per il 2011-2013, questi sono recuperati nell'anno immediatamente successivo e verso le stesse categorie di personale. Senza scampo quindi.

Per quanto riguarda il Ssn in particolare, anche per il 2013-2014 la spesa non potrà superare quella del 2004 (per tutte le tipologie di contratto e Irap compresa) diminuita dell'1,4 per cento. Per ottenere questo risultato le aziende dovranno predisporre un programma annuale di revisione della consistenza di personale e il ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa e fissare parametri standard per individuare strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto della disponibilità dei fondi. La verifica degli adempimenti sarà effettuata dal tavolo tecnico Stato-Regioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nel decreto pesanti interventi di razionalizzazione per la salute - Superticket da 10 euro: 2012 a rischio

# Manovra, ecco i tagli da 5 miliardi

Stretta su personale, dispositivi e acquisti - Pay back sui farmaci H - A tutto copayment dal 2014

**P**ersonale, farmaci, acquisti di beni e servizi, prezzi di riferimento, tetto di spesa per i dispositivi medici, megaticket dal 2014: questi i capitoli più spinosi della manovra approvata la scorsa settimana dal Consiglio dei ministri, su cui l'esame si avvierà al Senato, ma sulla quale Silvio Berlusconi ha già annunciato che il Governo porrà la fiducia. E che trova già contro i fucili spianati sia delle Regioni che di tutte le categorie coinvolte.

In sospeso per il momento il ritorno automatico dal 1 gennaio 2012 del superticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi: si vedrà a fine



anno se il Governo lo rifinanzierà. E spunta a sorpresa una tassa a carico delle industrie farmaceutiche: dal 2013 pagheranno il 35% del rosso della spesa per farmaci in ospedale, almeno 800 milioni. Arrivano anche i prezzi di riferimento per i dispositivi biomedici e gli acquisti dovranno avvenire sotto l'ombrello della Consip. Poi c'è il personale: blocco del turn over per un altro anno, ma anche dei rinnovi contrattuali fino alla fine del 2014 e una stretta confermata sui costi, sugli organici e sugli standard organizzativi negli ospedali.

A PAG. 2-3

Il decreto parte dal Senato e ci sarà doppia fiducia - E la partita dei ticket è già rovente

## La manovra degli scontenti

Farmaceutiche tassate, dipendenti e non "tagliati", dispositivi con tetto

**T**icket e ancora ticket. Tagli e ancora tagli. Quasi 5 miliardi. Per una voce di spesa del bilancio pubblico che già ci vede agli ultimi posti tra i Paesi dell'Ocse per l'investimento sulle cure rispetto al Pil (cfr. pag. 13). La cura Tremonti - varata giovedì scorso in Consiglio dei ministri - non fa sconti a nessuno. Nell'ambito di una manovra da 47 miliardi per raggiungere il pareggio di bilancio nel 2014 e che dovrebbe valere 1,5 miliardi nel 2011, 5,5 miliardi nel 2012, e rispettivamente 20 miliardi nel 2013 e nel 2014, proprio la Sanità è chiamata a pagare un pesante pedaggio soprattutto dal 2013, coinvolgendo anche il capitolo della farmaceutica, ancora in subbuglio per le ricadute di una manovra di primavera non del tutto attuata.

I ticket dunque, fantasmi che vanno e vengono: la Finanziaria trova finalmente la copertura per i 486,5 milioni che servono a esimere i cittadini dal pagamento del superticket su specialistica e diagnostica, ma non garantisce nulla (e nulla probabilmente sarà) per il 2012 e seguenti. Di più: si libera anche dal pesante tabù della cancellazione del ticket nazionale. Po-

trà tornare, dal 2014, potrà riguardare tutte le prestazioni - farmaci e non - e andrà a sovrapporsi ai copayment già eventualmente introdotti dalle singole Regioni. Volendo, per graziare i cittadini dal nuovo salasso, queste ultime potranno proporre misure alternative al tavolo dei Lea. Ma viene difficile immaginare, come visto, che dal ticket sono esplicitamente attesi risparmi del 40 per cento. Poi la farmaceutica, con una terapia d'urto per la grande malata del settore, la spesa ospedaliera, che oggi vale quasi 2 miliardi e mezzo di rosso per le casse locali: la manovra se la cava facile, rinverdendo l'efficace strumento del pay back.

Dal 2013 a pagare il 35% dello sfondamento saranno le imprese. Altrimenti le Regioni sono comunque invitate sempre a incoraggiare il più possibile l'uso dei risparmi generici - come già prescritto dal Dl 78/2010 - anche per fare i conti con un tetto di spesa territoriale che nel 2013 scenderebbe ancora di quasi un punto attestandosi al 12,5% del Fsn. Per farcela le Regioni potranno ispirarsi alle tabelle di raffronto fornite dall'Aifa contenenti le soglie di appropriatezza prescrittiva rispetto alla per-

centuale di generici utilizzata per ciascuna categoria terapeutica equivalente. E tanto per chiarire che qualsiasi buonismo della vigilia è destinato a restare lettera morta per le aziende farmaceutiche: è in arrivo anche una nuova "tassa" annuale da versare all'Aifa per la gestione da parte di quest'ultima della banca dati e delle procedure informatizzate.

Da una stretta all'altra, la seconda categoria merceologica a fare le spese sono i dispositivi medici che per la prima volta dovranno fare i conti con l'imposizione di un tetto di spesa nazionale e regionale: dovrebbe essere del 5,2% sul Fsn e dovrebbe garantire risparmi del 30% nel 2013 e del 15% nel 2014. Ovvio però che le speranze di risparmio non riposano solo sui due capitoli di spesa

citati: a essere coinvolta sarà tutta la gamma dei beni e servizi con la Consip e i prezzi di riferimento per tutte le tipologie d'acquisto chiamati a fare da maestri di cerimonie (vedi sotto) già dal 2012 in attesa dei costi standard a venire.

Nel mirino degli interventi anche le Regioni coi conti in rosso e impegnate nei piani di rientro: il Governo intende usare le maniere forti. Saranno costrette a rimuovere dal proprio ordinamento tutte le eventuali norme che costituiscano un ostacolo al percorso di recupero economico-finanziario già tracciato, con una norma ad hoc per la Regione Abruzzo chiamata a dare attuazione ai piani operativi entro 60 giorni, ma potranno contare su un blocco dei pignoramenti valido sulle risorse del 2011 ribadito e



reso più cogente dalla riscrittura della norma già in vigore. Nel carnet delle misure anche il corposo pacchetto di interventi al capitolo del personale (*articolo a fianco*) e la riorganizzazione dell'Agenzia italiana del **farmaco** affidata a un vertice - Dg più Cda - ripotenziato e responsabilizzato. Il tutto avendo meno soldi a disposizione per far marciare il sistema. In attesa dei costi standard la strada è già tracciata, il Fondo sanitario nazionale aumenterà a scartamento ridotto: dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014. E i cittadini dovranno sempre più vedersela da soli.

**Paolo Del Bufalo**  
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## FORUM

## La partnership che vince

Le strategie per l'innovazione pubblico-privato sul territorio

Con l'obiettivo di analizzare le sfide del Psn 2011-2013, Il Sole-24 Ore Sanità e Quintiles hanno riunito attorno a un tavolo i principali attori della Sanità per un forum sulle priorità del Psn e sull'opportunità di collaborazione Stato-Regioni-indu-

stria. All'incontro sono intervenuti Ferruccio Fazio, Francesca Martini, Giuseppe Palumbo, Luciano Bresciani, Lino Del Favero, Sergio Dompé, Giacomo Milillo e Leonardo Zanardi.

A PAG. 14-15

Forum Il Sole-24 Ore Sanità- Quintiles sulle opportunità di collaborazione pubblico-privato

# Tutte le partnership del Psn

Il territorio tra le priorità 2011-2013: le strategie per promuovere l'innovazione

**Leonardo Zanardi**

• Ad Quintiles Italia

“ Il nostro obiettivo è fare da trait d'union tra istituzioni e aziende, mettendo al centro il paziente e facendo coincidere interessi divergenti ”

**Luciano Bresciani**

• Assessore Sanità Lombardia

“ Il nostro modello è creare un servizio sanitario vettore di produzione di risorse, sviluppo tecnologico e di prosperità della comunità ”

**Ferruccio Fazio**

• Ministro della Salute

“ Le reti regionali devono svilupparsi con un approccio bottom up: è poi compito del ministero trasformare i network locali in network nazionali ”

**Francesca Martini**

• Sottosegretario alla Salute

“ Il ministero ha un ruolo delicatissimo: svolgere un'attività di filtro, mediazione, promozione, sviluppo in cui trovare di continuo alleanze ”

**Giacomo Milillo**

• Segretario generale Fimmg

“ Il modello di medicina generale è manager del paziente e della sua salute e deve essere anche manager della propria attività professionale ”

**Angelo Lino Del Favero**

• Presidente Federsanità Anci

“ Per dare il meglio della scienza e dell'innovazione al paziente occorre disporre di sistemi organizzativi nazionali e investire sul territorio ”

**Filippo Palumbo**

• Capo dipartimento qualità

“ La vera sfida del futuro è rilanciare la capacità di governo: in questo può esserci un'alleanza col sistema industriale già abituato a governare i processi ”

**Sergio Dompé**

• Già presidente Farindustria

“ Occorre un efficientamento del sistema, mettendosi insieme e lavorando sulle realtà migliori che poi possono fare da traino alle altre ”

C'è una parola magica che rincorre chiunque si occupi di Sanità da trenta-quaranta anni: il territorio. Ora questa magica entità non può essere più elusa: è il momento delle scelte definitive. Il tema di questo incontro sono le priorità del Psn 2011-2013 - che mette appunto al centro il territorio - e le possibilità di partnership tra Stato, Regioni e industria farmaceutica che puntino ad agevolare il percorso di efficientamento

del sistema salute. Già nel titolo c'è una sfida. Per entrare nell'argomento diamo subito la parola a Leonardo Zanardi, per avere un quadro dell'attività di Quintiles e per capire come questo tipo di approccio può servire al sistema.

Leonardo Zanardi. Quintiles è un'azienda multinazionale americana con un fatturato mondiale di tre miliardi di euro che si occupa di servizi per il mondo farmaceutico a 360 gradi, dalla ricerca clinica alla commercializzazione. In Italia

Quintiles conta 800 dipendenti, tra cui 280 che lavorano nell'ambito della ricerca clinica sono impegnate 280 persone, che lavorano con 1.400 centri ospedalieri, gestendo nei clinical trial più di 8mila pazienti, soprattutto negli ambiti oncologico, cardiovascolare, del sistema nervoso centrale e della medicina interna. Questo workshop è stato ideato con l'intento di cercare opportunità di collaborazione tra

le istituzioni e le aziende del **farmaco**. Sinergie di questo tipo già sono attive in Gran Bretagna, Stati Uniti e di recente anche in Italia, dove si annovera l'esperienza dell'ospedale San Filippo Neri di Roma, che ha avuto un notevole successo. Il nostro obiettivo è quello di fare da trait d'union tra istituzioni e aziende **farmaceutiche**, mettendo al centro dell'attenzione il paziente e facendo così convergere interessi spesso divergenti.

**Il termine trait d'union è decisamente suggestivo specie se riferito a una Italia complessa come la conosciamo. Abbiamo qui una Regione come la Lombardia che vanta anche diverse esperienze di partnership pubblico-privato in campo sanitario: Assessore Bresciani, come può essere modificato l'attuale modello di gestione del paziente nell'interesse del Ssn?**

**Luciano Bresciani.** La Regione Lombardia finanzia la sanità con 16,8 miliardi di euro garantendo 160 milioni di visite ambulatoriali e specialistiche, 2,43 milioni di ricoveri ospedalieri e 62 milioni di prescrizioni **farmaceutiche**. Circa il 10% dei trattamenti erogati riguarda pazienti extra-regionali, con picchi del 50% nei casi di terapie altamente specializzate come quelle oncologiche. Rinforzare il sistema sanitario significa espandere la collaborazione orizzontalmente, attraverso più direttrici. Ecco le esperienze del sistema lombardo.

**Ricerca.** Nel sistema universitario lombardo è stato creato un network delle sei Facoltà di Medicina, cinque pubbliche e una privata, che ha eletto un coordinatore. Esistono 14 macroaree di ricerca, composte da 119 aree, che generano 1.234 prodotti di ricerca certificati all'anno ed è in atto un allargamento anche a facoltà tecniche non mediche, in modo da incrementare la forza della rete.

**Economia e finanza.** Finlombarda è una società a capitale pubblico partecipata al 100% da Regione Lombardia. Gli obiettivi sono: creazione di una piattaforma economico-finanziaria del sistema sanitario lombardo per promuovere le economie territoriali; scambi e trasferimenti di modelli di management e di metodi per lo sviluppo del sistema sanitario, della ricerca scientifica lombarda e della produzione tecnologica sanitaria regionale; realizzazione del modello di management di integrazione e internazionalizzazione del Servizio sanitario lombardo verso le politiche europee.

**Industria.** L'interazione tra Servizio sanitario regionale e industria, alimentata da capitale di rischio industriale, finalizza. Siamo interesso in tutte osito Accordo al raggiungimento del proprio target di mercato, può essere applicata sulla piattaforma di sviluppo tecnologico-sanitario regionale con fini di pubblica utilità. La piattaforma dello sviluppo tecnologico sanitario regionale è costituita da un sistema di alleati in cui l'industria propone e finanzia progetti finalizzati ai suoi target di mercato, il sistema dell'università e della ricerca regionale sviluppa i progetti,

il Servizio sanitario regionale estende l'azione di governance sul teatro della ricerca, valida e certifica le tecnologie acquisite, fornendo all'industria un valore aggiunto di marketing.

L'obiettivo è quello di creare un servizio sanitario che: sia vettore di produzione di risorse, di sviluppo tecnologico e di prosperità della comunità; sia parte attiva dello sviluppo tecnologico sanitario; crei forza produttiva; generi risorse per la ricerca; rafforzi le piccole-medie imprese; internazionalizzi il sistema finanziario regionale, diventando quindi imprenditore.

La tendenza è quella di lasciare al territorio la diagnosi e la cura di primo e secondo livello, concentrando sull'ospedale il terzo livello. A livello verticale, si assiste quindi a una ascesa e discesa della complessità delle cure, mentre a livello orizzontale si crea un lavoro condiviso da parte della comunità, che coinvolge tutti gli attori. Secondo un modello chiamato tele-health, si creano centri di assistenza territoriale, ovvero strutture di ricovero a bassa complessità di cura per la presa in carico dei pazienti sub-acute, e la home care H24 per i pazienti cronici. Dall'acuto al cronico, fondamentale è la continuità assistenziale strutturale, organizzativa, funzionale. L'ospedale eroga quindi le funzioni tradizionali ad alta complessità e le funzioni orientate al territorio. Anche l'alta tecnologia è orientata a nuove aree di mercato, ovvero alle cure dei pazienti sub-acute e cronici sul territorio.

**Professor Fazio, qual è la posizione del ministro della Salute su tutti questi argomenti?**

**Ferruccio Fazio.** Il nostro primo obiettivo è quello di fare della Sanità italiana una sanità di eccellenza: questo è il punto di partenza di tutto. Ma analizziamo con ordine i vari aspetti.

**Accesso all'innovazione.** Siamo intervenuti sull'uniformità di accesso in tutte le Regioni, attraverso un apposito Accordo Stato-Regioni, e sul concetto di innovazione, che richiede una valutazione degli effetti delle cure, ma anche del loro costo. Il governo intende favorire la ricerca mirata a sviluppare marker per rendere più specifica l'azione dei **farmaci** innovativi, nell'ottica di rendere la medicina più personalizzata e meno costosa; far leva sui meccanismi di rimborso condizionato - ovvero registri, cost sharing, payment by result - da applicare ai **farmaci** più innovativi e costosi. Siamo molto avanti in questo settore, ma queste misure vanno adottate solo per i **farmaci** più innovativi e costosi: su questo siamo disposti a collaborare con l'industria per rendere più snelle le sperimentazioni di fase uno che poi si tireranno dietro quelle di fase 2 e di fase 3.

**Dispositivi.** Occorre razionalizzare il settore e dare delle regole, senza necessariamente arrivare ai prezzi di riferimento, che rischiano di limitare l'innovazione. Siamo perciò studiando dei meccanismi per svolgere le gare in trasparenza, ovvero individuando costi e innovatività, in modo da identificare le buone pratiche.

**Modelli di partnership.** Le reti regionali devono svilupparsi con un approccio bottom up: compito del ministero sarà quello di trasformare i network regionali

in network nazionali. Varie e importanti sono le iniziative normative intraprese che tengono conto della sempre maggiore territorializzazione del Ssn e del ruolo sempre più importante dei medici di Medicina generale. Si va quindi nella direzione di best practice condivise anche con le industrie **farmaceutiche**.

Ma ancora nelle partnership può entrare il nuovo ruolo degli infermieri, che in base alla legge sui servizi in farmacia possono indicare nuovi target anche all'industria. Questo è coerente con l'obiettivo di dare al Paese il giusto numero di medici garantendo anche una maggiore presenza delle altre professioni che interagiscono utilmente con i medici. Ultimo esempio, la telemedicina, settore industriale importante nel quale la partnership anche con l'industria non può che risaltare vincente.

**Sottosegretario Martini, qual è il ruolo di ministro e Regioni nello sviluppo del modello di assistenza delineato dal Psn anche rispetto ai nuovi rapporti in vista con l'Europa?**

**Francesca Martini.** L'eccellenza paga in ogni settore, sia in campo assistenziale, sia nel settore dell'innovazione tecnologica. Un tema centrale è quello della libera circolazione dei pazienti in Europa: per garantirla è necessario porre sul mercato una qualità sanitaria dotata di omogenee possibilità di rimborso ma in assenza di accordi tra gli Stati membri che la rendano possibile, la libera circolazione dei pazienti resta teorica. Per quanto riguarda il contesto, la situazione italiana è peculiare, in quanto si tratta di un sistema universalistico in cui le competenze di governo del sistema sono in capo alle Regioni. Il ministero della Salute ha quindi un ruolo delicatissimo: si tratta di svolgere un'attività di filtro, mediazione, promozione, sviluppo, in cui trovare di continuo alleanze. Non va taciuto il ruolo della Conferenza Stato-Regioni, che permette la ricaduta territoriale di quanto approvato dal Governo. A proposito di innovazione tecnologica e terapeutica, in Italia si registra una profonda sperequazione tra le Regioni in termini di qualità assistenziale e di capacità organizzativa e gestionale delle risorse in termini economici. Per affrontare la sfida dell'innovazione, è quindi fondamentale estinguere i piani di rientro, in modo da poter investire in tecnologie avanzate e in **farmaci** ad alto costo. I costi standard - basati sul benchmark tra buone pratiche - rappresentano perciò la chiave di volta per consentire la spesa anche nell'ambito dell'innovazione. Competitività e attrattività a livello europeo sono i temi su cui in futuro si giocherà tutto il dibattito sanitario.

**Nel Psn si parla di posti letto territoriali, programmi di dimissione assistita e protetta, albergo sanitario, team infermieristici e di comunità. Tutto coordinato e gestito dal medico di Medicina generale visto come manager del distretto, del territorio, del paziente. Dottor Milillo, come deve cambiare l'organizzazione territoriale?**

**Giacomo Milillo.** Quella di spostare la maggior parte delle prestazioni sul territorio in modo da redistribuire le risorse è

ormai un'esigenza imprescindibile. Basti pensare che l'assistenza primaria costa 90 euro per assistito, quella specialistica 300 euro e un accesso al pronto soccorso, in media, 90 euro. L'innovazione tecnologica e farmacologica non può essere disgiunta dal suo corretto uso, disponendo cioè di un contesto organizzativo coerente. Ad esempio, alcuni farmaci di recente introduzione risultano efficaci nella malattia cronica solo se assunti precocemente, mentre il sistema regolatorio li considera terapie di seconda linea, vanificando così il loro utilizzo. Va senz'altro posta grande attenzione al rapporto tra innovazione e assistenza primaria, in modo da ottimizzare ulteriormente i margini di razionalizzazione.

Il medico di Medicina generale è un manager del paziente e deve essere un manager della propria attività professionale considerando due fattori: lo spostamento dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio e la demografia dei professionisti (nei prossimi anni si profila un calo di medici e un non sufficiente numero di infermieri).

Occorre trovare delle soluzioni,

- riconoscendo l'autonomia professionale degli infermieri e dotandoli di ambiti di azione indipendente e complementare a quella dei medici;

- fornendo ai medici un supporto, identificato nella figura dell'assistente di studio: un operatore che può assicurare prestazioni ibride, sia amministrative che sanitarie;

- favorendo l'integrazione dei medici di Medicina generale, dato che l'attività della medicina di famiglia non può più essere svolta da solisti.

Occorre in altri termini formare un'ampia squadra di medici di Medicina generale, in modo da assegnare a ciascun componente un compito, assicurando così il massimo del coordinamento, evitando sprechi e duplicazione di accertamenti e cure.

In sostanza, è necessario un sistema che consenta al medico di fare effettivamente il medico per la maggior parte del tempo lavorativo, lasciando ad altri operatori funzioni e compiti collaterali. Tra i fenomeni di sistema va segnalato il fatto che la popolazione dei medici di Medicina generale è sempre più anziana: tra 10-15 anni metà dei medici di famiglia attualmente in attività sarà in pensione e non verrà sostituita in maniera adeguata. C'è perciò l'urgenza di inserire nelle squadre dei medici di Medicina generale soprattutto le giovani generazioni, in modo da formare gruppi eterogenei per età.

**Il front office del medico di famiglia sono le aziende. Dottor Del Favero, quali sono i progetti concreti per voi che siete manager "a responsabilità limitata", scelti dall'alto...**

**Angelo Lino Del Favero.** Noi siamo i nodi, i terminali di politiche sia regionali che nazionali, oltre che il punto di riferimento per professionisti e medici di Medicina generale. La nostra mission è quella di guadagnare efficienza per poterla poi investire in innovazione. In alcune Regioni del Centro Sud - alle prese con i debiti - non si riesce ad

agire: serve un contesto regionale e sovregionale che miri all'efficienza. Si sta assistendo a un momento di riscoperta dell'autorevolezza nazionale, chiamata a fare la sintesi delle varie istanze regionali. Ormai - indipendentemente dal colore politico delle varie Regioni - vi sono dei punti di convergenza: chiusura dei piccoli ospedali, modello di centri di riferimento per l'organizzazione ospedaliera, medici in rete, cure domiciliari. Superata la visione autarchica, oggi si lavora in grandi network, con una parola d'ordine comune: efficienza. Quest'ultima si declina in: efficienza nella politica ospedaliera - dove i concetti di ricerca e innovazione si applicano sia al **farmaco** che all'Information and communication technology (Ict), destinata a modificare il rapporto tra ospedale e territorio, ma anche col cittadino (e-prescription) - ed efficienza nella politica del **farmaco**. Molte aziende stanno effettuando la distribuzione diretta o la distribuzione per conto con notevoli risparmi.

Rispetto all'impiego dei **farmaci**, il reclutamento dei pazienti deve essere attento; in tal senso ho pensato di istituire, in collaborazione con altre due aziende della mia provincia, una sorta di Comitato etico, per supportare il clinico nella scelta dei medicinali.

Per dare il meglio della scienza al paziente occorre disporre di sistemi organizzativi razionali e investire sul territorio: nella mia azienda ad esempio ho circa cento pazienti assistiti a domicilio sulle cure oncologiche, seguiti da un medico di Medicina generale "distaccato" dal servizio, supportato dai palliativisti. È una realtà concreta e anche un risparmio colossale: un ricovero ospedaliero costa sugli 800 euro al giorno, in Rsa va sui 150 euro, a domicilio siamo sui 60 euro con più qualità della cura, personale infermieristico ben formato, una finalizzazione controllata degli assegni di cura e una formazione-partecipazione anche della famiglia che diventa vero *caregiver*. Oggi il distretto non è solo un luogo di erogazione di servizi: è un nucleo organizzativo di sussidiarietà orizzontale, per cui occorrono professionisti motivati e responsabili. **Dottor Milillo, chi potrebbe mai re-mare contro soluzioni di questo genere? Ci sono forse resistenze insite nel sistema?**

**Giacomo Milillo.** Credo che a determinare questa situazione siano i meccanismi di governo economico e la resistenza a seppellire un sistema di governo top down facendo emergere invece un meccanismo bottom up, a partire dal bisogno del cittadino che vuol stare meglio ed essere tranquillo a casa.

**Stiamo ipotizzando cambiamenti importanti e di una complessità estrema, che rimette in discussione tutto. Che ne pensa Dottor Palumbo?**

**Filippo Palumbo.** L'analisi di quanto accaduto negli ultimi anni in Italia mostra che laddove i sistemi regionali hanno presentato un disavanzo di bilancio è stata registrata una qualità assistenziale peggiore: questo è un paradosso, per-

ché in teoria a qu ita ovre e costare di più. Il tema vero non è stato quello dei costi, ma piuttosto quello della capacità di controllare il budget. La macchina sanitaria è complessa e richiede meccanismi di governo sofisticati per ottenere il dominio dei costi e il dominio dei singoli segmenti che, nel loro complesso, costituiscono il processo assistenziale. Sbagliando le misure di governance, non si controllano i costi e si ottiene una cattiva qualità nelle prestazioni. Ciò può avvenire ad esempio nell'ambito dei trapianti, ma anche nel settore dell'assistenza domiciliare. In questo momento, si lascia l'esperienza storicamente consolidata dell'assistenza ospedaliera che, pur essendo oggettivamente complessa, resta una struttura individuabile sottoposta a un forte controllo sociale, per approdare a forme di assistenza meno strutturate, come quella domiciliare, che implicano nuove sfide per il sistema.

La vera sfida del futuro è quella di rilanciare la capacità di governo. Qui vedo anche una forte alleanza con il sistema industriale, già per sua natura abituato a governare i processi. Il rapporto tra pubblico e privato è un tema centrale, che si gioca attorno ad alcuni nodi strategici: valorizzare meglio la rete territoriale esistente, composta dalle farmacie e dagli studi dei medici di Medicina generale; suddividere i pazienti in due categorie, a bassa e ad alta complessità. Si tratta di superare una concezione in cui un singolo medico agisce su un singolo paziente per un singolo episodio di malattia, creando un nuovo paradigma in cui una rete di medici agisce su una rete di pazienti, raggruppati in base a fasce di rischio con dei margini di prevedibilità, per curare condizioni croniche, come diabete, rischio cardiovascolare, artrosi.

Occorre investire su questa nuova frontiera assistenziale, che costituisce un territorio innovativo su cui si gioca la sopravvivenza del Ssn. Se si fallisce, il rischio è quello di non poter più garantire un sistema universalistico.

**Nonostante le difficoltà sembrano esserci le condizioni per chiedere e gestire uno spazio di partecipazione da parte delle aziende, che riguarda sia la ricerca che l'assistenza. Dottor Dompé, che disponibilità, che ruolo e che convenienza hanno le aziende a partecipare a questa alleanza?**

**Sergio Dompé.** Il problema-sanità ha più livelli di declinazione. Oggi la Sanità italiana portata a sistema è la migliore al mondo, nonostante le condizioni applicative si realizzino di rado e ci siano numerosi vincoli. Il sistema è ingessato perché dipende da leggi e norme del passato, mentre nel frattempo le condizioni sono mutate e occorrerebbe quindi ridefinire i percorsi. Bisogna perciò cambiare alcune priorità del sistema - per fare in modo che sia il più possibile responsivo ai nuovi criteri - e dare massima pubblicità ai risultati, esiti e indici, valori in grado di stabilire le giuste performance in termini di tempi,

output, costi.

Occorre un efficientamento del sistema, mettendosi tutti insieme e lavorando sulle realtà migliori, che facciano da traino alle altre. Una "slitta" è data dal federalismo perché è una grandissima scusa-opportunità per portare il discorso che si è fatto sul **farmaco**: è la cosa più uguale da Aosta a Reggio Calabria, è la risorsa più democratica del Ssn, ha un costo facile da standardizzare in relazione alla malattia. Per quanto riguarda la produzione dei **farmaci**, occorre scegliere e palesare modelli organizzativi concorrenziali con le realtà estere, altrimenti si rischia che gli investimenti vengano spostati altrove.

**Alla fine di tutto c'è sempre il medico di Medicina generale che deve intervenire sul paziente, gestendo il **farmaco** e il rapporto con le aziende, la Regione e la programmazione nazionale. Cos'è che non va nell'operato del medico di famiglia?**

**Giacomo Milillo.** Il medico di famiglia non deve governare niente, deve lavorare in sinergia con le altre figure, nella chiarezza dei ruoli e degli impegni che ciascuno svolge. Non abbiamo deliri di governo, ma necessità di servizio e di coordinamento.

**Di cosa soffre invece l'Italia per non riuscire ancora a realizzare il sistema che oggi si è delineato?**

**Leonardo Zanardi.** L'Italia soffre di un eccesso di complessità e pur vantando grandi centri di eccellenza, ma rischia di perdere il vantaggio competitivo a causa della burocrazia e di uno scenario nebuloso. D'altra parte, proprio a causa dell'aggravio burocratico, grande è anche la difficoltà nell'installazione di servizi sanitari che vedano coinvolte le istituzioni regionali o locali. Il rischio di tutto questo nel medio-lungo termine è che l'Italia risulti esclusa dai giochi internazionali, dal punto di vista dell'innovazione dei **farmaci** e

delle molecole. A questo proposito, nel parlare di innovazione, occorrono anche regole certe per stabilire cosa è innovativo e cosa non lo è.

**Angelo Lino Del Favero.** La spesa è cresciuta del 50% negli ultimi cinque anni, nell'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari. Il sottoinsieme dei **farmaci** è regolato. L'introduzione di prezzi di riferimento, pur perfettibile, è un'occasione di confronto tra ambito clinico e mondo manageriale. Sarebbe inoltre auspicabile il passaggio dal Drg all'Hrg, sulla base del modello anglosassone, per misurare l'intero percorso del paziente, sia sul territorio che in ospedale, verificando anche l'influenza dei vari fattori sulla spesa sanitaria.

**Assessore Bresciani, lanci una proposta concreta, che possa essere un'ipotesi di lavoro anche per le altre Regioni.**

**Luciano Bresciani.** Per quanto riguarda il Paese, occorre ragionare in termini di costi standard. La mia idea è che chi a parità di bilancio eroga una buona sanità debba avere delle deleghe da parte dello Stato, in modo da avvicinarsi al percorso spagnolo di federalismo differenziato. Inoltre, per chi deve contenere i costi inappropriati è molto utile il benchmarking con Regioni virtuose. Occorre che le Regioni vadano nella direzione delle alleanze, che fortificano il sistema sanitario.

Per quanto riguarda la collaborazione con l'industria, bisogna intercettare i bisogni e gli interessi delle imprese in modo che collaborino alla realizzazione dei progetti.

Dove ci sono qualità, ricerca, competizione ci si avvia su una strada positiva, che si nutre anche di alleanze con altri Paesi europei, in una spirale di miglioramento continuo. Anche la defiscalizzazione è importante per migliorare la competitività oltre i confini. Attualmente una rilevante opportunità è rappresen-

tata dalla sfida della cronicità, che richiede un'alta tecnologia nella trasmissione dei dati.

Bisogna curare i pazienti in modo appropriato, contenendo i costi impropri, fornendo all'industria nuove aree di sviluppo, lanciando sfide di investimento. Il medico di Medicina generale deve riquilibrarsi nell'ambito delle azioni dei gruppi di cure primarie integrati ed evoluti. Bisogna riesaminare le funzioni dei professionisti della salute, applicando due metodi: percorsi sperimentali e modelli duplicabili sul territorio. E la funzione del medico di Medicina generale deve essere recuperata, ma in associazione con gli specialisti.

**Filippo Palumbo.** Il segreto per uscire da questa situazione complessa è agire su due versanti: quello dell'efficienza generica, secca, e quello dell'efficacia e quindi della qualità. Da questo punto di vista sono ottimista se penso al Dlgs sul federalismo fiscale che fa questa operazione, sceglie le Regioni benchmark sulla base del budget, all'interno di queste individua i profili qualitativi più alti e solo dopo vede in queste Regioni qual è il costo per macrocategorie. C'è equilibrio per unire innovazione e giusta remunerazione.

**Dottor Dompé, è stato fatto un grande elogio dell'impresa. L'industria deve rimproverarsi qualcosa nel rapporto con il servizio pubblico?**

**Sergio Dompé.** Più che un elogio dell'impresa direi che è necessaria una riqualificazione completa, una mentalità organizzativa di sistema che obblighi alla misurazione di tempi, costi e output. Ma c'è da fare anche un'autocritica: soprattutto in passato il mondo imprenditoriale ha dimostrato di non saper vedere le cose in prospettiva: bisogna avere la "passione" come motore. Credo che l'industria debba aiutare il sistema a migliorare, per trovare spazi che consentano insieme di trovare valore aggiunto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'**obiettivo è stato l'analisi dei punti di maggiore focalizzazione del Piano sanitario nazionale 2011-2013 e le sfide collegate. E per raggiungerlo Il Sole-24 Ore Sanità e Quintiles, società che fornisce servizi clinici, commerciali, di consulenza e soluzioni di capital al settore bio-farmaceutico, hanno raggruppato intorno a un tavolo i principali attori della Sanità per un forum sulle «Priorità del Piano sanitario nazionale 2011-2013: opportunità di collaborazione tra Stato, Regioni e industria farmaceutica nel percorso di efficientamento del sistema salute». L'equilibrio tra un aumento della domanda di salute e la sostenibilità economico-finanziaria del sistema richiede uno stato di governance multilivello efficiente e una programmazione

coordinata e integrata. Il processo di miglioramento della qualità, attraverso l'aumento dell'appropriatezza, dell'efficacia e della presa in carico del paziente e lo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio devono veder coinvolti tutti gli attori in uno sforzo comune di concertazione, pianificazione e attuazione. Inoltre i cambiamenti in corso nel mercato farmaceutico, il focus sull'innovazione e sulla catena del valore si accompagnano alle incertezze dei tempi di market access che generano criticità per le imprese e rischio di scarsa equità nell'accesso alle cure per i pazienti. Risulta dunque fondamentale identificare modelli di convergenza e di dialogo tra industria e payers, creando sinergie di sistema.

All'incontro, coordinato dalla redazione del Sole-24 Ore Sanità, sono intervenuti:

- Ferruccio Fazio, ministro della Salute
- Francesca Martini, sottosegretario alla Salute
- Giuseppe Palumbo, direttore generale del Dipartimento qualità del ministero della Salute
- Luciano Bresciani, assessore alla Sanità Regione Lombardia
- Angelo Lino Del Favero, presidente Federsanità Anci
- Sergio Dompé, già presidente di Farmindustria
- Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg
- Leonardo Zanardi, amministratore delegato Quintiles Italia



## L'INTERVENTO

## «Il medico è sempre più precario»

**I**l Governo continua a intervenire sulla Sanità pubblica a colpi di forbice, anzi di scure. La bozza di manovra presentata dall'Esecutivo prevede tagli indiscriminati che sono destinati a penalizzare pesantemente medici e pazienti impoverendo i servizi e le prestazioni sanitarie. È vero che i conti pubblici richiedono rigore, ma è miope e irresponsabile cercare risparmi proprio nel settore sanitario, sulla salute degli italiani. La nostra Sanità attraversa già da tempo un periodo di grave crisi, per mancanza di risorse e di fiducia degli operatori, e Giulio Tremonti non trova di meglio che tagliare laddove aveva già abbondantemente ridotto, adottando un principio ragionieristico che non tiene in alcuna considerazione la qualità e l'efficienza delle cure. La spesa pro-capite per la Sanità del nostro Paese è già una delle più basse tra tutti i Paesi Ocse. Perché, quindi, chiedere ancora sacrifici al nostro Ssn? Per ogni italiano lo Stato spende l'equivalente di 2.686 dollari contro i 3.588 della Germania o i 3.601 della Francia. Si tratta di cifre che il **ministro della Salute** Fazio conosce bene e che avrebbero dovuto indurlo a chiedere all'Economia maggiore riguardo per questo comparto, strategico per la qualità della vita.

Le sforbiciate sono ancora più gravi, poi, perché non guardano in faccia nessuno. I tagli interessano tutti, senza risparmiare realtà di eccellenza medica che andrebbero assolutamente salvaguardate. Il Governo ha rinunciato a operare una razionalizzazione della spesa intelligente attraverso criteri più lungimiranti, innanzitutto riducendo gli sprechi: uno su tutti, i ricoveri inappropriati per interventi chirurgici programmati con cui si buttano dalla finestra dai mille ai 3mila euro per ciascun paziente. Agire su questo fronte usando il bisturi, permetterebbe di risparmiare almeno 15 miliardi: evidentemente, al bisturi il Governo ha preferito l'accetta che, in fondo, userà "solo" contro gli ammalati economicamente più deboli.

Una riflessione attenta avrebbe meritato poi la sorte dei medici precari, in deciso aumento. In poco meno di dieci anni, il loro numero è quasi raddoppiato, come si evince leggendo le tabelle della Ragioneria generale dello Stato sul personale del Ssn con rapporto di lavoro flessibile: i contratti a termine erano 3.700 nel 2001, sono diventati 6mila nel 2009.

Questa situazione rischia di venire pesantemente aggravata dalla prospettiva, prefigurata dalla manovra, del mantenimento del blocco del turn over nella pubblica amministrazione. Misura drastica di risparmio dalla quale sono stati esclusi comparti considerati fondamentali come quello delle forze di polizia e dei vigili del fuoco, i nostri difensori di fronte alla criminalità, a calamità, emergenze e incendi.

Giustissimo, ma cosa dire dei professionisti in camice bianco che curano le persone quando si ammalano? Perché il Governo non ha considerato altrettanto strategico il nostro Ssn e il lavoro dei suoi addetti? In realtà questo Governo, che ha criminalizzato il lavoro pubblico perché il dipendente pubblico è l'unico in questi tempi di crisi ad avere un posto mal pagato ma stabile, che conta tra i suoi ministri un responsabile della pubblica amministrazione che si è permesso di insultare pubblicamente precari, chirurghi e ricercatori, fa finta di non sapere che "pubblici" e "precari" sono spesso eccellenti professionisti che offrono servizi essenziali per le nostre vite. È il caso, tanto per fare un esempio, dell'unità operativa di emergenza pediatrica del Policlinico di Roma, che fa fronte ogni anno a un terzo delle emergenze della capitale e il cui organico è costituito per il 90% da camici bianchi con contratto a termine. È anche il caso del centro trapianti del Policlinico di Milano, dove proprio una riduzione di organico dovuta al blocco del turn over mette a rischio l'esecuzione dei trapianti di rene da vivente. Riducendo le risorse non si garantisce un numero di medici sufficienti per far lavorare contemporaneamente due équipe chirurgiche, come questa operazione richiede.

Sono due esempi, se ne potrebbero fare molti di più, raccontando storie di preziosa competenza medica e di quotidiana abnegazione di validi professionisti, che a forza di sforbiciate rischiano di venire perdute. Evidentemente, tutto questo non interessa il Governo. Forse perché il vero e inconfessato obiettivo è indebolire il servizio pubblico per favorire la Sanità privata.

**Ignazio Marino**

*Chirurgo e presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**AUTHORITY AL RESTYLING**

## L'Aifa si riorganizza e riempie la cassa

**C**apodanno a tutto restyling per l'Agenzia italiana del **farmaco**, titolare - nel testo della Finanziaria 2012 varata giovedì scorso da Palazzo Chigi - di un intero comma a essa dedicato. Per l'Authority delle pillole - già alle prese con il rebus della successione a Guido Rasi, scelto per ricoprire il ruolo di vertice all'Ena, funzione che dovrebbe iniziare a esercitare entro fine anno - sta per iniziare una stagione di riforme, rese necessarie dai compiti via via sempre più onerosi a essa assegnati: dall'attività registrativa e di vigilanza fino all'attività di governo e controllo della compatibilità economico-finanziaria. A delineare i nuovi assetti dell'Authority sarà un decreto da emanare entro 90 giorni dall'approvazione della Finanziaria per aggiornare il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'organismo secondo i criteri esplicitati dalla manovra.

La prima novità - che sarà introdotta nell'ottica della semplificazione e dello snellimento delle procedure - la delega al Cda del potere di modificare - su proposta del direttore generale e su approvazione della Salute e dell'Economia - l'assetto organizzati-

vo dell'Authority. Allo stesso modo saranno riordinate le due principali commissioni operative dell'Agenzia: la commissione tecnico-scientifica, addetta alle attività registrative e alla classificazione dei **farmaci** ai fini della rimborsabilità, e il comitato prezzi e rimborsi, addetto all'attività negoziale connessa alla rimborsabilità dei prodotti: entrambe avranno un numero massimo di 10 componenti ciascuna (3 scelti dalla Salute; 1 dall'Economia; 4 dalle Regioni; il Dg Aifa e il presidente dell'Iss: oggi ne avevano 17 e 12 rispettivamente) e indennità in linea con quelle previste nelle omologhe Agenzie europee. Lo stesso documento dovrà esplicitare la tipologia dei servizi che l'Aifa potrà rendere a terzi per consulenze, collaborazioni, assistenza e ricerca, individuando i relativi corrispettivi.

In coda alle misure un'altra brutta sorpresa per le imprese: dovranno versare una tassa annuale per sostenere la banca dati e l'informatizzazione delle procedure già avviata nei cantieri dell'Agenzia e destinata a un potenziamento. Ma ci sarà uno sconto per le Pmi.



PROCREAZIONE ASSISTITA/ Inviata al Parlamento la relazione sulla legge 40/2004

# Boom di embrioni congelati

È l'effetto dei rilievi della Consulta - Due bimbi su cento figli della provetta

**P**iù nati, più successo nell'uso delle tecniche e boom di embrioni congelati. La legge 40/2004 sulla fecondazione assistita, dopo sette anni di vita, prova a tracciare i primi bilanci con l'ultima relazione inviata dal **ministero della Salute** al Parlamento. Un esercizio non facile visto che la legge, in passato aspramente contestata, è anche finita più volte nel mirino di tribunali e giudici compresi quelli "supremi" della Consulta che in parte ne hanno mutato il volto. A maggio 2009 la suprema Corte bocciò uno degli architravi della legge, dichiarando illegittimo «un unico contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre», di embrioni. Aprendo così la porta, di nuovo, al congelamento degli embrioni: in soli sei mesi (fino cioè a dicembre 2009) il ricorso alla crioconservazione, prima vietato, è aumentato di dieci volte. Il loro numero è passato da 763 del 2008 ai 7.337 del 2009, su un totale di 99.258 embrioni formati. Contestualmente c'è stata invece una contrazione del congelamento degli ovociti, dove si è passati dal 12% nel 2008 di prelievi, in cui si congela parte degli ovociti, al 9,9% del 2009.

Un altro degli effetti prodotti dalla sentenza della Consulta è sul numero di embrioni trasferiti: c'è stato infatti un 2,6% di trasferimenti di 4 embrioni, cosa prima vietata. Sono inoltre calate le gravidanze trigemine, scese dal 3,4% del 2008 al 2,4% del 2009, e c'è stato uno 0,1% di gravidanze quaduple. Dai dati presentati si evidenzia poi un aumento del successo delle gravidanze da scongelamento di ovociti, passate dal 10,9% del 2007 al 14% del 2009, mentre è calato quello delle gestazioni ottenute da embrioni congelati: dal 20,5% del 2008 si è passati al 17,4% del 2009.

Sono in crescita, comunque, tutti i principali indicatori: numero di coppie, cicli e gravidanze che, nel 2009, hanno portato alla nascita di oltre 10mila bambini, l'1,9% di tutti i nati. Rispetto al 2008, sono aumentati i cicli iniziati (+8,8%), le gravidanze ottenute (+12,3%), e i bambini nati vivi (+7,3%). Sono invece calate le complicanze da iperstimolazione ovarica, scese dallo 0,45% allo

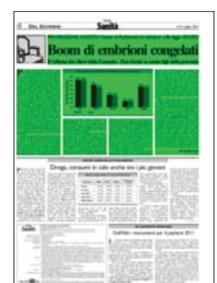
0,28 per cento. E anche se il 55,1% dei centri è privato, la maggior parte delle prestazioni è eseguita nelle strutture pubbliche o private convenzionate. Sui 350 centri presenti in Italia, 130 sono pubblici, 27 privati convenzionati e 193 privati. Vi sono alcune realtà più virtuose con moltissime strutture pubbliche (circa il 60% del totale al Nord) e altre meno, come al Sud. Le Regioni con il minor numero di centri pubblici o convenzionati sono Lazio, Calabria e Sicilia, dove la Calabria conquista l'ennesima maglia nera con una sola struttura del genere.

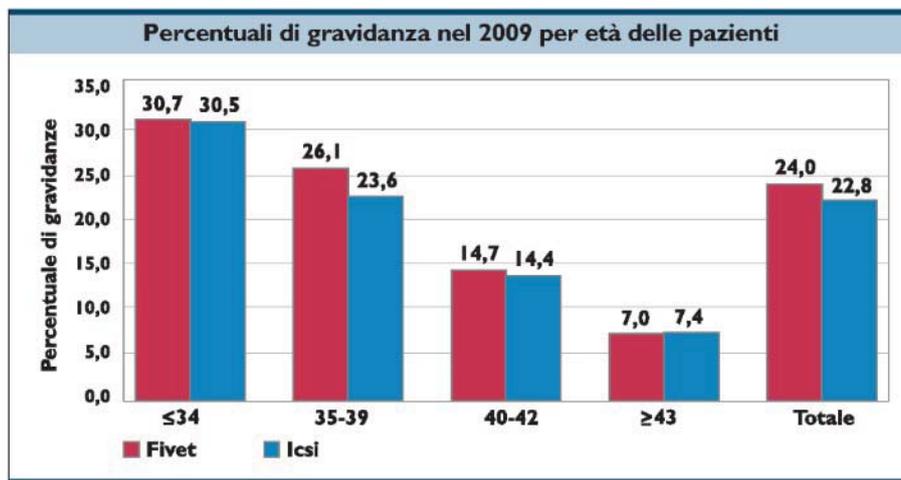
Continua, inoltre, a crescere l'età media delle donne italiane che si sottopongono a procreazione medicalmente assistita. Nel 2009 è stata di 36,2 anni contro i 35,9 del 2008. E ben il 28,2% dei cicli è stato effettuato su pazienti over 40enni. Una fascia d'età in cui le percentuali di successo calano drasticamente. Tra i 40 e 42 anni infatti si arriva al 6,9% dei parti e dopo i 43 anni all'1,7%, anche se una buona parte di queste gravidanze sfugge al follow up e non viene dichiarata come legate alla procreazione assistita. Quindi potrebbero essere molte di più.

Dopo l'estate sono attese, inoltre, le nuove linee guida della legge 40, dopo quelle del 2008. Il documento che sarà messo a punto dal ministero dovrebbe essere pronto in autunno: «Ci sarà un assestamento in relazione a quanto stabilito dalla sentenza della Consulta - ha spiegato il sottosegretario alla Salute, **Eugenia Roccella** - e anche in merito all'applicazione del decreto sulla tracciabilità di tessuti e cellule crioconservati, dunque anche dei gameti». Per avere una maggiore trasparenza sui risultati e sulla qualità dei centri in Italia verranno, infine, resi noti i dati relativi a ogni centro su numero di cicli effettuati all'anno, tecniche praticate e percentuali di successo. «Ovviamente nel rispetto della privacy delle coppie - conclude Roccella - abbiamo ottenuto il via libera del garante e daremo questi risultati a breve. Una sorta di pagella dei centri».

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Mozione del Pd**

## Caos sui farmaci generici La Regione: dal 31 agosto torneremo a rimborsarli

Il ticket beffa sui farmaci è tornato. Dal primo giugno i malati sono di nuovo costretti a pagare medicine che fino a poco tempo fa erano gratis. In qualche caso l'esborso è di 5 euro a confezione (come per il Tamoxifene, da prendere contro le recidive del cancro al seno), in altri i soldi da tirar fuori possono superare gli 80 euro (come per Bicalutamide, utilizzato nella cura del tumore alla prostata). Ieri il Pirellone su sollecitazione di una mozione del Pd si è impegnato a risolvere la questione nel più breve tempo possibile. Complessivamente in Lombardia rischia di esserci un aggravio economico di 40 milioni di euro l'anno (proiezione su dati di Assogenerici).

Il problema riguarda gli equivalenti, medicinali con lo stesso principio attivo dei gemelli di marca, ma più economici. È successo che l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha previsto di rimborsare per 4.200 tipi di pillole le stesse somme versate nel resto d'Europa dove le confezioni costano in media il 20% in meno. Il provvedimento è arrivato in applicazione della Finanziaria del ministro Giulio Tremonti. Risultato: il Servizio sanitario nazionale copre il prezzo delle medicine in linea con i prezzi europei. Peccato che, a due mesi e mezzo dall'entrata in vigore delle nuove norme, quasi un'azienda farmaceutica su due non ha ancora abbassato i prezzi (e probabilmente mai lo farà). Così la differenza tra il costo reale degli equivalenti e i rimborsi del servizio sanitario nazionale sono rimasti a carico del malato. L'assessore alla Sanità Luciano Bresciani ieri in Consiglio regionale ha promesso, però, di correre ai ripari. È atteso a giorni un provvedimento che impegna il Pirellone a farsi carico della differenza di prezzo fino al 31 agosto. Una decisione arrivata anche in seguito ad una mozione del Pd. «È un balzello ingiusto — spiega Sara Valmaggia (Pd) — che la Lombardia non deve lasciar a carico dei cittadini come già avviene in Toscana». L'assessore Luciano Bresciani ribadisce: «Proseguiremo la precedente sperimentazione. Ancora una volta la Lombardia evita che si tolgano impropriamente soldi dalle tasche dei cittadini, in particolare degli anziani». Resta il problema per chi negli ultimi trenta giorni ha dovuto pagare.

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

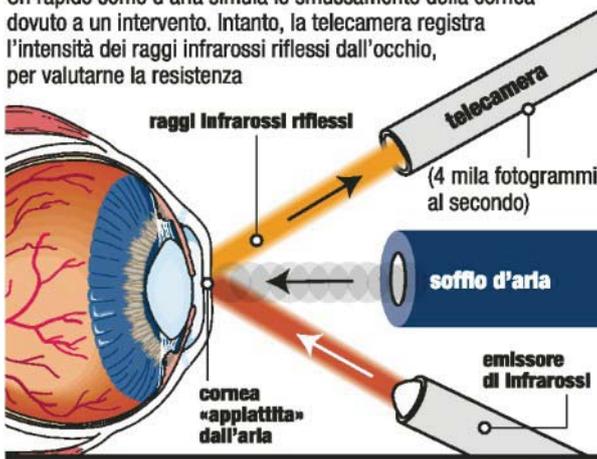


**Humanitas**

# Il laser e gli occhi Le due macchine per evitare errori

Come funziona

Un rapido soffio d'aria simula lo smussamento della cornea dovuto a un intervento. Intanto, la telecamera registra l'intensità dei raggi infrarossi riflessi dall'occhio, per valutarne la resistenza



CORRIERE DELLA SERA

MILANO — Se i chirurghi potessero conoscere in anticipo il risultato a distanza del loro intervento vi sarebbe una radicale rivoluzione. Potrebbero evitare l'inutile, gli errori e le «cicatrici». Potrebbero fare una valutazione costo-beneficio rispetto anche alla successiva qualità di vita. Fino a poter dire: «No, mi dispiace, questo intervento non si può fare». Ed è proprio questa la rivoluzione introdotta all'Humanitas di Rozzano, per ora unico ospedale al mondo, in oculistica. Una sorta di «macchina del tempo» composta da due macchinari particolarmente innovativi. Paolo Vinciguerra, responsabile dell'Oculistica dell'Humanitas, ne parlerà a Principina (Grosseto) al primo Joint International Congress Refr@ctive.online and Sicso, che unisce l'11<sup>a</sup> edizione di Refractive.online e il convegno annuale della Società italiana cellule staminali e superficie oculare (Sicso). Ed ecco la diagnostica proiettata nel futuro. Capace di prevedere l'evoluzione delle malattie della cornea e, abbinata a un macchinario tedesco, permette di valutare la resistenza meccanica dell'occhio e di misurarne la pressione in modo ancora più preciso (fondamentale per chi soffre di glaucoma) grazie a un veloce soffio d'aria e a una telecamera in grado di

produrre 4 mila fotogrammi al secondo. Con i due metodi si possono definire meglio i fattori di rischio per la chirurgia refrattiva (quella che con il laser può cancellare i difetti visivi rimodellando la cornea come se fosse una lente), nonché prevedere il futuro

post-intervento dei pazienti affetti da malattie gravi

come il cheratocono. Si tratta di intervenire sulla cornea secondo natura, ossia rispettandone la forma e limitando l'asportazione di tessuto. «Generalmente — dice Vinciguerra — il difetto visivo del paziente viene corretto per eccesso, affinché dopo il processo biologico di riparazione della cornea si arrivi alla stabilizzazione della visione del paziente, spesso lontana dai desiderata». Il passo avanti? Dopo uno studio di 4 anni sui pazienti operati si è potuto verificare l'evoluzione del tessuto corneale dopo l'intervento. Vinciguerra entra nei particolari: «Si tratta di uno studio multicentrico che ha coinvolto, oltre all'Italia con Humanitas, Germania, Arabia Saudita e California (Usa), condotto su 1.000 casi. Grazie a un preciso calcolo diagnostico e grazie a un laser che tiene conto alla lettera del calcolo, si vaporizza la cornea, rispettandone al massimo la forma nell'ottenere la nuova curvatura elimina difetto. Si segue il flusso della natura e si limita al minimo indispensabile l'asportazione di tessuto». Risultato: stabilizzazione della «nuova vista» più veloce e minore infiammazione. Il laser «intelligente» di Vinciguerra è stato chiamato ecolaser, a rammentare il rispetto della natura della cornea. Come meno invasivi sono i trapianti grazie alla «maestria» del «padrone di casa» del Congresso: Vincenzo Sarnicola. Oggi, in molti casi, è possibile sostituire solo la parte malata della cornea (trapianti lamellari), riducendo i rischi intra e post-operatori migliorando prognosi e risultati. Tra i metodi innovativi che consentono questo salto di qualità c'è



una cannula disegnata in Italia da Sarnicola («cervello» non in fuga) e oggi prodotta in America per la chirurgia lamellare del trapianto di cornea. Spiega Sarnicola: «Nel trattamento chirurgico del cheratocono (una malattia degenerativa) e delle cicatrici da cheratite erpetica (post herpes), questa cannula consente un trapianto di cornea limitato all'asportazione della superficie e dello stroma interno della cornea stessa, senza toccare il tessuto interno, una membrana sottilissima la cui sostituzione è la causa principale del rigetto». I risultati di recupero visivo della Dalk (che nel 2010 sono stati pubblicati sulla rivista *Corneal*) sono estremamente soddisfacenti.

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA