



Le pagelle degli ospedali

MASTRANTONIO ■ A pagina 10

IL RAPPORTO SOTTO ESAME 1.500 STRUTTURE

Ottimi, discreti, scadenti La pagella degli ospedali

Silvia Mastrantonio
ROMA

IL MINISTRO della Salute, Renato Balduzzi, non ne vuole sentir parlare: «Fare classifiche sugli ospedali è improprio». Eppure la tentazione c'è. Il Rapporto sulla valutazione degli esiti 2010 (Pne) curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è stato pensato per offrire trasparenza ai cittadini utenti. Ma finisce anche con stilare una lista di buoni e cattivi tra gli ospedali italiani. Con molte sorprese e qualche conferma. Come l'epidemia di parti cesarei in alcune zone del Sud (specialmente in Campania) o l'inutile ospedalizzazione della gastroenterite pediatrica. Si parla, in questo caso, di ricoveri superflui, cioè degenze non giustificate. Dalla diarrea dei bambini all'asma lieve fino all'ipertensione semplice. Il Rapporto raccoglie di dati di attività di circa 1.500 strutture ospedaliere sulla base di 46 indicatori, pari al 40% dell'attività assistenziale ospedaliera.

PER L'IPERTENSIONE, ad esempio, si passa da un tasso di ricoveri pari al 3,6 per mille nella provincia di Foggia allo 0,1 per mille di Torino o Novara. Altra tipologia è quella dei bambini ricoverati per asma: si va dallo 0,2 per mille di Padova, Firenze e Vicenza al 2,98 per mille di Palermo. Il ricovero è inappropriato anche nel caso di disturbi pediatrici gastrointestinali: in questo caso, se a Venezia, Pistoia e Firenze si registra un tasso di ricoveri pari allo 0,3 per mille, il dato sale al 7,42 per mille a Bari e al 7,38 per mille a Palermo. Solo nel 2010 sono stati ricoverati per gastroenterite 21.400 piccoli. Il Rapporto dovrà servire anche a questo: razionalizzare. Ma l'intento primario è quello di offrire al cittadino la possibilità di scegliere. Per esempio, dove partorire. In Italia nel 2010 si sono registrati negli ospedali 423.090 parti con taglio cesareo. Una percentuale alta (pari al 28,34% sul totale dei parti), con picchi in



Sicilia, Campania, Lazio e Calabria. Le percentuali più alte in Sicilia: alla Casa di cura Orestano di Palermo dei parti effettuati nel 2010 il 90% è cesareo; si passa poi all'83,80% della casa di cura Serena di Palermo; l'80,50% della Casa di cura Villa Mazione di Villaricca in Campania; il 77% dell'ospedale San Benedetto di Alatri nel Lazio; il 77% del Policlinico Madonna Consolazione di Reggio Calabria.

I tassi più bassi in Lombardia (ospedale Vittorio Emanuele III con il 4,20%), Campania (ospedale S. Leonardo di Stabia con 4,40%), Marche (Ospedale generale di zona, C. Marche) e Veneto (ospedale Ca' Foncello di Treviso, con il 5,70%).

IL RAPPORTO Agenas indica una forbice tra Nord e Sud per quanto concerne il by-pass aorto-coronario. Ci sono stati 16.162 ricoveri nel 2010 per questo problema. I tassi maggiori di mortalità registrati in Campania (8,2%), Basilicata (8%), Sicilia (7,3%), Liguria (6,8%) e Puglia (6,2%). La percentuale diminuisce in Toscana e in Piemonte (5,9%), in Lombardia (5,8%), Veneto (4,5%). I tassi più bassi di mortalità a 30 giorni si hanno in Abruzzo (1%), Friuli (1,9%), Emilia Romagna (2,8%), Sardegna (3,1%), Lazio (3,7%).

Ictus. I pazienti ricoverati nel 2010 con questa diagnosi sono stati oltre 66.000. La mortalità media è del 9,94%. Se questi 66 mila pazienti fossero stati ricoverati in uno degli ospedali con i risultati migliori o se tutti i reparti di neurologia adottassero le stesse terapie delle neurologie migliori, dicono gli esperti Agenas, ne sarebbero deceduti l'1,81%: in altre parole non sarebbero morti circa 6.500 pazienti, ma soltanto 1.194. Nel caso di frattura del femore il parametro preso in esame riguarda l'operazione entro le 48 ore. Su tre casi, solo uno viene operato entro questo termine. Nel 2010 ci sono stati in Italia 66.399 ricoveri per frattura del femore: solo nel 31,17% dei casi il paziente è stato sottoposto ad intervento entro i due giorni successivi.

I NUMERI

3,6 x 1.000

IPERTENSIONE: RICOVERI

Tasso nella provincia di Foggia; scende allo 0,1 per mille a Torino o Novara

28,34%

PARTI CESAREI

I picchi più alti in Sicilia, Campania, Lazio e Calabria. I più bassi in Lombardia

66.000

ICTUS: RICOVERI

I pazienti arrivati in ospedale nel 2010 con questa diagnosi. Mortalità media: 9,9%



LA RICERCA è stata svolta dall'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, su incarico del governo (nella foto il ministro della Salute, Renato Balduzzi)

INFARTO

Bene Roma e Palermo

Infarto al miocardio. In media il rischio di morire è del 10,95%. Un pool di reparti top (tra cui il Cervello di Palermo e il Sant'Andrea di Roma e il San Gerardo di Monza) ha avuto una mortalità del 4,49%. Buone valutazioni: Ospedali riuniti Val di Chiana Montepulciano; Ospedale San Giovanni Battista di Foligno; Ospedale Martini di Torino; Ospedale civile di Carrara. Meno bene: Ospedale Mazzini di Teramo; Fatebenefratelli di Napoli; Cardarelli di Campobasso; Ospedale civile di Sassari. Diversa la classifica sulla mortalità a 30 giorni. In questo caso l'Università di Bologna e l'Università di Parma rappresentano esempi virtuosi (tra i tanti) insieme con l'Ospedale degli Infermi di Rimini mentre l'A.O. di Reggio Emilia ha risultati meno rassicuranti insieme con il Policlinico Umberto I di Roma e l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli.

BYPASS

Al top Trieste e Bologna

I dati sono relativi al bypass aorto-coronarico, uno degli interventi cardiocirurgici più comuni che richiede la circolazione extracorporea. Il bypass permette di superare un condotto vascolare ostruito parzialmente o totalmente. I reparti in grado di effettuare questo intervento sono pochi, molto costosi e ad alta tecnologia. Tra i migliori, con percentuali di mortalità molto basse, Ospedali Riuniti di Trieste, A.O. Università di Bologna e A.O. Università di Parma, Ospedale Mazzini di Teramo, Villa Maria Eleonora a Palermo. Meno felici gli esiti al Maggiore della Carità di Novara, San Martino di Genova, A.O. Universitaria Pisana di Pisa, Sant'Anna e San Sebastiano a Caserta, San Carlo di Potenza.

CUORE

Successi a Modena

Secondo le linee guida dell'Agenas soffrono di scompenso cardiaco circa 600mila italiani, prevalentemente ultra sessantacinquenni. Nel 2010 le diagnosi di scompenso cardiaco congestizio sono state oltre 166mila casi e la mortalità media italiana è dell'8,79%. Hanno risultati meno brillanti: San Bernabeo di Ortona; Ospedale dei Pellegrini di Napoli. Sulla mortalità a trenta giorni i dati non sono completi perché alcune regioni non li hanno forniti. Comunque spiccano isole felici come l'Università di Modena, di Parma e di Bologna, l'Ospedale Fatebenefratelli e il Sant'Eugenio di Roma. In fondo alla classifica il SS. Gonfalone di Monterotondo; il Paolo Colombo di Velletri; il San Giuseppe Copparo di Ferrara.

POLMONE

Milano fa scuola

Tumore maligno al polmone. I dati sono relativi all'asportazione del tumore del polmone. Un intervento praticato in pochi centri in Italia, ma che vede un solo centro con risultati nettamente migliori della media:

l'Istituto dei tumori di Milano. Sono stati presi in esame gli interventi dal 2006 al 2010. Il campione è di 26.587 interventi di chirurgia toracica.

Il rischio di mortalità nei 30 giorni successivi all'intervento è dell'1,98%.

In fondo alle classifiche per mortalità a trenta giorni: **Monaldi di Napoli;** Istituto clinico Humanitas di **Rozzano (Milano);** Carlo Poma di **Mantova;** Ospedale civico di **Palermo.**

Con valori migliori rispetto alla media statistica: San Giovanni Battista di **Torino;** San Gerardo di **Monza;** A.O. di **Reggio Emilia;** Presidio ospedaliero San Paolo di **Bari.**



FORESTI: LA SFIDA DEL FARMACO GENERICO

Le liberalizzazioni volute dal governo Monti porteranno anche in Italia un corretto e più vasto uso dei **farmaci** generici? E' la speranza di Giorgio Foresti, presidente di Assogenerici, l'associazione che riunisce i produttori italiani di equivalenti. Ben sapendo che il decreto non modificherà il comportamento di medici e farmacisti, ma può dare il via da subito ad una nuova "cultura del **farmaco**" che potrebbe premiare le uniche aziende che negli ultimi anni registrano effettivi incrementi di fatturato.



di **Walter Gatti**
AboutPharma and Medical Devices

Monti fa bene alle tasche degli italiani e alle aziende del generico: dal momento in cui anche nel nostro Paese il medico è portato a informare il cittadino dell'esistenza di un equivalente di minor costo, un principio attivo che, pur non avendo il brand più conosciuto, assicura le identiche performance terapeutiche, qualcuno ha tirato un sospiro di sollievo. È il Presidente di Assogenerici, il piemontese Giorgio Foresti, che - nel bel mezzo di scontri di visioni politiche, culturali, professionali e deontologiche - si trova dopo dodici anni dall'entrata anche nel nostro Paese del **farmaco** equivalente a registrare la prima grande vittoria per un settore che sino ad ora scontava un cammino di penetrazione nel mercato decisamente faticoso.

Foresti, Amministratore Delegato di Teva Italia, sta interpretando alla perfezione il ruolo che la sua posizione gli richiede: forte interlocuzione politica, scontri periodici secchi con il collega **Masimo Scaccabarozzi** che guida **Farmindustria**, dialogo con Aifa e con le Regioni.

E ora si prepara a registrare gli effetti che la liberalizzazione porterà sull'intero settore del **farmaco** e della salute.

Effetti che potrebbero avvicinare il "mercato Italia" alle caratteristiche del "mercato Europa" dove i brand del generico (si veda la Germania, dove Ratiopharm è seconda solo alla Bayer in reputation popolare) non sono per nulla marchi di serie B.

Presidente Foresti, non nasconda la sua soddisfazione: il decreto liberalizzazioni vi ha portato una boccata d'ossigeno, sì o no?

Diciamo che siamo parzialmente soddisfatti per le scelte operate dall'esecutivo Monti. Però non ci nascondiamo anche le zone che rimangono ancora in ombra. La realtà, mi permetta, è che sul generico si fa confusione, troppa confusione.

A chi e a cosa si riferisce?

A tutti o quasi: politici, medici, aziende, associazioni. Nessuno ha fatto uno sforzo di comprensione.

Di cosa esattamente?

Del concetto stesso di "**farmaco** generico", delle sue dinamiche. Rimane l'ignoranza su come si sviluppa il mercato, sul perché il **farmaco** generico è importante, su come funziona, sulle sue caratteristiche tecnico scientifiche. L'ignoranza di fondo è spaventosa, ed è la base di cultura su cui nasce la paura della sua efficacia o meno...

Presidente: una ricerca Medi-Pragma - che presentiamo per esteso in questo numero di AboutPharma and Medical device, sembra indicare che dopo il decreto liberalizzazioni il medico e il farmacista non cambieranno sostanzialmente atteggiamento. Invece nella consapevolezza e nei comportamenti del cittadino ci saranno parecchie novità. Le chiediamo: ma esattamente la

liberalizzazione chi l'ha voluta e con quali obiettivi reali?

L'ha ovviamente voluta il Governo nella figura di Mario Monti e del Sottosegretario Antonio Catricalà, con l'intento chiaro di risparmiare 600 mln all'anno. Il primo obiettivo, quindi, era istituzionale: dare un messaggio alla società civile per confermarle che, se da un lato si inasprivano certe politiche fiscali, dall'altro si realizzava anche un risparmio di sistema. L'obiettivo secondario è a più lungo termine: quando il cittadino si abituerà a non chiedere più il **farmaco** branded, il generico - che oggi ha una quota del 17%, molto bassa - aumenterà i volumi e produrrà un circolo virtuoso di riduzione dei prezzi, con un beneficio ulteriore per tutto il sistema sanitario.

Ma in questi obiettivi si è completamente dimenticato l'antico modello di concertazione, non prendendo in considerazione l'impatto del decreto su medico e farmacista...

E questo è stato l'errore politico: non interpellare le parti e non chiarire in modo netto quale fosse l'obiettivo complessivo. A dire la verità avevamo consigliato di far capire che il medico, nel momento in cui compie l'atto prescrittivo, deve semplicemente mettere il cittadino in condizione di avere minore costo e garantire risparmio. Il tutto in libertà di scienza e coscienza. Avremmo evitato molte reazioni professionali.

Qual'è la risposta definitiva, se ne esiste una, a chi continua a sottolineare che il principio attivo è una cosa e il farmaco un'altra?

Solo in Italia si ritiene che l'Aspirina funzioni perché è Aspirina e non perché dentro c'è l'acido acetilsalicilico.

Le sostanze inerti presenti nei farmaci sono per lo più talco e acqua distillata, che non hanno effetto sul principio attivo.

Chiediamo a un farmacologo se gli eccipienti hanno effetto sull'efficacia di un farmaco e se è così cancelliamo il generico dalla faccia della terra. Finché non usciamo da questa follia...

Spesso si ascolta la distinzione tra generico di qualità e prodotti di serie B. È davvero possibile questa distinzione? Esiste un generico low cost and low quality?

A regole salvaguardate non esiste il generico di qualità. Se ci sono frodi perseguiamole, se ci sono errori, togliamo certi prodotti dal mercato. Per il resto la qualità è un dato su cui non c'è da discutere.

Proprio dalle pagine del nostro mensile, Massimo Scaccabarozzi ha detto che l'unione associativa dei produttori di farmaco sarebbe un'idea perseguibile, ma che Assogenerici non l'accetta. Perché non vi mettete insieme?

Rifiuto questa versione: a noi andrebbe benissimo, ma è Farmindustria che non vuole.

Allora farebbe un accordo per dare vita a un unico soggetto dei produttori di farmaco?

Anche subito: lo chiedo da anni, ricevendo risposta che i nostri mondi sono affini, ma hanno anche gradi di competizione interna che non rendono possibile questo matrimonio.

Ma in questo modo non si genera un peso politico inferiore e una forza di interlocuzione dimezzata?

I governi, Aifa e le Regioni hanno approfittato della svalorizzazione del mercato del farmaco. Ha ragione Massimo Scaccabarozzi quando dice che in Italia il farmaco costa di meno che nel resto d'Europa, ma da noi il sistema produttivo non ha la forza globale di rappresentarsi in modo esauriente e convincente davanti al politico.

Perché il medico dopo dodici anni di esistenza sul mercato non ha ancora compreso e sposato il generico?

Perché il medico ha un'abitudine di prescrizione legata ad una storia personale che non si cambia automaticamente. L'unica strada percorribile era l'obbligatorietà, perché gli italiani fanno una cosa solo se sono forzati, ma si è preferito stemperarla in un "modello libero" che potesse accontentare maggiormente la professione medica. Oggi la speranza è nella diffusione veloce di una nuova cultura.

Avrebbe senso spostare il ragionamento sull'informazione scientifica al medico?

E su cosa dovremmo informare? Sulla molecola? Dovrei informare un medico sull'omeprazolo? Che valore aggiunto potrei portare quando è il medico stesso che lo prescrive da 25 anni a potermi dare una lezione in merito? L'ISF per noi produttori del generico rimane un costo immenso e inutile.

Insomma il modello libero vi avvantaggia rispetto al passato, Farmindustria fa fuoco e fiamme e voi non sembrate soddisfatti fino in fondo...

Questo Governo sta cercando di assumere decisioni reali, necessarie. Noi diciamo che con il decreto non ci è riuscito al 100 per cento, perché - ripeto - avrei preferito la formula secca dell'obbligatorietà prescrittiva. Comunque il passo avanti è sensibile, con il medico che oggi si impegna ad informare il cittadino dell'esistenza del generico e della possibilità che la sua prescrizione sia sostituita. Il limite di tutto questo sta nel "modello libero". Con la paura che tutto si trasformi nel solito giochetto all'italiana...

Chi verificherà che le cose cambino effettivamente?

Questo lo ignoro. Ci saranno Striscia la notizia o Le iene che andranno a scoprire se il medico lo fa oppure no. Invece abbia-

mo già segnali del fatto che il farmacista sta reagendo in modo positivo.

Ciò però significa che tra medico e farmacista si accentuerà la competizione già esistente?

Purtroppo sì. Tra il detentore della ricetta e il detentore del prodotto ci sarà ancor maggiore competizione. Questo perché non si sta ancora sviluppando un concetto culturale: il medico può far risparmiare Stato e cittadino. E non credo sia scandaloso dire che se il medico permette e realizza un risparmio può anche vedersi ritornare economicamente quote di quel risparmio. Vedremo chi tra i politici riprenderà in mani questo tema coraggioso.

Chi sono gli esponenti della politica che hanno capito più autenticamente il valore del generico?

Direi Ignazio Marino, che nella sua esperienza americana ne ha visto gli effetti positivi, poi il Ministro Renato Balduzzi, ma soprattutto Antonio Catricalà, che conosce molto bene la materia e che sa che il generico è bloccato perché ci sono troppi interessi trasversali da difendere. Complessivamente direi che a sinistra c'è molta accoglienza, mentre a destra si registra malumore. Questo nonostante i tentativi di Antonio Tomassini di sintonizzare il suo partito sul tema.

Seicento milioni di risparmio pesano anche in termini di federalismo: le Regioni che posizioni stanno assumendo? E voi siete in dialogo con loro?

Per ora ci preoccupano certi "umori". Ci preoccupa sentire che c'è gente che vede nel risparmio generato, la possibilità di coprire le spese impazzite della Sanità regionale. Se con il generico permetto un contenimento di spesa di cento milioni di euro e questo denaro invece che investirlo nell'accesso a prodotti altamente innovativi, lo utilizzo per coprire carenze di gestione della spesa ospedaliera, capisce bene che non ci siamo e lo scenario diventa un incubo...

Si dice che i produttori di generico vogliano il business senza partecipare ai ripiani di spesa. Come vi ponete nei confronti del payback?

Il payback è già arrivato. Noi partecipiamo senza problema alla copertura, però dev'esserci una ragione chiara, trasparente, dimostrabile. Le aziende di brand hanno un budget e un obiettivo, a noi invece vengono comunicate le cose solo a consuntivo. Noi come aziende diciamo: vorremmo essere edotti dei volumi di fronte ai quali ci si attende un nostro valore. Se c'è chiarezza non ci sottraiamo, ma questa pare proprio non esserci. Un sistema di payback che non si basi su obiettivi chiari è illogico e forse anche giuridicamente non coerente. Motivo per cui eravamo andati dal TAR del Lazio...

Assogenerici: il nuovo board

Il consiglio direttivo dell'Associazione dei produttori di **farmaci** equivalenti è ora così composto:

Presidente

Giorgio Foresti (Teva Italia S.r.l.)

Vicepresidente

Francesco Colantuoni (Hospira Italia S.r.l.)

Vicepresidente

Massimiliano Del Frate (Temmler Italia S.r.l.)

Vicepresidente

Enrique Hausermann (EG S.p.A.)

Tesoriere

Giuseppe Degrandi (Fresenius Kabi Italia S.r.l.)

Consigliere

Paolo Angeletti (Salf S.p.A.)

Consigliere

Enrico Baroncia (MYLAN S.p.A.)

Consigliere

Davide Businelli (Lab. Farmacologico Milanese S.r.l.)

Consigliere

Stefano Collatina (Baxter S.p.A.)

Consigliere

Alberto Giraudi (ABC **Farmaceutico** S.p.A.)

Consigliere

Manlio Florenzano (Sandoz S.p.A.)

Consigliere

Gualtiero Pasquarelli (DOC Generici S.r.l.)

Consigliere

Federico Seghi Recli (Molteni

Farmaceutico S.p.A.)

CONVEGNO

Farmaci generici e innovatività: tra sostenibilità e sviluppo

I massimi esperti nazionali e i vertici di Ministero della Salute e Istituzioni e Associazioni di categoria si danno appuntamento il 10 maggio a Roma per un confronto a tutto campo sulle questioni più scottanti nel mondo dei generici. Ad aprire i lavori dell'evento "Farmaci generici e innovatività: tra sostenibilità e sviluppo" di **AboutPharma Focus On**, l'intervento di **Achille Caputi** Presidente Centro Studi e Ricerche della Public Affairs Association e la ricerca dello SDA Bocconi sui "Farmaci equivalenti" da parte di **Erica Maliarini**. Seguiranno quindi gli interventi Istituzionali Del Ministro **Renato Balduzzi**, i Senatori **Ignazio Marino**, **Antonio Tomassini** e **Claudio Gustavino**. A portare il contributo degli stakeholder ci saranno **Luca Pani**, Direttore Generale di Aifa, **Fulvio Moirano**, Direttore Generale AGENAS. Per le aziende **Giorgio Foresti**, Presidente Assogenerici e **Massimo Scaccabarozzi**, Presidente **Farmindustria**. Attesi anche il Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata, **Renato Lauro** e **Nello Martini** dell'Accademia Nazionale di Medicina, e i Presidenti di SIF, **Piero Canonico**, SIMG, **Claudio Cricelli**, FOFI e Federfarma, rispettivamente **Andrea Mandelli** e **Annarosa Racca**.

Contrazione del business, crisi globale, aziende che ridimensionano investimenti e personale: i produttori di generico come vivono il momento presente?

La crisi non ci tocca perché fortunatamente abbiamo sempre una crescita a doppia cifra. Nei prossimi anni forse ci sarà minor crescita, ma non crisi.

Però la Sanità sta cambiando, tutti vanno in cerca di un nuovo modello. All'ipotetico nuovo Tavolo di Governo della Sanità italiana chi dovrebbe sedersi? E quali temi dovrebbero essere messi in agenda?

Di sicuro condividiamo, lo dico come Assogenerici e anche personalmente, l'esigenza di un nuovo modello di gestione della Sanità italiana. Se i trend di invecchiamento continuano ai livelli attuali, la sostenibilità è impossibile e forse dovremo pensare di muoverci verso sistemi misti in compresenza di mutue. In ogni caso sosteniamo la necessità di aprire una fase di costituzione di Stati generali della Sanità,

dove tutte le parti si impegnino, senza barriere ideologiche, a capire come sostenere in modo nuovo i livelli base di assistenza.

Quando dice "tutte le parti" a chi si riferisce prioritariamente?

A medici, farmacisti, industria della produzione del **farmaco** e del **device** e distribuzione.

E il ruolo della politica?

Che ci offra almeno cinque anni di stabilità nella quale avviare il cambiamento. Questo farebbe la felicità dell'industria, del farmacista, delle strutture sanitarie e in ultima analisi dei cittadini.

Un'ipotesi percorribile?

Risposta negativa. Per ora non vedo ancora consapevolezza da parte di questi mondi. Il cammino è lungo e non registro ancora la disponibilità a farlo insieme. E quindi noi proviamo a dialogare con chi è disponibile. Anche nel mondo della politica. ▲

La prevenzione

VAIOLO E POLIOMIELITE L'OMS CELEBRA LA FINE

I vaccini, oltre a salvare vite, possono essere ottimi antidoti anche contro la crisi facendo risparmiare risorse. Lo ricorda l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che dedica questa settimana all'immunizzazione per celebrare anche l'eradicazione del vaiolo e quella della polio, ottenuta al 99%. «Le vaccinazioni sono uno degli interventi sanitari più di successo anche dal punto di vista dei costi, oltre a salvare ogni anno 2-3 milioni di vite», ricorda l'Oms. «Uno degli studi migliori sull'argomento riguarda l'epidemia italiana di morbillo del 2002-2003», sottolinea Robb Butler dell'ufficio europeo dell'Oms, «che con circa 20mila casi costò allo Stato 22 milioni di euro. Proprio in un periodo di crisi i governi devono capire il valore anche economico della vaccinazione». Secondo il Cdc di Atlanta ogni dollaro speso per i vaccini ne fa risparmiare 18,4, e un'analoga ricerca italiana ha riscontrato un risparmio di 24 euro per ogni euro speso

A PAG. 11-15**Ticket**

**Il punto
degli esperti
coordinati
dall'Agenas
su come
modificare
il copayment**

COPAYMENT/ Quali analisi sono necessarie per valutare l'impatto delle manovre

Il ticket, questo sconosciuto

Occorre conoscere quanto pagano i cittadini e gli effetti sulle singole prestazioni

Talvolta si pensa che i problemi si creino per poi poterli studiare sopra: non è però il caso del copayment che nasce da esigenze prevalentemente economiche se non addirittura dal bisogno "di far cassa" e che poi obbliga a un approfondimento sia per conoscerne le componenti e i meccanismi sia soprattutto per misurarne l'impatto sull'accesso alle prestazioni e sulla salute.

In questi anni si sono prese decisioni in merito al copayment basate più sul buon senso e su delle opinioni che su delle evidenze misurate con modalità adeguate e corrette; ora che ai ticket è affidato un compito economicamente più rilevante che risulterà più gravoso per gli utenti, si rende necessario conoscere con maggior precisione e affidabilità i termini della questione.

Quali sono i principali interrogativi? Innanzitutto occorre sapere con esattezza quanto stanno pagando per ticket gli utenti delle diverse Regioni: questo dato sembra elementare ma tale non è anche perché diversi fattori ne complicano la conoscenza, quale il fatto che la contabilità delle aziende registra il ticket solo quando lo incassa per i servizi da loro internamente prodotti, mentre per i servizi acquistati dai privati viene registrato solo quanto viene pagato al netto dei ticket stessi. Ancora più complessa è la conoscenza di quanto i singoli cittadini pagano in un anno per i ticket e quanto pagano in funzione della loro

patologia e della loro condizione socio-economica; in particolare occorre verificare se le attuali esenzioni per reddito e per cronicità coprano effettivamente le situazioni più bisognose di esenzione oppure lascino scoperte alcune aree di sofferenza. Tutti questi dati possono essere rilevati solo migliorando i flussi esistenti e magari abbinando agli stessi altri flussi capaci di determinare gli stati patologici e le condizioni sociali.

Un altro settore di studio è la comprensione dei meccanismi con i quali i ticket agiscono sull'utente in funzione del valore del ticket stesso e delle sue proporzionalità con il valore della prestazione o della capacità di contribuzione dell'utenza. Nell'applicazione del cosiddetto superticket sulla ricetta delle prestazioni specialistiche, alcune Regioni hanno scelto di porre un ticket di valore fisso di 10 euro, altre lo hanno modulato sul valore della prestazione, altre sul valore della capacità contributiva dell'utente. Che effetto hanno queste diverse forme di ticket? Agiscono nello stesso modo per qualsiasi prestazione e per qualsiasi livello sociale oppure no? E l'effetto che essi producono corrisponde all'effetto che le decisioni politiche volevano oppure no? Per studiare questi aspetti occorre poter selezionare segmenti diversi di utenti con e senza esenzioni e con uguali e diverse condizioni di salute e di reddito e valutare l'effetto differenziale del-



l'imposizione del ticket di nuova introduzione. Sono questi i mesi più interessanti per questo studio perché il super-ticket è stato introdotto negli ultimi mesi del 2011 e quindi è a cavallo di questi cambiamenti che si può meglio osservare cosa sia cambiato nell'accesso ai servizi.

Più difficile, ma anche più interessante, è lo studio dell'effetto del ticket sull'appropriatezza dei consumi, sull'equità dell'accesso alle prestazioni e sulla salute degli utenti. Quest'ultimo aspetto è sicuramente di difficile valutazione a causa della probabile latenza tra mancato accesso e manifestazione di conseguenze sulla salute. Sarà però utile mantenere alcune attenzioni sui sistemi informativi esistenti: a esempio sullo stadio delle patologie al momento della prima diagnosi rilevabile da alcuni registri di patologia, oppure sull'andamento dell'incidenza di avvio di terapie determinata da una diagnosi per la quale sia necessario un accesso specialistico.

Se poi il ticket sia o meno capace di ridurre la quota di inappropriata spesa può essere studiato a esempio sulla frequenza di riscontri positivi diagnostici o sulla compliance terapeutica. Un fattore che può risultare come confondente in queste analisi è il ricorso a prestazioni out of pocket nei casi in cui queste abbiano un differenziale di costo rispetto al ticket molto limitato. È probabile che questo aspetto del comportamento possa essere meglio indagato con delle inchieste rivolte a gruppi di singoli utenti per domandare a loro quali siano state le loro scelte in determinate situazioni. Tra queste indagini sarà importante arricchire la prossima indagine mul-

tiscopo Istat sulla salute di alcuni item che siano capaci di cogliere questi aspetti.

Infine elemento di conoscenza importante ma complesso è quello di conoscere quanto i ticket determinino o meno situazioni di non equità; sicuramente un ticket gravoso agirà più insistentemente sui soggetti poveri che sui soggetti benestanti ma non è detto che agisca nel senso di ridurre maggiormente i consumi di prestazioni dei primi; può infatti succedere che i consumi siano magari solo leggermente modificati ma che il gravame delle somme dovute per i ticket tolga una quota insopportabile di risorse in chi già manifesta problemi di bilancio familiare scarso.

E allora l'ultimo aspetto che deve essere studiato mediante un'attività di ricerca sia progettuale che valutativa riguarda il problema della determinazione corretta della disponibilità a pagare dei vari soggetti in funzione dei loro redditi e delle loro condizioni economiche.

Questo elenco di spunti di ricerca e di approfondimento evidenzia come sul ticket ci sia molto da capire e studiare; l'importante però è che da una parte si sia capaci di utilizzare metodologie corrette e scientificamente validabili e dall'altra che non ci si perda in inutili sforzi di eleganza accademica ma si orienti la ricerca all'adozione di misure concrete necessarie per garantire da una parte risorse necessarie al sistema sanitario e dall'altra la garanzia di equo ed efficace accesso alle cure e all'assistenza.

Flavia Carle
Ministero della Salute
Cesare Cislighi
Agenas, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La lunga marcia dei ticket nel Ssn, che abbiamo descritto nella prima parte di questo focus prosegue e riparte dallo stesso quesito: «Ma il ticket quanto ci costa?». In queste pagine stime e valutazioni degli esperti convocati dall'Agenas al capezzale del copayment e del paziente pagatore per mettere a fuoco soluzioni buone, eque e giuste per tener fede all'impegno della manovra "salva-Italia", varata in luglio, che dal 2014 punta a ricavare 2 miliardi in più dalle compartecipazioni versate dai cittadini. Il tema sarà al centro del seminario di studio e di discussione "Ticket sì, ticket no" promosso da Agenas e Aies, in programma a Roma il 17 maggio. Tra le proposte sul tappeto, l'ipotesi di spazzar via percentuali ed esenzioni e far pagare a tutti una piccola franchigia in rapporto al reddito. Con costi di gestione minori e tanta condivisione in più.

IL GIRO DI BOA

Appuntamento clou al 2014 per pagare 2 miliardi in più

L'obiettivo ineludibile fissato dalla manovra "salva-Italia" di luglio

La discussione su quali siano le migliori forme di copayment e quale sia l'impatto del copayment sui consumi e sulla salute certamente si protrarrà ancora per molto, almeno per quanto durerà un sistema sanitario finanziato dal contributo pubblico; ma l'attualità e l'urgenza del problema risiedono nel disposto della legge «recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria»:

Legge n. 111 del 15 luglio 2011, articolo 17, comma 1.

La legge prescrive che per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, «con specifica Intesa fra lo Stato e le Regioni, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma... d) a decorrere dall'anno 2014... sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal Ssn. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle Regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le Regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di

compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico-finanziario...» e che «... gli importi sono stabiliti... nelle percentuali, per l'esercizio 2014, del 40% (del totale della manovra) a carico delle misure di cui alle lettere... d) del comma 1 (cioè dei ticket).

Le legge non quantifica esplicitamente l'ammontare dell'aumento dei ticket, ma dice che se questo valore deve essere pari al 40% della manovra del 2014, al netto delle misure sul personale, e se questa sarà come pare di 5 miliardi, ciò significa che si dovranno riscuotere due miliardi di copayment in più.

La legge afferma che questa misura è «finalizzata ad assicurare l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni»; onestamente ci pare questa una affermazione un po' azzardata a meno che si intenda dire non che il copayment produrrà queste virtuosità, bensì che il copayment permetterà di salvaguardare queste virtuosità che sarebbero invece messe in discussione da una scarsa disponibilità di risorse economiche.

Cosa deciderà il Governo entro il 30 aprile 2012? Troverà un'intesa con le Regioni? Che misure verranno decise? Sicuramente non sarà un compito facile quello che Governo e Regioni si troveranno ad affrontare nelle prossime settimane!

Aumentare di circa il 50% gli attuali ticket sembra un'alternativa improponibile che creerebbe situazioni insostenibili soprattutto nei molti utenti che, nonostante non siano esenti, necessitano di molte prestazioni gravate di tickets. Si stima che ci siano più di duecentomila utenti che hanno pagato più di 500 euro di ticket: se questi do-

vessero diventare 1.000 euro la cifra sarebbe veramente per molti eccessiva.

I ticket sono pagati all'incirca solo da un terzo degli utenti; si potrebbe pensare di diminuire le esenzioni: se oggi l'ammontare dei ticket è di 4 miliardi circa, senza esenzioni questi sarebbero 12 miliardi e quindi, se si eliminassero le esenzioni, i ticket potrebbero essere dimezzati di valore. Ma eliminare le esenzioni vuol dire creare problemi gravi agli indigenti e ai malati cronici.

Si potrebbero allora estendere i ticket ai ricoveri ospedalieri e ciò significherebbe quindi far pagare un ticket di 200 euro a ricovero o se si preferisce di circa 30 euro a giornata di ricovero. Un ticket sui ricoveri sarebbe accettato difficilmente dalla popolazione perché richiesto in un momento di forte debolezza quale quello in cui ci si trova quando si viene ricoverati e anche se il ticket corrispondesse solo al 5% del costo dei ricoveri ospedalieri, il vissuto sarebbe quello di una Sanità ormai sempre più a pagamento.

Allora il principio cardine di una manovra del genere dovrebbe essere quello di proporzionare il ticket alle capacità contributive degli utenti, capacità che dovrebbero essere determinate correttamente evitando le conosciute inesattezze delle certificazioni sui redditi dichiarati; l'esenzione per la sola soglia di indigenza probabilmente è qualcosa di superato in quanto è noto che la maggior sofferenza per i ticket elevati è oggi vissuta da parte del ceto medio.

Il secondo principio dovrebbe essere quello di eliminare le somme troppo elevate che possono crearsi laddove si cumulano più tickets da pagare nell'anno; ciò può essere fatto creando un tetto massimo al cumu-

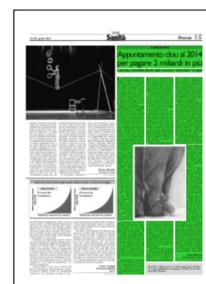
lo annuo dei ticket, cumulo valutato a livello individuale o meglio familiare.

Per tutti questi motivi ci sembra che la proposta di sostituire il sistema ticket-esenzioni con un sistema di franchigia modulata sul reddito sia da prendere in seria considerazione anche se vediamo delle difficoltà relative alla sua implementazione.

Infine sarà importante anticipare la manovra sui ticket da un chiarimento che faccia comprendere come l'aumento dei tickets sia uno dei provvedimenti che permetteranno la sopravvivenza di un sistema universalistico che garantisca con equità il diritto all'assistenza per tutti i cittadini; le nuove entrate dell'aumento del copayment non dovranno però giustificare l'inerzia negli sforzi per diminuire i costi attraverso misure capaci di incrementare la legalità, l'efficienza e l'appropriatezza. Non basta raccogliere maggiori risorse economiche; è essenziale anche ridurre la spesa evitando i costi inutili.

Fulvio Moirano
Direttore Agenas, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COSA PROVOCA LA MAGGIORE COMPARTICIPAZIONE

Sotto la lente i tre effetti di un inasprimento

Prima di introdurre modifiche nelle regole del sistema sanitario, è opportuno avere idee chiare sull'obiettivo che si vuole ottenere e sull'impatto sul sistema della nuova norma. Questo diventa ancora più necessario quando si tratta delle regole di compartecipazione dei cittadini al pagamento delle prestazioni sanitarie, per brevità dei ticket.

Sarebbe opportuno conoscere quali siano i consumi per i quali si aspetta una loro riduzione e quali soggetti debbano essere chiamati a pagare con conseguenti effetti sulla salute, soprattutto da parte di chi è più fragile da un punto di vista socio-economico. Questi effetti si verificano tutti insieme, ma con intensità diversa e differenti tempi di reazione dipendenti anche dalla struttura demografica, epidemiologica e socio-economica della popolazione, dalle regole di esenzione, dagli importi stessi del co-payment e dalla loro struttura, prima di decidere bisognerebbe conoscere come si comporteranno le persone, i medici, le strutture con le nuove regole. Bisognerebbe, a esempio, sapere quali reazioni si sono avute nel passato quando si sono adottate misure simili. Per il nostro Paese uno studio sistematico al riguardo non è mai stato affrontato. Questo deriva in parte da una cattiva consuetudine che ritiene inutile fondare su basi scientifiche le decisioni allo scopo di valutare a priori l'impatto a tutto campo che avranno e non solo quelli immediati su spesa e gettito, né tanto meno si usa valutare ex post i risultati in modo tale da avere indicazioni nelle decisioni future. Ciò dipende anche dal fatto che, in questo momento, non sembra possibile desumere dai dati amministrativi disponibili informazioni dettagliate che vadano al di là di dati di spesa. Sarebbe, invece, necessario avere dati riferiti alla appropriatezza dei percorsi di cura, alle condizioni di accesso alle cure e, soprattutto, alla salute.

Anche se è probabile che nei prossimi anni la situazione cambi a seguito della evoluzione dei sistemi informativi, rimane quindi una grande incertezza su quali possano essere gli effetti di un inasprimento del sistema dei ticket, in particolare su tre aspetti:

1) se i pazienti abbandonano o riducono le cure (minore aderenza) soprattutto per alcune patologie;

2) se i medici, per la maggiore onerosità per gli assistiti, diminuiscono le prescrizioni non del tutto necessarie;

3) se per alcune prestazioni aumenta il ricorso al privato, che significherebbe un introito pari a zero per il sistema sanitario, a fronte di una compartecipazione del 100% da parte dei cittadini.

Se questi comportamenti fossero confermati, si possono prevedere effetti negativi sulla salute (caso 1), conseguenze positive sulla appropriatezza (caso 2), evidenza di iniquità nell'accesso alle cure (caso 3). In tutte le situazioni, si avrebbe, comunque, una diminuzione delle prestazioni erogate che potrebbe ridurre molto, o addirittura, vanificare, l'aumento previsto del gettito, soprattutto se aumentano le esenzioni.

Per poter meglio conoscere i comportamenti individuali prevedibili, si sta allestendo uno studio, basato sulle cartelle cliniche dei Mmg. Sono dati al momento non ufficiali, compilati prevalentemente su base volontaria. Per questo devono essere letti con molta cautela, anche perché si tratta di informazioni rilevate al momento della prescrizione e non del consumo della prestazione: alla prescrizione di un farmaco non sempre consegue l'acquisto effettivo con il pagamento del ticket. Tuttavia sono dati preziosi perché si riferiscono alla storia nel tempo dei singoli pazienti e sono disponibili grazie alla collaborazione con Gp-Ligur.net, l'Osservatorio ligure della medicina generale costituito dalla Società italiana di medicina generale della Liguria, che raccoglie le cartelle cliniche di circa 200mila cittadini e 173 medici di medicina generale.

Le tipologie di pazienti che sarà utile prendere in considerazione sono riferite a tre tipi di patologie: oncologiche, sindromi depressive, malattie croniche cardiovascolari e metaboliche. Nel primo caso si tratta di pazienti che richiedono una aderenza massima alla cura e che potrebbero, in caso di non aderenza, avere effetti immediati sulla salute piuttosto gravi. Si tratta, inoltre, di patologie che non prevedono sempre l'esen-

zione totale: in questo momento in regione Liguria un paziente oncologico con età inferiore a 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite previsto di 36mila euro l'anno deve pagare il ticket sui medicinali ma non sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia, mentre se l'età è maggiore di 65 anni e il reddito familiare maggiore del limite previsto, deve pagare il ticket sui medicinali e prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia.

Il secondo gruppo riguarda pazienti affetti da sindromi depressive: ci si aspetta che una variazione di ticket provochi una riduzione delle prescrizioni di farmaci e il modello dovrebbe consentire di misurare a quanto ammonti tale diminuzione.

Il terzo gruppo è costituito da tre sottogruppi che si riferiscono alle tre malattie croniche prevalenti: diabete, ipertensione e cardiopatie ischemiche. Anche in questo caso un paziente con età inferiore a 65 anni e reddito familiare annuo maggiore di 36mila euro deve pagare il ticket sui medicinali ma non sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia, mentre se l'età è maggiore di 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite deve pagare il ticket su medicinali e prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia. Per questa tipologia ci si aspetta una maggiore caduta di aderenza rispetto al primo gruppo perché la patologia potrebbe essere percepita come meno importante rispetto a quella oncologica.

Angela Testi
Università di Genova
Michela Costa
Miur Genova

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COPAYMENT/ La compartecipazione non influenza la correttezza delle scelte del medico

Farmaci, ricette appropriate

Maggiore effetto sui consumi per le note Aifa - L'esempio delle statine

La principale motivazione teorica a sostegno dei ticket sanitari è rappresentata dall'intento di ridurre il cosiddetto rischio morale (moral hazard), cioè la possibilità che in mancanza di un prezzo il cittadino tenda ad aumentare i consumi anche in assenza di beneficio. Se presente, questa situazione con-

figura un tipico uso inappropriato. Nel caso dei farmaci, la relazione fra compartecipazione e livelli d'uso è stata largamente indagata a livello internazionale (per un approfondimento si rimanda all'articolo di **Rebba e Rizzi** pubblicato sul numero 15 de *Il Sole-24 Ore Sanità*).

I dati mostrano, nel complesso,

che all'aumentare della compartecipazione si riduce l'uso di farmaci. Tuttavia, tendono a ridursi sia i consumi considerati appropriati che quelli inappropriati.

È utile quindi analizzare la relazione fra entità delle compartecipazioni e appropriatezza delle prescrizioni di farmaci in Italia.

Nel nostro Paese sono intervenuti, negli anni, numerosi cambiamenti nelle politiche di compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Nel 2001, la spesa farmaceutica pro capite a carico del Ssn è stata di circa 200 euro: +32% rispetto al 2000. Se il confronto è effettuato al lordo del ticket si evidenzia un incremento del 21%. La differenza consente di stimare il mancato introito per l'abolizione dei ticket (circa 1 miliardo).

È preferibile valutare l'effetto dell'abolizione dei ticket in termini di quantità consumate. Ed è utile fare una distinzione tra incremento complessivo dei consumi e spostamento di una parte del consumo dall'acquisto privato alla copertura Ssn. Nel 2001 l'incremento di confezioni di farmaci di fascia A e B rimborsate dal Ssn è stato del 15%, mentre si è ridotto del 32% il numero di confezioni acquistate direttamente dai cittadini (nel 2000 una parte delle confezioni aveva un prezzo equivalente o inferiore al ticket). Se si tiene conto dell'insieme delle confezioni di fascia A e B, prescritte nel Ssn e acquistate dai cittadini, l'incremento 2001 si riduce all'8 per cento.

Vi sono due ragioni che suggeriscono che solo una parte dell'incremento può essere attribuita all'abolizione dei ticket.

La prima è che nel 2001 sono state modificate o abolite diverse note limitative della prescrizione, a esempio quella sugli antidepressivi, ed è stata allargata la prescrivibilità di categorie quali gli inibitori di pompa protonica (antiulcera), le sta-

tine e gli anti-infiammatori. Analizzando i farmaci senza modifica nelle note, l'incremento 2001 si riduce al 5,8%, mentre per i farmaci la cui nota è stata abolita o allargata l'incremento è del 18,3 per cento.

La seconda riguarda il trend di crescita dei consumi. Anche se è un dato di spesa non subito confrontabile, tra il 1996 e il 2000, in costanza di ticket, la spesa Ssn è cresciuta in media del 10% l'anno.

Nel decennio successivo la maggior parte delle Regioni ha reintrodotta forme di compartecipazione, senza una correlazione negativa sulla prescrizione a carico del Ssn. Nonostante la compartecipazione sia passata dal livello zero del 2001 al 12% della spesa farmaceutica lorda Ssn, i livelli d'uso, in termini di confezioni, sono cresciuti nel 2011 del 27 per cento.

Infine, confrontando le prescrizioni di una delle principali categorie di farmaci, le statine, in 3 Regioni (Emilia Romagna, Toscana e Umbria) che non avevano introdotto ticket (fino all'estate 2011), con 4 Regioni che li avevano introdotti negli anni precedenti (Piemonte, Lombardia, Puglia, Sicilia), si osservano due fenomeni. Le 3 Regioni senza ticket hanno avuto un livello d'uso sovrapponibile alle Regioni del Nord, ma inferiore alle altre due Regioni del Sud che avevano introdotto i ticket. Inoltre, sebbene evidente un trend di crescita nel lungo periodo (per le evidenze di efficacia accumulate), si osserva anche un netto calo tra il 2004 e il 2005, per la restrizione della nota limitativa (con le carte del rischio cardiovascolare per la prescrizione).

Si può ipotizzare che la prescrizione di farmaci presenti un limitato rischio morale. Vi sono regole che tendono a delimitare l'area dell'uso appropriato e la prescrizione Ssn è fatta da un professionista - medico o pediatra di famiglia - e non decisa dal cittadino.

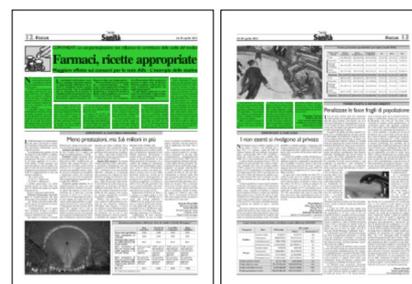
Infine, il rischio di reazioni avverse fa mancare un incentivo a estendere l'uso anche senza benefici.

L'effetto dei ticket sull'appropriatezza della prescrizione sembra quindi trascurabile. L'incremento 2001 sembra attribuibile a modifiche regolatorie della prescrivibilità (le note) e a un recupero nel Ssn di parte dell'acquisto privato (la somma del ticket fisso di 3mila lire e del 50% del prezzo rendevano a volte più conveniente l'acquisto diretto). Anche successivamente i principali determinanti dei livelli di prescrizione sembrano essere l'acquisizione di evidenze sull'efficacia dei farmaci, con le modifiche della rimborsabilità, più che la presenza di ticket.

**Giuseppe Traversa
Roberto Da Cas**

*Centro nazionale epidemiologia,
sorveglianza e promozione salute,
Istituto superiore di Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Formazione. Otto le aree di attività

Sinergie più strette tra l'industria e la rete degli atenei

IL CONSUNTIVO

Dalla ricerca all'hi-tech: in soli sei mesi nate 34 nuove iniziative dall'intesa tra Confindustria e Conferenza dei rettori

Marzio Bartoloni

■ L'alleanza tra imprese e università non solo si può fare. Ma è cruciale per aiutare il Paese a uscire dal vicolo cieco della crisi. Lo dimostra il patto siglato tra Confindustria e Conferenza dei rettori (la Crui) il 7 novembre 2011 che già a metà del suo percorso mostra i primi frutti. La promessa era di muovere entro un anno passi concreti su otto fronti strategici: dalle sinergie sulla ricerca allo studio di corsie preferenziali per far approdare i migliori laureati o studenti dentro le imprese fino a un monitoraggio costante della riforma degli atenei (legge 240/2010).

Ebbene dopo solo sei mesi sono già fiorite tante iniziative che sulla traccia di quell'accordo hanno visto nascere partnership tra atenei e associazioni industriali. Con un boom di tirocini, apprendistati per i laureati del triennio, dottorati in impresa e iniziative sul trasferimento tecnologico o sull'orientamento verso le lauree tecnico-scientifiche. Tutte esperienze che puntano alla riduzione del divario tra figure ricercate nel mondo del lavoro e formazione dei neolaureati che in diversi casi si sono trasformate in assunzioni nuove di zecca.

È il caso, a esempio, del progetto «Parimun» che apre le porte delle imprese agli studenti dell'università di Padova a cui viene affidato il compito di risolvere con le loro tesi di dottorato specifici problemi aziendali: alla fine le aziende hanno praticamente a costo zero preziose consulenze e gli studenti in molti casi (11 su 14 finora) sono stati assunti. Il gruppo Loccioni, media azienda tecnologica tra Jesi e Ancona, gioca d'anticipo e «ospita» gli studenti al secondo anno della laurea magistrale formandoli e assegnandogli compiti sul campo e in cambio gli paga le tasse universitarie. Un nutrito drappello di aziende di Ict, energia e trasporti (da Sky a Enel fino a Vodafone) hanno, invece, creato un consorzio per formare i giovani migliori che poi lavorano per periodi più o meno lunghi in più aziende dello stesso consorzio: alla fine saranno loro, se selezionati, a decidere in quale impresa andare a lavorare. Infine c'è il caso dell'Eni che da anni forma e prepara, grazie anche a molte alleanze con atenei importanti e alla scuola Enrico Mattei nata nel 1957, centinaia di futuri manager dell'energia.

Questi e altri casi sono stati monitorati da Crui e Confindustria (attraverso la commissione università) che ha fotografato 34 iniziative delle associazioni sul territorio e di categoria per sottolineare la validità di un patto che funziona bene e che deve continuare a funzio-

nare anche in futuro. «Questo accordo è una comune assunzione di responsabilità in un momento drammatico per le imprese e i giovani - spiega il presidente della Crui, Marco Mancini -, ogni iniziativa che accorcia la distanza tra università e industria va nella direzione della crescita e dello sviluppo del Paese a cui teniamo entrambi».

«Grazie a questa intesa si sono incontrati volontà, passioni, progetti e valori comuni per affrontare problemi concreti che ci accomunano», ha aggiunto Alberto Meomartini presidente di Assolombarda convinto che la strada migliore sia quella di studiare «misure leggere e applicabili rapidamente» in modo da «battersi insieme» per ottenerle. Come nel caso specifico della burocrazia che blocca in attese interminabili i visti per ricercatori, docenti e cervelli stranieri chiamati dall'estero in Italia. Un punto, questo, che sta a cuore sia alle università che agli imprenditori. Tanto che insieme hanno deciso di fare pressing sul Governo per convincerlo a tagliare di netto le procedure.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INUMERI

8

I punti dell'intesa con la Crui
Le azioni dell'accordo puntano su: orientamento alle lauree tecnico-scientifiche; ricerca e trasferimento tecnologico; occupabilità dei laureati triennali; dottorati per le aziende; internazionalizzazione delle università; monitoraggio della riforma universitaria su reclutamento e governance; benchmarking internazionale.

9.291

Immatricolazioni scientifiche
Nel 2011 gli immatricolati a Chimica, Fisica e Matematica sono in rialzo rispetto al 2010 (erano 8.503). In Italia i laureati dell'area tecnico-scientifica sono il 22,6% del totale, in Germania sono il 28,7 per cento.



Guariniello ora indaga sui 52 morti della miniera d'amianto di Primo Levi

Dossier sui decessi dal 2005 al 2011 «C'è neve cenerina ovunque»

La cava di Balangero fu chiusa nel 1992. Le cartelle cliniche di 25 ex lavoratori sono già entrate nel fascicolo del procedimento Eternit bis

TORINO — Al giovane dottore in Chimica sembrò l'Inferno di Dante. «In una collina tozza e brulla, tutta scheggioni e sterpi, si affondava una ciclopica voragine conica, un cratere artificiale del diametro di quattrocento metri».

Nel 1941, appena uscito dal Politecnico, Primo Levi trovò lavoro a venti chilometri da Torino, vicino a Lanzo, nella più grande miniera europea di amianto crisolito, aperta al termine della Grande guerra. L'azienda lo assunse in modo illegale, vincolando lo stipendio alla sua capacità di trovare un metodo redditizio per estrarre nichel dal materiale di scarto della cava. Se ne andò ben presto, ma il ricordo dei dieci mesi trascorsi all'Amiantifera Balangero gli rimase ben impresso in testa, e si materializzò in «Nichel», uno dei racconti de *Il sistema periodico*: «C'era amianto dappertutto, come una neve cenerina: se si lasciava per qualche ora un libro su di un tavolo, se ne trovava il profilo in negativo».

Lo strano destino della miniera di Balangero è di essere citata soltanto per i suoi riferimenti letterari, che non si limitano a Primo Levi. Lo scrittore torinese ne parlò al suo amico Italo Calvino, che nel 1954 ci trascorse una settimana diventata *La fabbrica nella montagna*, un lungo racconto pubblicato su *l'Unità*.

Ci doveva essere dell'altro, in quel luogo che ancora oggi sembra davvero un girone dantesco — «Tutto simile alle rappresentazioni schematiche dell'Inferno, nelle tavole sinottiche della Divina Commedia» — e termina in un vaso d'acqua, un grande lago dalla superficie limpida. Sembra il mar di Sardegna, invece sono i riflessi di quel

minerale così micidiale per i polmoni dell'uomo. Dal 1952 al 1983 fornì materia prima all'Eternit di Casale Monferrato, ma la storia di Balangero è sem-

pre stata una nota a margine nella tragedia delle morti bianche causate dal polverino. Quasi una contraddizione in termini. Perché si moriva anche qui.

Operai e semplici abitanti, lo schema è lo stesso degli altri luoghi. Si sapeva dei dipendenti, vicende atroci come quelle degli ultimi due direttori della miniera, entrambi stroncati dal mesotelioma. Le cartelle cliniche di altri 25 lavoratori sono recentemente entrate nel fascicolo sul cosiddetto procedimento Eternit bis.

Quel che mancava, ed era una assenza inspiegabile, erano le vittime «civili». Bastava cercare, forse. Il lavoro dell'Osservato-

rio sulle malattie professionali del Piemonte ha prodotto un dossier appena giunto sul tavolo del procuratore Raffaele Guariniello. La ricerca sulle cartelle cliniche degli ospedali della zona ha portato alla scoperta di 52 decessi per mesotelioma avvenuti tra il 2005 e il 2011. Casalinghe, geometri in pensione, in due casi persone sotto i quarant'anni di età, tutta gente che nella cava di amianto non ci aveva mai messo piede ma ne aveva respirato l'aria. Con tanti, troppi anni di ritardo, la vecchia miniera torna a essere materiale per una nuova inchiesta, che cercherà di capire quante sono state le morti d'amianto mai denunciate, mai risarcite, ancora oggi senza giustizia.

L'Amiantifera produceva diecimila tonnellate all'anno di materiale lavorato, sei milioni di metri cubi di prodotti di scarto. Trasportava questi rifiuti tossici con un nastro a cielo aperto lungo

due chilometri, che dal giacimento finiva ai bordi del Comune di Corio Canavese, e ogni tanto la polvere con le fibre d'amianto invadeva con una nuvola bianca la vallata del torrente Fandaglia. I segni c'erano, ben evidenti anche nei numeri. Uno studio epidemiologico del 1975 dimostrava l'altissima percentuale di tumori registrata tra gli abitanti di Balangero e di altri sei Comuni limitrofi.

L'insegna corrosa dalla ruggine del vecchio centro sportivo mostra ancora la scritta «Pista in Bal-asbest». Era l'orgoglio della piccola Balangero, quella passerella velocissima fatta con un impasto di amianto, ci corsero sopra intere generazioni di giovani atleti, vennero ad allenarsi anche Franco Aresè e Marcello Fiasconaro. La rifecero nel 1988. La miniera chiuse nel 1992. «C'è solo il grigio polverone d'asbesto nella cava, che, dove arriva, brucia foglie e polmoni». Già nel 1954 Calvino scriveva che l'amianto fa male agli uomini. Ma a quel tempo nessuno poteva immaginare come, e quanto.

Marco Imarisio

Scrittori



«C'era amianto dappertutto, come una neve cenerina da Il sistema



periodico

Primo Levi



”

**Chi li ha mai
visti lassù,
i padroni?
Chi sa
chi sono?
Era morto
senza
saperlo
Barotello**

da La fabbrica
nella montagna

Italo Calvino

A cielo aperto

Un tecnico nella Amiantifera di
Balangero, la più grande a cielo
aperto dell'Europa occidentale
(Ermes Beltrami/Emblema)



Cure palliative, cresce il «modello italiano»

Fiore all'occhiello della sanità italiana. Punto di orgoglio per un sistema sanitario che ancora ha molta buona tenuta e riesce così anche a guardare in prospettiva. È il modello delle cure palliative.

Qualche settimana fa il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ne ha tessuto l'elogio durante un convegno. Certo, come certificato anche dallo stesso report stilato a due anni dall'approvazione della legge 38, la strada da fare è ancora molto lunga, soprattutto al Sud, rispetto alla costruzione di una effettiva integrazione tra strutture residenziali – gli hospice – e l'assistenza domiciliare. Ma già adesso il modello delle cure palliative è in crescita e può insegnare qualcosa anche al resto della sanità italiana.

Ma che cosa ne pensano gli operatori che ogni giorno praticano questa medicina? «La cosiddetta eccellenza delle cure palliative – spiega Micaela Lorusso, responsabile dell'ufficio formazione della casa di cura "Domus Salutis" di Brescia, in cui ha sede il primo hospice nato in Italia nel 1987 – si declina nella possibilità di veder riconosciuta da un sistema organizzativo la dignità della persona sofferente quale elemento cardine da promuovere, tutelare e sostenere. Il fatto di poter

contemplare nelle declinazioni delle attività clinico-assistenziali aspetti quali la relazione di accompagnamento o l'ascolto e l'accoglienza del bisogno spirituale senza che il tutto debba necessariamente essere ricondotto ad una capitalizzazione o ad un elemento del budget. La centralità e la promozione dell'équipe quale orizzonte ottimale dell'organizzazione del lavoro».

Lavorare in gruppo dunque: per condividere le decisioni, ma non solo. «Fin dalla metà degli anni '80 – puntualizza uno dei decani delle cure palliative italiane, Giovanni Zaninetta, che è stato presidente della Società italiana di cure palliative e guida l'hospice di Brescia – questo è stato un elemento di rottura, soprattutto nel nostro

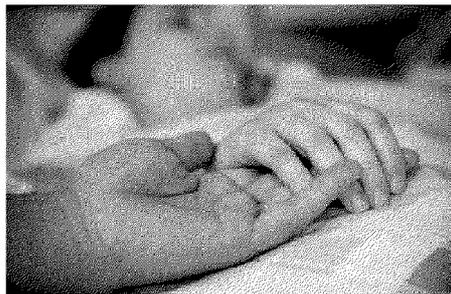
Paese: medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e assistenti spirituali (elemento imprescindibile questo perché la proposta delle cure palliative sia completa) si sono uniti con l'obiettivo di dare un senso agli ultimi giorni di vita del malato, di alleviarne la sofferenza, di fare in modo che, assieme alla famiglia, il paziente possa percorrere l'ultimo tratto dell'esistenza il più umanamente possibile. È evidente come un discorso del genere sia lontano dalla medicina "tecnicistica" di gran voga in quegli anni. Ma nel corso del tempo, penso che la nostra sfida abbia pagato: abbiamo dimostrato che non stavamo facendo una proposta compassionevole e di ripiego. Che, anzi, stavamo proponendo un modello di assistenza integrato e di qualità. I tanti malati e le loro famiglie che abbiamo assistito e che continuiamo a curare ce lo testimoniano con le loro parole».

Il rigore scientifico delle cure palliative è dimostrato dalla grande vitalità della ricerca in questo ambito: da qualche anno è attivo un centro di ricerca europeo in cure palliative a Throndeim, in Svezia, dove la vicepresidenza è italiana, affidata al primario dell'Istituto nazionale dei tumori, Augusto Caraceni. Studi, incontri conferenze hanno l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure. «Perché l'umanità non può mai essere disgiunta da una competenza tecnica adeguata ai bisogni di coloro che andiamo a curare», precisa ancora Zaninetta.

Quali le ulteriori sfide delle cure palliative oggi? «Lo stesso report ministeriale – afferma Gian Vito Romanelli, responsabile dell'hospice San Giuseppe della Asl di Verona – spiega che occorre puntare ancora molto sulla formazione dei medici. A tutti i livelli: oggi non esiste ancora nel nostro Paese una specializzazione in cure palliative post laurea, riconosciuta a livello accademico. Anche per questo, abbiamo puntato su una buona collaborazione tra medici di famiglia ed esperti in cure palliative. Uno dei punti fondamentali su cui negli ultimi anni ci stiamo impegnando è garantire la continuità assistenziale non solo negli ultimi giorni di vita».

GLI HOSPICE IN ITALIA	
201 le strutture previste per il 2011	Lombardia 45
2.232 i posti letto	Emilia Romagna 20
	Toscana 17
188 le strutture attivate	Veneto 14
	Piemonte 11
2.069 i posti letto	Lazio 10
	Sicilia 10
	Marche 7
	Puglia 6
	Liguria 6
	Umbria 3
	Friuli V.G. 3
	Campania 2
	Sardegna 2
	Calabria 2
	Trentino A.A. 2

Fonte: Relazione 2012 Ministero della Salute



L'inchiesta

*Dall'assistenza
 alla formazione,
 dall'ascolto al lavoro
 di squadra:
 la terapia del dolore
 è uno «stile» di cura
 affine alla nostra
 cultura. Dopo i
 recenti elogi del
 ministro Balduzzi,
 parlano gli addetti
 ai lavori: «Così
 umanizziamo
 la medicina che
 troppo spesso si riduce
 a puro tecnicismo»*



STUDIO FRANCESE**L'eccesso di medicine
uccide gli anziani**servizio a pag. **12**

Studio francese: rischi soprattutto da Fans e benzodiazepine

L'eccesso di medicine sta uccidendo gli anziani

Ifarmaci privi di effetti indesiderati non esistono. E gli anziani ultraottantenni che assumono fino a cinque pastiglie al giorno sono particolarmente esposti al rischio di iatrogenia farmacologica. Questo termine indica gli effetti indesiderati che possono provenire da un farmaco, dalla sua associazione con un'altra sostanza, dalla sua incompatibilità con il paziente o da un errore nell'assunzione.

«La iatrogenia è causa del 15-20% delle ospedalizzazioni di ultrasettantacinquenni», spiega **Claude Jeandel**, geriatra al Centro ospedaliero universi-

nella regione Provence-Alpes-Côte d'Azur l'11,6% degli ultrasettantenni si sottopone a un trattamento cronico a base di Fans (antinfiammatori non steroidei). È noto che questi farmaci, che hanno anche effetti antipiretici e antalgici, possono provocare emorragie digestive, soprattutto dopo i 65 anni. «I Fans sono spesso troppo prescritti per alleviare il dolore, per esempio nel caso di attacchi di artrosi. In questa situazione meglio una prescrizione breve di due o tre giorni sostituita in seguito con del paracetamolo», osserva Jeandel. Se l'assunzione

di Fans è indispensabile, essa deve sempre accompagnarsi a un protettore gastrico. Se poi gli antinfiammatori non steroidei vengono prescritti assieme a un diuretico, essi possono provocare addirittura un'insufficienza renale acuta.

Ma c'è anche un altro farmaco che ha effetti devastanti sugli anziani: sono le benzodiazepine, utilizzate come ansiolitici, antidepressivi, miorellassanti, ipnotici. Le loro molecole si accumulano nell'organismo e ciò aumenta il rischio di sovradosaggio e di effetti indesiderati. Addirittura le benzodiazepine possono essere all'origine di cadute.

Secondo lo studio realizzato in Provence-Alpes-Côte d'Azur, il 20% degli anziani di oltre 70 anni assume benzodiazepine per lunghi periodi e il 15% assume benzodiazepine a breve durata d'azione (emivita), più tossiche perché più lente da eliminare.

—© Riproduzione riservata—■



**In Francia la iatrogenia farmacologica è causa del 15-20%
delle ospedalizzazioni di ultrasettantacinquenni**

tario (Chu) di Montpellier, in Francia. Se non tutti gli incidenti sono evitabili, un certo numero di essi potrebbe esserlo diminuendo le prescrizioni inadatte, tuttora troppo frequenti presso gli anziani.

Uno studio francese pubblicato recentemente sulla *Revue d'épidémiologie et de santé publique* rivela che



Sanità

E lo chiamano scandalo

L'HA DETTO BRUNO TABACCI e l'ha ripetuto Gad Lerner: è inutile che Formigoni meni vanto per l'eccellenza sanitaria lombarda, perché è tale dai tempi di san Carlo Borromeo, se non da prima ancora. Dunque i meriti della sanità lombarda toccano agli antenati, i demeriti per scandali veri e presunti ricadono tutti sulle spalle del governatore. Forse però si potrebbe sommessamente far notare che una lunga serie di iniziative e di numeri sono il prodotto del lavoro di tre legislature e mezzo formigoniane, e non eredità ambrosiane o manzoniane. Vediamo quali nell'asciutto testo che segue.

Rapporto spesa sanitaria/Pil

La spesa per la sanità pubblica italiana corrisponde al 7,2 per cento del Pil. In Lombardia scende al 5,4, un valore estremamente contenuto in senso assoluto. Considerandolo poi in relazione sia agli elevati volumi di prestazioni effettuate sia al loro standard qualitativo, in alcuni casi elevatissimo, si può concludere che in Lombardia è presente oggi un sistema sanitario che garantisce un rapporto costi/benefici in assoluto tra i migliori al mondo.

Finanziamento pro capite

La Lombardia da sempre sconta un sotto-dimensionamento del finanziamento pro capite da parte dello Stato in confronto alle altre Regioni. Esso è quantificabile in circa 500 milioni di euro in meno all'anno rispetto alla media nazionale. Nel 2009 (ultimo dato ufficiale disponibile) la spesa sanitaria pubblica corrente pro capite risulta in Lombardia corrispondente a 1.758 euro, contro una media nazionale di 1.821 euro.

Bilanci e Fondo di solidarietà

Sommando algebricamente avanzi e disavanzi, il bilancio sanitario regionale è stato chiuso in equilibrio e senza disavanzi per gli ultimi undici anni consecutivi, ovvero da quando tale obbligo è stabilito per legge (2001). Nell'ambito delle disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 56/2000 ("Disposizioni in materia

di federalismo fiscale"), che concorrono al finanziamento del Fondo sanitario nazionale (Fsn) anche tramite la redistribuzione di Iva e accise prelevate sui singoli territori regionali, la Regione Lombardia nel 2010 ha contribuito con 4,2 miliardi di euro al Fondo di solidarietà a favore delle altre regioni. Ciò corrisponde a quasi il 50 per cento del valore totale del Fondo di solidarietà (che è di 8,7 miliardi).

Mix pubblico/privato

I posti letto accreditati e attivati in Lombardia sono 39 mila. Di questi il 21,7 per cento appartiene a strutture private. Si tratta di un dato sostanzialmente invariato da anni e che colloca la Lombardia all'ottavo posto in Italia, a pari merito con Piemonte e Sicilia, e dopo Calabria, Campania, Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo. Il dato risulta altresì perfettamente allineato alla media nazionale (che è del 21,3 per cento).

In Italia la spesa per la sanità pubblica è pari al 7,2 per cento del Pil italiano. In Lombardia al 5,4. Data la qualità delle prestazioni, il rapporto costi/benefici è tra i migliori al mondo

Attrattività del sistema

I dati sull'attrattività dei sistemi regionali confermano da ormai oltre dieci anni (1998-2009) l'indiscusso pri-

mato italiano della Lombardia, il cui saldo tra ingressi e uscite è stato nel 2009 (ultimo dato disponibile) di oltre 72 mila unità, cifra superiore del 35 per cento rispetto a quello della seconda regione, l'Emilia Romagna, e di quasi quattro volte rispetto alle terze (Lazio, Toscana e Veneto). In Lombardia la percentuale di ricoveri di pazienti provenienti da fuori regione è ormai costante intorno al 10 per cento del totale. In Lombardia si registra inoltre il dato più basso in assoluto, pari al 4,1 per cento, di mobilità passiva, ovvero di cittadini che scelgono di farsi curare fuori regione. La media nazionale è del 13 per cento con picchi che superano il 30. La capacità di attrarre pazienti da altre regioni e di trattare i propri cittadini nella propria rete ospedaliera può essere assunta come misura obiettiva della qualità di un sistema sanitario regionale. Se questo dato viene appaiato alla capacità di mantenere i conti in equilibrio, si ottiene un indicatore complessivo di performance molto importante.

Ricerca sanitaria

La Lombardia è la regione europea con la più alta densità di lavoratori specializzati

nelle medie e alte tecnologie in generale. In essa sono presenti il 60 per cento delle sperimentazioni cliniche sul totale nazionale e il 60 per cento degli insediamenti farmaceutici produttivi a livello nazionale. Nel 2010 la produzione di pubblicazioni scientifiche degli Irccs italiani pubblici e privati ha visto tra i primi dieci posti sei istituti lombardi (San Raffaele, Policlinico, San Matteo, Tumori, Ieo, Maugeri).

Investimenti in ricerca indipendente

Per tre anni consecutivi (2009-2011) la Regione Lombardia ha finanziato con 7 milioni di euro all'anno progetti di ricerca indipendente (ovvero quella non finanziata a livello ministeriale e/o da case farmaceutiche). Si tratta di un investimento che non ha eguali nel panorama italiano. Seppure in un contesto di forte contrazione delle risorse e di estrema razionalizzazione, per il 2012 sono stati previsti ben

I posti letto sono 39 mila. Di questi il 21,7 per cento appartiene a strutture private. Un dato che colloca la Lombardia all'ottavo posto in Italia, dopo Calabria, Lazio, Emilia Romagna

20 milioni di euro per attività di ricerca indipendente.

Le Reti di Patologia

Le Reti di Patologia attivate in questi anni da Regione Lombardia costituiscono un innovativo modello gestionale e di programmazione che coniuga ricerca e assistenza: si tratta di una vera e propria rete costituita dalle istituzioni, dalle organizzazioni e dai professionisti che svolgono la loro attività a favore del paziente in tutte le fasi del processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, inclusa l'eventuale fase terminale. Lo scopo è di migliorare la qualità delle cure, mettere in comunicazione tutti i soggetti che si occupano di patologia e migliorare l'efficacia organizzativa, grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni. Il loro obiettivo finale è quello di far sì che l'innovazione si trasformi in nuove modalità di prevenzione, in nuovi e più precoci strumenti diagnostici e nello sviluppo di nuovi farmaci.

Edilizia sanitaria

Regione Lombardia da tempo ha voluto investire significativamente nell'ambito dell'edilizia sanitaria, concretizzando un programma d'investimenti che da solo è superiore a quanto è stato fatto in tutto il resto d'Italia. Si tratta di circa 4,5 miliardi di euro investiti in Lombardia in dieci anni per costruire nuovi modernissimi ospedali e avviare circa 600 cantieri o interventi di ampliamento, restauro, ristrutturazione, eccetera. A questa cifra vanno aggiunti 350 milioni di euro stanziati direttamente dalla Regione nel 2011, e circa 450 milioni di euro, già approvati e in arrivo dal governo dopo un'attesa di due anni. Il privato è stato coinvolto in modo assolutamente costruttivo: il mercato ha risposto in modo molto positivo a forme di appalto innovative come concessione e project finance. Grazie a tale scelta si sono ottenuti importanti benefici come la riduzione dei tempi di costruzione (3 anni circa per i nuovi ospedali contro una media nazionale di 12 anni) e la creazione di importanti addizionalità di risorse.

Qualità e appropriatezza

In continuità con una tendenza di lunga durata, anche nel 2010 (ultimo dato disponibile) il numero dei ricoveri ospedalieri totali in Lombardia ha conosciuto una riduzione. Si tratta di un eccellente risultato che conferma l'efficacia delle poli- ▶

►tiche regionali che mirano alla massima appropriatezza e all'eliminazione di sprechi e inefficienze. In particolare, dal 2007 al 2010 abbiamo assistito a un calo del numero totale di ricoveri da 193 mila a 158 mila (-18 per cento). La ricerca costante della massima appropriatezza e la costruzione di percorsi terapeutici integrati tra ospedale e territori ha generato nel tempo prima una stabilizzazione e poi una progressiva riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Questo è ciò che è avvenuto in Lombardia, dove il tasso di ospedalizzazione è sceso dal valore di 176,7 per 1.000 residenti nel 1997 al valore di 127 per 1.000 residenti nel 2010 (-30 per cento circa).

Medicina territoriale

La cura della cronicità e lo sviluppo delle funzioni territoriali degli ospedali rappresentano due tra le sfide più importanti per il futuro della sanità contemporanea. Richiedono approcci e metodologie all'avanguardia, che sappiano coniugare un servizio efficiente e di qualità con esigenze di controllo di spesa.

L'obiettivo è la massima appropriatezza e l'eliminazione di sprechi e inefficienze. Dal 2007 al 2010 abbiamo assistito a un calo dei numeri di ricoveri da 193 a 158 mila (-18 per cento)

Sub-acute. Sono già state attivate in Lombardia le prime strutture intermedie tra l'ospedale e il territorio per l'erogazione di cure sub-acute. L'obiettivo è assistere adeguatamente quei pazienti che, pur avendo superato la fase di instabilità e di criticità clinica, continuano ad avere bisogno di assistenza per evitare che si ripetano episodi acuti. Il fabbisogno di posti letto ipotizzato è di circa 1.200 in tutta la Lombardia. Si tratta sostanzialmente di ospedali medio-piccoli nei quali saranno presenti solo alcune specialità ospedaliere di base.

Creg. È in corso di sperimentazione su cinque Asl lombarde una modalità di presa in carico innovativa rivolta ai pazienti cronici chiamata Creg (Chronic Related Group) che, dati gli iniziali esiti positivi, verrà gradualmente estesa a tutto il territorio regionale (al momento sono coin-

volti circa 126 mila pazienti). L'applicazione di questa modalità di presa in carico rende possibili una serie di miglioramenti. Anzitutto permette di stabilire in anti-

cipo una quota di risorse per ogni categoria di pazienti, garantendo con continuità tutti i servizi extraospedalieri: ambulatoriale, protesica, farmaceutica, cure a domicilio. Quindi permette di conseguire risparmi anche consistenti su una serie di voci (anzitutto quelle sui ricoveri ospedalieri: oggi il 36 per cento dei malati cronici sta nelle aree per acuti), potendo prevenire eventuali fasi acute della patologia derivanti da un'assistenza discontinua. Infine contribuisce a migliorare significativamente le condizioni di salute generale degli assistiti. Questa iniziativa, una volta messa a regime, potrà costituire un modello replicabile ed efficace a livello internazionale per una corretta gestione di tutte le patologie croniche e non solo, all'interno del rispetto di parametri di appropriatezza terapeutica e di economicità.



Ora la camorra taglieggia i medici

*Due o trecento euro mensili la «tassa» imposta dai clan
A essere colpite soprattutto le zone di Napoli e Caserta*

il fatto

Il "pizzo" ai camici bianchi è ormai un fenomeno dai numeri tutt'altro che risibili. E sono sempre più numerosi i professionisti che lasciano la regione per trasferirsi al Nord

DAL NOSTRO INVIATO A NAPOLI
PINO CIOCIOLA

Poveri camorristi. Anzi, camorristi poveri. Ridottisi a chiedere tangenti da due a trecento euro mensili, cioè poco più che spiccioli rispetto alle loro consolidate abitudini. Perché, si sa, la crisi è crisi per tutti e la recessione pure. E così i clan partenopei si sono visti obbligati a rivedere (fortemente al ribasso) le loro attività e il loro obiettivi. Taglieggiando quindi da un po' di tempo anche i medici, specialisti e di famiglia, pur d'averne qualche altro straccio di profitto. Un giochetto che sta funzionando abbastanza bene a Caserta, poi nella provincia napoletana e, in città, soprattutto nel quartiere di Secondigliano (mentre a Salerno, Avellino e Benevento pare che

non se ne registri traccia). Non tocca ancora a frotte di medici, ma la richiesta del "pizzo" ai camici bianchi prende decisamente piede e i numeri sono già tutt'altro che risibili. Infatti, seppure renda pochino, è però lavorato tranquillo, facile e che (finora) nessuno ha denunciato: «Ne siamo a conoscenza informalmente...», spiega Bruno Zucarelli, il presidente dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Napoli e provincia. Anche se la polizia, di suo, ha in qualche modo preso a "muoversi" e indagare sulla faccenda, specie nel Casertano, subito dopo averne avuto sentore. Il lavoretto è appunto facile. Il primo passaggio è "monitorare" l'at-

tività del medico e lo si fa in diversi modi: acquisendo i tabulati sui pazienti in carico (per i medici di famiglia) oppure spedendo bassa manovalanza a fare anticamera nelle sale d'attesa per una decina di giorni consecutivi (in modo da stimare direttamente la quantità di pazienti) oppure, ancora, esaminando i guadagni del medico preso di mira.

A questo punto, fatti rapidamente due conti, la camorra stabilisce se vale la pena spremere il papabile o non conviene. Nel primo caso, lo si... informa *riservatamente* (o lo si fa informare attraverso qualche suo collaboratore) che dovrà pagare il pizzo per continuare senza problemi a lavorare in tutta tranquillità. Una cifra che oscilla - come detto - fra due-

cento e trecento euro ogni mese: poco più che spiccioli per le pretese consuete dei clan, ma tant'è. Difficile che chi subisce denunci. E forse, almeno in parte, anche comprensibile. Quella dei medici non è categoria "abituata" ad essere taglieggiata, intanto. E poi - come qualcuno di loro racconta a voce bassissima - vista la cifra e pensando che ad andarci di mezzo potrebbe magari toccare a un familiare, probabilmente meglio pagare e amen. Che così oltre tutto si dorme sereni la notte e «a sera esco dallo studio con la certezza di non rischiare sgradevoli, pericolosi, incontri lungo la strada di casa».

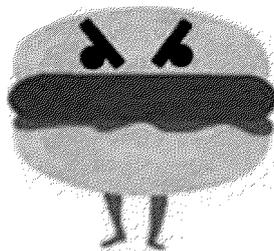
La crisi dunque ha frantumato o finito di frantumare un paio di vecchi meccanismi. Da molto tempo è stata cancellata la vecchia regola dei clan camorristi di *rispettare*, sia pure a modo molto loro, il medico e il suo ruolo. E da poco tempo sta andando cancellandosi anche l'altra, quella secondo la quale a un camice bianco veniva al più imposto di visitare gratuitamente, ma anche la sua disponibilità a curare d'urgenza e, se necessario, a disporre ricoveri saltando ogni lista d'attesa.

«No, ormai tutto questo non c'è quasi più da un pezzo», dice Zucarelli: «Ricevo sempre più di frequente la comunicazione da parte di colleghi del passaggio dall'Ordine di Napoli ad un altro, spesso al nord, a causa del loro trasferimento». Mentre chi resta qui può ritrovarsi a dover pagare il pizzo.

TASSARE IL «CIBO SPAZZATURA»: L'OBESITÀ SI CURA CON LA PREVENZIONE

La tassa sul «cibo spazzatura» (*junk food*) è all'esame del governo. Al momento, però, sembra limitarsi a 50 centesimi in più al litro per i superalcolici e a 2,5 centesimi in più per i *soft drink*. E le merendine? E il pane zuccherato e le salse che accompagnano obbligatoriamente gli hamburger? E le patatine fritte? Si apriranno tavoli consultivi. Ma per fare cosa se tutto è già noto?

Si tratta di fare scelte radicali, e non da «pezzuole calde», a vantaggio di quella salute che tra pochi anni porterà al collasso i servizi sanitari di tutto il mondo occidentale. Per esempio un regime di Iva agevolata o di incentivi per chi produce cibi sani. È ora di fare sul serio contro sovrappeso, obesità, diabete, dismetabolismi, malattie cardiovascolari (veri drammi della società odierna). Un cambiamento radicale sarebbe, appunto, quello di premiare chi investe per cambiare rotta. Come? Eliminando i cereali raffinati a favore di quelli integrali, usando nei *soft drink* dolcificanti naturali come lo stevia (che sembra addirittura prevenire il diabete), abolendo i grassi emulsionati. Se è troppo complicato, allo-



ra la tassa deve avere obiettivi più precisi: per esempio le calorie in eccesso. O ancora, lasciando perdere balzelli vari, obbligare le aziende produttrici a divenire sponsor di una corretta cultura alimentare nelle scuole.

Basterebbe favorire il consumo moderato, con confezioni ridotte ed etichette semplici e complete in ogni informazione (dalla tabella nutrizionale alle reali calorie contenute in ogni confezione

con l'impatto percentuale rispetto al fabbisogno giornaliero). Poi, impegnarsi ad evitare attività commerciali dirette nelle scuole elementari (anche a mezzo dei distributori automatici), a favorire la presenza di un'ampia scelta di prodotti (non solo zuccherati) nelle scuole medie e superiori, ad astenersi da forme scorrette di marketing rivolte all'infanzia. Un'ultima proposta: scrivere sulle bottiglie di alcolici che bere è nocivo alla salute, almeno in gravidanza. È noto che l'alcol incide, anche geneticamente, sulla salute del nascituro. Perché non scriverlo sulle etichette delle bottiglie?

Mario Pappagallo

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La curiosità

Dalle azioni di guerra ai manga giapponesi. Spesso contestati ma sempre più diffusi

Quei videogiochi violenti che ipnotizzano i più piccoli

JAIME D'ALESSANDRO

Videogiochi violenti e politicamente scorretti. Magari sconsigliati a un pubblico di ragazzini. Che, però, spesso si trasformano in un grande successo e finiscono nelle console degli adolescenti.

La ferocia sanguinaria di un gruppo di adolescenti lasciati a massacrarsi ad uso e consumo del pubblico televisivo fa discutere e rischia di diventare un caso di scuola. Eppure il fenomeno *The Hunger Games* potrebbe produrre profitti tali da oscurare qualsiasi polemica diventando il nuovo *Harry Potter*. Stando a J.P. Morgan la Lions Gate Entertainment Corporation, che ha finanziato il film diretto da Gary Ross, ha per le mani un franchise da un miliardo e mezzo di dollari. Di cui gli oltre 350 milioni incassati al botteghino negli Stati Uniti, 155 nel primo weekend, sarebbero solo il primo assaggio.

Stephen King, recensendo nel 2008 per *Entertainment Weekly* il romanzo di Suzanne Collins dal quale è tratta la pellicola, ha fatto un paragone singolare con i videogame. «È ipnotico (e violento) come uno di quegli sparatutto che trovi nelle sale giochi dei multiplex. Sai che non è vero, eppure non puoi fare a meno di infilare nella macchina un quarto di dollaro dopo l'altro». In realtà il parallelismo fra la violenza semplice e diretta di *The Hunger Games* e quella di un gioco elettronico funziona soprattutto sul piano finanziario. Per trovare qualcosa che somigli al fenomeno nato dal libro della Collins bisogna infatti guardare al mondo dei videogame. E in particolare a quei giochi di guerra che mischiano realismo da telegiornale con scenari fantapolitici. I record di *Call of Duty: Modern Warfare 3* sono noti ed eclatanti quanto quelli di *The Hunger Games*: uscito a novembre, in 24 ore ha venduto quasi sette milioni di copie, contando solo gli Stati Uniti e l'Inghilterra, per un giro d'affari di 400 milioni di dollari. *Avatar* era arrivato a "soli" 77 milioni di dollari nel primo weekend.

La violenza semplice e diretta fa guadagnare, ver-

rebbe da dire. Anche se in questo caso si tratta di violenze diverse. «Nei videogame si spara tanto perché sono fatti per adolescenti», aveva spiegato poco tempo fa Jenova Chen, uno dei game designer più raffinati in circolazione attualmente in forza alla Sony, lo stesso di *Flower* e *Journey*. «Persone che non hanno potere né in famiglia né a scuola. Ecco perché i protagonisti dei giochi sono imbattibili e senza paura». Insomma, se *The Hunger Games* è sugli adolescenti, molti dei blockbuster per console sono invece per gli adolescenti.

Il problema è che i secondi sono consigliati teoricamente ai soli maggiorenni, il primo invece no. Ecco perché negli Stati Uniti qualcuno ha alzato la voce indignandosi per il fatto che *The Hunger Games* lo si possa vedere se si ha più di 13 anni. Una polemica che ricorda quanto accaduto in Giappone quando nel 1999 uscì nelle librerie il romanzo di Koushun Takami intitolato *Battle Royale*, dal quale venne poi tratto un manga e due lungometraggi. La storia è pressoché identica a quella di Suzanne Collins: in uno stato totalitario dell'Asia, ogni anno una intera classe di terza media viene costretta a partecipare al Programma. È uno show, si svolge su un'isola deserta, dove agli studenti viene dato uno zaino con un'arma. Avranno tre giorni per sterminare gli altri 41 partecipanti e poter tornare a casa. Indossano tutti un collare con un sensore che permette agli organizzatori di sapere dove sono i ragazzi, chi è ancora in vita e chi no, ed eventualmente far saltare la testa a chi dovesse decidere di fuggire, ribellarsi, o di presentarsi alla fine dei tre giorni in più di uno. *The Hunger Games*, con qualche differenza secondaria e l'aggiunta di elementi presi da *La fuga di Logan*, *Rollerball*, *The Island*. *Battle Royale*, dove fra gli altri compariva anche il regista Takeshi Kitano, portò addirittura un'interrogazione parlamentare. Chissà se *The Hunger Games* riuscirà a fare altrettanto. Intanto però le accuse di plagio online si moltiplicano, quasi quanto gli incassi al botteghino.



Suzanne Collins

© RIPRODUZIONE RISERVATA

