

Il ministro Balduzzi: «Accelerata con le Regioni entro fine anno» - Ecco gli effetti del decreto salva-Italia

Corsia veloce per il Patto salute

Subito nel mirino: revisione dei ticket, tagli e aggiunte ai Lea, beni e servizi sotto controllo

Ministero e Regioni puntano a un nuovo Patto per la Salute entro fine anno: le risorse sanitarie non sono state tagliate dalla manovra, ma ora serve una riorganizzazione che consenta di erogare solo i Lea appropriati, di utilizzare i ticket nel modo più equo e di gestire al meglio la partita dei beni e servizi per riuscire a tenere la spesa sotto controllo senza rinunciare al progresso tecnologico. Lo annuncia il ministro della Salute Renato Balduzzi che traccia le linee del suo programma, fissando le priorità.

A PAG. 2-4

Il ministro illustra programma e priorità: subito Patto e Lea, ticket, farmaci, beni e servizi

Il metodo del professor Balduzzi

«La buona spesa è già un taglio» - A medici e categorie: «Cooperiamo»

Tra vecchie e nuove manovre		
17 miliardi	2,085 miliardi	23 miliardi
Importi delle manovre fino al 2014	Valore della super addizionale Irpef dello 0,33 per cento	Disavanzo complessivo delle Regioni 2005-2010

“ **Federalismo fiscale e costi standard non hanno bisogno di “tagliandi” ma non si può chiedere loro quello che non possono dare** ”

“ **Manutenzione dei Lea vuol dire eliminare i più costosi e obsoleti a favore di quelli emergenti ma non si può assegnare un Lea a ogni bisogno** ”

Come solo sa un costituzionalista, calibra e soppesa tutte le parole, quasi suggerisce virgole e pause, non esce un attimo dal seminato del suo pensiero. Il ragionamento sembra solo tra le righe, invece le parole impiegate e le virgole e le pause, ce lo fanno leggere a caratteri corpo 18. Non gli sfugge di sicuro la delicatezza del momento, la sfida che lo attende. Che ci attende. Ma da buon difensore del Ssn con la maiuscola - purché equo (a farcela) e solidale (a farcela) - guarda avanti con l'ottimismo di chi prima di tutto mette il lavoro come leva possibile per il miglioramento. Ma che sfida, professor Balduzzi. Nel suo ministero a tempo, dovrà traghettarci come assistiti e contribuenti, verso la salvezza delle cure pubbliche in tempi di casse vuote. E verso la salvezza di chi le cure pubbliche le presta. Nella sua suadente decisione, il professore ha un sorriso impenetrabile. Patto, Lea, ticket, medici, fe-

deralismo fiscale, gli sprechi che chiama solo (solo?) inapproprietezze, li sogna la notte. E tutti noi con lui. Ecco cosa ci ha detto il ministro Renato Balduzzi due giorni dopo il varo della manovra.

Ministro, il Governo ha evitato i tagli alla spesa sanitaria ma gli italiani dovranno pagare comunque oltre due miliardi in più di addizionali regionali Irpef proprio per la Sanità. Se non è zuppa, è pan bagnato...



Nella situazione economica attuale l'aumento delle imposte Irpef segue la logica della fiscalità generale: se la fiscalità è equa, anche un aumento dell'addizionale dello 0,33 risulta equo. Diverso sarebbe stato far concorrere direttamente gli ammalati, magari senza un quadro di omogeneità, di partecipazione e di equità della spesa.

La situazione dei conti pubblici è tale, insomma, che qualcuno doveva pagare.

Il ragionamento che ha guidato il Governo con questa manovra e che il presidente Monti ha espresso con grande chiarezza, è che nessuno può sentirsi escluso, ma che ciascuno deve poter concorrere in ragione della propria capacità contributiva. Ecco perché ad alcuni non è chiesto nulla, perché nulla si può chiedere a chi ha una capacità contributiva minima, e ad altri è chiesto molto di più.

Intanto con la manovra avete messo spalle al muro le Regioni sotto piano di rientro. Una penalizzazione a chi non fa niente per migliorarsi?

Attualmente le Regioni che fanno fatica a far quadrare i conti e ad assicurare un'assistenza di qualità, vedono, una volta entrate nei piani di rientro, accantonate quote di incentivo che sono loro riconosciute una volta che dimostrino che sono stati fatti passi avanti. Ma non c'è alcuna scadenza alla possibilità di avere accesso a queste quote premiali: per questo nel decreto si fissa un termine di cinque anni. Le Regioni hanno cinque anni per realizzare i miglioramenti capaci di far svincolare le quote premiali, non più un accesso infinito: passati i cinque anni, se non c'è un miglioramento i fondi vengono ripresi dalla collettività.

Insomma, chi non fa è perduto...

Serve anche a incentivare le Regioni a fare meglio. Non solo, questa norma ha riflessi contabili perché impedisce di poter considerare questi crediti come poste attive di bilancio: lo saranno quando effettivamente la Regione dimostrerà di aver fatto passi avanti. È una norma che in qualche modo chiude il cerchio dei piani di rientro dicendo che lo Stato non toglie le risorse, ma che queste sono incentivanti nella misura in cui si sa che non si ha un incentivo sine die. Tutto questo consente a un governo regionale di immaginare un orizzonte temporale in cui fare le proprie scelte.

Non crede che, tanto più nelle condizioni economiche e finanziarie generali del Paese, sia urgente avviare una spending review a tutto campo e fare un'elencazione netta di dove incidere per avere buona spesa, buona qualità, buona efficienza e non sprechi?

La strada è già indicata dal precedente Patto per la salute integrato dalla manovra estiva. Sono quattro i settori dai quali dobbiamo reperire risorse: farmaci nel senso di ticket e farmaceutica territoriale, dispositivi medici e beni e servizi. Queste quattro aree sono quelle dove la spending review si può esercitare. E deve esserlo su ciò che è già

indicato dalle manovre. Ma ricordiamo che, ancora una volta, il comparto sanitario anticipa tutti gli altri. Perché non solamente è capace di conoscersi e calcolarsi grazie a strumenti di analisi molto più raffinati degli altri settori, ma sta cercando di conoscere anche gli esiti della propria attività - un lavoro che l'Agenas sta portando avanti da anni - e sta affrontando la partita degli acquisti che in presenza di una situazione di forte sviluppo tecnologico e di aumento della richiesta di servizi innovativi non tocca solo l'ordinario, ma anche lo straordinario. Solo che per fare questo occorre una mappatura, occorre andare a identificare prezzi medi di riferimento.

Pensa agli acquisti di beni e servizi?

Per i beni e servizi occorre fare quello che da molti anni si fa nella farmaceutica, anche se è molto più difficile perché le voci sono più articolate e lo spread è condizionato dall'organizzazione dei fattori della produzione. Non si può dire che se un dispositivo medico costa 10 in una Regione o in un ospedale e 20 in un'altra, bisogna arrivare a 10. Bisogna vedere "come" costa dieci, cioè quali sono i fattori di costo. Ci vuole un po' di tempo. Non le calende greche, solo un po' di tempo. Il tempo che ci è dato: abbiamo il 30 aprile come deadline e tutto questo noi lo vogliamo inserire nel nuovo Patto per la salute, mandando anche in parallelo il Piano sanitario nazionale 2012-2014, e quindi eventualmente ritocandolo in funzione di quello che stiamo facendo.

Per cui spending review sì, ma...

Bisogna intendersi su che cosa vuol dire esattamente spending review. Per quanto ci riguarda vuol dire soprattutto fare arrivare bene alla fine la partita dei beni e servizi.

Serve una riflessione sul federalismo fiscale e sui costi standard? Le Regioni chiedono di fare un "tagliando" al federalismo fiscale.

Forse non c'è bisogno di nessun tagliando. Si tratta di non chiedere ai costi standard e al federalismo fiscale quello che non possono dare. Nel sistema italiano federalismo significa autonomia finanziaria delle Regioni e loro responsabilizzazione. È una condizione importante per poter arrivare a tenere sotto controllo, a Roma e nelle periferie, la spesa e al tempo stesso la qualità dei servizi a cui quella spesa è correlata. Quindi nessun tagliando, ma la prosecuzione del processo avviato, inteso appunto secondo l'attuale sistema costituzionale.

Ma cosa è stato chiesto al federalismo e ai costi standard che non possono dare?

Quello di poter dire da un momento all'altro quale sia il valore ottimale di una prestazione di un bene e di un servizio. Invece quello che il meccanismo ideato aiuta a fare è una valutazione macro dei singoli sottosistemi, così che poi i decisori regionali, sulla base della loro responsabilità, possano fare le scelte più opportune. Che poi devono confrontare.

Quindi costi standard come benchmark e non come criterio di attribu-

zione delle risorse?

D'altra parte questo vuol dire la parola standard.

Nel suo vocabolario, invece, sembra non esistere la parola "sprechi".

Forse perché è un'attenzione che c'è in tutto quello che si fa. Tutto il sistema è governato dalla parola appropriatezza, che non ho inventato io ma che è il cardine ormai da almeno un quindicennio dell'approccio italiano al servizio sanitario. L'appropriatezza riguarda l'approccio clinico: dare la prestazione sanitaria adeguata alle giuste condizioni. Ha un aspetto organizzativo: come una prestazione sanitaria deve essere data. E ha un aspetto di controllo di ciò che costa la prestazione. In questo senso, tutto ciò che non è essenziale è spreco. E se non è essenziale al bisogno si deve eliminare: non c'è una lotta agli sprechi che non sia così.

Tradotto: eliminare tutto ciò che non è essenziale e utile nei processi di gestione e di cura.

È questa la lotta agli sprechi.

Dovrà vedersela prestissimo col riparto dei fondi 2012. Il Sud reclama nuovi criteri. Bisognerà cambiare qualcosa?

Siamo all'antivigilia di un nuovo meccanismo che andrà a regime nel 2013. Forse l'approccio più saggio potrebbe essere quello di completare questo ciclo sulla base di prassi consolidate nei rapporti tra le Regioni, aiutate da un ruolo di impulso del ministero, piuttosto che immaginare per l'ultimo anno del ciclo, dunque per il 2012, uno stravolgimento significativo delle regole di base. Questo anno che abbiamo davanti potrebbe essere usato proprio per fare qualche approfondimento sui criteri della pesatura per il 2013.

Il suo è un ministero "a tempo", ma in questo tempo ci sono cose da gestire molto forti e pressanti: il Patto e i Lea prima di tutto. Che tempi prevede per il Patto e cosa ha in mente per i Lea?

Per il Patto la scadenza che ci è assegnata è il 30 aprile, ma noi vorremmo fare prima, molto prima, almeno relativamente a quelle decisioni che non richiedono gli approfondimenti di cui parlavamo. Se possibile, vorremmo avere già per fine anno un quadro generale del Patto e degli impegni precisi che prende il Governo e di quelli che prendono le Regioni. Stiamo concertando di accelerare i tempi per quelle parti che è possibile accelerare.

A quali partite si riferisce?

Anzitutto il disegno complessivo. Per quanto riguarda il sistema della compartecipazione sarebbe intendimento del Governo proporre una rimodulazione sulla base di tre criteri di equità, trasparenza e omogeneità: capacità di reddito, numerosità delle famiglie, appropriatezza delle cure. Per quanto riguarda il tema della lotta agli sprechi, visto nel senso della battaglia per l'appropriatezza, c'è bisogno ancora di qualche approfondimento su ciò che consente la decisione e la messa a regime degli strumenti per arrivare a tenere sotto con-

trollo in modo serio gli acquisti di beni e servizi, però è importante definire il percorso con cui arrivarci. Tutto questo si fa in un quadro di sviluppo del Ssn, non di contenimento dello stesso. Il Ssn deve portare avanti la sua scommessa di fondo di riuscire ad assicurare i bisogni sanitari in un regime di equilibrio finanziario.

I Lea sono dunque lo snodo decisivo.

I nuovi Lea in questo senso sono evidentemente sul tavolo. È una delle priorità: sono ciò che ci consente di mettere insieme il tutto.

Ma subito quando?

In un sistema come il nostro - un sistema sanitario nazionale che è il complesso dei servizi sanitari regionali - non c'è il "centro" che possa dire che una cosa si fa entro un certo tempo. Il "centro" può dire che è una priorità. Perché è una priorità? Non solo perché sono tre anni e mezzo che i Lea galleggiano, ma perché la manutenzione dei Lea è interna al sistema, significa aver sempre presenti i bisogni sanitari e le risorse.

Ha già parlato in altre occasioni di "manutenzione dei Lea": cosa significa?

Manutenzione dei Lea vuol dire che alcuni livelli diventati costosi e obsoleti si perdono e ne se ne acquistano di nuovi. Quello che non si può fare è a ogni nuovo bisogno si assegni un Lea. Tutto va fatto all'interno di un ragionamento complessivo che alla fine faccia tornare i conti. Quindi malattie rare, disabilità, le emergenze di questi anni: queste debbono entrare nei nuovi Lea. Ma è inevitabile che qualcosa debba essere tolto, cercando di farlo con ciò che non riduce le garanzie e salvaguardando l'appropriatezza.

Poi ci sono i ticket, altra partita scottante. Quando deciderete cosa fare?

Aprile è il termine ultimo. E l'intendimento - condiviso dalle Regioni - è anche in questo caso di fare prima.

I ticket sui ricoveri sono un tabù?

Una volta che sul tavolo c'è il tema della rimodulazione della compartecipazione sulla base di tre principi di base che ho detto - capacità di reddito, numerosità della famiglia, appropriatezza delle prestazioni - in linea di principio nulla è escluso. Ma ciò che guida la manovra è realizzare un sistema che sia

sempre più coeso e ragionevole al proprio interno. Quindi è chiaro che l'aprodo finale di questa manovra dovrà essere un rafforzamento del principio del Ssn universalistico equo e globale e non una sua riduzione. Nulla è escluso a priori, ma neanche nulla è incluso a priori.

Le farmacie sono sul piede di guerra contro le nuove liberalizzazioni della classe C.

Il mondo delle farmacie è un partner importante del servizio sanitario pubblico e credo che il testo finale, ben diverso da quello circolato inizialmente, meriti giudizi più meditati. Incontrerò i farmacisti. Col decreto abbiamo cercato di stare dentro i principi del Ssn e di prestare attenzione a tutti i legittimi interessi in gioco. Posto che la linea del Governo era di riprendere una proposta già inizialmente diventata norma di liberalizzazione, la preoccupazione è stata di incanalare l'indicazione politica nel quadro delle garanzie di salute che il ministero deve assicurare.

Ed è così nel testo finale?

La norma prevede la possibilità di vendere i farmaci C anche nelle parafarmacie nei Comuni sopra 15mila abitanti con determinate garanzie e precise regole di farmacovigilanza. Quindi c'è un farmacista e una distinzione netta tra le merci che vengono vendute, con regole che saranno oggetto di un ulteriore decreto della Salute che fisserà i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Senza lasciare sottintesa l'esigenza di assicurare requisiti di vigilanza farmaceutica uguali dappertutto. Non è solo un segnale di liberalizzazione, ma un segnale che aiuterà anche i cittadini ad avere vantaggi dalla liberalizzazione. Vantaggi diretti, non solo indiretti.

C'è un invitato di pietra nella Sanità: il personale. I medici in particolare. Demotivati, sono sempre meno, lavorano con difficoltà, sotto stress da rischio clinico. È una categoria decisiva per il sistema sanitario.

Fin da subito ho detto al Senato che tra le mie priorità c'è tutta la partita del rischio clinico per ridurre alcuni comportamenti di medicina difensiva sia attiva che passiva. La medicina difensiva - prescrivere trattamenti con farmaci magari non utili o appropriati per coprirsi le spalle o non prescrivere alcuni

esami e trattamenti perché considerati a rischio - ha un impatto economico e molto pesante sulla salute. In più, le preoccupazioni che girano intorno alla medicina difensiva danno vita a un inquinamento della programmazione anche delle specialità mediche. Sappiamo benissimo che alcune specialità mediche sono oggi carenti di aspiranti candidati per le preoccupazioni professionali che generano nei medici. E questa situazione non può essere.

I medici hanno un lungo elenco di rivendicazioni, non semplicemente di "bottega" o di portafoglio.

Non ho ancora potuto ricevere le rappresentanze delle categorie professionali, né dei medici né di altri operatori e professionisti. Io credo fortemente che il problema della motivazione e della partecipazione degli operatori alla manutenzione del Ssn è decisiva. Altrimenti non si va da nessuna parte. Quindi non solo da parte mia assicuro ascolto. Ci sarà sempre confronto perché si possa arrivare a superare il paradosso che il nostro Ssn è il comparto della Pa che presenta elementi di innovazione riconosciuti anche all'estero tra i più importanti, mentre i suoi protagonisti fanno fatica ad avvertire questo come un vanto e un orgoglio e si sentono invece schiacciati, molte volte anche a ragione, dal sistema stesso.

Toccherà la libera professione?

È stata stralciata dalla discussione parlamentare alla Camera e se non sarà proposta come priorità in quella sede, io non la riprenderò.

Altrimenti?

Vedremo.

C'è ancora troppa ingerenza dei partiti e della politica nella gestione della Sanità?

C'è ancora poca trasparenza. Certe nomine non possono che essere politiche. I direttori generali, che a seconda delle Regioni amministrano dai due terzi ai tre quarti dell'intero bilancio regionale, è evidente che non possono non essere di nomina "fiduciaria", che vuole dire politica. Ma politica non vuol dire poca trasparenza o assenza di requisiti. Appoggerò la discussione parlamentare avviata alla Camera sul governo clinico perché arrivi a una conclusione rapida sulla base dei principi di trasparenza e di requisiti verificabili dei direttori generali. (R.Tu.)

MARCHE/ Una delibera classifica le tariffe delle acuzie per gruppi omogenei di strutture

A ogni ospedale il suo Drg

Rivalutazione in base alla mobilità passiva e al peso medio regionale

Dopo dieci anni di interventi-tampone la Regione Marche mette mano ai Drg ospedalieri, puntando sulla maggiore appropriatezza e sulla valorizzazione dell'alta complessità. La delibera n. 1648/2011 divide le tariffe dei ricoveri per acuti in tre classi (A, B e C), assegnando alla prima (peso medio ricovero ordinario 1,28) soltanto l'Aou Torrette; alla seconda (peso medio tra 1,01 e 1,28) l'Ao Marche Nord, gli Ospedali di rete dell'Asur e l'Inrca e alla terza (peso medio inferiore a 1,01) gli ospedali di polo dell'Asur e le case di cura multispecialistiche.

«Per arrivare a questa classificazione - spiega **Massimo Palazzo**, responsabile Assistenza ospedaliera ed emergenza-urgenza - abbiamo scelto a priori di fare riferimento a tre fasce che tenessero conto di aggregazioni omogenee di strutture per complessità, tra Ao, ospedali di rete, di polo e case di cura. Le tariffe di sintesi si muovono tra due range di partenza: massimo - calcolato sul peso medio dei ricoveri ordinari effettuati nel 2010 in altre Regioni (mobilità passiva), pari a 1,28 - e minimo, valutato a 1,01 sul peso medio dei ricoveri ordinari negli ospedali pubblici e privati della Regione. Dato il valore "top" e quello minimo, abbiamo "spalmato" i centri nelle tre classi».

Come detto, la delibera mira a valorizzare l'alta complessità, remunerata on +15% sia nella classe A che nella B, cui corrispondono rispettivamente tariffe Tuc del 20 e del 10 per cento. Analogamente, fatti salvi i singoli accordi contrattuali, l'attività di ricovero per le case di cura multispecialistiche viene "promossa" dalla classe C alla B nel caso dei Drg ad alta complessità elencati nell'allegato 3 alla delibera. Di pari passo, la Giunta regionale mira a scoraggiare l'inappropriatezza: la tariffa di riferimento per i 107 Drg potenzialmente inappropriati è per la degenza ordinaria pari alla Tuc 2010 decurtata del 10%. Ancora, al fine di ridurre il ricorso al parto cesareo, si prevede l'equiparazione del Drg 371 "senza complicanze" al 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti".

Il risultato di tutta l'operazione non è di poco conto: nel complesso si attende una minore valorizzazione pari a -2,70% per gli ospedali pubblici e a -2,92% per le case di cura multispecialistiche. La valorizzazione dei Drg potenzialmente inappropriati è di -15,34%. L'unico dato con segno più è relativo all'alta complessità, che nelle intenzioni dei tecnici regionali segnerà un +13,84 per cento.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FRANCIA/ 2

L'errore medico costa 194mila euro

Fondo nazionale per i danni più alti

L'ammontare dei risarcimenti dovuti ai pazienti d'Oltralpe per incidenti medici è 194mila euro in media, qualunque sia la specialità interessata. È quanto risulta da un rapporto della compagnia assicurativa «Sham», specializzata nell'assicurazione di aziende ospedaliere e liberi professionisti. Nel 2010 la compagnia ha registrato 5.242 incidenti, pari a un 9% in più rispetto al 2009.

Le specialità più a rischio sono sempre la chirurgia, l'ostetricia e il pronto soccorso, ma la chirurgia ortopedica è quella maggiormente interessata dai reclami dei pazienti. Le richieste di risarcimento per infezioni nosocomiali sono stabili (19% del totale). Per Sham questi dati non denotano un peggioramento del sistema, ma una maggiore consapevolezza da parte dei pazienti dei loro diritti. I costi dei casi consolidati sono cresciuti del 14% tra il 2006 e il 2010, nota il rapporto. L'assicuratore offre una garanzia fino a 8 milioni per caso con un tetto di 16 milioni all'anno.

Dal canto loro i medici pagano polizze dai 7.500 ai 20mila euro a seconda della specialità. Ma la compagnia non prevede di aumentare le polizze. Grazie anche alla creazione di un fondo di garanzia per la copertura degli danni al di sopra degli 8 milioni di euro. Il Fondo, previsto nella legge finanziaria, sarà finanziato da una polizza supplementare per ogni medico compresa fra i 15 e i 25 euro ed entrerà in funzione nel 2013. Quanto

al budget dell'Ufficio nazionale per i risarcimenti di incidenti medici, malattie iatrogene e infezioni nosocomiali, è stato aumentato di 55 milioni dalla Finanziaria della salute per il 2012.

Un'altra ricerca, questa volta dell'Irdes (Istituto di ricerca e documentazione in economia della salute) ha dal canto suo calcolato che le complicazioni legate alle cure in ospedale sono costate 700 milioni (nel 2007). Nel mirino dell'Istituto, ci sono piaghe da decubito, scompensi del metabolismo, la setticemia e le embolie polmonari postoperatorie. Questi quattro eventi rappresentano il 90% dei casi sui nove eventi presi in considerazione dalla ricerca. Lo 0,5% dei ricoveri è riconducibile a questi problemi. Basti considerare che il ricovero si allunga di 20 giorni nel caso di setticemia.

Ogni anno sono registrati tra 275mila e 395mila incidenti gravi cioè tra 5,1 e 7,3 incidenti per mille giorni di ricovero. Gli incidenti evitabili sono stimati fra i 95mila e i 180mila. Le piaghe da decubito concernono circa 30mila ricoveri, ma sono meno frequenti degli scompensi fisiologici e metabolici postoperatori.

Gli incidenti meno frequenti sono quelli legati alla presenza di un oggetto "dimenticato" nel corpo del paziente: a livello nazionale si tratta di 644 ricoveri, 173 dei quali direttamente provocati dalla negligenza. I sovraccosti variano ovviamente in funzione del problema: da un po' più di 500 euro per i traumi legati ai parti a circa 20mila euro per le setticemie. Nel caso di infezioni legati alle cure e di scompensi fisiologici o metabolici postoperatori, il costo è dell'ordine di 10mila euro. Tuttavia, il costo medio delle infezioni è di 10.950 euro con variazioni fra i 9mila e i 20mila euro.

S.Por.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MINISTRO ALLA PRESENTAZIONE DEI DATI AIOM-AIRTUM 2011

«Tumori: bene le cure, scarsa la riabilitazione»

Le cifre chiave di quest'anno

360.000	I nuovi casi stimati di tumore maligno in Italia nel 2011 (esclusi i tumori epiteliali della cute), di cui circa 200.000 (56%) negli uomini e circa 160.000 (44%) nelle donne	174.000	I decessi per tumore maligno stimati nel 2011, 98.000 dei quali tra gli uomini e 76.000 tra le donne
1.000	I nuovi casi diagnosticati ogni giorno	30%	La percentuale dei decessi per tumore su tutti i decessi: sono la seconda causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari (39 per cento di tutti i decessi)
50.000	Le nuove diagnosi di tumore al colon retto, il tumore più frequente, seguito dal tumore alla mammella con 45.000 nuovi casi, il 99% dei quali nelle donne. Seguono il tumore della prostata con 42.000 casi e il tumore del polmone con 38.000 casi, dei quali un quarto nelle donne	52%	Il tasso di sopravvivenza per gli uomini a 5 anni dalla diagnosi nel 2000-2004, contro il 47% del 1995-1999 e il 39% del 1990-1994
2,15	I milioni di persone che vivono avendo avuto una precedente diagnosi di tumore, pari a oltre il 4% della popolazione residente. Quasi un milione sono uomini (44%) e circa 1,25 milioni sono donne (56%)	61%	Il tasso di sopravvivenza per le donne a 5 anni dalla diagnosi nel 2000-2004, contro il 60% nel 1995-1999 e il 56% nel 1990-1994

La qualità dell'oncologia italiana, in termini di terapie, prevenzione e risultati, non si discute. «Ma la riabilitazione è rimasta indietro: questo è un settore in cui bisogna insistere di più perché migliora la qualità della sopravvivenza». Parola del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, intervenuto il 6 dicembre alla presentazione del volume «I numeri del cancro in Italia 2011», il primo censimento ufficiale che fotografa in tempo reale l'universo cancro, realizzato dagli oncologi dell'Aiom e dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum).

«Disporre annualmente dei dati di questo volume, originali e non di "rimbalzo", ovvero estratti da quelli degli Stati Uniti - ha sottolineato il ministro - è una notizia per tutti, non solo per medici e giornalisti». Perché ormai il cancro è una malattia sociale: convivono con una diagnosi o l'hanno avuta in passato ben 2,25 milioni di italiani, il 57% dei quali hanno superato i 5 anni dalla scoperta della malattia. E i nuovi casi (360mila quest'anno) sono destinati ad aumentare. Complice l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata esposizione ai fattori di rischio, come il fumo tra le donne, e l'anticipazione della diagnosi grazie ai programmi di screening. «Ma attenzione - ha avvertito **Stefano Ferretti**, segretario Airtum -: l'11% dei pazienti colpiti ha meno di 50 anni». Giovani per i quali il ministro ha invocato «un'attenzione particolare».

L'indagine conferma il gradiente Nord-Sud emerso da ultimo nel rapporto Airtum: al Settentrione i nuovi casi sono il 30% in più ma i tassi di mortalità si sono nettamente ridotti, arrivando a uno scarto di appena il 10% con il Sud; nel Mezzogiorno ci si ammala di meno (anche se per il tumore dello stomaco le differenze si stanno riducendo, segno che il modello alimentare mediterraneo va pian piano perdendo mordente) ma si muore come prima. «Bisogna capire perché», ha detto Balduzzi, assicurando che «farà la sua parte» per portare i dati sulle disparità territoriali ai decisori regionali.

I confronti europei e internazionali

però parlano chiaro: il livello dell'oncologia italiana è globalmente alto. Per quanto riguarda il complesso dei tumori negli uomini, i tassi di incidenza in Italia seguono quelli statunitensi, questi ultimi in calo per la riduzione dell'incidenza del tumore della prostata. L'elevata incidenza complessiva italiana è presumibilmente dovuta ai valori ancora sostenuti, seppur in calo, del tumore del polmone, ma anche da quelli del colon retto, stomaco e vescica. Più elevata in Italia anche la mortalità tra gli uomini, fortemente sostenuta da quella dovuta al polmone e al colon-retto. Per le donne l'incidenza è sostanzialmente allineata tra i Paesi, l'Italia mantiene un vantaggio per il tumore del polmone probabilmente legato a una più tardiva diffusione dell'abitudine al fumo tra le donne. Per il totale dei tumori i dati sulla sopravvivenza sono nella media europea e per prostata, mammella femminile e colon-retto risultano superiori di 3-5 punti alla media europea.

«Questo volume è una guida fondamentale per orientare le politiche sanitarie», ha sottolineato **Marco Venturini**, presidente Aiom. Che a nome degli oncologi italiani ha rivolto un appello al nuovo titolare del ministero della Salute: «Siamo e saremo attenti agli sprechi, ma chiediamo al ministro Balduzzi di farsi carico delle peculiarità di una patologia che riguarda sei milioni di famiglie e che non può sopportare tagli lineari e che semmai ha bisogno di un aumento dei fondi destinati alla prevenzione e alla diagnosi precoce, per incentivare gli screening, a oggi gli strumenti più efficaci e affidabili per incidere davvero in termini di vite salvate».

Pronta la replica del ministro: «I tagli li fa il chirurgo. Io preferisco parlare di ristrutturazione e riorganizzazione del Ssn e di appropriatezza delle cure, temi che sicuramente stanno a cuore agli oncologi».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A PAG. 20-21

Oasi 2011

**L'ospedale
«per intensità
di cure»
come modello
per garantire
i bisogni
dei pazienti**

OASI 2011 / Cergas Bocconi: l'ospedale per intensità di cure riconosce le esigenze dei pazienti

Ricoveri gestiti per complessità

Da ripensare anche il management - Primi risultati nel recupero di efficienza

**Iter organizzativi
differenziati**

**Reparti high,
usual e low care**

Management fashion. Probabilmente questa è la definizione che meglio descrive quanto è stato scritto e discusso negli ultimi anni sul tema dell'ospedale per intensità di cura. Un tema spesso agitato anche strumentalmente come uno spauracchio per resistere ai recenti tentativi di innovazione organizzativa nella gestione dell'ospedale.

Per superare l'approccio alla "moda", e trovare la sostanza del ragionamento su cui si fonda l'idea di un ospedale modulato anche per intensità di cura occorre chiarirsi sui contenuti del più ampio cambiamento organizzativo che sta interessando il mondo ospedaliero.

La base di questo cambiamento è il riconoscimento che l'ospedale, con riferimento alle problematiche di organizzazione interna, si confronta con due priorità:

- aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione, la loro produttività;
- rispondere a bisogni di cura e assistenza di un paziente in continua evoluzione, più complesso, complicato e spesso fragile, talvolta frequent user del pronto soccorso, spesso portatore di problemi cronici.

Per affrontare queste sfide sta emergendo una riflessione complessiva sull'organizzazione dell'ospedale, che parte dal riconoscimento dell'attuale inadeguatezza del modello tradizionale fondato sul reparto-unità operativa ed evoluto verso le logiche dipartimentali. Tale modello ha svolto egregiamente per tutto il secolo scorso la funzione per cui era stato concepito, quella di sostenere i processi di specializzazione delle attività ospedaliere.

Un'organizzazione che metteva al centro della propria attenzione il sapere specialistico, e che ha visto come naturale evoluzione la dimensione del Dipartimento. Tuttavia, la dimensione dipartimentale e quella dell'unità organizzativa non danno risposte pienamente adeguate alle due grandi priorità sopra richiamate, la produttività nell'uso delle risorse - le sale operatorie, gli ambulatori, i reparti degenza - e la rispondenza alle esigenze di un paziente sempre più "sfidante" - per l'anzianità, la fragilità, l'instabilità clinica ecc.

Da questa consapevolezza di recente si è aperta una riflessione sul futuro dell'ospedale e sulla sua possibile organizzazione per livelli di intensità, che mira a supe-

rare preconcetti, false interpretazioni e strumentalizzazioni.

Il punto centrale di tale riflessione è il riconoscimento che quando si parla di ospedale per intensità non si deve pensare a un modello preconstituito, quanto a una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale.

L'ospedale per intensità è un ospedale che riconosce la differenziazione dei pazienti rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale. In questo senso è una evoluzione moderna del concetto di progressive care affermatosi dagli anni '60. Poi, è un ospedale che riconosce la diversità nella natura dei processi organizzativi necessari per gestire il paziente elettivo rispetto a quello urgente, quello a ciclo breve da quello con ricovero lungo. In terzo luogo, è un ospedale che cerca l'uso sinergico, flessibile, ancorché regolato, e di massima efficienza operativa delle risorse "collo di bottiglia" di cui dispone, dal posto letto, all'ambulatorio alla sala operatoria. Di conseguenza è un ospedale che si ripensa in relazione alle sue specificità rispetto agli elementi sopra richiamati. La sfida non è rivoluzionare l'ospedale per ragioni dogmatiche, quanto individuare quelle innovazioni e riconfigurazioni che possono essere utili per affrontare le criticità che sorgono

dalle caratteristiche della popolazione di pazienti dello specifico ospedale, dalle tensioni all'uso efficiente delle risorse, dai volumi e natura dei diversi processi organizzativi legati alla tipologia di ospedale (sede di Dea o meno, ospedale di rilievo polispecialistico od ospedale di prossimità locale ecc.). In questa prospettiva, quando concretamente parliamo di ospedale per intensità, parliamo di un processo di ripensamento dell'organizzazione e dell'allocazione delle aree e piattaforme produttive (reparti di degenza, sale operatorie, ambulatori, processi organizzativi) che segue principalmente tre ragionamenti:

- la standardizzazione delle attività elettive per pazienti a bassa instabilità clinica e bassa complessità assistenziale;
- l'individuazione di reparti dedicati a categorie di pazienti non inquadrabili come "ordinari medici", a esempio fragili, i chirurgici



ad alta necessità di stabilizzazione internistica, i post acuti, quelli con instabilità clinica elevata ma non tale da richiedere un terapia intensiva o sub-intensiva;

- la programmazione delle risorse "collo di bottiglia" (es. sale operatorie, spazi ambulatoriali, posto letto) secondo logiche che distinguono i processi elettivi dall'urgenza, e introducendo della flessibilità regolata nell'utilizzo.

Da questi ragionamenti nascono alcune delle più recenti innovazioni che osserviamo nel "portafoglio" delle possibilità a cui possono guardare il management e i professionisti dell'ospedale nella ricerca di soluzioni coerenti con la natura stessa del loro ospedale, che - come già richiamato - può differire per dimensioni, livello di specializzazione, intensità tecnologica, ruolo nella rete di offerta. Tra queste innovazioni si segnalano (fig. 1):

- la distinzione tra reparti high care, usual care (ricovero ordinario) e low care;

- l'introduzione di reparti high care - multispecialistici (area monitorizzata) nei piccoli ospedali o semi-dedicati nei grandi ospedali - è una delle innovazioni più interessanti, che intercetta il paziente chirurgico o medico ad alta instabilità clinica, tale da non essere adeguatamente assistito nel reparto ordinario, ma neanche da necessitare terapie intensive. Si tratta

quindi di un reparto intermedio tra le terapie intensive o sub-intensive e il reparto ordinario. Un reparto di posti letto monitorizzati. Il reparto

low care è invece un reparto multi-specialistico di post acuto - a gestione prevalentemente infermieristica - che avvia la transizione verso il territorio e accelera la

dimissione in condizioni di funzionalità ottimale per il paziente;

- l'introduzione di reparti multi-specialistici di ricovero breve medico o chirurgico, i week-surgery e week-hospital con ricovero da 2 a 5 giorni di natura elettiva;

- l'introduzione di reparti a gestione internistica per particolari categorie di pazienti, i fragili, l'ortogeriatra, alcune tipologie di pazienti perichirurgici ecc.;

- la distinzione tra l'ospedale elettivo e dell'urgenza, il secondo con una sua dotazione congrua di posti letto per soddisfare la maggior parte delle esigenze di ricovero da Ps di modo da distinguere e organizzare al meglio i percorsi organizzativi dell'urgente da quelli del paziente programmato e limitare la "cannibalizzazione" dei posti letto elettivi da parte dell'urgenza. Si fa riferimento anche allo slogan "l'ospedale nell'ospedale" per indicare questa soluzione organizzativa di creazione di un'area strutturale dedicata al ricovero urgente separata dal ricovero programmato;

- la condivisione tra più specialità dello stesso reparto ordinario di degenza e della stessa équipe infermieristica, con l'individuazione di posti letto polmone non preventivamente allocati alle unità operative di modo da gestire la variabilità fisiologica nei tempi e flussi dei ricoveri;

- la condivisione avviene tra specialità affini, spesso su base dipartimentale.

Da sottolineare che in questo percorso di ripensamento dell'ospedale non viene meno il ruolo di direzione delle strutture operative o la necessità di avere un'organizzazione dipartimentale. Entrambi questi livelli di responsabilità rimangono centrali nella programmazione delle attività, nella definizione dei contenuti dei processi clinico-assistenziali, nella definizione degli sviluppi strategici, nella manutenzione delle competenze dei professionisti medici. Si afferma quindi una centralità di ruolo del "primario" e del direttore di dipartimento quali strateghi

(leader) e manager che insieme alla direzione sono chiamati a disegnare gli sviluppi professionali, tecnologici e comportamentali che l'ospedale può o deve perseguire. Il paventato venir meno dell'organizzazione per strutture complesse e Dipartimenti è pura illazione, considerando che i riferimenti certi nelle famiglie professionali sono indispensabili per governare sistemi complessi pluralistici quali gli ospedali. Se una riduzione è in atto, questa è la conseguenza di razionalizzazioni di rete che affrontano nodi di duplicazioni e sviluppi autodeterminati che nel passato più recente hanno caratterizzato il sistema di offerta ospedaliero, non certo della riorganizzazione del singolo ospedale secondo logiche per intensità.

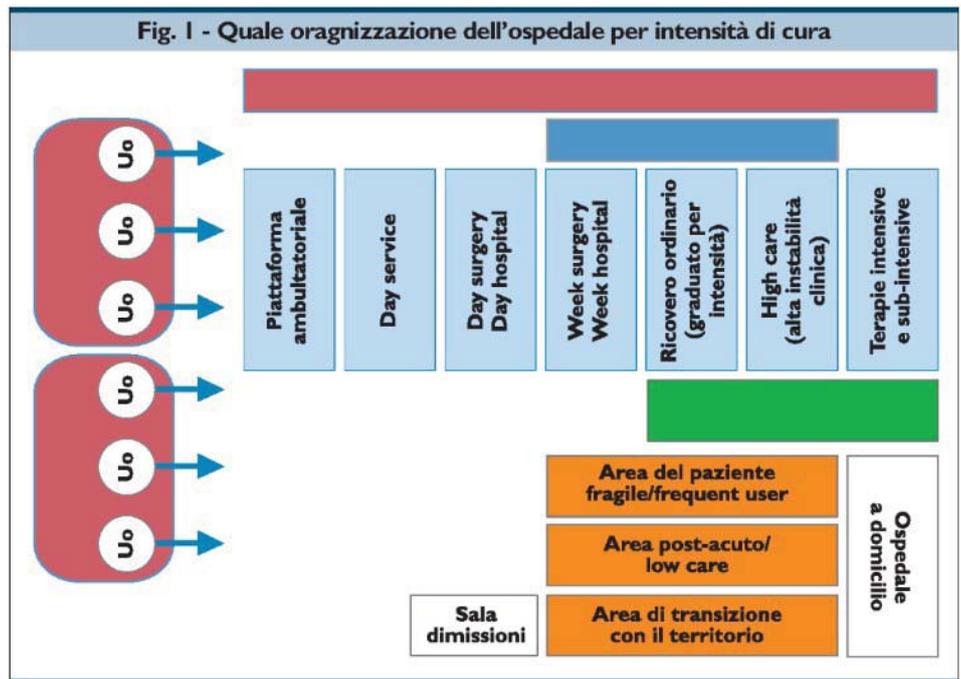
Ovviamente un ospedale ripensato secondo alcuni degli schemi tratteggiati in precedenza, comporta alcune modifiche di ruolo, nella direzione di sviluppo di nuovi ruoli da un lato - a esempio il bed manager, il flow manager di pronto soccorso, il process-owner dei processi organizzativi, l'operations manager per la gestione delle regole di uso delle piattaforme condivise ecc. - e nella modifica di ruoli già esistenti - coordinatori dell'assistenza, le direzioni mediche di presidio ospedaliero ecc.

Infine, alcune innovazioni riguarderanno le procedure operative, quali la gestione delle liste di attesa, la programmazione di sala operatoria, l'avvio del processo di continuità assistenziale per il paziente ricoverato ecc.

Come in ogni processo di cambiamento vi sono incognite e paure che nascono però spesso dalla mancanza di sufficienti informazioni per valutare gli effetti che il cambiamento può produrre. Certo non abbiamo ancora evidenze scientifiche solide che questi cambiamenti miglioreranno sensibilmente le performance degli ospedali, ma alcuni risultati iniziali in termini di recupero di produttività ed efficienza operativa sono confortanti. Cionondimeno occorre ri-

conoscere l'esistenza di criticità attuative che nelle esperienze in corso devono essere studiate e affrontate, con trasparenza e il coraggio anche di ritornare sulle decisioni quando necessario. «Buongiorno, finalmente l'ho trovata, in questo ospedale ci vogliono due ore per trovare i miei pazienti che mi hanno sparpagliato in vari reparti...», disse un medico a un suo paziente ricoverato in uno degli ospedali recentemente riorganizzato per livelli di intensità. Non era vero, ovviamente, ma la tentazione di minare le basi culturali del progetto, quando non se ne intuisce le ragioni, è forte. Così come quella di "boicottarlo" non rispettando le regole di funzionamento, dalla programmazione di sala operatoria al ricovero selettivo del paziente dimissibile entro 5 giorni per l'area del week surgery/hospital. Costringendo l'ospedale a trasferimenti nel week-end verso i reparti aperti con forte stress per gli operatori e per lo stesso paziente. Reazioni fisiologiche quando il cambiamento è subito, invece che agito. Il punto nodale sarà il modo con cui i singoli ospedali e i sistemi sanitari regionali affronteranno questo tema nel futuro prossimo: insieme o imponendo le scelte ai professionisti? Se cento anni di studi organizzativi ci hanno insegnato qualcosa, questo è che il cambiamento per consolidarsi ha bisogno di essere prima capito e poi nel tempo condiviso. In questa prospettiva ospedali e sistemi sanitari regionali potrebbero forse investire tempo e risorse nell'avviare una riflessione diffusa su questo tema, facendo informazione corretta e discutendo le premesse e le ragioni che sembrano sostenere questa direzione di cambiamento dell'ospedale con i professionisti che vi operano. Perché anche se un ospedale è qualcosa di più dei suoi professionisti, non sarà mai meglio di loro.

Federico Lega
Responsabile segmento
formazione executive in Sanità
Università-Sda Bocconi
School of management



Pronto per l'intesa lo schema di decreto Economia-Salute che attua il federalismo fiscale

Regioni virtuose, ecco i premi

Lo 0,1% del fondo accantonato per centrali d'acquisto e pareggio di bilancio

Come si assegnano i "premi"

- La quota premiale è stabilita nello 0,1% delle risorse ordinarie di finanziamento al Ssn che quindi viene accantonato
- Il 50% della somma disponibile è assegnato alle Regioni che hanno centralizzato almeno il 70% degli acquisti di beni e servizi (primo obiettivo)
- Il 50% della somma disponibile è assegnato alle Regioni con aziende che abbiano chiuso il bilancio in pareggio o in avanzo (secondo obiettivo)
- Il criterio di riparto è in base alla quota percentuale del finanziamento ordinario indistinto che spetta alla Regione nell'anno di riferimento
- In caso nessuna Regione raggiunga gli obiettivi la somma è assegnata all'altro e nel caso nessuna Regione raggiunga nessuno dei due obiettivi è riassegnata al fondo e ripartita tra tutte le Regioni sempre in base alla quota del finanziamento indistinto spettante

Ci sono circa 107 milioni pronti per le Regioni che potranno essere "premiare" per aver raggiunto gli obiettivi indicati nel Dlgs di applicazione del federalismo fiscale su premi e sanzioni. Si tratta dello 0,1% del fondo sanitario (in questo caso riferito al 2012) che lo stesso provvedimento dispone di accantonare per essere successivamente ripartito secondo la quota percentuale di accesso al fondo sanitario proprio di ogni Regione che lo dovesse meritare.

I due obiettivi "premiati" da raggiungere sono la realizzazione della centrale unica di acquisti per beni e servizi e il pareggio (o l'avanzo) di bilancio.

I criteri sono scritti nello schema di decreto interministeriale Economia-Salute che è stato trasmesso a fine novembre ai governatori e che dovrà essere esaminato nella prossima Stato-Regioni per raggiungere nel caso un'intesa che riprende le indicazioni del Dlgs 149/2011 (premi e sanzioni, appunto).

I premi andranno alle Regioni «che istituiscano una centrale regionale per gli acquisti - si legge nel Dlgs - e l'aggiudicazione di

procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore a un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del Dlgs 502/1992, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione». La quota assegnata per ciascun "premio" è pari al 50% della somma accantonata (poco più di 50 milioni quindi per il 2012).

Per quanto riguarda gli acquisti centralizzati vale sia l'attivazione degli acquisti centralizzati tramite la centrale di acquisto regionale, sia quelli previsti dalla Finanziaria 2007 con le centrali regionali e la Consip Spa in un sistema "a rete". Per centrare l'obiettivo le Regioni dovranno aver trasferito a queste modalità di acquisto almeno il 70% del volume di acquisti di beni e servizi sanitari nell'anno di riferimento. A controllare il risultato sarà il tavolo tecnico per gli adempimenti

regionali in base alle certificazioni verificate da Consip.

Stesso meccanismo per le quote premiali legate all'equilibrio di bilancio. La Regione che potrà "riscuotere" dovrà avere sul suo territorio aziende (compresi Policlinici e Irccs pubblici) che abbiano chiuso in pareggio o in avanzo il proprio bilancio. Alle verifiche questa volta provvederà il solo tavolo di verifica degli adempimenti regionali in base ai dati dei modelli del conto economico consuntivo.

Il decreto prevede anche un trasferimento di risorse dall'uno all'altro obiettivo in caso uno dei due non abbia nessuna Regione da "premiare" oppure la riassegnazione - e il conseguente riparto secondo le procedure ordinarie - della somma se in tutti e due i casi non dovessero essere stati ottenuti risultati premiabili.

A stilare la tabella in base alla quale l'Economia erogherà le relative somme di eventuale assegnazione dei premi saranno il Comitato Lea e il tavolo per la verifica degli adempimenti regionali.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MANOVRA/2**Alla guerra dei farmaci C***La possibilità di vendita fuori canale spacca anche i partiti*

La norma della manovra Monti che consente a corner Gdo e parafarmacie di vendere i farmaci su ricetta non rimborsati dal Ssn (fascia C) riaccende la polemica sulle liberalizzazioni. Gli esercizi di vicinato affilano le armi in vista dell'accesso a un mercato da 3,1 miliardi di euro, men-

tre coltivano il sogno della farmacia non convenzionata. Le farmacie pubbliche e private scendono sul piede di guerra in difesa della rete esistente e sollecitano nuove aperture di presidi convenzionati. E la parola passa alla politica.

A PAG. 5

MANOVRA/ *La norma che porta fuori farmacia le cure su ricetta riaccende le polemiche*

Farmaci C, stagione di caccia

Farmacie sugli spalti: «Unici in Europa» - Parafarmacie: «Via i paletti»

La diga ha ceduto: per le parafarmacie battezzate dalla prima lenzuolata "Bersani" scatta la stagione di caccia nei territori del farmaco su ricetta, per un giro d'affari da 3,1 milioni l'anno.

L'articolo 32 della manovra "Salva-Italia" all'esame della Camera concede a corner Gdo ed esercizi di vicinato la vendita dei farmaci di fascia C (non rimborsati dal Ssn) con appena alcuni paletti: l'esclusione di sostanze psicotrope, farmaci con ricetta non ripetibile e i prodotti iniettabili; la dislocazione in comuni con oltre 15mila abitanti, fuori dalle aree rurali individuate dalle Regioni; la rispondenza a requisiti strutturali tecnologici e organizzativi che saranno fissati con decreto tempo due mesi.

Il succo della rivoluzione annunciata è tutto qui. Corollario consequenziale: i farmaci non dovranno essere direttamente accessibili al pubblico; i distributori non dovranno discriminare tra farmacie e parafarmacie (come accadde all'esordio del fuori canale); anche sul venduto di vicinato si effettuerà la farmacovigilanza. E poi gli sconti: farmacie e parafarmacie potranno «praticare liberamente sconti sui prezzi al pubblico su tutti i prodotti venduti, purché esposti in modo chiaro e praticati a tutti gli acquirenti». Dizione che in senso letterale parrebbe attribuibile anche alla fascia A acquistata in farmacia su ricetta non Ssn, ma che invece pare indirizzata solo a far scattare la concorrenza anche sulla classe C sciolta via.

Difficile calcolare gli effetti eco-

nomici della manovra: dai conti abbozzati dalle parafarmacie, senza il vincolo dei 15mila abitanti e applicando le quote di mercato già acquisite sul fronte dell'automedicazione, corner e vicinato potrebbero acquisire 316mila euro di fatturato, con un utile medio mensile di 1.438 euro. Una boccata d'ossigeno per le parafarmacie, che hanno però protestato per il paletto della popolazione inserito all'ultimo momento cancellando anche la riduzione del quorum che - in una versione iniziale della manovra - doveva consentire l'ampliamento della pianta organica e l'apertura di un migliaio di nuove sedi da assegnare con concorsi "pacificatori" d'emergenza. «Si viola l'articolo 3 della Costituzione - hanno scritto a esempio i liberi farmacisti - i 25 milioni di cittadini che abitano in comuni con meno di 15mila abitanti saranno trattati diversamente e non potranno godere degli effetti della concorrenza». Contrario a quel paletto anche il Movimento consumatori: «Non ha senso - ha rilevato - il 30% delle parafarmacie si trova proprio nei piccoli comuni». A impegnarsi in prima persona e per scritto in un messaggio inviato ai presidenti delle associazioni dei parafarmacisti il segretario del Pd, **Pier Luigi Bersani**, marito di una farmacista, nonché sponsor e protagonista della prima ora delle liberalizzazioni.

Il purgatorio dei farmacisti. La norma sulla fascia C è l'ultima pennellata al purgatorio inflitto alle farmacie, finora sempre riuscite a rinviare in corner il disastro annunciato (la misura, scritta più o meno con le stesse parole, ha gira-

to per due anni nelle aule parlamentari sotto forma di emendamento mai approvato, ndr.). **Assofarm** (comunali) l'ha definita una «Norma mortale per i conti delle farmacie italiane». Federfarma ha pronosticato la rinuncia a 18mila collaboratori di farmacia in caso di approvazione della norma; ha fatto balenare l'ipotesi di una serrata; ha rilanciato - al termine di una sofferta assemblea - dichiarando disponibilità ai sacrifici ma senza fuoriuscita della ricetta dalla farmacia. «Saremmo il primo Paese in Europa a vendere i farmaci su ricetta fuori farmacia», ha più volte rimarcato la presidente, **Anna Rosa Racca**.

Il fatto che nel "vicinato" sia comunque presente un farmacista e il decreto sui requisiti promesso dalla manovra rendono però sempre più realistico il fantasma della farmacia non convenzionata, da tempo nel mirino dei farmacisti non titolari e del "mercato". La questione è ben chiara al presidente Fofi, **Andrea Mandelli**: «La professionalità dei colleghi che operano nelle parafarmacie non è in discussione - ha detto - ma a far fronte agli adeguamenti strutturali che saranno richiesti saranno soprattutto la grande distribuzione e le società di capitali. Anche limitare la liberalizzazione ai comuni maggiori favorisce più la Gdo che il singolo professionista».

Anche per le farmacie, è già scesa in campo la politica, con una lettera aperta a Monti sottoscritta da 73 parlamentari in gran parte del Pdl ma anche di Terzo Polo e Io Sud, primo firmatario il vicepresidente Fofi nonché senatore Pdl **Luigi d'Ambrosio Let-**

tieri.

Vicinato fa rima con sindacato. Intanto, forti della novità appena incassata gli esercizi di vicinato fanno squadra: a marzo avevano deciso di unire le forze per rivendicare il passaggio della C al fuori canale, l'accelerata del Governo Monti sulle liberalizzazioni ha indotto Mnlf, Anpi e Forum Farmacianonconvenzionata a velocizzare il processo unificante per costituire un sindacato unitario che - al netto della grande distribuzione, delle catene di parafarmacie e delle parafarmacie di proprietà dei titolari di farmacia - rappresenterà circa 3mila punti vendita.

Rebus finale. Se queste sono le premesse è evidente che il confronto sulle liberalizzazioni al bancone è ben lungi dall'essere concluso. Ora parlerà la politica. Anzi sta già parlando. «Parecchi pensano che questa norma non corrisponde alla necessità e urgenza che hanno caratterizzato il decreto», ha riferito il vicepresidente della commissione Bilancio, **Giuseppe Marinello** (Pdl), durante l'audizione dell'Aifa. Non resta che aspettare

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmacie, pubbliche e private, abitanti per farmacia, esercizi di vicinato e punti vendita extra farmacia

Regione/Pa	Numero di farmacie			Pubbliche/ Totale	Abitanti per farmacia	Esercizi di vicinato	Punti vendita extra farmacia
	Totale	Private	Pubbliche				
V. d'Aosta	49	42	7	14,29	2.593	4	4
Piemonte	1.536	1.432	104	6,77	2.886	231	270
Liguria	593	570	23	3,88	2.724	100	117
Lombardia	2.782	2.357	425	15,28	3.502	231	331
Veneto	1.316	1.211	105	7,98	3.712	195	243
Bolzano	118	118	0	0,00	4.228	2	3
Trento	165	138	27	16,36	3.150	11	13
Friuli V.G.	366	345	21	5,74	3.363	48	58
Emilia R.	1.230	1.028	202	16,42	3.527	165	224
Marche	493	419	74	15,01	3.184	78	96
Toscana	1.109	889	220	19,84	3.343	144	162
Lazio	1.474	1.321	153	10,38	3.817	273	317
Abruzzo	501	468	33	6,59	2.664	88	110
Umbria	269	218	51	18,96	3.324	44	47
Molise	168	164	4	2,38	1.909	13	17
Campania	1.606	1.556	50	3,11	3.620	309	347
Puglia	1.097	1.071	26	2,37	3.719	215	247
Basilicata	204	201	3	1,47	2.895	50	52
Calabria	760	759	1	0,13	2.643	240	253
Sicilia	1.419	1.407	12	0,85	3.550	353	392
Sardegna	541	532	9	1,66	3.089	182	200
Italia	17.796	16.246	1.550	8,71	3.374	2.976	3.503

Fonte: Elaborazione «Il Sole 24 Ore sanità»

I farmaci che potranno essere venduti anche in parafarmacia

Tipo ricetta	Numero confezioni	%	Numero categorie terapeutiche	%	Spesa prezzo al pubblico (€)	Confezioni vendute
Rr - Ripetibile 10 volte in 6 mesi	2.421	34,35%	300	52,36%	2.526.299.367	197.501.402
Otc - Libera vendita	1.169	37,58%	113	19,72%	1.576.945.363	216.078.149
Sop - Non richiesta	881	12,73%	98	17,10%	516.111.973	73.183.980
Rr - Ripetibile vale 30 giorni	410	13,95%	13	2,27%	582.588.570	80.235.640
Otc F - Pubblicità limitata	1	0,02%	1	0,17%	396.804	90.023
Totale	4.882	-	525	-	5.202.342.077	567.089.194

■ Già distribuiti attraverso il canale delle parafarmacie

■ Attualmente distribuiti in via esclusiva attraverso il canale delle farmacie

Nota: la categoria terapeutica è definita sulla base della categoria Atc al 4° livello

Fonte: Aifa (Agenzia italiana dei farmaci)

Ipotesi sugli effetti economici della liberalizzazione dei farmaci di fascia C

Il 98% delle parafarmacie sono ubicate in comuni con popolazione >di 3.000 abitanti, negli stessi comuni il numero di farmacie è pari all'80%. Dall'esame di questa realtà territoriale (53.692.103 abitanti) e utilizzando le attuali quote di mercato acquisite dalla parafarmacia (10% di Sop/Otc e parafarmaco [6,5% esercizi vicinato - 3,5% Gdo]), sul segmento dei farmaci di fascia C (3,2 mld), si ottengono i seguenti risultati:

Farmacia	Parafarmacia
Numero farmacie: 13.831	Numero parafarmacie: 3.296
Oggi: ● Fatturato totale: 23.028.785.835 euro ● Fatturato medio: 1.665.012 euro	Oggi: ● Fatturato totale: 901.216.696 euro ● Fatturato medio: 273.427 euro (esercizi vicinato: 176.212 euro)
Domani: ● Fatturato totale perso: 316.001.000 euro ● Fatturato medio: 1.642.165 euro ● Fatturato mediamente perso: 22.847 euro ● Utile mensile mediamente perso: 380 euro	Domani: ● Fatturato totale acquisito: 316.001.000 euro ● Fatturato medio: 369.301 euro (esercizi vicinato: 237.998 euro) ● Fatturato medio acquisito: 95.874 euro (esercizi vicinato: 61.786 euro) ● Utile mensile medio acquisito: 1.438 euro (esercizi, vicinato: 926 euro)

Effetti economici della liberalizzazione

Parafarmacie (nuove aperture) = 3.500-4.500; Occupati (nuovi occupati) = 8.000-9.000; Investimenti (nuovi investimenti) = 700 milioni di euro; Risparmi per i cittadini (ulteriori) = 250 milioni di euro

Fonte: Associazione nazionale parafarmacie

CORTE DEI CONTI**Iperprescrizione, nuovo gol per i medici**

Il solo dubbio della Asl sulla correttezza della diagnosi e dunque sull'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci rimborsabili contestati a un medico di famiglia non vale come prova di un danno all'Erario. E ancora: violazioni soltanto sporadiche delle indicazioni dell'autorità regolatoria (prima Cuf, oggi Aifa) non possono far configurare un profilo di colpa grave a carico del camice bianco.

La sezione Lombardia della Corte dei conti interviene di nuovo sull'iperprescrizione, attenuandone ancora la portata. Un gol in piena regola per i generalisti, a cui non solo non si può addebitare un comportamento scorretto sulla base della mera statistica (lo scostamento dalla media prescrittiva della Asl), come già stabilito dalle sentenze n. 9/2010, 404/2010 e 374/2011, ma si può anche giustificare qualche sbaglio.

«Non appare concretamente esigibile da parte del medico - si legge infatti nella **sentenza n.**

685/2011 depositata il 28 novembre - un livello di attenzione talmente elevato da escludere la possibilità di errori nell'osservanza della normativa di cui trattasi, dovendosi anzi ritenere, tenuto anche conto della complessità della normativa stessa, che viceversa qualche errore sia statisticamente probabile».

La Corte ha così completamente assolto una dottoressa per la quale la Asl di Milano aveva rilevato per il 2002-2004 uno scostamento significativo dalla media prescrittiva aziendale. Scostamento ritenuto alla fine non giustificato per 17 ricette a sei pazienti (il 17,3% di quelle campionate) e produttivo, per la procura, di un danno da iperprescrizione pari a 3.093,87 euro e di un danno a disservizio, per le spese sostenute dall'azienda per svolgere l'indagine, pari a 552,68 euro. Esaminando le singole ricette, il collegio non ha avuto dubbi: al medico non può essere riconosciuta alcuna responsabilità amministrativa.

Sia per le prescrizioni sulle quali c'è soltanto il dubbio di una violazione delle note Cuf - perché spettava alla Asl e non al camice bianco dimostrare che i pazienti non soffrissero delle patologie rientranti tra quelle della nota - sia per quelle sulle quali la violazione è effettivamente avvenuta, perché riferite a sole due pazienti nell'arco di tre anni. Non certo la condotta «di un medico che in maniera sistematica e scriteriata prescrive farmaci ponendoli a carico del Ssn in violazione delle disposizioni delle note Cuf».

C'è un altro risvolto interessante, come sottolinea l'avvocato **Gennaro Messuti**, che assiste lo Snam Lombardia: «La controparte, nel caso di specie la Asl e la Regione Lombardia, è stata condannata al pagamento delle spese processuali in favore del medico». Come a dire: le pretese risarcitorie infondate non convengono.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CASSAZIONE**Cartella clinica: è un falso aggiornarla in ritardo**

La Cassazione ricostruisce il ruolo e la forza della cartella clinica attraverso due sentenze che, seppure vertenti su fattispecie del tutto differenti, permettono di ricostruire le obbligazioni del medico. Si tratta della pronuncia n. 42917/2011 depositata il 21 novembre dalla quinta sezione penale e della n. 25568/2011, depositata il 30 novembre dalla terza sezione civile.

Nella prima si stabilisce che commette falso in atto pubblico ex articolo 476 del Codice penale il medico che aggiorna la cartella clinica nei giorni successivi alla visita effettuata. La sentenza conferma la condanna a otto mesi di reclusione inflitta dalla Corte d'appello di Caltanissetta a un camice bianco ospedaliero che aveva lasciato il reparto senza riportare sulla cartella clinica il risultato della visita e la terapia prescritta al paziente, aggiornandola solo alcuni giorni dopo il suo decesso.

La pronuncia ricorda che il pubblico ufficiale il quale nell'esercizio delle sue funzioni forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni. Ne deriva che le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali. Nessuna importanza ha l'intenzionalità dell'autore in quanto il reato deriva da dolo generico e non da dolo specifico. Affinché esista il reato, quindi, basta avere commesso il fatto anche senza intenzione di nuocere.

Il reato non viene neppure attenuato dal fatto che il medico, trovandosi in reparto da solo e allontanatosi alla fine del turno senza trascrivere sulla cartella le risultanze della visita effettuata nella giornata, abbia comunque lasciato le indicazioni terapeutiche nelle schede termometriche allegate alla cartella clinica.

Le ragioni di tanta severità so-

no specificate nella seconda sentenza, con cui la Cassazione ha respinto il ricorso di un chirurgo estetico che chiedeva di essere manlevato dalla propria assicurazione per una richiesta di risarcimento danni da parte di una paziente. Il giudice di merito, condividendo la tesi difensiva dell'assicurazione, aveva stabilito che l'intervento era stato svolto in regime convenzionato, come provato dalla documentazione medica allegata, e che dunque non era coperto dalla polizza che riguardava unicamente l'attività libero-professionale.

Nella pronuncia i Supremi Giudici affermano la rilevanza pubblicistica della cartella clinica, «caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla funzione della documentazione di attività compiute (o non compiute) dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità». Con riferimento al valore legale da attribuire alla documentazione, la Cassazione ha chiarito che «da natura di certificazione amministrativa delle attestazioni contenute nella cartella clinica redatta da una azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio pubblico - al pari di quelle dei certificati medici convenzionati - è affermazione giurisprudenziale praticamente costante».

Le annotazioni contenute in cartella sono quindi coperte da fede privilegiata, cioè fanno fede come prova tranne quando ne venga esplicitamente provata la falsificazione. L'applicazione dello speciale regime di cui agli articoli 2699 e seguenti del Cc - precisa però la Corte richiamando le sentenze n. 7201/2003 3 10695/1999 - è circoscritta alle sole trascrizioni concernenti le attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento. Sono escluse le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o le opinioni in essa contenute.

P.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cassazione, guida alla responsabilità

Negli ultimi 10 anni le decisioni della Cassazione sulla colpa medica sono cresciute del 200% rispetto ai 60 anni prima. Un Quaderno dell'Ufficio del massimario spiega come e perché si è allargata l'area della responsabilità del camice bianco.

A PAG. 14-15

Dall'Ufficio del massimario della Cassazione un quaderno sulla responsabilità sanitaria

L'exploit della colpa medica

Negli ultimi 10 anni il contenzioso in sede di legittimità è cresciuto del 200%

Le massime dal 1942 a oggi			
	Anni 1942-1990	Anni 1991-2000	Anni 2001-2011(*)
(A) Massime archiviate dal Ced	224.766	152.484	119.139
(B) Massime in tema di responsabilità medica	60	83	201
Rapporto A/B	0,03%	0,05%	0,17%

(*) Il dato è aggiornato a settembre 2011

Le massime in tema di colpa medica dal 1991 al 2011					
Anno	N. massime	Anno	N. massime	Anno	N. massime
1991	3	1998	15	2005	12
1992	1	1999	16	2006	24
1993	8	2000	14	2007	17
1994	4	2001	15	2008	15
1995	5	2002	9	2009	26
1996	3	2003	10	2010	28
1997	14	2004	32	2011 (*)	13

(*) Fino al 15 settembre 2011

Che il contenzioso medico-paziente fosse aumentato era cosa nota. Di quanto esattamente era però difficile a dirsi. Adesso è arrivata la conferma da una fonte autorevolissima: l'Ufficio del massimario della Corte di cassazione, che ha appena dedicato un Quaderno, curato dal magistrato **Marco Rossetti**, proprio alla «responsabilità sanitaria e tutela della salute». Eclatanti i dati: non soltanto negli ultimi dieci anni il contenzioso dipendente da malpractice sanitaria in sede di legittimità, cioè davanti ai Supremi Giudici, è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti. Ma solamente

negli ultimi quattro anni la Cassazione ha deciso ben 82 casi di responsabilità medica, pari a tutti quelli decisi tra il 1991 e il 2000 e addirittura superiore a quelli decisi tra il 1942 e il 1990. Un exploit senza precedenti.

Di pari passo la materia della responsabilità del medico è andata acquistando un'identità specifica: la giurisprudenza ha elaborato regole ad hoc. Che hanno riguardato sia la natura stessa della responsabilità sia altri aspetti, come il riparto dell'onere della prova, l'accertamento del nesso di causalità tra condotta ed evento lesivo, fino all'applicazione dell'articolo 2236 del codice civile che esula il

professionista dalla responsabilità (tranne per dolo e colpa grave) nel caso debba risolvere «problemi tecnici di speciali difficoltà».

È nata una nuova costola della responsabilità civile, insomma. Un «sottosistema», come è definito nel Quaderno. Tanto che vari autori hanno rilevato l'esigenza che quella medica vada tenuta distinta dall'analoga responsabilità degli altri professionisti. Perché le differenze sono ormai tante e rilevanti. A partire proprio dall'onere della prova: il principio generale risultante dal combinato disposto degli articoli 2043 e 2697 del codice civile prevede che l'onere di provare la colpa

incomba sul danneggiato. Nel caso della responsabilità medica, invece, i giudici hanno invertito le parti: l'onere di aver agito correttamente spetta al medico e il paziente può invocare la presunzione di colpa prevista dall'articolo



1218 Cc anche in assenza di contratto.

Non solo. L'interpretazione prevalente degli articoli 40 e 41 del Codice penale vuole che il danno si possa ritenere causato dall'imputato soltanto quando vi sia la prova positiva che senza la condotta contestata l'evento non si sarebbe verificato. Alcune sentenze della Cassazione (n. 12103/2000 e n. 6220/1988) sono state invece molto meno rigorose, ritenendo configurabile il nesso causale anche quando la causa effettiva del danno sia incerta ma la condotta del medico sia astrattamente idonea a produrlo.

Ci sono infine altri due «scostamenti» importanti. In generale il danneggiante non può rispondere dei danni quando nel suo comportamento non siano ravvisabili profili di colpa. Ma per i medici la valutazione si è spostata a monte: non serve più solo la diligente esecuzione dell'intervento, ma anche la prova che il paziente sia stato correttamente informato prima sui rischi della prestazione. C'è poi la questione del «contatto sociale» che rende la natura della responsabilità medica sempre contrattuale, a differenza degli altri. In altre parole, il camice bianco è tenuto non solo ad astenersi dal violare la sfera giuridica altrui (*neminem laedere*), ma anche ad attivarsi per diagnosticare e curare i mali diversi da quelli per cui il malato si è rivolto a lui.

Di fronte a tali «trattamenti particolari» suona ingenuo credere che il contenzioso sia aumentato perché i medici oggi sbagliano più che in passato. Al contrario: la scienza medica, scrive Rossetti, ha fatto negli ultimi anni passi da gigante e la preparazione dei camici bianchi si è fatta via via «più raffinata». Le ragioni di una simile crescita del contenzioso vanno cercate altrove e la dottrina le ha segnalate. Si va dalla maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte degli utenti alle attività di sensibilizzazione svolte dalle associazioni di difesa dei diritti del malato. Dall'accresciuta scolarizzazione della popola-

zione alla stessa evoluzione dei mezzi di diagnosi e cura, che ha permesso sia un controllo esterno più serrato sull'attività del medico sia l'esposizione del professionista al rischio derivante dal controllo e dal governo di strumenti molto sofisticati. Ci sono anche motivazioni legate all'orientamento giurisprudenziale: l'evoluzione del concetto e delle funzioni della responsabilità civile, che «da criterio di riparto delle conseguenze sfavorevoli di un evento dannoso è andata assumendo la natura di strumento di allocazione delle risorse del sistema»; il ricorso massiccio dei medici e delle strutture all'assicurazione; la crescita esponenziale degli importi dei risarcimenti liquidati.

Un mix vulcanico di elementi. Complicato dal fatto che all'interno del sottosistema della responsabilità medica ci sono altri sottosistemi. Perché i rischi professionali variano da specialista a specialista. Rossetti cita i casi dell'anestesista e dello psichiatra, figure radicalmente differenti quanto a *leges artis* da seguire, ai criteri di accertamento del nesso causale, ai tipi di danni risarcibili. Allo stesso modo il danno da nascita indesiderata non potrà mai essere contestato a un ortopedico. «Se è vero che appare più corretto parlare di «responsabilità medica» che di «responsabilità del medico» - conclude Rossetti - è altresì vero che il lemma «responsabilità» va inteso come un plurale: più che una responsabilità medica, esistono molti tipi di responsabilità mediche, per ciascuna delle quali sono state elaborate o vengono emergendo in sede giurisprudenziale regole ad hoc». Un corpus tanto più voluminoso quanto più massiccio diventa il fenomeno del contenzioso sanitario a livello sociale. E il pericoloso corollario che comporta: la medicina difensiva, non a caso segnalata dal ministro della Salute, Renato Balduzzi tra le priorità del Governo Monti sulla Sanità.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANOVRA/3

Riparto, il Sud all'attacco

No ai vecchi criteri: scontro sui finanziamenti 2012

Le Regioni del Sud si compattano nella battaglia sul Fondo 2012 che per il prossimo anno metterà in palio 106 miliardi. Una battaglia che si annuncia più dura del solito scontro che vede, come ogni anno, il "tutti contro tutti" al momento del ri-

parto del Fondo sanitario nazionale. Questa volta c'è la promessa, già non mantenuta l'anno scorso, di studiare nuovi criteri per ripartire le sempre più limitate risorse del Ssn.

A PAG. 8

I criteri per dividere i finanziamenti per il 2012 continuano a spaccare le Regioni

Riparto, il Sud va alla guerra

Pressing per inserire la deprivazione - Allo studio nuovi parametri

Sicilia, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Basilicata. E con il Lazio pronto a entrare tra le fila. Il Sud comincia a compattarsi nella battaglia sul Fondo 2012 che per il prossimo anno metterà in palio 106 miliardi (108,7 se si calcolano anche le risorse vincolate). Una battaglia che si annuncia più dura del solito scontro che vede, come ogni anno, il "tutti contro tutti" al momento del riparto del Fondo sanitario nazionale. Questa volta c'è la promessa, già non mantenuta l'anno scorso, di studiare nuovi criteri per ripartire le sempre più limitate risorse del Ssn. Criteri da aggiungere ai soliti parametri impiegati (quote procapite e pesatura per età) ritoccati, ogni anno e in extremis dopo sfiibranti trattative, con gli aggiustamenti del caso (il cosiddetto "metodo del lapis").

Il 2012 è infatti un anno cruciale visto che segna lo spartiacque prima dell'ingresso del Ssn nell'era dei costi standard annunciati dal federalismo fiscale. Per questo vincere questa battaglia può significare (forse) ipotecare la vittoria nella "guerra dei fondi" del futuro. È stato lo stesso **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, a parlare di «anno di transizione» a cui applicare «le migliori prassi degli ultimi anni». «Dobbiamo scervellarci ora - si è chiesto ancora Balduzzi - o conviene guardare in prospettiva» all'entrata in vigore delle «nuove regole» da-

te dal federalismo per il 2013 e usare il 2012 come «anno di transizione?».

Il Sud la risposta ce l'ha già chiara: bisogna subito cambiare le regole del gioco. O comunque aprire una riflessione più generale sulla sostenibilità del Ssn nelle Regioni del Sud, quasi tutte, alle prese con piani di rientro e con lacci e laccioli sulla spesa e il personale che non gli consentono più di garantire i livelli essenziali di assistenza al cento per cento. Tutto è iniziato con l'invio alle Regioni nelle scorse settimane della proposta di riparto 2012 dell'ex **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**.

Una proposta che in pratica percorre la solita strada e che le Regioni meridionali hanno giudicato subito irricevibile. Almeno finché non si prenderà in considerazione l'ormai famigerato criterio della deprivazione, l'indice sulle condizioni socio-economiche da tempo sbandierato dai governatori meridionali come parametro in più da prendere in esame, accanto all'età, per ripartire i finanziamenti del Ssn. E con le altre Regioni più o meno in ordine sparso divise tra chi punta al criterio della cronicità (la frequenza sul territorio di patologie come tumori o malattie cardiovascolari) o insiste sul peso dell'invecchiamento dei propri abitanti o su nuovi criteri. Tra tutti il Veneto, il più acerrimo nemico dell'indice di deprivazione. I tecnici regionali stanno

studiando, in particolare, una batteria di indicatori (si veda la tabella qui a fianco) da impiegare sui vari fronti dell'assistenza (territoriale, farmaceutica, specialistica, ospedaliera). Restano in particolare ancora da attribuire nuovissimi criteri come gli indicatori di «carattere sociale-economico, compresa la struttura della famiglia», la presenza dell'accreditamento, premi di virtuosità, la dimensione territoriale e abitativa (da qui anche l'idea di un fondo per le piccole Regioni). E ovviamente la «deprivazione - problemi ambientali». La sensazione comunque è che ogni Regione, pur di non perdere neanche un euro, punti a inserire un criterio ritagliato sulle proprie esigenze. Con il rischio più che concreto di far finire il riparto in un vero e proprio cul de sac. Nel mirino del confronto tra i tecnici regionali è finito anche il tradizionale calcolo della popolazione che quest'anno potrebbe essere rivisto in base al censimento che sta effettuando l'Istat. Tanto che già si pensa a una possibile sterilizzazione delle proiezioni Istat.

La patata bollente passa ora al **ministro Balduzzi** a cui le Regioni già da tempo stanno chiedendo un incontro urgente. Sullo sfondo c'è ovviamente il nuovo Patto della salute a cui forse toccherà il compito difficile di disinnescare questa bomba.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La batteria di criteri allo studio delle Regioni	
Ambiti di applicazione	Criteri
Prevenzione	
Territoriale	Per fasce d'età Tasso di mortalità Cronicità
Farmaceutica	Per fasce d'età Cronicità
Specialistica	Per fasce d'età Cronicità
Ospedaliera	Per fasce d'età con correzione per morbosità, con particolare riguardo ai tumori Per fasce d'età Per fasce d'età e fattori familiari
Da attribuire	Indicatori di carattere sociale-economico, compresa la struttura della famiglia Accreditamento Fondo piccole regioni Virtuosità (equilibrio di bilancio ed erogazione Lea) Deprivazione - problemi ambientali Dimensione territoriale e densità abitativa
Popolazione	La popolazione all'1/1/2011 Estensione delle fasce d'età anziane >75 anni



**Il ministro
Balduzzi**

«L'espressione tagli credo che debba essere precisata - spiega il ministro della Salute Renato Balduzzi -

Dico spesso che i tagli li fa il chirurgo. Chi deve gestire la sanità ha problemi di riorganizzazione, di ristrutturazione e di governo di un settore che è difficile, ma che è anche molto importante per la vita quotidiana di tutti noi»



Genetica**Emofilia,
primi test ok**

Sono positivi i risultati ottenuti nei primi sei pazienti nei quali una delle più comuni forme di emofilia, la B, è stata trattata con la terapia genica, ossia con la terapia che si basa sulla sostituzione del gene difettoso all'origine della malattia con un gene sano. La sperimentazione, i cui primi dati sono pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, è stata condotta fra Gran Bretagna e Stati Uniti. L'emofilia è una malattia ereditaria diffusa in tutto il mondo. Colpisce in media una persona su 10mila e impedisce al sangue di coagulare per un difetto dei geni che producono i fattori responsabili di questa funzione. Le forme più comuni di emofilia, ossia la A e la B, si devono rispettivamente alla mancanza del fattore VIII e IX, mentre una forma più rara, la C, si deve alla mancanza parziale o totale del fattore XI. Attualmente la terapia si basa sulla sostituzione del fattore mancante con iniezioni endovenose due o tre volte alla settimana. La terapia genica punta invece direttamente alla causa della malattia. L'obiettivo di questi primi test, coordinati dal britannico University College London e dallo statunitense Jude Children's Research Hospital, era comunque limitarsi a verificare la sicurezza della terapia.

