



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**La Sanità****De Luca dalla Lorenzin  
«Subito piano di rientro  
e nuovo commissario»****Paolo Mainiero**

**A**ccelerare i tempi per la nomina del commissario. È la richiesta che il presidente della Regione Vincenzo De Luca ha fatto al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, incontrata ieri a Roma. Un incontro durante il quale, fa sapere una generica e burocratica nota diffusa da Palazzo Santa Lucia, è stata fatta «una ricognizione generale» sulla sanità campana. Punto centrale del colloquio è stata la questione del commissariamento. In una fase delicata, alla prese con un piano di rientro ancora in corso e con i servizi che da anni soffrono per i numerosi tagli, un settore complesso come la sanità non può restare per troppo tempo senza una governance stabile. Dallo sblocco del turn over all'Ospedale del Mare, dai precari all'approvazione del nuovo piano ospedaliero, c'è una serie di scadenze alle quali dare una risposta immediata.

# Commissario sanità e tetti di spesa De Luca: si cambi

## Il governatore incontra il ministro Lorenzin: «Definire in tempi brevi il piano di rientro»

**Paolo Mainiero**

Accelerare i tempi per la nomina del commissario. È la richiesta che il presidente della Regione Vincenzo De Luca ha fatto al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, incontrata ieri a Roma. Un incontro durante il quale, fa sapere una generica e burocratica nota diffusa da Palazzo Santa Lucia, è stata fatta «una ricognizione generale» sulla sanità campana.

Punto centrale del colloquio è stata la questione del commissariamento. In una fase delicata, alla prese con un piano di rientro ancora in corso e con i servizi che da anni soffrono per i numerosi tagli, un settore complesso come la sanità non può restare per troppo tempo senza una governance stabile. Dallo sblocco del turn over all'eterno cantiere dell'Ospedale del Mare, dalla stabilizzazione dei precari all'approvazione del nuovo piano ospedaliero, c'è una serie di scadenze alle quali dare una risposta immediata. Al ministro Lorenzin De Luca ha quindi chiesto la «nomina più sollecitata possibile del nuovo commissario» oltre alla «definizione di tempi medio-brevi per il piano di rientro». Non è escluso che la questione possa essere chiusa già in settimana perché la sanità ha bisogno di certezze e di tempestività nelle decisioni. I nomi? Si continua a parlare dell'ex sub-commissario Giuseppe Zuccatelli (che ricopri lo stesso incarico con Antonio Bassolino) e di Massimo Russo (ex assessore alla Sanità in Sicilia ai tempi di Totò Cuffaro e Raffa-

ele Lombardo) anche se c'è chi sostiene che il vero nome sia stato sinora tenuto nascosto.

De Luca e Lorenzin hanno discus-

so anche di altri temi. Il governatore e il ministro hanno condiviso «l'esigenza di rafforzare e rendere ancora più appropriate le verifiche congiunte Governo-Regione» circa «l'appropriatezza delle prestazioni per le quali - si legge nella nota di Palazzo Santa Lucia - si registrano ancora gravi problematiche». È una questione, questa relativa all'appropriatezza delle prestazioni, sollevata da De Luca nei primissimi giorni del suo mandato e legata ai tetti di spesa che in varie Asl risultano già esauriti per varie specialistiche: radiologia, laboratori di analisi, diabetologia, Medicina nucleare. Nell'incontro De Luca ha chiesto al governo «un impegno formale, oltre alle apprezzate dichiarazioni, per una ridefinizione di parametri più equi di riparto della spesa sanitaria nazionale tra le Regioni e ha concordato con il ministro un impegno speciale per l'eliminazione dei tetti di spesa a cominciare da quelli previsti per i malati di diabete».

Ma i nodi della sanità non finiscono qui. De Luca ha annunciato la riapertura

dei termini per l'iscrizione all'albo dei direttori generali. Ciò significa che sono destinati ad allungarsi i commissariamenti delle Asl e delle aziende ospeda-

liere proprio mentre gli operatori della sanità sollecitano il passaggio alla fase ordinaria senza la quale è più difficile fare programmazione.

Da ieri, intanto, è ufficiale la nomina di Enrico Coscioni, cardiocirurgo del Ruggi di Aragona di Salerno, a consigliere di De Luca per la sanità. Il decreto è stato pubblicato sul Burc. Ufficiali sono anche la nomina del commissario liquidatore dell'Isve (il dirigente regionale Fortunato Polizio) e del rappresentante della Regione nel consiglio di indirizzo del San Carlo (Sebastiano Maffettone). Infine, la giornalista Ilaria Perrelli è il portavoce del presidente del consiglio regionale Rosetta D'Amelio.

### Il nodo

Sul tavolo i criteri di ripartizione del fondo «Superare il sistema dei budget»



## Sanità, in arrivo il nuovo commissario

Vertice Lorenzin-DeLuca  
Il presidente: ridefinire  
i parametri della spesa

**I**N ARRIVO il nuovo commissario per la sanità campana. La nomina spetta al premier Matteo Renzi e, in base alla nuova normativa, non potrà più essere una persona residente nella regione. Il nuovo commissario, ma anche la definizione dell'ultima tranche del piano di rientro dal debito sanitario, l'eliminazione dei tetti di spesa a cominciare dai malati di diabete e parametri "più equi" di riparto della spesa nazionale: questi i temi di due ore di faccia a faccia ieri mattina a Roma tra il governatore Vincenzo De Lu-

ca e il ministro della salute Beatrice Lorenzin.

Sul tavolo il macigno sanità che occupa oltre l'80 per cento della spesa regionale. Due ore per stendere una ricognizione generale sullo stato del settore a partire, appunto, dall'urgentissima nomina del nuovo commissario di governo. Non sarà più il presidente della Regione a ricoprire il delicato incarico, ma per legge stavolta sarà espressione dei ministeri della salute e dell'economia. Il tutto, però, comunque d'intesa con il governatore.

Da qui lo "scatto" di Vincenzo De Luca che è piombato in mattinata a Roma per condividere con il governo le scelte da cui dipenderanno nei prossimi mesi e prossimi anni le finanze



### GOVERNATORE

Il presidente Vincenzo De Luca ieri ha incontrato il ministro della salute Beatrice Lorenzin

della Campania. Il presidente De Luca, in particolare, ha chiesto al governo un impegno formale per una ridefinizione di parametri più equi di riparto della spesa sanitaria nazionale tra le regioni e ha concordato con il ministro Lorenzin un impegno speciale per l'eliminazione dei tetti di spesa a cominciare da quelli previsti per i malati di diabete.

Nell'attesa che le promesse si traducano, da parte del governo, in atti concreti, resta intanto attualissima, imminente, la nomina dei commissari per gran parte di Asl e aziende sanitarie della Campania. Nomine che in questo caso spettano tutte a De Luca e alla sua amministrazione.

Nei giorni scorsi, infatti, la giunta di via Santa Lucia ha riaperto i termini per l'inserimento degli aventi diritto nell'Albo da cui pescare i nuovi direttori generali.

Una scelta che allunga inevitabilmente di alcuni mesi la procedura per le nomine. Un segnale chiaro della scelta della Regione, dunque, di puntare alla nomina di commissari, per un periodo compreso tra sei mesi e un anno, prima di avviare la complessa procedura per la nomina dei manager.

Finora è stato nominato solo il commissario della Asl di Salerno, ma sono in arrivo probabilmente nelle prossime settimane almeno una decina di altri avvicendamenti.

(o. l.)

MEDICI. 1

# Sanità al Sud, un diritto negato Stati generali Anaaò a Napoli

DI RAFFAELE RINALDI

**INVADENZA DELLA** politica nella gestione della sanità, intreccio tra spesa pubblica ed attività criminose, deficit di cultura organizzativa e di etica della responsabilità politica: sono alcuni dei punti di crisi che caratterizzano la gestione sanitaria nel Mezzogiorno, al centro del convegno nazionale Anaaò Assomed dal titolo "La sanità al Sud: selfie di un diritto negato", in programma a Napoli, sabato 26 settembre, presso il Complesso monumentale S. Maria la Nova. A confronto con esperti e rappresentanti istituzionali, come i presidenti di Campania e Basilicata **Vincenzo De Luca** e **Marcello Pittella**, per affrontare gli aspetti più critici del settore anche nell'ottica della professione di medici e dirigenti sanitari.

"La ricetta delle 3T (tagli, ticket e tasse), con la quale negli ultimi anni sono stati raggiunti risultati parziali sul risanamento dei conti - sottolinea **Costantino Troise**, segretario nazionale Anaaò Assomed - ha comportato il prezzo di una assistenza negata". Il diritto alla salute, garantito dalla Costituzione, viene così declinato secondo i CAP (Centri per l'assistenza primaria) non solo per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ma anche per efficacia e sicurezza delle cure, ed aderenza ai programmi di screening. "Per di più - aggiunge Troise - la persistenza di considerevoli quote di mobilità sanitaria sposta ingenti risorse economiche, realizzando il paradosso per cui sono le regioni più povere a finanziare la sanità delle regioni più ricche". Per il segretario dell'Anaaò Assomed non basta l'applicazione reclamata da più parti dei costi standard che rischiano di cristallizzare il differenziale attuale non tenendo conto dei differenti punti di partenza. "Occorre, invece - conclude Troise - riscoprire la lezione di don Milani rifiutando parti eguali tra diseguali. Tra le relazioni del convegno, l'economista **Fabrizio Russo** affronta il tema della responsabilità eti-

ca nella gestione delle Aziende Sanitarie. "L'introduzione dell'aziendalizzazione - spiega Russo - ha prodotto una serie di benefici, tra i quali una maggiore attenzione verso l'uso efficiente delle risorse, condizione indispensabile per favorire l'accesso del paziente in ospedale. Tuttavia, è necessario che tali processi siano accompagnati da una nuova cultura manageriale, fondata su una formazione in business ethics. In tal modo sarà possibile coniugare le esigenze di sopravvivenza di lungo periodo con il fine di un'azienda sanitaria, ossia la soddisfazione dei fabbisogni di salute della popolazione". Tale formazione non può prescindere dall'introduzione di alcuni principi di gestione eticamente responsabile: coerenza tra identità organizzativa e impatto clinico e sociale, ossia tra mission dell'organizzazione sanitaria, e appropriatezza clinica e organizzativa; il ricorso a strumenti di controllo e rendicontazione agli stakeholders, quali il bilancio sociale.

**Cosimo Nocera**, medico del San Giovanni Bosco di Napoli, responsabile Mezzogiorno dell'Anaaò Assomed, focalizza la sua relazione sugli aspetti istituzionali e organizzativi della Sanità al Sud. "C'è un evidente contrasto tra l'articolo 32 della Costituzione, che dovrebbe garantire uguali diritti nel campo della salute a tutti i cittadini e la sua mancata applicazione nella realtà - afferma Nocera -. La mia relazione vuole evidenziare criticità organizzative quali sottofinanziamento, mobilità passiva, rapporto tra posti letto e territorio, condivise con molti colleghi, per tentare di definirne alcune possibili soluzioni. •••"

## Punti di crisi

- Invadenza pervasiva della politica nella gestione della sanità
- Intreccio tra spesa pubblica, prevalentemente sanitaria, ed attività criminose
- Deficit di etica della responsabilità della Politica
- Deficit di cultura organizzativa dei settori dirigenziali
- Atavica allergia alle regole
- Evasione fiscale, piccola e non, per assenza di controlli.



Costantino Troise



Cosimo Nocera

Ssn appeso a una pesante manovra 2016: si apre una stagione con tanti (troppi) appuntamenti alle porte

# Come d'autunno sugli alberi le foglie

Tagli e spending, è già braccio di ferro Governo-Regioni - E i ricoveri calano ancora

**C**ome d'autunno sugli alberi le foglie, il Ssn è appeso alla prossima legge di Stabilità, che si annuncia pesante. E se il frutto della Finanziaria passata è il taglio da 2,35 miliardi inserito nel Dl Enti locali, fresco di approvazione e ancora in

gran parte da attuare, la parola d'ordine per quest'anno è razionalizzazione. A suon di spending review miliardaria e di costi standard, tutti da scrivere. Una ricetta non facile da applicare, quando imprese e professionisti sono ancora alle prese con la "batosta" ri-

cevuta all'insegna dell'efficienza. Malgrado i messaggi distensivi del governo, questo autunno potrebbe far cadere molte foglie, sul grande prato del Ssn.

Ma intanto dalle Sdo 2014 arriva una buona notizia: i ricoveri diminuiscono e l'appropriatezza avanza.

GOBBI A PAG. 2-3

Mentre è in corso l'attuazione del Dl Enti locali si allunga l'ombra della Stabilità 2016

# Un autunno di medici e conti

Partita aperta tra revisione della spesa, delle prestazioni e delle risorse

Numeri che «scottano»

**2,35 mld**

I tagli per il Ssn per il 2015 operativi con il varo del Dl 78 sugli Enti locali: in campo la stretta su B&S, dispositivi, farmaci, ricoveri eliminabili e prescrizioni inappropriate

**30 mld**

La cifra su cui si aggirerà la legge di Stabilità 2016, basata su tre pilastri: spending review (10mld), sterilizzazione delle clausole di salvaguardia fiscali (16 mld) e taglio delle tasse (5 mld)

**10 mld**

L'ammontare della spendig review basata su una stringente centralizzazione degli acquisti anche per Regioni ed enti locali e su tagli a ministeri, enti inutili e partecipate

**1-1,3 mld**

La stima delle risorse recuperabili in conto spending dall'attuazione quest'anno della riforma della Pubblica amministrazione anche se i maggiori risparmi sono attesi nel biennio 2017-2018

**L**e Regioni possono dormire sonni tranquilli: il pianeta Sanità "ha già dato", come si dice, e per il momento non è pensabile saccheggiarlo ulteriormente. L'ufficialità dei comunicati e delle dichiarazioni che arrivano dal Governo suona più o meno così. E non potrebbe essere altrimenti, visto che il Dl Enti locali con la sua dote di tagli per 2,35 miliardi, è fresco di pubblicazione. Così fresco da bruciare ancora sulla pelle dei governatori, chiamati in 5 mesi (ma in tanti si erano portati avanti) a una corsa ai risparmi che già a gennaio pareva impossibile.

L'eco del Dl non si è ancora spenta: anzi si diffonderà almeno per questo inizio d'autunno, tra il tavolo Aifa-Salute-Economia-Regioni chiamato entro fine settembre a rivedere il Pron-

tuario farmaceutico (v. pagina 10-11) e le misure pro appropriatezza volute dalla ministra Lorenzin per indicare la giusta via ai medici "iper prescrittori". Mentre la logica del bilancino vuole che i camici bianchi siano ricompensati con l'improvvisa accelerazione sulla riscrittura delle norme in tema di responsabilità professionale, in dormiveglia parlamentare da anni e oggi diventate una priorità, all'insegna della guerra alla medicina difensiva (che da sola costerebbe 10 miliardi), della giusta tutela del medico e del sacrosanto interesse del paziente. E, anche, dell'opportunità politica di non inimicarsi una categoria che dopo anni di sforbiciate ai posti letto, di assunzioni bloccate, di contenziosi alle stelle con i pazienti, non ci sta a sentirsi "commissariata" fin nella sacrosanta inti-

mità dell'atto medico (o sanitario?), di cui la prescrizione è un po' il braccio operativo. E allora, giù con le promesse Lorenzin, di concertazione e di attenzione a società scientifiche, sindacati&Co. E con il rilancio - ricordiamolo qui ma è farina del sacco riforma Pa - di criteri finalmente trasparenti per la nomina dei manager. Ce n'è abbastanza per stare alla finestra, per vedere come andrà a finire.

Ma questo è solo un assaggio del menu d'autunno che attende la Sanità. Il governo promette di impegnarsi "soltanto" sulla riduzione delle Asl, sulla centralizzazione degli acquisti e sull'applicazione dei costi standard. Con la legge di Stabilità 2016 dietro l'angolo, l'agosto insomma non è trascorso invano. I presidenti, che dopo la conferma di Sergio Chiamparino alla presidenza e la new entry Giovanni Toti nel ruolo di vice, avranno a giorni l'organigramma completo delle commissioni in Stato-Regioni, non possono esattamente dormire i proverbiali sonni tranquilli di cui sopra. Perché della nuova Finanziaria - che si aggirerà sui 30 miliardi - uno dei pilastri fondanti sarà proprio quella spending review da 10 mld che tanto ha agitato le acque nel mese di luglio. E se la Sanità non dovrà contribuire per intero come paventato all'inizio, il contributo che è chiamata a dare non sarà certo lieve. In termini di razionalizzazioni e non di tagli, come tiene a precisare il governo. Ci mancherebbe... Ma lo sforzo non sarà da poco: la "spending" targata Gutgeld ed ereditata da Cottarelli punterà sui tagli a mi-

nisteri, enti inutili e partecipate ma soprattutto sulla maxi-stretta che centralizzerà gli acquisti in capo a Regioni ed enti locali. Sul fronte degli acquisti potrebbero essere recuperati fino a 5-6 miliardi, considerando tutto il mix di interventi allo studio su Sanità e ministeri.

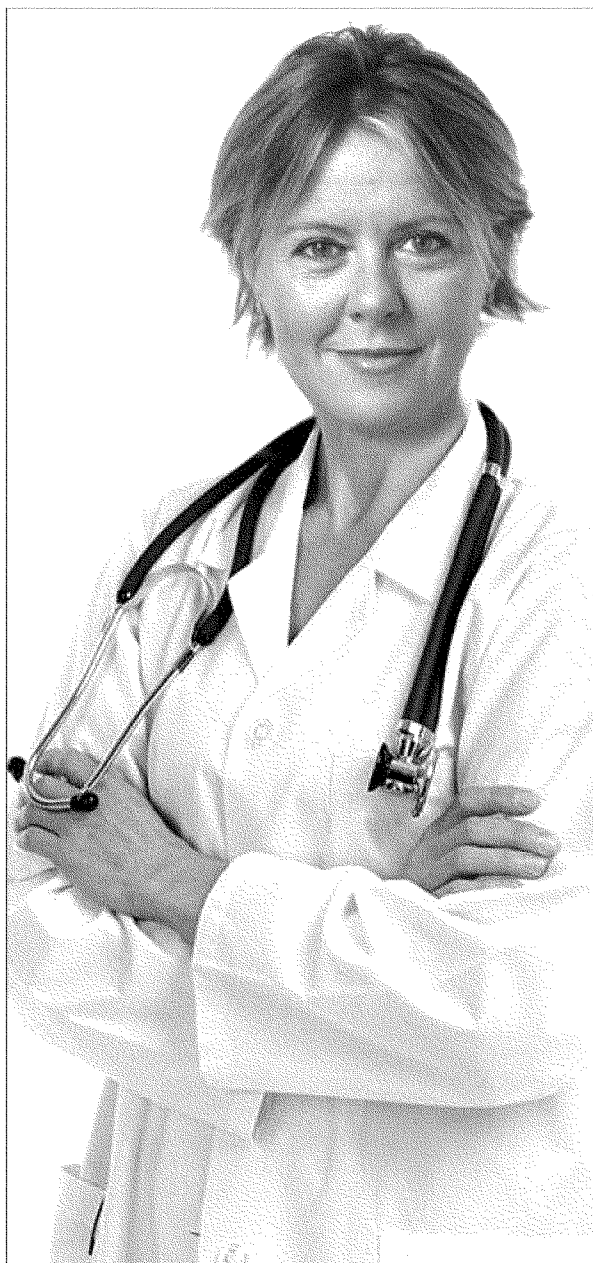
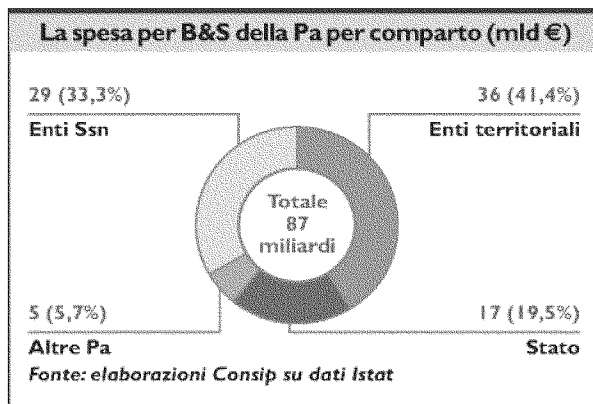
Il prosciugamento da 32mila a 34 stazioni appaltanti - di cui si parla da anni - dovrebbe rientrare a pieno titolo nella nuova manovra. Con un forte impatto sul comparto salute. Basta guardare le più recenti elaborazioni di Consip (si veda il grafico), riportate da Il Sole-24Ore: degli 87 miliardi di spesa per consumi intermedi che potrebbero finire nel mirino del nuovo meccanismo centralizzato, ben 65 miliardi sono riconducibili agli enti territoriali o al Servizio sanitario nazionale.

L'applicazione dei costi standard, infine. Una manciata di Regioni li rivendica a gran voce e ne chiede l'applicazione come unico strumento possibile e utile di equità. Ma ancora oggi tutti ne parlano e nessuno li ha visti. Almeno a livello nazionale. In queste condizioni, come potrà mai il governo utilizzarli per promuovere razionalizzazione e appropriatezza? Per non parlare dei nuovi Lea, che stentano a riemergere dalla lunga fase digestiva in cui sono incappati, quando a febbraio scorso Lorenzin li consegnò alle Regioni.

Tutto fermo. In attesa che l'oracolo della legge di Stabilità 2016 riveli il suo vaticino.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Sanità, come risparmiare 6,9 miliardi

Eliminando ricoveri ed esami inutili con la tecnologia rimarrebbe in cassa il doppio della Tasi

Massimo Russo  
A PAGINA 11

# Sanità, così la tecnologia fa risparmiare 6,9 miliardi

Ricoveri, esami inutili e forniture: studio suggerisce dove intervenire

I risultati saranno consegnati a Yoram Gutgeld, commissario per la revisione della spesa

Paolo Colli Franzone  
Direttore osservatorio Netics

Con gli archivi elettronici di casi simili (Ebm) si possono ridurre le prescrizioni inutili del 25%

Dallo studio: Scenari di sanità digitale 2015

Con la telemedicina è possibile tagliare 2,4 milioni di giornate di ricovero l'anno, a 800 euro l'una

Stima osservatorio Netics su dati Ministero Salute

### Analisi

MASSIMO RUSSO

La **L** a tassa forse più odiata, la Tasi sulla prima casa, vale 3,4 miliardi. Dal capitolo di spesa pubblica riguardante la sanità potrebbero essere risparmiati 6,9 miliardi l'anno, ovvero più del doppio della Tasi, migliorando al contempo i livelli di assistenza. A sostenerlo è uno studio - realizzato a partire dai dati del ministero della Salute - che verrà presentato giovedì a Roma al Forum della sanità digitale. L'idea è semplice: introdurre le tecnologie per coniugare la salute dei cittadini con la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. L'indagine è stata realizzata dall'osservatorio Netics, un organismo indipendente finanziato da una decina di aziende del

settore digitale, farmaceutico e medicale. «I risultati», spiega Paolo Colli Franzone, direttore dell'istituto, «saranno consegnati a Yoram Gutgeld», commissario alla revisione della spesa.

L'analisi individua cinque grandi scenari di trasformazione della salute, e - soprattutto in riferimento a tre di essi - mette in rilievo le possibili azioni di risparmio.

Il primo riguarda la riduzione delle prescrizioni inappropriate, o - come la definiscono gli addetti ai lavori con un eufemismo - la "medicina difensiva". «La questione non è nuova», commenta Colli Franzone. «Negli ultimi anni c'è stato un boom di studi legali che si occupano di recuperare i presunti danni derivanti dalla malasanià. Tutto ciò ha generato un'impennata nel contenzioso. Alcune compagnie fanno difficoltà ad assicurare gli specialisti più a rischio, come ginecologi e ortopedici». Morale, il medico - che nel 78,5 dei casi ritiene di

correre un maggior rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato - finisce ad esempio per prescrivere una Tac anche se non sarebbe necessaria. Ma quel costo pesa su tutta la collettività, per un ammontare complessivo stimato tra i 10 e i 12 miliardi l'anno. «Esistono oggi strumenti digitali come l'Ebm (evidence based medicine, la medicina basata sulle prove ndr), che aiutano nella diagnosi», afferma il direttore di Netics. Si tratta di enormi archivi elettronici di dati su casi simili che possono fungere da supporto alle decisioni, riducendo del 25% i fenomeni di prescrizioni inutili. Tra far-

maci, esami, visite e ricoveri, un risparmio di 2,5 miliardi.

Il secondo tema affrontato riguarda la telemedicina, ovvero l'assistenza a casa, riducendo le giornate di ricovero, il cui costo medio è di 800 euro. Alcune regioni virtuose la stanno già sperimentando, e le indicazioni emerse da questi test, insieme con quanto avviene in paesi più avanzati come Spagna e Francia, consentono agli analisti di Netics di affermare che - attraverso questi strumenti - sarebbe possibile ridurre del 5%, ovvero di 2,2 milioni, le giornate di ricovero dei pazienti acuti, e di 200mila (pari al 10% del totale) quelle di pazienti in istituti di riabilitazione. Il saldo, al netto dei costi per le tecnologie, ammonta a 1,4 miliardi.

Infine le forniture. Non è

un mistero che i prezzi di beni e servizi tra le 139 Asl e le 86 aziende ospedaliere siano molto diversi tra loro. Alcuni esempi. Un pasto per i pazienti a Bari si paga 19,22 euro, in Toscana 10,10. Il servizio di lavanderia a Napoli costa 7,95 euro al giorno per paziente, a Matera due. Il servizio di pulizia per le aree ad alto rischio varia tra i 6,87 euro a metro quadro mensile di Pavia e i 2,74 di Torino. Quello per le aree a medio rischio, tra i 4,64 euro di Cagliari e l'1,42 di Torino. «Ma non si tratta solo di uniformare le forniture riguardo i prezzi», racconta ancora Colli Franzone. «Esiste anche un problema di quantità». Gli ospedali comprano male e troppo. Spesso farmaci e attrezzature scadono. «Il solo Molise risparmia un paio di milioni

l'anno grazie alla tracciatura elettronica di tutti gli acquisti». In questo modo è inoltre possibile ridurre drasticamente i furti, che per alcuni farmaci costosi come gli oncologici e gli immunosoppressori valgono alcune decine di milioni di euro. La refurtiva viene poi smerciata in cliniche private compiacenti, soprattutto nel Mezzogiorno. Qui i risparmi, a regime, potrebbero ammontare a 11 miliardi l'anno, ma secondo Netics è lecito ipotizzare che fin da subito se ne potrebbero recuperare tre. Anche perché non si tratta di far altro che applicare alla sanità pubblica strumenti e pratiche già in uso in quella privata. Dove i conti sull'efficienza li sanno fare benissimo.

@massimo\_russo

## La giungla delle forniture

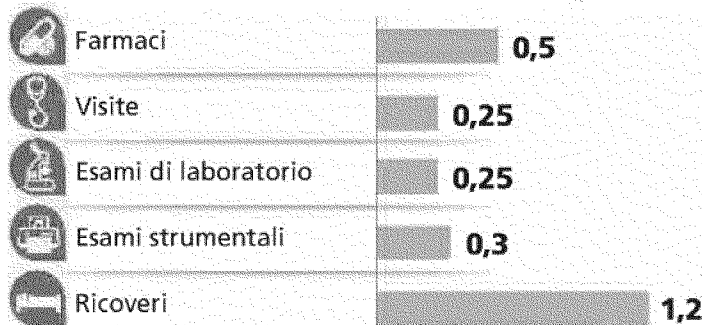
■ Gli ospedali pubblici e le Asl spesso comprano male e troppo. Un pasto a Bari costa 19 euro contro i 10 della Toscana. La lavanderia 7,95 euro a Napoli contro i 2 di Matera

■ Farmaci e attrezzature scadono o sono rubati. Basterebbe applicare gli strumenti che già usa la sanità privata per recuperare 1,2 miliardi l'anno

■ Un altro capitolo di inefficienza sono le prescrizioni inutili: un costo che pesa sulla collettività per 10 miliardi l'anno. Lo studio ipotizza di ridurlo del 25%

## Più salute meno costi

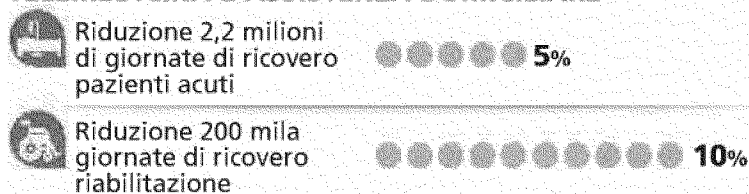
### RIDUZIONI PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE (miliardi di euro)



### RISPARMI

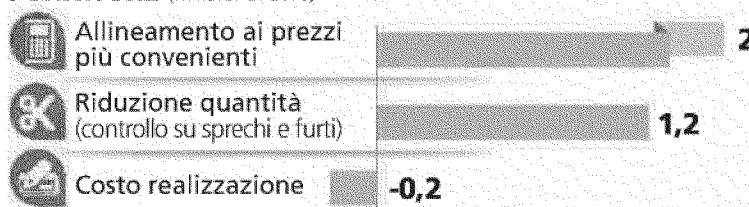
2,5

### TELEMEDICINA E ASSISTENZA DOMICILIARE



1,4

### FORNITURE (miliardi di euro)



3

Fonte: Osservatorio Netics su dati ministero Salute

LA STAMPA

**TOTALE RISPARMI**  
(miliardi di euro)

**6,9**

L'ANALISI

## La spending review e la chimera dei costi standard

**D**a Claudio Cottarelli, al meeting di Rimini, un monito alle politiche di spending review del Governo. Ben vengano i 10 miliardi di tagli, ma si poteva fare di più (e meglio). Queste le conclusioni cui è pervenuto il già commissario per la revisione della spesa, nominato dal premier Letta, oggi direttore esecutivo del Fmi. E giù le indicazioni, passando per una critica alla metodologia utilizzata dalla riforma Madia della Pa, da ritenersi meramente enunciativa di ciò che si vuole fare, atteso che rinvia tutte le misure specifiche a successivi provvedimenti legislativi delegati. È il caso delle società pubbliche, vero cancro dell'economia statale e di quella del sistema autonomistico, ove costituiscono un inesauribile strumento di spesa incontrollata e di formazione del debito pubblico. Su un tale problema occorre intervenire subito e bene e, con esso, evitare la generazione di ulteriori danni al bilancio della Repubblica.

Venendo alla sanità, l'ex commissario è andato dritto nello specifico. Ha chiaramente affermato che i 2,35 miliardi di tagli sono pochi. Si può fare molto di più, sino ad arrivare a 5 miliardi di risparmi senza stravolgere l'attuale livello qualitativo delle prestazioni essenziali. Il tutto attraverso un intervento profondamente modificativo sull'attuale polverizzazione delle centrali di acquisto di beni e servizi, ma soprattutto su «un'attuazione piena dei costi standard».

Un'analisi corretta e certamente da condividere. La debolezza della tesi sta nel trascurare il vero problema che, se si dovesse andare avanti così, rimarrà irrisolto. La logica di stravolgere l'attuale sistema di finanziamento del sistema della salute, passando dalla spesa storica radicata sulla determinazione della quota capitaria pesata, al criterio fondato sui costi e fabbisogni standard, è certamente corretta. Essa rintraccia però il suo fondamentale presupposto nella determinazione degli uni e degli altri. Ed è ciò che manca. Più esattamente, è trascurato ovvero ostacolato il risultato tecnico di monetizzazione del costo standard suddiviso per singola macroarea assistenziale. Senza fare ciò, tutto è assimilabile all'aria fritta.

Quindi, occorre pervenire tempestivamente, attraverso l'individuato percorso del benchmark (certamente da rivedere), a un costo standard per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (la prevenzione), un altro per l'assistenza territoriale e un altro ancora per quella ospedaliera. Un risultato difficile da conseguire, una difficoltà (o forse volontà) delle quali ebbi a constatare l'esistenza nel corso di una "antica" riunione ad hoc (2009), cui partecipai come esperto Copaff, svoltasi presso il ministero delle semplificazioni alla

presenza del ministro Calderoli, dell'allora ministro della salute Fazio e del prof. Luca Antonini nonché di alti burocrati ministeriali, chiaramente restii ad avviare il cambiamento e a realizzare la svolta. Da allora, come era facile prevedere, nulla è accaduto.

E ancora. Il problema serio non è solo quello di valorizzazione dei costi standard in quanto tali - a tutt'oggi ancora allo stato (molto) larvale - bensì l'adeguamento dei medesimi alle necessità dei 19 Ssr e dei 2 afferenti alle Province autonome, attraverso la determinazione dei fabbisogni regionali, indispensabili per garantire i Lea su tutto il territorio nazionale, a mente dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

Un prodotto economico-finanziario, il fabbisogno standard, praticamente impossibile a determinare correttamente alle attuali condizioni di adeguamento, fondato sull'unico correttivo dell'età media dei cittadini residenti nelle regioni destinatarie. Un parametro non solo insufficiente ma bugiardo, in relazione al reale bisogno di salute da soddisfare. Il fabbisogno standard - che dovrà tenere altresì conto dell'ovvia presenza della popolazione immigrata, portatrice di bisogni specifici salutari in gran parte superati nelle civiltà occidentali (es. scabbia, tubercolosi, ecc) - non potrà infatti fare a meno dell'applicazione di ulteriori indici utili all'attuazione concreta dei costi standard alle reali esigenze di salute delle singole regioni. Essi non potranno che riguardare, oltre al coefficiente anagrafico, la deprivazione socio-economica, sintomatica dello svantaggio di alcune realtà geo-demografiche nel garantire la salute alle proprie collettività, in arretrato in termini di ricchezza sociale, decente viabilità, strutture dignitose e avanzata tecnologia.

**Ettore Jorio**  
*Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RIPARTE IL TESTO UNIFICATO

## «Responsabilità nodo prioritario»

Il relatore Gelli non esclude tempi stretti

Dalla Finanziaria un "traghetto" per le norme più urgenti?

«**G**ia questa settimana - con deadline a fine settembre - si partirà in commissione Salute della Camera con la presentazione degli emendamenti al testo unificato sulla responsabilità professionale del personale sanitario. E le modifiche potrebbero, in parte, recepire i risultati del gruppo di lavoro tecnico guidato al ministero della Salute dal giurista Guido Alpa». A parlare è il nuovo relatore del provvedimento e responsabile Sanità del Pd **Federico Gelli**, subentrato a **Pierpaolo Vargiu**.

Gelli avverte: «Il testo elaborato dalla commissione Alpa contiene spunti interessanti di riflessione e valutazione, ma presenta una serie di difformità rispetto al testo unificato elaborato dal comitato ristretto, che impediranno il recepimento tout court di quel lavoro».

L'iter del provvedimento potrebbe riservare sorprese, che Gelli non esclude affatto, ricordando come l'approvazione di questa Pdl sia «un obiettivo cruciale, tra i più importanti della Legislatura in ambito sanitario, per la stessa natura della commissione Salute, ma anche per l'importanza che le attribuiscono il premier Renzi e la ministra **Lo-**

**renzini**». Dopo 14 anni di tentativi di modifica delle norme sulla responsabilità, di fatto riscritte e plasmate dalla giurisprudenza degli ultimi anni, i medici potrebbero dunque assistere - complice la stagione dei tagli in sanità e la congiuntura politica - a una svolta rapida sul fronte del "rischio" e delle sue conseguenze.

Le sanzioni inserite nel Dl Enti locali per i camici bianchi "cattivi prescrittori", il Dm **Lorenzini** in arrivo sulle 180 prestazioni ambulatoriali a rischio inappropriata e - perché no - le nuove regole per la scelta dei primari, esigono un ri-bilanciamento dei carichi e delle attenzioni su cui per prima la ministra si è impegnata, promettendo di metter mano rapidamente alle norme sulla responsabilità per sventare la bomba medicina difensiva e, anche, per arginare la marea dei malumori espressa da un bacino di consenso di notevole portata. Quello dei camici bianchi, dipendenti e convenzionati che siano. Che non a caso stanno moltiplicando le richieste di incontro con il nuovo relatore. E allora, le norme più urgenti e di maggiore impatto, dal punto di vista politico, potrebbero trovare una scorciatoia già nella legge di Stabilità 2016. Stralciate dal testo parlamentare, vedrebbero la luce già a inizio anno prossimo. «E questa corsia preferenziale potrebbe avere un effetto trascinato anche sulla parte restante del provvedimento», avverte Gelli.

Il pacchetto confezionato dalla commissione Salute e poi dal comitato ristretto in questi anni, è del resto ormai «maturo» anche a detta dello stesso Vargiu. «Abbiamo ampiamente sviscerato la materia per quanto di nostra competenza - avverte l'ex relatore -. Il testo

elaborato dalla commissione è una base, che necessita dell'indispensabile apporto della commissione Giustizia. E chiaro che, restando nell'alveo parlamentare, i tempi non potranno essere brevi. Sta al Governo decidere se e in che modo, sulla base delle valutazioni di urgenza che farà sui contenuti di questa legge, imprimere

un'accelerazione a una materia fondamentale per i medici ma soprattutto per la sicurezza delle cure, pieno diritto dei cittadini che oggi subiscono sulla

propria pelle gli effetti sia della medicina difensiva tout court sia della cosiddetta medicina difensiva "passiva", che induce ai medici a non prendere in carico i casi più problematici per evitare di correre rischi».

I punti in comune con il lavoro svolto dal gruppo di lavoro Alpa non mancano: tra questi, la previsione di una fattispecie ad hoc nel codice penale per il medico che provochi lesioni personali o la morte del paziente, il ripristino della natura extracontrattuale della responsabilità civile del professionista, con riduzione dei tempi dell'azione risarcitoria da 10 a 5 anni e onere della prova in capo al paziente (ma la Pdl mantiene in capo alla struttura la natura contrattuale della responsabilità), l'obbligatorietà dell'assicurazione, meccanismi di conciliazione, il potenziamento dell'accertamento tecnico preventivo. Tra le note "dolenti" evidenziate dai medici - Ordine di Milano in testa - la proposta dei tecnici di assegnare diversa natura (rispettivamente extracontrattuale e contrattuale) alla responsabilità di dipendenti di struttura e convenzionati da una parte e di liberi professionisti dall'altra. Ma sia l'uno che l'altro testo (commissione e gruppo di lavoro) destano più di una preoccupazione anche sul fronte delle azioni di rivalsa della struttura sul sanitario. Insomma, c'è ancora un bel po' da limare. E chissà se si farà in tempo ad acchiappare il traghetto Stabilità.

**E-prescription  
avanzano**

PETROSILLO A PAGINA 18

*E-PRESCRIPTION/ Presto il decreto con regole più semplici e uniformi per gli acquisti*

# Ricetta digitale, il futuro oggi

**Via gli steccati regionali - Veneto, Sicilia e Campania verso il target 90%**

**L**a novità dei prossimi mesi sul processo di dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche sarà l'estensione a livello nazionale della validità della ricetta elettronica.

Il decreto è ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni anche per verificarne la congruità nei confronti delle compensazioni che si dovranno instaurare tra i vari sistemi regionali.

Con l'applicazione del decreto, finalmente il cittadino in possesso di un promemoria rilasciato dalla Regione potrà ritirare i medicinali in qualsiasi farmacia del territorio nazionale. Si dissolveranno quindi gli steccati regionali che oggi obbligano il cittadino a prelevare i medicinali solo nella Regione nella quale la ricetta è stata rilasciata.

Sarà una vera rivoluzione con vantaggi tangibili per i cittadini, specialmente per coloro che risiedono in prossimità dei confini tra diverse regioni e che sarebbero agevolati a poter prelevare i medicinali nella regione confinante, dove, per esempio, si recano quotidianamente per motivi di lavoro.

Vi sono poi casi particolari oggi gestiti con specifici accordi che prevedono deroghe al

prelievo dei medicinali nella regione confinante, proprio perché ciò risulta più agevole per i cittadini che risiedono in luoghi più vicini alla farmacia della regione confinante rispetto a quella di residenza. Tutto questo terminerà, quindi, ma bisognerà comunque fare i conti con il quadro di insieme, ossia, con l'effettiva quota delle prescrizioni dematerializzate.

**Numeri in evoluzione.** E veniamo alla situazione registrata a giugno di quest'anno, consultando i dati forniti da Promofarma, società di Federfarma che si occupa della fornitura di servizi informatici alle farmacie. Le ricette elettroniche prescritte dai medici di assistenza primaria sono state a giugno 21,23 milioni su un totale complessivo di 48 milioni di ricette.

Un dato appare subito all'occhio: la percentuale di dematerializzazione non arriva al 50%; la media calcolata con le aree in cui la dematerializzazione non è ancora partita, la Calabria e la Provincia autonoma di Bolzano, si attesta infatti al 44 per cento.

Siamo quindi ben lontani dall'obiettivo del 90% della dematerializzazione, fissato dall'Agenda digitale per il 2015 e rinviato al 2016 con il decreto legge Milleproroghe di quest'anno.

La variabilità del dato tra regione e regione è anch'essa una caratteristica degna di nota. Il Veneto si conferma ormai al primo posto con l'87,9% della dematerializzazione, superando seppur di poco la Sicilia (86%), che è partita esattamente un anno prima. Con qualche eccezione, le Regioni partite per prime si sono ormai attestate ai primi posti: oltre il Veneto e la Sicilia, la provincia autonoma di Trento (86%), la Campania (85,5%), la Valle d'Aosta (81,6%), il Piemonte (77,2%), la Basilicata (72%), l'Emilia Romagna (67,9%), il Friuli Venezia Giulia (57%), l'Abruzzo (49,5%). Al di là della classifica, come si può riscontrare dalla tabella in pagina, è importante anche capire le dinamiche all'interno delle diverse Regioni.

**Balzi da leone.** Da gennaio a giugno è tutto un crescendo, ma c'è chi ha fatto grandi balzi in avanti, come la Campania, dal 49 all'85%, l'Abruzzo, dal 19 al 49,5%, l'Umbria, dall'1,4 al 30%, la Toscana, dal 10 al 40%. Altre regioni sono cresciute di una ventina di punti percentuali come la Valle d'Aosta, le Marche, la Lombardia.

È la prova della difficoltà che generalmente si riscontra

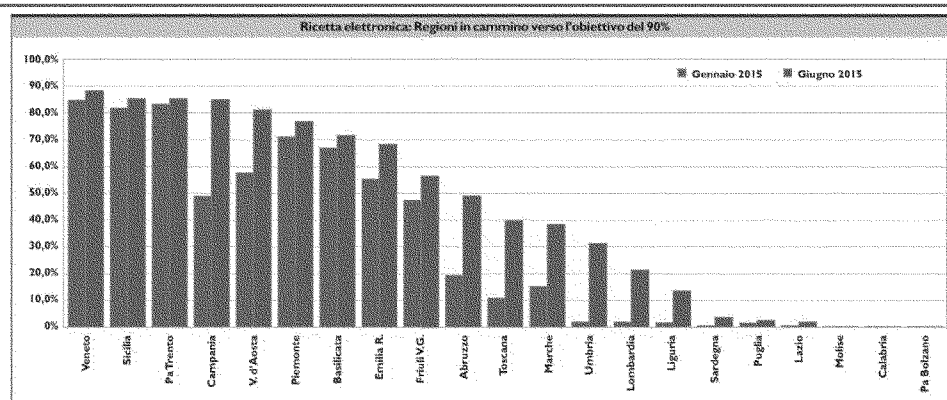
no nell'avvio del programma operativo, ma poi, se tutto funziona (le connessioni, gli adeguamenti tecnici) e se c'è la disponibilità dei prescrittori, che alla fine sono coloro che decidono se e quanto aprire il "rubinetto", ci si avvicina velocemente al target.

Un'osservazione al proposito va fatta sull'esistenza del promemoria cartaceo, spesso vituperato ma, paradossalmente, chiave essenziale del successo. Questo, contenendo tutti i dati necessari all'erogazione, permette alla farmacia di aprire una ricetta elettronica nel sistema, ma sta anche brillantemente risolvendo tutti i casi in cui la modalità di erogazione elettronica risulti impossibile, si pensi solo alla temporanea mancanza di connessione, ma la casistica è più ampia.

In tutti questi casi infatti la farmacia può effettuare la prestazione off-line, sulla base dei dati presenti sul promemoria, assicurando così la primaria necessità del cittadino di ricevere il farmaco e, al contempo, non indebolendo l'intero progetto.

**Gianni Petrosillo**  
amministratore delegato  
Promofarma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Sviluppo Renzi: rendere ai Comuni le tasse abolite**

# Il governo migliora le stime sulla crescita

Il governo si prepara a rivedere al rialzo le sue previsioni sul Pil, il Prodotto interno lordo. Il ritocco dovrebbe essere formalizzato nella nota di aggiornamento al Def, il Documento di economia e finanza, che sarà presentato al Parlamento entro il 20 settembre. Al momento le stime ufficiali dicono che il Pil dovrebbe crescere dello 0,7% quest'anno e del-

l'1,4% nel 2016. La correzione su cui il governo sta ragionando farebbe salire la crescita per l'anno prossimo di un altro 0,2%, portandola all'1,6%. Più delicata la stima per il 2015. Probabile che il governo scelga un incremento minimo dello 0,1%, portandola a un più 0,8%. Ma è anche possibile un segnale più marcato. Renzi: ridiamo

ai Comuni le tasse abolite.

alle pagine 10 e 11

**Demarco, Ducci, M. Franco**

**L. Salvia** con un'analisi di **Francesco Daveri**

# Taglio delle tasse, il premier promette: ridaremo ai Comuni i soldi dell'Imu

«Sulle pensioni valutiamo interventi per la flessibilità in uscita, senza gravare sui conti»

**ROMA** Matteo Renzi muove su tasse, pensioni e Sud. E annuncia che restituirà ai Comuni le risorse perdute con il taglio di Imu e Tasi. Alla vigilia dell'autunno il premier traccia il solco che contrassegnerà le prossime settimane di lavoro dell'esecutivo. A cominciare da un intervento sulla legge Fornero per introdurre maggiore flessibilità alle regole del sistema pensionistico. Un principio però, ribadisce Renzi ospite a *Porta a Porta*, resta inderogabile: l'operazione non dovrà comportare costi aggiuntivi per le casse pubbliche. «Dobbiamo trovare un meccanismo — spiega il premier — per cui chi vuole andare in pensione un po' prima rinunciando a un po' di soldi possa farlo. Il problema è quanto prima e quanti soldi». Renzi indica anche l'orizzonte temporale dell'intervento: «Spererei nelle prossime settimane e mesi. Sono ottimista ma per lo Stato deve essere a somma zero».

Un'indicazione che lascia aperta l'eventualità di modifiche nella legge di Stabilità. Certo è che anticipare l'uscita dal mondo del lavoro comporterà un taglio significativo della

pensione, l'altro dato è che il bilancio pubblico non si farà carico delle misure predisposte dal governo. Per le donne attive nel settore privato nel 2016 scatterà, inoltre, il meccanismo che sposta la soglia della pensione a 65 anni e 7 mesi, rispetto all'attuale quota di 63 anni e 9 mesi. Renzi, insomma, sembra, per ora, non raccogliere gli appelli dei sindacati che chiedono di rivedere la legge, senza penalizzare coloro che decideranno di anticipare l'uscita dal mondo del lavoro.

Oltre alle pensioni il premier tocca il tema che lo ha spinto a polemizzare con Bruxelles: il taglio delle tasse sulla prima casa. Il capo del governo non accetta lo schema che suggerisce di trasferire il carico fiscale dalle persone ai patrimoni. Tanto da spiegare ancora una volta che «il 16 dicembre sarà l'ultimo giorno in cui si pagherà la tassa sulla prima casa». Renzi, del resto, rivendica la scelta specificando: «Ci dicono che favoriamo i ricchi, ma chi è stato 30 anni a lavorare e si è spezzato la schiena è giusto che non paghi niente, chi ha la seconda, terza, quarta casa è giusto che paghi». Il fronte aperto

da Renzi è strettamente correlato alla sostenibilità dei bilanci comunali, ragione che spinge il premier a rassicurare i suoi ex colleghi sindaci. «Noi toglieremo Imu e Tasi e daremo ai comuni un assegno corrispondente, non facciamo un'operazione per cui tagliamo e i municipi aumentano le tasse». L'ospitata a *Porta a Porta* è anche l'occasione per assestare l'ennesimo colpo a chi, compresa la minoranza del Pd, accarezza l'idea di bloccare le riforme costituzionali. Le intenzioni di Renzi sono esplicite.

Un approccio che piace al presidente di Confindustria, Giorgio Napolitano. Ieri il numero uno degli Industriali ha difeso le norme del Jobs act, polemizzando aspramente con i rappresentanti di Fiom-Cgil. Che il

9 settembre hanno organizzato a Modena il D-Day contro «le ingiustizie del lavoro». I sindacati stanno diffidando le imprese dall'applicare il Jobs act. Una posizione che Squinzi ha bollato come «anacronistica». Parlando all'assemblea di Unindustria di Bologna ha contrattaccato: «Sento dei tentativi da parte sindacale, in alcuni territori, di intimare alle imprese di disfare per via contrattuale alcune delle innovazioni legislative più qualificanti del Jobs act, innovazioni che portano la legislazione lavoristica italiana verso la normalità eu-

ropea e che come tali sono state giudicate anche dalle più importanti organizzazioni internazionali». Secondo Squinzi misure come la riforma del lavoro e la decontribuzione sulle nuove assunzioni vanno difese perché «abbiamo 134 mila posti di lavoro in più, una tendenza che, se proiettata significa un punto e mezzo percentuale in più in un anno».

Il presidente di Confindustria ha, infine, espresso perplessità sull'annuncio del taglio di Imu e Tasi da parte di

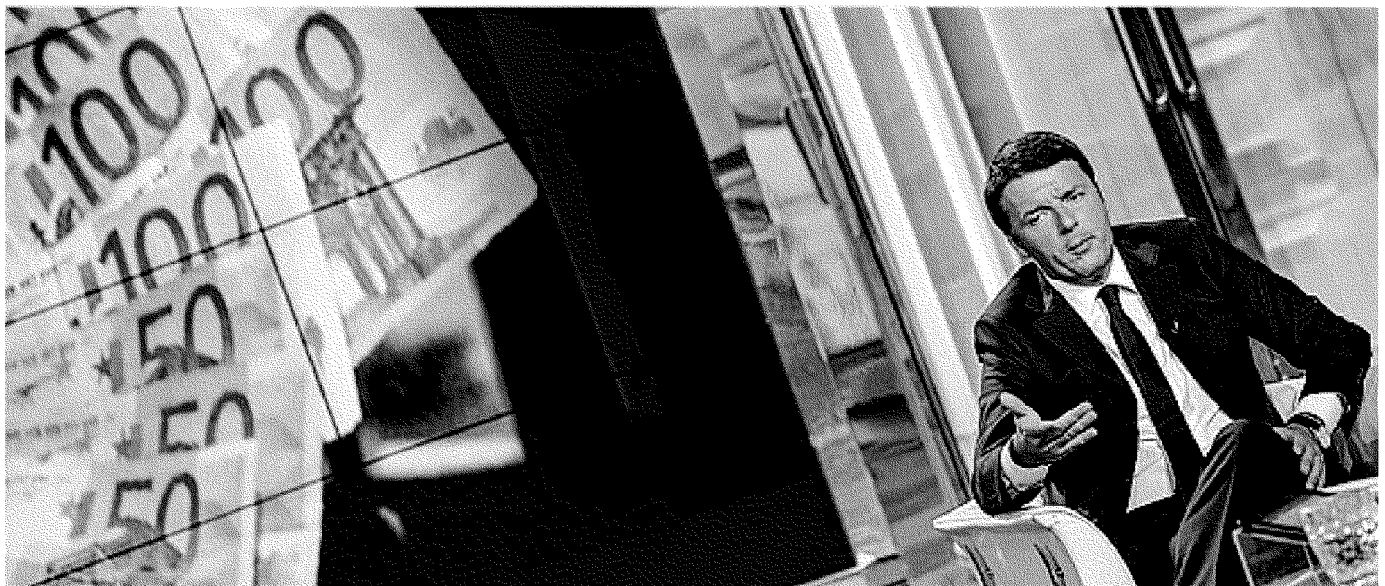
Renzi. Meglio sarebbe intervenire abbassando il carico fiscale sul lavoro, ha detto.

**Andrea Ducci**

### In Rai

L'intervento del premier Matteo Renzi, 40 anni, ieri ospite a «Porta a Porta» (foto Benvegnù / Guaitoli)

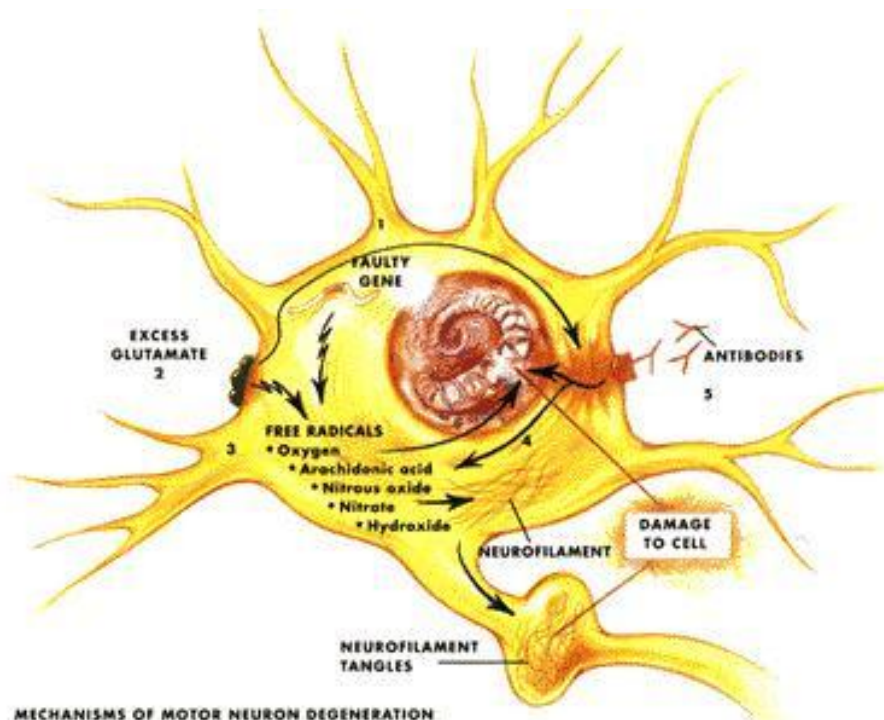
**Squinzi contro Fiom**  
Jobs act, il leader di Confindustria contro la Fiom che non vuole sia applicata la legge





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



LA BOZZA DEL DM LORENZIN SUGLI ESAMI INAPPROPRIATI

## Specialistica, in black list vanno 180 prestazioni

**I**l leitmotiv è sempre quello: vincere a suon d'appropriatezza la sfida dei conti. Una scommessa che in questo autunno di tagli già sanciti, di sforbiciate paventate e poi puntualmente smentite, la ministra della Salute conta di vincere a partire da una prima stretta - che arriverà con decreto - relativa a 180 prestazioni di specialistica ambulatoriale su cui i medici prescrittori dovranno procedere con il guanto di velluto. Rispettando il doppio criterio dei limiti e delle priorità di erogazione. E ai camici bianchi che da mesi, ormai, non smettono di lamentare crescenti mal di pancia, giunti alle stelle con il Df Enti locali (si veda il testo a pagina 4-5), Lorenzin si è affrettata a garantire: «Non si tratta di limitare diagnosi e prevenzione, ma di prescrivere con criteri oggettivi, che sono stati decisi con i medici. Bisogna programmare il percorso diagnostico. In ogni caso se il medico decide di avere necessità di andare fuori dai protocolli lo può fare, basta che lo motivi».

### In generale:

il decreto ministeriale riguarderà 180 prestazioni di specialistica ambulatoriale su oltre 1.700 contenute nel vigente nomenclatore (Dm 22 luglio 1996) per le quali vengono proposti due tipi di vincolo:

**1. Condizioni di erogabilità - Definiscono limiti e modalità di erogazione.** Indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del Ssn è limitata a specifiche categorie di destinatari, e/o per particolari finalità, condizioni o indicazioni cliniche.

**2. Indicazioni di appropriatezza prescrittiva - Definiscono i casi in cui la prestazione risulta prioritariamente utile e appropriata.** Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle Asl/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema.

Contrariamente a quanto apparso su alcuni organi di stampa, nessuna limitazione/indicazione è stata proposta per le visite specialistiche

**Nello specifico i livelli di appropriatezza riguardano:**

**A. Prestazioni di odontoiatria:** già il Dlgs 1992 prevedeva che sono erogabili a carico del Ssn «i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale)». Tutte le Regioni hanno dato seguito a questa previsione e identificato autonomamente le condizioni di erogabilità. Il Dm si limita a omogeneiz-

zare le condizioni già applicate definendo esplicitamente i criteri utilizzati e specificando per ciascuna prestazione quali sono i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari, vulnerabili per motivi sociali), lasciando comunque alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di Isee che discriminano la vulnerabilità sociale. Le prestazioni di odontoiatria interessate sono 35/180 (20% circa).

**B. Prestazioni di genetica:** si tratta di prestazioni molto onerose che vengono prescritte da specialisti ed eseguite una sola volta nella vita. Nel decreto saranno riservate alla diagnosi di specifiche malattie genetiche definite in un elenco a parte. Ciò significa che non sarà più possibile prescrivere per una generica mappatura del genoma o a fini di ricerca. Le prestazioni di genetica interessate sono 53/180 (30% circa) e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della Società italiana di genetica umana (Sigu).

**C. Prestazioni di allergologia:** si prevede che alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica.

**D. Laboratorio:** il provvedimento riguarda:

1. alcune prestazioni di basso costo (il cui importo spesso è già coperto dall'assistito non esente col ticket) per le quali vengono descritte condizioni di erogabilità (non si possono prescrivere per generici "follow-up" ma solo in base a precise indicazioni cliniche). In particolare il Dm prevede che «in assenza di qualsiasi fattore di rischio» (familiarità, ipertensione, obesità, diabete, cardiopatie, iperlipemici e ecc.) il colesterolo e i trigliceridi siano ripetuti ogni 5 anni;

2. prestazioni specifiche per la diagnosi e il monitoraggio di specifiche patologie (es test del sudore per la fibrosi cistica).

**E. Tac e Rmn.** Si tratta di prestazioni di costo medio/elevato, per le quali si indicano puntualmente le condizioni di erogabilità appropriate, comprensive di un punteggio (da 0 a 10) che indica il livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica nazionale e internazionale; l'appropriatezza risulta crescente col crescere del valore (0 = appropriatezza minima; 10 = appropriatezza massima). Il provvedimento riguarda esclusivamente Tac e Rmn degli arti e la Rmn della colonna «con mezzo di contrasto» per un totale di 9 prestazioni e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della disciplina (già nel 2008 ha lavorato un gruppo di esperti con il coordinamento del Prof. Simonetti). Si ritiene che la prescrizione di tali prestazioni secondo i livelli di appropriatezza proposti possa contribuire anche a ridurre le liste di attesa.

**F. Dialisi.** Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa. Si tratta di 2 prestazioni.

**G. Prestazioni di medicina nucleare.** Si tratta di 4 prestazioni di interesse assolutamente specialistico (prescritte dallo specialista) per le quali vengono definite condizioni di erogabilità e indicazioni prioritarie legate a patologie gravi di tipo neoplastico.

Un test messo a punto dai ricercatori del King's College permetterà di sapere come stiamo invecchiando e se i dati anagrafici corrispondono a quelli biologici. Oltre alla prevenzione di patologie degenerative come l'Alzheimer, e alla possibilità di sottoporsi a cure oncologiche in tempo utile, questa scoperta potrebbe avere ripercussioni sulle pensioni e sulle assicurazioni

# L'età è scritta nel sangue

## LO STUDIO

LONDRA

**P**er conoscere l'età di qualcuno il modo migliore non è chiedergli la data di nascita, bensì dare un'occhiata ai suoi esami del sangue: da lì si può capire se è a rischio di ammalarsi di Alzheimer e, addirittura, quanto a lungo vivrà. Lo sostengono alcuni ricercatori del King's College di Londra, secondo cui negli ultrasessantacinquenni alcuni geni devono funzionare bene affinché si possa prevedere un "invecchiamento sano".

E se l'età biologica fosse più alta del previsto e ci fossero seri rischi di sviluppare una demenza senile, sarebbe possibile avviare immediatamente delle terapie che, senza essere ancora risolutive, stanno comunque dando risultati incoraggianti in fase sperimentale. Nel caso in cui l'età biologica fosse invece più bassa di quella anagrafica, la persona in questione potrebbe rimanere tra coloro che possono donare organi in piena sicurezza anche dopo i 70 anni, dando un prezioso contributo alla società.

Lo studio, pubblicato sulla rivista scientifica *Genome Biology*, non fornisce indicazioni su come rallentare il processo di invecchiamento, ma sottolinea come i risultati raggiunti dagli scienziati dell'istituzione londinese e il test messo a punto da loro potrebbero avere applicazioni rivoluzionarie sulla sanità pubblica, ma anche sulle pensioni e sulle assicurazioni. «C'è una "firma" dell'invecchiamento sano comune a tutti i nostri tessuti e che risulta essere indicativa per una serie di cose, tra cui la longevità e il declino cognitivo», ha spiegato il professore Jamie Timmons del King's College alla BBC, aggiungendo: «Sembra che dai 40 anni in su si possa usarlo per fare luce su come un individuo sta invecchiando».

## IL CONFRONTO

Questa "firma dell'invecchiamento" viene rilevata nel corpo umano mettendo a confronto il comportamento di 150 geni. Funziona per il sangue, i tessuti, la pelle e alcune parti del cervello. Il test è stato elaborato mettendo inizialmente a confronto 54 mila marcatori dell'attività genetica di alcuni 25enni e 65enni

in salute ma prevalentemente sedentari, dediti a meno di due ore e mezzo di attività aerobica a settimana. Il numero è stato poi ridotto a 150 dai ricercatori, che invitano a considerare "salute" e "età" come due entità separate. Stare tutto il giorno seduti può essere poco sano, ma non influisce necessariamente sul modo in cui il corpo invecchia.

## I CONTROLLI

Il lato più inquietante della ricerca è quello legato alla sua capacità di valutare la durata di vita di una persona, come emerso da una ricerca condotta in un arco di 20 anni su un gruppo di uomini svedesi di 70 anni. Tra di loro gli scienziati hanno stabilito chi stesse invecchiando bene e chi, invece, rischiava di morire negli anni successivi. «Era possibile individuare le persone che non avevano quasi rischi di morire e quelli che invece avevano un 45 per cento di possibilità», ha proseguito il professor Timmons, secondo cui le applicazioni di questo "profiling" potrebbero estendersi anche in campo oncologico: chi sta invecchiando rapidamente potrebbe essere incoraggiato a fare i controlli prima degli altri.

## GLI SVILUPPI

Una delle applicazioni più interessanti è tuttavia quella sull'Alzheimer, poiché il test sui geni, insieme ad altre analisi, consentirebbe di identificare chi rischia di sviluppare la malattia degenerativa e sottoporlo fin da

subito a trattamenti preventivi. Secondo il direttore della ricerca alla Alzheimer's Society, Doug Brown, «con ulteriori sviluppi questa ricerca potrebbe aiutare i nostri tentativi di trovare nuove cure per questo problema, individuando le persone che potrebbero sviluppare l'Alzheimer e farle partecipare ai nostri test clinici».

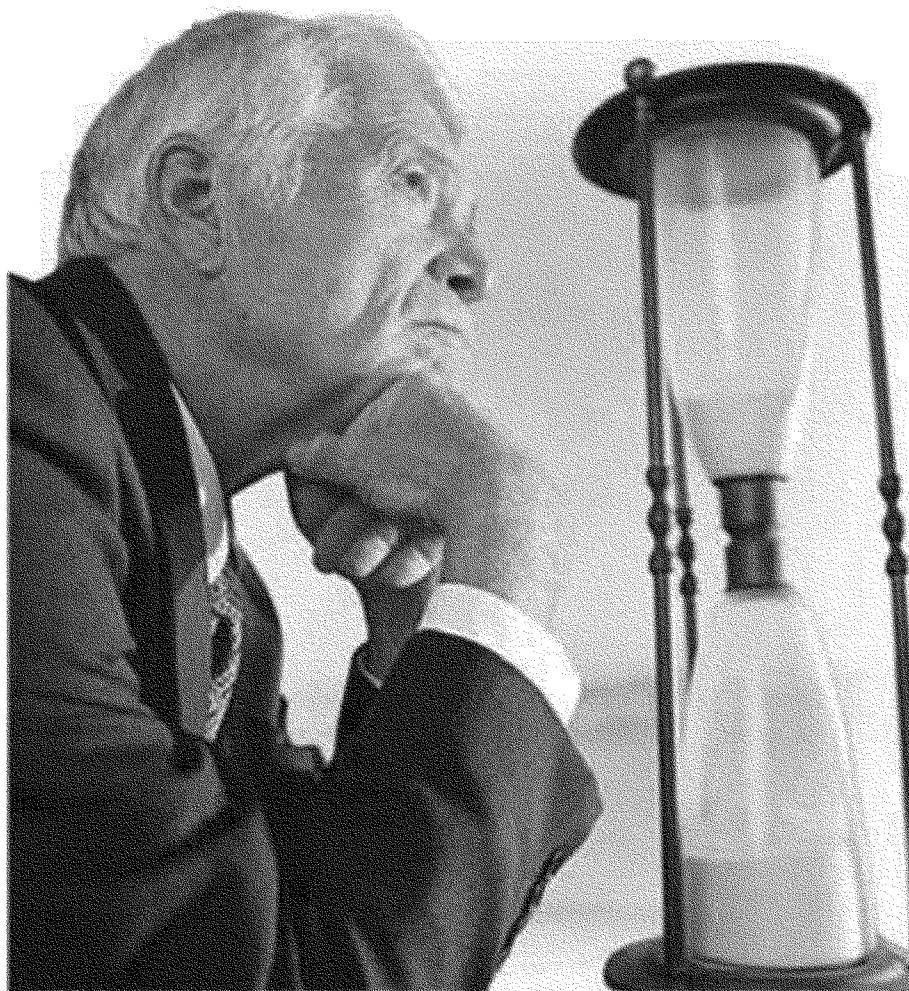
Le implicazioni di una scoperta tanto importante non sono però tutte semplici da gestire visto che aggiungere l'età anagrafica ai dati personali potrebbe incidere sulle pensioni, sulle assicurazioni o magari anche sulle richieste di mutui.

«Solleva un numero di questioni, non c'è dubbio, e un dibattito strenuo, ma visto che siamo già giudicati in base alla nostra età, tanto vale farlo in una maniera più intelligente», si è però difeso Timmons osservando: «Uno potrebbe decidere se non versare troppo in pensione e di godersi la vita così com'è ora».

**Cristina Marconi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PREVISIONI DI LONGEVITÀ  
DALLO STATO DEI GENI  
CHI È IN PIENA SALUTE  
POTREBBE CONTINUARE  
A DONARE GLI ORGANI  
ANCHE OLTRE I 70 ANNI**



---

## I numeri

---

# 12mln

gli italiani che hanno superato i 65 anni, la Liguria al primo posto: la regione più longeva

# 154

gli anziani in Italia ogni cento giovani, il 31% le famiglie di una sola persona oltre i 65

# 84,6

l'età media delle donne mentre 79,8 è quella degli uomini, tra le più alte d'Europa



IN IL LABORATORIO Fondamentali le analisi del sangue

 L'intervista Il geriatra

## «Ecco come noi studiamo i nonni per evitare che si ammalinino i nipoti»

**A** sentire i geriatri la stretta connessione geni-malattia non è così scontata. Anche se il "filone" della medica predittiva è sicuramente il nuovo che potrà aiutare ad anticipare alcune diagnosi. Soprattutto quelle che riguardano i deficit mentali. «Ma questa medicina genera ancora molti dubbi» - commenta Giuseppe Paolisso, presidente della Società italiana di geriatria e rettore della Seconda università di Napoli.

**Ci può spiegare questi dubbi?**

«Ci siamo resi conto che non sempre il gene si identifica con la malattia. Spesso insorge anche con una mappa che non desta allarme. Possiamo parlare di potenzialità di sviluppo ma non possiamo, ancora, avere certezze».

**Vuol dire che la mappa genetica non ci dà la foto di quello che potrà accadere nel nostro organismo?**

«Ci dà la potenzialità dello sviluppo. Magari una persona

sembra destinata ad avere il diabete e, invece, con l'esercizio fisico e una dieta molto corretta riesce ad evitarlo. Le variabili sono molte».

**Voi geriatri curate gli anziani ma, ormai, seguite anche i figli di persone con patologie particolari, quelle "familiari" è vero?**  
«Sappiamo che patologie come lo scompenso cardiaco, l'obesità o la demenza possono avere una familiarità. Per questo, senza allarmare, diamo delle indicazioni e ci troviamo a seguire sia l'anziano che le nuove generazioni».

**Il vostro lavoro sta cambiando, ora studiate per prevenire le**



**GIUSEPPE PAOLISSO:  
«IMPOSSIBILE ANTICIPARE VIRULENZA E TEMPI»**

**malattie nei giovani?**

«Non curiamo più l'anziano e basta. Oggi studiamo il nonno per evitare la stessa malattia nei figli e nei nipoti. Parliamo di diabete, cardiopatia ischemica ma anche di depressione».

**E' difficile comunicare ad una persona che potrebbe, un domani, essere colpito dall'Alzheimer?**

«Stiamo studiando per questo, per la comunicazione in via prospettica. E dovremo usare le parole giuste, al momento per questa malattia non esistono cure».

**Pensa che in un futuro prossimo sarà possibile fare una previsione sul momento della vita in cui insorgerà una malattia?**

«Ecco, questo è un altro punto oscuro del binomio genetica-malattia di oggi. Non possiamo sapere quando arriverà malattia e neppure la sua eventuale virulenza. Quindi dobbiamo essere molto cauti ancora».

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVISTA/IL GENETISTA

## “Sarà utile per le terapie”

Questa è un'analisi statistica. Significa che non sappiamo esattamente perché proprio questi 150 Rna. Sappiamo solo che se troviamo certe loro combinazioni, allora la nostra vita sarà più lunga. O più breve. Giuseppe Biamenti è il direttore dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr a Pavia, sul test di Genome Biology ha le idee chiare.

**Presi uno per uno, questi 150 geni, che cosa ci dicono?**

«Alcuni di loro sono geni legati ai processi di invecchiamento. Ma nell'insieme non c'è un razionale preciso. Visto con l'occhio del biologo molecolare, cioè, i ricercatori hanno trovato una specie di "magic box" di 150 oggetti facili da misurare, che presi in un modo dicono una cosa, presi in maniera opposta ne dicono un'altra».

**Potrebbe comunque essere un punto di partenza.**

«Certo. E intanto la biologia molecolare studia l'altro aspetto del problema, ad esempio i danni sul Dna che aumentano la fragilità dei tessuti e favoriscono l'invecchiamento».

**Una sintesi dei due approcci è possibile?**

«Sì. La ricerca su Genome Biology è stata fatta con metodi che oggi chiamiamo bioinformatici. È un modo nuovo di fare biologia che dà uno sguardo di insieme. E dà molte informazioni. Qui, per esempio, può darci uno spunto sulla rilevanza di questi 150 geni».

**A oggi c'è un'applicazione concreta?**

«In questa ricerca si propone di utilizzare il test sui 150 Rna come strumento diagnostico, ma anche di valutazione di una terapia. Se una terapia modifica l'espressione del Dna, cioè, potremmo sapere in quale senso lo fa».

(s.b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA