



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Patto per la Salute, oggi si riunisce la Conferenza delle Regioni

NAPOLI - Il Presidente **Vasco Errani** ha convocato, in seduta straordinaria, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per oggi alle 10. Nel corso della riunione saranno affrontati i temi all'ordine del giorno della Conferenza Unificata e della Conferenza Stato-Regioni che il Ministro **Maria Carmela Lanzetta** ha convocato per le 15 e le 15.30. La Conferenza delle Regioni affronterà anche altri argomenti fra cui: Una informativa sull'aggiornamento dei lavori del Nuovo Patto per la Salute 2014-2016; l'andamento dei lavori del Tavolo con il Governo sulla Riforma della Pubblica Amministrazione e la semplificazione.

Il ministro a «Health care summit». In cantiere più trasparenza e qualità nella scelta del management: fuori la politica dai ruoli medico-scientifici

Lorenzin: la sanità non è solo ragioneria

Roberto Turno
ROMA

Dice basta alla «visione ragionieristica» della sanità. Chiede di riportare la barra nella mani del suo ministero, quello della Salute, sottraendo (per quanto possibile) la golden share all'Economia. Promette dosi massicce di trasparenza e di qualità nella scelta del management, mettendolo al riparo dalle invadenze della politica soprattutto per i ruoli medico-scientifici. Chiede un deciso cambio di rotta nella governance del sistema pubblico. E si dice pronta a scommettere sulla possibilità che le imprese della filiera della salute, a cominciare da quelle del farmaceutico, possano tornare a investire in Italia cifre miliardarie: «Basta dare loro la certezza e l'applicabilità delle regole, «ma nel massimo rigore», è convinta, tanto più

dopo il maxi risarcimento da 1,2 miliardi (si veda articolo sopra) appena chiesto a tre imprese del settore per pratiche che avrebbero danneggiato il Ssn. A urne chiuse e a Governo più sicuro di sé, quando ormai il «Patto per la salute» con i governatori è forse davvero sulla rampa di lancio ed entro metà giugno potrebbe mostrare di che pasta è fatto, Beatrice Lorenzin rivela i piani per il futuro del Ssn.

Non s'è tirata indietro ieri la ministra della Salute in occasione del terzo «Health care sum-

IL RUOLO DELLE IMPRESE

Torneranno a investire cifre miliardarie, non solo nella farmaceutica, se ci saranno certezza delle regole e massimo rigore

mit» del Sole 24 Ore, intervenendo a tutto campo sollecitata dal dibattito aperto da esperti, regioni, medici, sindacati, imprese. Affiancata per la parte più prettamente industriale dal vice ministro allo Sviluppo, Claudio De Vincenti, che in materia di politica farmaceutica sta svolgendo da tempo un prezioso lavoro di chiarezza su numeri e prospettive del settore.

Il ministero dell'Economia, ha detto Lorenzin andando a ritroso a prima del Governo di Enrico Letta, negli ultimi anni ha svolto «un ruolo preponderante» e «ha gestito la politica sanitaria in un rapporto muscolare con le regioni, invece di limitarsi a un ruolo di controllo sui conti». Di qui il ruolo più forte che va garantito al ministero della Salute, senza più fare «le nozze coi fichi secchi», come è capitato alle regioni, ma in primo luogo agli italiani, che si sono visti sottrarre qualità e servizi. «I risparmi vanno fatti in un'economia di sistema», ha aggiunto il ministro. Ecco perché il «Patto» e la barra da riportare al suo ministero. Ma con le giuste cautele, è chiaro. Perché dalla tenuta dei bilanci, dai controlli, dalla lotta agli sprechi e alla corruzione, non se ne può fare a meno. Anzi. E dunque le regioni non credano di poter tirare i remi in barca, non è certo il tempo delle vacche grasse. «Le regioni devono fare la loro parte fino in fondo, devono fare un salto di qualità». Come del resto, ha garantito l'assessore dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti, sono pronte a fare. In un sistema, ha ricordato, che per 38 milioni di italiani, dal Nord fino al Lazio, è di alta qualità. Va da sé che sul «Patto», a partire dal nodo della distribu-

zione delle risorse, i governatori non sono esattamente tutti d'accordo, col Sud che chiede nuovi e diversi parametri. Come la «popolazione pesata», ha ricordato non a caso il rappresentante di Stefano Caldoro (Campania), Raffaele Calabrò.

Avanti allora a colpi di una governance riveduta e ampliamente corretta, promette il ministro. E insieme la certezza dei budget, senza i quali non c'è certezza di programmazione. E investimenti, come i 2 miliardi (almeno) necessari per rifare in parte il look agli ospedali. Poi l'addio alle scelte pilotate dei manager di asl e ospedali, da scegliere nell'ambito di un elenco nazionale attingendo a nuove professionalità e non ai soliti «guru». La discrezionalità della politica rimane, chiaro, ma con meno chance di farla da padrona. Tranne che nelle scelte delle figure medico-scientifiche: lì si che i partiti devono stare assolutamente alla larga.

Altro tasto delicato, quello degli investimenti delle imprese e dell'attrattività del sistema Italia. Che poi non è uno slogan, ma una necessità inderogabile per un Paese che non cresce e che non riserva un futuro ai giovani. «Ci vogliono norme rigorose, semplici, applicabili che ci consentano di avere miliardi di euro di investimenti industriali nei prossimi anni. Bisogna consentire all'industria di rimanere in Italia, produrre, fare innovazione», è sicura la ministra. Ma con la massima trasparenza e «il massimo rigore» dei comportamenti. Anche con un'Aifa dotata dei poteri e della capacità della Fda statunitense. Si vedrà, col «Patto», ma non solo. E si vedrà che effetto farà anche per i dipendenti del Ssn, a cominciare dai medici. Che, c'è da giurarli, hanno fatto capire i rappresentanti dei due sindacati maggiori, Anaa e Cimo, non starranno soltanto a guardare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA FOTOGRAFIA DELLA SANITÀ

23,05 miliardi

Il disavanzo

Si tratta del passivo accumulato dal sistema sanitario nazionale dal 2007 al 2013

17,16 miliardi

Regioni in piano di rientro

È il rosso accumulato nel 2007-2013 dalle Regioni sottoposte al piano di rientro per deficit eccessivo

431,119 miliardi

Totale finanziamento

Si tratta delle risorse stanziare per il sistema sanitario nazionale dal 2007 al 2014

+9,9 miliardi

La crescita dei fondi

È l'aumento del finanziamento al sistema sanitario nazionale tra il 2007 e il 2014

10

Regioni promosse

Sono Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia, Liguria, Umbria, Basilicata, Lazio, Marche le regioni che hanno incassato promozione piena per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel 2012

51,57 anni

L'età media dei medici

Il dato fa riferimento ai medici attivi nel sistema sanitario nazionale. Tra questi i medici primari arrivano a 58,53 anni, mentre i medici con incarichi professionali scendono a 49,73 anni

56,29 anni

L'età dei manager sanitari

Il dato si riferisce all'età media del management nelle aziende sanitarie

Stato Regioni. Rinviato le nomine di Pani (Aifa) e Bevere (Agenas)

A chiedere il rinvio sono state le Regioni, per “affrontare la questione delle riforme di questi enti”, ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani. Nulla di fatto anche sugli indennizzi per danni da trasfusione e vaccinazioni obbligatorie. Il tema sarà affrontato in un incontro tecnico dal Mef.



Bisognerà aspettare per sapere se Luca Pani sarà confermato direttore generale dell’Aifa e se Francesco Bevere riceverà invece l’incarico di nuovo direttore dell’Agenas. La Conferenza Stato Regioni, nella seduta straordinaria di oggi, ha infatti rinviato l’intesa sulle nomine proposte dal ministro della Salute. Il motivo, secondo quanto spiegato dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, consiste proprio nella richieste delle Regioni di

prendere un po’ di tempo per “affrontare le riforme di questi enti. La prossima settimana daremo il nostro parere”.

Nulla di fatto anche per quanto riguarda le problematiche legate al pagamento degli indennizzi per chi ha subito danni da trasfusioni, vaccinazioni obbligatorie e somministrazione di emoderivati. Il Governo ha preso atto del problema sollevato dalle Regioni, ma per affrontare la questione sarebbe stato proposto un incontro tecnico al Mef.

Ecco, in dettaglio, gli esiti di tutti i provvedimenti esaminati e discussi oggi dalla Conferenza Stato Regioni:

- 1) Problematiche connesse agli indennizzi previsti dalla legge n. 210 del 1992 a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. **PRESA D’ATTO**
- 2) Intesa sulla proposta del Ministro della salute relativa alla nomina del Dott. Francesco Bevere nell’incarico di Direttore Generale dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. **RINVIO**
- 3) Intesa recante modifica all’articolo 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni il 1° luglio 2004 (Rep. atti n. 2037 avente ad oggetto: “Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell’articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288”. **SANCITA INTESA**
- 4) Parere sullo schema di decreto ministeriale “Regolamento recante norme per l’attuazione della direttiva 2013/46/UE che modifica la direttiva 2006/141/CE per quanto concerne le prescrizioni in materia di proteine relative agli alimenti per lattanti e agli alimenti di proseguimento”. **PARERE RESO**
- 5) Parere sulla proposta del Ministro della salute relativa alla conferma dell’incarico di Direttore Generale dell’Agenzia Italiana del Farmaco al Prof. Luca Pani **RINVIO**
- 6) Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il contributo alla finanza pubblica, per l’anno 2014, di cui all’articolo 46, commi 6 e 7, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. **SANCITA INTESA**

Mobilità sanitaria. Accordo raggiunto in Conferenza delle Regioni

Vale circa 1 miliardo l'accordo per la compensazione della mobilità sanitaria 2013. Le tariffe utilizzate sono le stesse del 2012, che sono le stesse di quelle del 2011.



La Conferenza dei presidenti delle Regioni ha raggiunto questa mattina l'intesa sull'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2013. Un accordo che vale in totale circa 1 miliardo e che è stato preso tenendo conto delle tariffe sulle prestazioni del 2012, che poi sono le stesse di quelle del 2011, come ricordato a margine dei lavori dal coordinatore degli assessori alla Sanità, **Luca Coletto**, e dall'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti**, che hanno espresso soddisfazione per il lavoro svolto e il risultato raggiunto.

L'obiettivo delle Regioni è ora chiudere il riparto del Fondo sanitario nazionale 2014 tra le Regioni e il Patto per la Salute.

Ssn. Sostenibilità e compatibilità: due concetti da distinguere con chiarezza

Troppo spesso l'idea di sostenibilità è stata intesa come la risposta a una serie di minacce e in particolar modo alla minore disponibilità di risorse. Una via alternativa, invece, è quella di legarla un'etica della responsabilità. L'analisi del direttore dell'Alta Scuola Arces



“L’indagine conoscitiva ‘La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica’ delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) ha avuto proprio lo scopo di scattare una fotografia aggiornata dello stato di salute del nostro sistema sanitario nazionale, al fine di valutare la sua adeguatezza a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità”. Questo il fine dichiarato sin dalle prime battute del documento.

Il lettore resta tuttavia perplesso nel trovare in tale fotografia un’immagine alquanto sfocata del concetto di sostenibilità che non vede in tale documento alcuna definizione puntuale; un paradosso che il prof. Cavicchi ci segnala efficacemente, proponendoci l’immagine del “collettore che raccoglie le acque piovane...” del senso comune (*QS 21 maggio*). Quel senso comune che porta a svelare clamorose scoperte: “Nel corso dell’indagine conoscitiva è emerso che i sistemi sanitari regionali si sono sensibilmente diversificati [...] al punto che la stessa erogazione dei LEA sembra avvenire in modo differenziato...”.

E a proposito di senso comune, si ha l’impressione che in questi anni **in sanità il concetto di sostenibilità** sia stato comunemente inteso come la risposta ad una serie di minacce: cambiamento demografico ed epidemiologico, crisi finanziaria e morale, invecchiamento, rallentamento degli investimenti. Si è guardato alla sostenibilità come ad una sorta di “livello di guardia” superato il quale occorre che si attivi il “servizio di piena” (per restare in tema di acque), la contromisura, cioè, della compartecipazioni fiscali da parte dei pazienti-cittadini.

La sostenibilità pertanto ha finito per assumere l’accezione di compatibilità cioè di possibilità di garantire ai malati la migliore cura possibile, secondo costi compatibili, secondo la logica di una salute possibile per molti ma non per tutti; in tal modo, diminuendo via via le risorse, invece di cambiare modello per dare risposte efficaci ai fabbisogni sanitari ci si è limitati a tagliare l’offerta, riducendo il numero di prestazioni incluse e riconosciute nei livelli essenziali di assistenza. Ma cosa significa sostenibilità? Facendo un minimo di ricerca si può facilmente scoprire che nel 1987 una commissione delle Nazioni Unite “Brundtland Commission” si prese la briga di definire il concetto di sviluppo sostenibile come: “sviluppo capace di soddisfare i bisogni del presente senza compromettere le necessità delle future generazioni”.

Un approccio che appare in linea con **il concetto di responsabilità** proposto da un noto filosofo, Hans Jonas, il quale parla di attenzione alle conseguenze non solo attuali ma anche future delle nostre azioni: “Agisci in modo che le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita”. (Il principio Responsabilità). Da tale definizione derivò un’applicazione molto interessante per l’ambito aziendale: un’organizzazione sostenibile pertanto è un’organizzazione che integra nel suo agire le seguenti dimensioni: sociali, ambientali ed economiche. Dimensioni assolutamente presenti nell’agire di qualsiasi organizzazione sanitaria.

Tornando al documento sulla sostenibilità del Ssn, tenendo presente le dimensioni di sostenibilità declinate in ambito aziendale, può essere interessante analizzare qualche passaggio:

Dimensione economica. “La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.” Si ha la sensazione che l’indagine nel proporre questo concetto di sostenibilità sembra intenderla in un’accezione di natura semplicemente finanziaria, ma come ci dice the Brundtland Commission, il concetto è molto più ampio: il servizio sanitario non esiste per fare profitti ma per soddisfare bisogni e, per realizzare tale fine, deve sopravvivere.

La dimensione economica diventa allora strumentale, alla sopravvivenza di lungo periodo. La dimensione economica non è pertanto prioritaria rispetto alle altre dimensioni ma rappresenta soltanto una delle componenti del concetto di sostenibilità. Condivido l’opinione di chi afferma: “[...] La finalità è infatti quella di liberare quante più risorse possibili per migliorare la qualità dell’assistenza e la cura, ovvero a favore dei servizi per la salute delle persone”.(qs 20 maggio) In questo senso la condizione economica ben vissuta è una condicio sine qua non di sopravvivenza di lungo periodo, ma questa condizione ha senso solo all’interno del fine più ampio suddetto.

Tale accezione appare nuovamente in una formulazione successiva che sembra confermare la preoccupazione centrale e l’approccio “riduttivo” rispetto al concetto più ampio di sostenibilità, dell’indagine: “[...] evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell’immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa”. Se tale preoccupazione può apparire condivisibile, tuttavia la strategia di risposta rischia di diventare fuorviante se non addirittura foriera di futuri problemi: il richiamo ai “mutamenti demografici e alla trasformazione del modello sociale” può sembrare pretestuoso e risultare come un’ulteriore demolizione del modello ospedale-centrico per un modello volto alla “domiciliarizzazione delle strutture”.

Mi sembra oltretutto che si dimentichi che **la crisi è sistemica e come tocca il servizio sanitario tocca anche i bilanci di quegli enti locali**, primi fra tutti i comuni, del cui coinvolgimento non si parla, che potrebbero non essere in grado di accollarsi il nuovo carico sociosanitario; cosa succederebbe se chi è deputato a gestire il carico socio-sanitario, non fosse in grado di gestire tale bisogno “per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili”? Probabilmente si ritornerebbe, per forza di cose, all’ospedale, nel frattempo ridotto ad una dimensione essenziale (sostenibile?), forse attrezzato per le acuzie cui può rispondere in modo appropriato, ma in difficoltà su questa nuova emergenza.

Non si sta proponendo, si badi bene, il ritorno a vecchie logiche di utilizzo inappropriato dell’ospedale, ma semplicemente di non lasciarsi guidare da logiche economiciste nel rivedere i modelli organizzativi, invitando ad ispirarsi a criteri più ampi di quelli proposti dalla “sostenibilità finanziaria” e tenendo presente l’impatto sociale delle risposte da proporre sui bisogni da soddisfare. Risposte che tengano presente la complessità del mondo sanitario e prestino attenzione alla cooperazione tra attori più che alla demolizione di alcuni di essi. Per aumentare “l’efficienza del sistema sanitario” si valuta di incentivare il ricorso alla polizza sanitaria privata, forse nel tentativo di rendere più responsabile il cittadino e gravare meno sul fondo sanitario. Ma qualcosa non quadra: da un lato, c’è preoccupazione per il sistema universalistico: “...sensibili ritardi infrastrutturali [...] mettono a rischio l’universalità del sistema”; dall’altro sembra che si rinvii il problema della salute al privato cittadino che dovrebbe farvi fronte autonomamente, sostenendone i relativi costi -mi si conceda forse la semplicistica conclusione- in barba all’universalità.

Dimensione sociale. Nel documento, si parla del ruolo della “percezione” senza specificare come coinvolgere il cittadino nel governo del sistema. Cosa si intende quando si afferma: “I risultati finanziari ottenuti dovrebbero però essere valutati alla luce della percezione della sostenibilità di tale risultato [cioè] se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario”? L’adeguatezza passa dal bisogno reale da soddisfare o dalle percezioni del momento. Il rispetto di tale dimensione, a mio parere, deve spingere a promuovere il coinvolgimento dei vari attori del settore sanitario, in una logica di shared governance, di governo diffuso e condiviso. Ma il senso di una tale condivisione non si traduce e non si limita a proporre una modalità di governo che operi in relazione ad un orizzonte d’attesa e di aspettative, ma implica un coinvolgimento organizzato della collettività, attraverso i suoi rappresentanti, nelle scelte strategiche, cosa ben diversa dal tener conto di una semplice percezione.

Mi sembra che oltretutto così si espropri il soggetto erogatore dell’atto sanitario di una valutazione adeguata, ritornando alla logica del consenso più che a quella del fare bene le cose in risposta a fabbisogni di salute reali ed oggettivi ed in armonia con l’autonomia e l’indipendenza della professione sanitaria, salvo poi deplorare la “medicina difensiva” (pg 11) come strumento per garantirsi dalle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate e che brucia le risorse della “buona medicina”. (Quanto alla dimensione ambientale non sembra di ritrovarsi alcun cenno allo stato attuale del documento.).

Si ha pertanto l’impressione, leggendo questo documento, che quando si parla di sostenibilità in sanità si dia un nome suadente e politically correct ad un’idea che in realtà nasconde un altro significato: quella appunto della **compatibilità**, un termine che dice più schiettamente della possibilità di scaricare il servizio sanitario di oneri pubblici per trasferirli su soggetti privati a dispetto di uno dei suoi valori portanti: l’universalità. Un bisogno essenziale di salute non si soddisfa perché è economico e sostenibile ma perché è semplicemente la giusta cosa da fare. La sostenibilità ha bisogno di fondarsi sulla responsabilità di farsi carico di tale bisogno.

Il miglior augurio che si può fare alla sostenibilità in sanità è che essa possa prendere le distanze dall’accezione di compatibilità in cui si è arenata per poggiarsi su “sostegni” più robusti e sicuri. Una via alternativa è stata proposta: l’operazione consiste nel fondare la sostenibilità su un’etica della compossibilità, cioè la responsabilità di “fare in modo che diritti e risorse siano senza contraddizioni e in ragione di ciò entrambi possibili” (Cavicchi 15 giu 2013). Proviamo a studiare l’applicazione possibile di tale proposta.

La sua attuazione, a parere di chi scrive, passa dal costruire le condizioni perché gli attori del settore sanitario possano realizzare, cooperando, il loro ruolo, in modo da coniugare le loro legittime aspettative con le risorse disponibili. Non fermiamoci alla “fotografia [seppur] aggiornata”: un bisogno sanitario attuale non deve rimanere insoddisfatto per paura di non poter rispondere ad un bisogno sanitario futuro.

Padoan spariglia: investimenti pubblici per incentivare i privati

Il retroscena

Non solo Francia, Grecia e Spagna
Le proposte italiane piacciono
anche a olandesi e Paesi baltici

Francesca Pierantozzi

PARIGI. Se non ora quando (la crescita in Europa)? Certo, Angela Merkel, prevedendo la controffensiva, non ha aspettato nemmeno dodici ore dai risultati del voto di domenica per giocare d'anticipo: «Senza competitività e senza la riduzione dei deficit è impossibile riagganciare una crescita durevole». Ma questa volta il nein tedesco potrebbe trovare determinazione per i suoi denti. Con un Hollande fiaccato dall'exploit del Fronte Nazionale in patria, adesso tocca a Matteo Renzi. Se il 40,8% ottenuto in Italia non gli

conferisce i superpoteri, è lui il nuovo eroe naturale del fronte anti-rigore. E il semestre italiano di presidenza dell'Ue non poteva capitare in un momento migliore. Ieri il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan ha cominciato a precisare quali siano i margini di manovra di una politica che rimetta al centro dell'agenda crescita e occupazione. «L'Europa - ha detto - si trova di fronte a un bivio tra una crescita asfittica e una velocità diversa. La differenza è nelle mani dei policy makers europei e, in particolare, del governo italiano». Il ministro è convinto che «la presidenza italiana dell'Ue saprà dare una svolta». Le misure per «cambiare verso», pur nel rispetto dei trattati e senza abbandonare le riforme, ci sono. Il governo italiano - ha detto Padoan - sta pensando di proporre ai partner europei «l'attivazione di strumenti finanziari per permettere di far leva sugli investimenti pubblici» per stimo-

lare quelli privati. L'Italia - ha aggiunto il ministro - deve svolgere un grande ruolo «per cambiare lo stato delle cose. Il paese ha tutte le carte in regola in termini di consolidamento fiscale, di riforme strutturali e di proposte, per porsi obiettivi importanti». Le altre linee - ha aggiunto - si muoveranno nel solco di «sfruttare meglio le riforme strutturali nel processo di aggiustamento di bilancio. Musica per le orecchie di tanti governi in Europa. «Ho ricevuto molte congratulazioni e molte aperture alle proposte dell'Italia per mettere al centro crescita e occupazione con misure innovative e con una riconsiderazione del quadro generale» conferma Padoan.

Il ministro non ama sentir parlare di «alleanze» anti-rigore (sottinteso: anti-Germania), ma nell'Europa uscita dalle urne, il fronte anti-rigore (o più pacificamente pro-crescita) è oggettivamente più motivato se non più forte. E anche più vasto, non più miraggio di una sinistra spendacciona o di paesi meridionali e fannulloni. Tra crescita che dimagrisce anche al nord e populisti antisistema che s'ingrossano, perfino paesi primi della classe come Finlandia e Olanda hanno adesso interesse a rilanciare politiche meno restrittive. Se al Sud, Spagna o Grecia aspettano soltanto di poter riprendere ossigeno, dagli altri punti cardinali sono per un cambiamento anche il premier ungherese Viktor Orban, lo svedese Reinfeldt, la danese Thorning-Schmidt, l'olandese Rutte e i dirigenti baltici. L'insospettabile Cameron potrebbe favorire la spinta al nuovo e due giorni fa ha dichiarato chiaro e tondo che «l'Europa deve cambiare». E per finire François Hollande. Stordito dall'exploit dell'estrema destra, lunedì non ha potuto che offrire ai francesi «una nuova Europa».



Il ministro Pier Carlo Padoan
titolare del ministero all'Economia

**L'asse
Cameron
potrebbe
favorire
la spinta
a cambiare
Germania
isolata**

R2 / LA COPERTINA

Troppe analisi prima della cura i dubbi dei medici costano 13 miliardi

MICHELE BOCCI

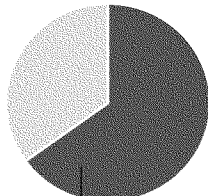
STANASCENDO il medico riluttante. Che esita a fare la cara e vecchia diagnosi, basata su intuito e assunzione di responsabilità. Le viene preferito l'invio a un altro specialista o un esame in più. Sono gli stessi camici bianchi a denunciare.

La medicina difensiva

13 miliardi
Il costo delle medicina difensiva in Italia

31.500
I sinistri per colpa medica denunciati alle assicurazioni in un anno

+250%
L'aumento dei contenziosi contro i medici negli ultimi 15 anni



60-70%
I sinistri senza seguito, per i quali alla fine non viene riconosciuto un risarcimento

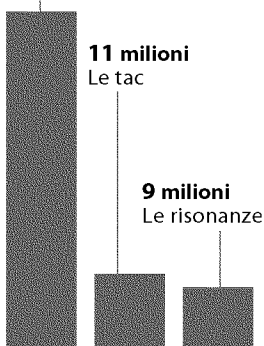
47 mila euro
Il costo medio dei sinistri pagati dalle assicurazioni dei medici e degli ospedali

500 milioni
I soldi spesi in polizze di assicurazione contro la colpa medica

Esami e analisi

fatti ogni anno in Italia

50 milioni
Gli esami di radiologia tradizionale, come le rx



Le prestazioni da ridurre al minimo

- Radiologia**
- 1 Risonanza alla colonna vertebrale nell'area lombare
 - 2 Risonanza all'encefalo per piccoli disturbi

- 3 Risonanza del ginocchio
- 4 Lastra al torace preoperatoria

Medicina interna

Profilassi con certi farmaci gastroprotettori in reparto

Utilizzo di catetere vescicale in pazienti non critici

5 Rx torace di controllo in polmonite o scompenso cardiocircolatorio

Uso dei marcatori neoplastici del sangue come screening nei ricoverati

La permanenza a letto dei pazienti ricoverati



La medicina diventa "difensiva": a causa delle denunce dei pazienti il numero degli esami è ormai spropositato. Per uno spreco di 13 miliardi I dottori ora dicono basta

Il medico riluttante

MICHELE BOCCI

I PAZIENTI che bussano allo studio per chiedere l'esame consigliato la sera prima dalla trasmissione tv, gli avvocati pronti a far partire le denunce al minimo sospetto di errore, l'industria che propone nuove tecniche diagnostiche, sempre più complesse. E loro a scrivere: "risonanza al ginocchio", "esame della tiroide", "valutazione per intervento chirurgico ambulatoriale", "antibiotico e integratore vitaminico". Più penna che stetoscopio, più tempo alla scrivania che chinati sul lettino. Nel nostro paese sta nascendo la figura del medico riluttante. Che esita a fare la cara e vecchia diagnosi, basata su intuito e assunzione di responsabilità. Le preferisce l'invio a un altro specialista o la prescrizione di un esame o un farmaco in più. Sono gli stessi camici bianchi a denunciare il cambiamento e a cercare il modo di uscire dalla palude, generata principalmente da quella che viene definita "medicina difensiva". Cioè dalla paura di prendersi una denuncia per colpa professionale. Quanto costi questo spreco di risorse, questo far girare a vuoto il sistema sanitario, non è ben chiaro. Ci sono solo stime e fanno impressione. Ogni anno in Italia i medici riluttanti farebbero buttare via 13 miliardi. Una cifra enorme che se recuperata anche solo in parte, permetterebbe di rilanciare la sanità del nostro Paese. La medicina difensiva è solo un pezzo di quella grande categoria di sperpero che va

sotto il brutto nome di "inappropriatezza" e non nasce soltanto quando le prestazioni inutili sono prescritte per paura ma anche quando sono dovute, ad esempio, a scarse capacità o carente aggiornamento.

Lo scorso week end la Società italiana di radiologia medica (sirm) ha tenuto il suo congresso

L'Italia è uno dei paesi del mondo dove si fanno più risonanze e la metà non servono

annuale. Si è parlato anche di medicina difensiva e esami che non servono. L'Italia è uno dei Paesi dove si fanno più risonanze magnetiche: circa 9 milioni l'anno. Si ritiene che almeno la metà non servano. In tutto le prestazioni (anche tac, ecografie, radiografie) sono quasi 100 milioni. Come se ogni abitante facesse un accertamento diagnostico e mezzo ogni dodici mesi. Corrado Bibbolino è il segretario del sindacato nazionale dei radiologi, ed era al congresso. «Le denunce sono in aumento — spiega — In tanti campano su quello che facciamo noi, sul minimo errore». Un esempio di medicina difensiva? «Guardi, poco fa ho visto una donna dopo un esame al seno. C'era un piccolo dubbio riguardo a una formazione mammaria e io ho chiesto comunque di fare l'ago aspirato. Qualche anno fa avrei proposto di ripassare tra sei mesi per ripetere l'accertamento. Ma oggi in giro per l'Italia ci sono società che fanno pubblicità su tutti i muri proponendo ai cittadini

di assisterli nelle cause contro i medici». Il problema ha anche a che fare con le nuove generazioni. «Noi abbiamo più esperienza e sappiamo comunque destreggiarci tra minacce e richieste campate in aria dei pazienti — dice ancora Bibbolino — Loro invece tendono a prescrivere esami di controllo su esami di controllo. La parola d'ordine è "primo non prenderle"».

Sono circa 32 mila le domande di risarcimento per colpa medica che arrivano alle assicurazioni ogni anno, il contenzioso è aumentato del 250% in 15 anni. «Al pronto soccorso capita di visitare persone per un banale malessere che quando sono pronte per tornare a casa ti chiedono: "Ma come dottore, non mi fa la tac?"». A parlare è Nicola Montano, professore associato di Medicina interna a Milano. «Alla base della medicina difensiva c'è una frattura dell'alleanza tra professionista e paziente. È successo intanto perché la medicina si è molto specializzata, poi perché ha sempre più commistioni con interessi economici importanti, ad esempio c'è l'industria che spinge per far crescere la spesa». Montano è tra quelli che stanno introducendo da noi i dettami del movimento statunitense "choosing wisely", cioè scegliere saggiamente. Le varie società scientifiche italiane stanno individuando nel proprio campo le 5 prestazioni da ridurre in quanto troppo spesso sono inutili. I radiologi hanno indicato anche la risonanza del ginocchio e della colonna vertebrale, oltre alla lastra al torace prima dell'intervento chirurgico. Gli internisti ritengono che vada tagliato l'uso di cateteri e debba diminui-

re il tempo trascorso dai ricoverati nel letto. «Contro inappropriatezza e medicina difensiva bisogna muoversi su due livelli — spiega Montano — quello istituzionale riguarda chi gestisce la sanità pubblica e deve depenalizzare la colpa medica. Noi invece dobbiamo metterci insieme e decidere cosa davvero serve ai nostri pazienti». Anche chi usa il bisturi finisce spesso davanti al giudice. Cosa questo comporti lo spiega Gianluigi Melotti, direttore di dipartimento di chirurgia della Asl di Modena: «I miei colleghi sulla difensiva fanno una serie di indagini maggiori di quante ne prescriverebbero se non fossero così preoccupati di sbagliare. La politica deve intervenire perché ci sono assicurazioni che rifiutano di fare contratti ad alcuni medici. Finisce che chi è nel pubblico non accetta di operare un caso difficile, a rischio complicanze. Si preferisce mandarlo altrove». È un altro aspetto della medicina difensiva, che come spiega Maurizio Catino, professore di sociologia a Milano Bicocca e autore di uno studio su questo tema, «si manifesta anche



SURTV-LAEFFE

In RNews (ore 13,45 sul canale 50 del digitale e 139 di Sky) un servizio sull'abuso di esami

quando il medico per ridurre l'esposizione al contenzioso evita i pazienti a rischio».

Ogni volta che sulla stampa, in tv e in generale sui mezzi di infor-

mazione si magnificano le doti di un certo farmaco, un certo macchinario o tecnica chirurgica, il primo professionista a venirlo a sapere è il medico di famiglia. D'altronde gli ambulatori di questi dottori sono il front office del sistema sanitario. «Tutti i giorni mi sento chiedere dagli assistiti accertamenti inutili, tutti i giorni sento lamentare perché rifiuto — spiega Vittorio Boscherini, medico di famiglia in Toscana e membro della segreteria nazionale Fimmg, il principale sindacato della categoria — Se la domenica sera la tv parla di una certa pratica medica, il lunedì mattina qualcuno me la chiede. Un esempio è l'esame del psa, di discussa efficacia per stimare il rischio di cancro alla prostata. I pazienti vengono a proporci di farlo ad ondate». Dopo oltre 30 anni di professione Boscherini ha tante storie da raccontare. «Ma un tempo non era così difficile. I sessantenni con un dolorino al ginocchio non chiedevano subito una risonanza, i malati non si lamentavano perché per un'influenza non gli prescrivevo l'antibiotico. Oggi ci sono ottantenni che entrano in studio e mi chiedono perché non possono avere rapporti sessuali. Una cosa impensabile una ventina d'anni fa. E poi nessuno ti minacciava di andare dall'avvocato, mentre oggi può capitare, malgrado il nostro rapporto con gli assistiti sia generalmente buono. Tutta questa pressione può spingere i colleghi, in particolare quelli più giovani, verso una iperprescrizione». E c'è da preoccuparsi per il futuro se nell'identikit del medico riluttante c'è un professionista di 30 o 40 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Premiamo chi fa diagnosi tempestive

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

QUANDO il problema di salute diventa serio, ciascuno vorrebbe per sé un medico sapiente quanto l'ultimo premio Nobel e amorevole come Madre Teresa. Invece trova un Mmg (medico di medicina generale ndr) o Pls (pediatra di libera scelta ndr) pagato dalla Asl, irrimediabilmente identificato come medico o pediatra "della mutua". La loro sala d'aspetto è affollata, il tempo dedicabile a ciascuno scandito dai brontolii di chi aspetta e interrotto dalla maleducazione di chi bussa per un certificato. Un serio problema di salute non s'affronta in qualche minuto con l'uso dei sensi e dell'esperienza. Servono esami e strumenti che guardino dentro. Centinaia di quelli grazie a cui far diagnosi. Scartate le cause improbabili, bisogna destreggiarsi tra pretese di "check up completi", direttive Asl, mode del momento, paura del tribunale, assurdità sponsorizzate dal mercato, interessi commerciali e professionali.

«Se faccio un esame in più, brontoleranno; per uno in meno rischio il tribunale». Dunque esami e consulenze a iosa. Coinvolgere colleghi distribuisce responsabilità ed è facile come fare click sul pc. La lista di esami è pronta con un altro click. Il paziente esce contento, anche se il 95% dei suoi test darà risultati irrilevanti. Saranno ripetuti, approfonditi, palleggiati tra uno specialista e l'altro, senza che si possa trarne le fila. Le casse delle Asl piangeranno, rideranno invece quelle dei fornitori. Il calcolo di quanto costa tale sistema denuncia un'iperbolica cifra di 13 miliardi di euro all'anno. Se li usassimo per curarci, potremmo permetterci il più moderno sistema sanitario del mondo. Come limitare sprechi così colossali? Bisogna comporre gli interessi in gioco e voltar pagina. Come? Il clima rottamatorio è quello giusto, per cui proviamo a suggerire a Renzi di riflettere sull'opportunità di:

1. Rottamare gli assessorati regionali alla sanità. I protocolli che definiscono cosa sia inutile e cosa no devono essere europei, uguali per Italia, germani a ecc. Liberi da pressioni commerciali, controllati sino alle virgole per inquinamenti mercantili e corruzione politica e accademica.

2. Rottamare i massimali. Remunerare il tempo medico non sul numero dei pazienti, modulando il salario ma sul tempo necessario per arrivare a una diagnosi e su quello indispensabile per assistere ogni malato.

3. Rottamare l'aggiornamento pagato dalle ditte commerciali. Danneggia capacità e imparzialità delle scelte, alimenta la cultura medica dello spreco.

4. Rottamare cattedre e primariati inutili, creati per contentare medici portaborsa, che alimentano i consumi suggeriti dai loro padrini politici.

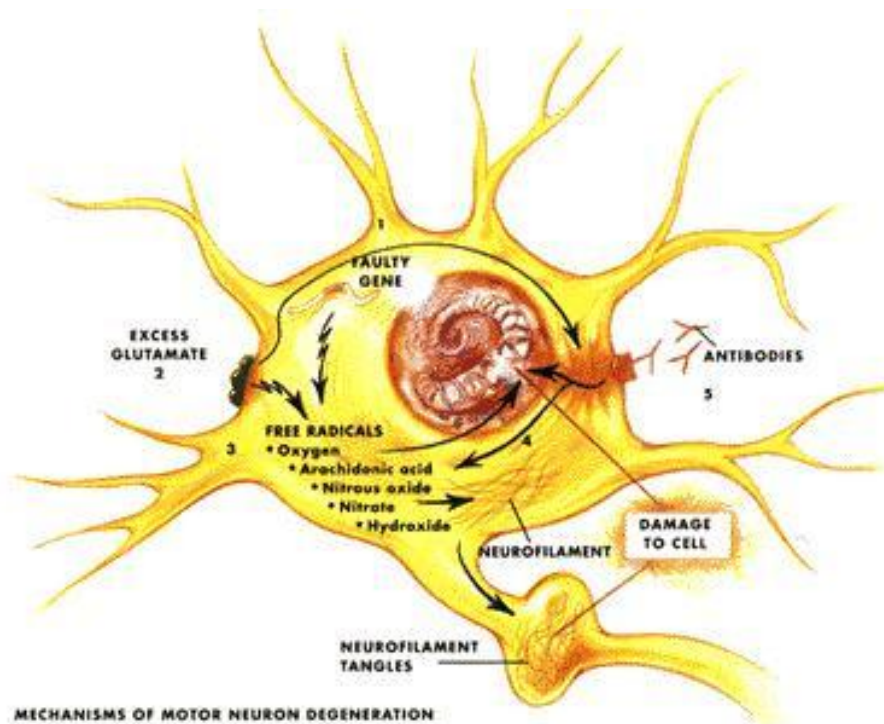
Molto altro si può suggerire, (eliminare i progetti dei lobbisti di finanziamenti europei, calmierare il prezzo dei nuovi farmaci biologici ecc). Ma ciò che serve è soprattutto educare. La Rai tv, per esempio, potrebbe spiegare che un ottantenne non fa le cose che faceva a sessant'anni, ha i capelli bianchi, le ossa mal messe e reni, cuore, polmoni non più brillanti, ma non è malato, è anziano. Non esiste spesa sanitaria che lo rigeneri, né millantatori di cellule staminali che promettono di ringiovanire ciò che è usurato. Nell'ultimo anno di vita spendiamo per chi non guarisce la metà di quanto è stato speso durante la sua vita intera. Non ha senso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Arresti cardiaci ed eventi avversi. Il 56,7% si può prevenire con il monitoraggio dei parametri vitali

Presentati oggi a Milano i risultati di uno studio sull'efficacia di nuove tecnologie di monitoraggio automatizzato in grado di riconoscere con maggior rapidità i pazienti a rischio di eventi avversi e arresto cardiaco. In due terzi dei casi, i pazienti mostrano segni e sintomi anomali nelle 6 ore precedenti l'arresto cardiaco.



Ridurre l'incidenza di eventi avversi e di arresti cardiaci, nonché i giorni di ospedalizzazione dei pazienti, salvaguardando la salute delle persone e l'efficienza economica delle strutture ospedaliere, è possibile. Lo garantisce uno studio internazionale multicentrico Vital presentato oggi al Simposio Mostra Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva (Smart) in corso a Milano.

Infatti gli eventi avversi sono episodi apparentemente improvvisi, ma in realtà vengono annunciati dal peggioramento dei parametri vitali, campanello d'allarme per un pronto intervento al momento giusto per il paziente giusto. Il monitoraggio dei parametri vitali e l'intervento tempestivo sono quindi due aspetti fondamentali per la salvaguardia della vita del paziente, cui si accompagnano nuove strategie e soluzioni di monitoraggio per riconoscere con rapidità i pazienti a rischio e ridurre gli eventi gravi, hanno spiegato gli esperti.

“La precoce identificazione dei pazienti a rischio di deterioramento mediante l'analisi e il monitoraggio dei segni vitali ha un significativo rilievo. I segni clinici evidenziano i potenziali problemi prima che possano svilupparsi, contribuendo a ridurre la degenza. L'intervento precoce può fare la differenza nel migliorare i risultati nei pazienti e, nel lungo termine, condurre ad una politica di contenimento dei costi negli ospedali. Questi importanti progressi si basano sul concetto chiave che la cura del paziente non è più uno sforzo individuale: i migliori risultati e gli interventi più efficaci per salvaguardare la vita dei pazienti si ottengono quando gli operatori sanitari lavorano insieme, come una squadra, utilizzando la migliore tecnologia e i migliori dati disponibili.”, ha affermato **Rinaldo Bellomo**, M.D., Ph. D., Director of Intensive Care Research at the Austin Hospital in Melbourne, Australia.

I dati presentati oggi documentano, negli ospedali italiani, la presenza di eventi avversi in area medica nel 37,5% dei casi, in chirurgia 30,1%, in pronto soccorso 6,2% e in ostetricia 4%. La media nazionale degli eventi avversi in ospedale è risultata del 5,5%, percentuale minore rispetto alla media di studi internazionali che vedono il rischio di eventi avversi al 9,2%. Ancora oggi, fino al 17% dei pazienti nelle aree ospedaliere di medicina generale e chirurgia si troverà ad affrontare una complicanza imprevista. Ma, hanno spiegato gli esperti, i sintomi “premonitori” di un arresto cardiaco si presentano generalmente 6 ore prima dell'evento. E gli eventi avversi che si possono verificare nei reparti di medicina, pediatria, chirurgia e che possono degenerare in un arresto cardiopolmonare, possono essere identificati tramite alterazioni patofisiologiche quali: anomalie respiratorie 38%, anomalie multiple 27%, metaboliche 11%, cardiologiche 9%, neurologiche 6%.(6)

In definitiva, “il 56,7% degli eventi avversi si possono prevenire, con il monitoraggio dei parametri vitali”.

I parametri fisiologici di base (Early Warning Score) da monitorare per ridurre il rischio e identificarlo in tempo riducendo l'intervento dei team d'emergenza, anche se, secondo il protocollo dei singoli ospedali, possono essere monitorati un numero maggiore di segni vitali:(7)

- frequenza respiratoria
- pressione sistolica
- frequenza cardiaca
- temperatura
- punteggio AVPU (scala di valutazione dello stato di coscienza)

La valutazione del punteggio EWS (Early Warning Score) permette di determinare il rischio di aggravamento e morte di un paziente attraverso il riconoscimento precoce di parametri fisiologici e di osservazione sullo stato di coscienza.

Con lo studio multicentrico internazionale Vital, che ha coinvolto 5 paesi, 12 reparti di medicina generale e oltre 18.000 pazienti, si è quindi studiata l'efficacia del monitoraggio automatizzato (monitor Intellivue MP5SC) attraverso un sistema elettronico che permette di individuare i pazienti a rischio di aggravamento, acquisendo automaticamente i parametri vitali, automatizzando il calcolo del punteggio EWS e rilevando i segni di aggravamento in modo da attivare più tempestivamente un intervento di emergenza. In particolare, i ricercatori hanno studiato l'efficacia dell'utilizzo del monitoraggio automatizzato in aggiunta ai protocolli di reparto misurando la sopravvivenza dopo intervento d'urgenza, gli eventi avversi severi e la lunghezza della degenza ospedaliera con i seguenti risultati:

- Aumento della sopravvivenza dopo intervento dell'equipe d'emergenza 6%
- Diminuzione della durata della degenza 25%
- Riduzione del tempo speso per registrare e calcolare l'EWS 37,5%
- Riduzione del tempo per misurare e registrare i segni vitali da 4.1 minuti a 2.5 comportando in totale 1.7 ore al giorno di assistenza che hanno permesso gli infermieri di concentrare le energie su altri aspetti della cura del paziente.

“Lo Studio Vital ha permesso di dimostrare come lo sviluppo di una nuova tecnologia di monitoraggio sia efficace nell'aiutare gli infermieri e i medici di reparto a rispondere più tempestivamente al deterioramento clinico del paziente. Con il riconoscimento più rapido delle criticità, infatti, le squadre di pronto intervento possono essere attivate più rapidamente e i pazienti possono ricevere un intervento di alto livello in pochi minuti. La disponibilità di un valido supporto decisionale del personale sanitario permette di ottimizzare l'attività di squadra dei medici e, migliorando l'attivazione dei team di emergenza, permette di ridurre i tempi di ospedalizzazione e gli eventi fatali”, ha commentato Bellomo.

Per questo, secondo gli esperti riuniti allo Smart, in uno scenario ospedaliero di controllo dei costi e riduzione del personale, dove la qualità della cura deve essere assicurata al massimo dei suoi livelli, garantire un monitoraggio “efficace” ad una grande popolazione di pazienti allettata e/o ambulante può contribuire alla riduzione dei casi di arresto cardiaco e morte improvvisa, a limitare i costi derivanti dal trasferimento dei pazienti in terapia intensiva e ad automatizzare il workflow con conseguente riduzione degli errori e del carico di lavoro per il personale.

“Oltre al supporto tecnologico – ha infatti dichiarato **Alberto Oggioni**, Business Manager Patient Care and Monitoring Solutions, Philips Healthcare - Philips è impegnata nell'offerta di una soluzione

completa che porti la struttura ad una ottimizzazione del processo di cura. La strumentazione è infatti solo la base da cui partire, ma Philips può offrire anche sistemi di comunicazione avanzati, strumenti che migliorino il workflow, supporti decisionali clinici e formazione del personale rispondendo alla necessità di politiche innovative di assistenza sanitaria che ottimizzano l'assistenza al paziente, i flussi di lavoro clinico e la gestione finanziaria”

Tornando al documento sulla sostenibilità del Ssn, tenendo presente le dimensioni di sostenibilità declinate in ambito aziendale, può essere interessante analizzare qualche passaggio:

Dimensione economica. “La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.” Si ha la sensazione che l'indagine nel proporre questo concetto di sostenibilità sembra intenderla in un'accezione di natura semplicemente finanziaria, ma come ci dice the Bruntdland Commission, il concetto è molto più ampio: il servizio sanitario non esiste per fare profitti ma per soddisfare bisogni e, per realizzare tale fine, deve sopravvivere.

La dimensione economica diventa allora strumentale, alla sopravvivenza di lungo periodo. La dimensione economica non è pertanto prioritaria rispetto alle altre dimensioni ma rappresenta soltanto una delle componenti del concetto di sostenibilità. Condivido l'opinione di chi afferma: “[...] La finalità è infatti quella di liberare quante più risorse possibili per migliorare la qualità dell'assistenza e la cura, ovvero a favore dei servizi per la salute delle persone”.(qs 20 maggio) In questo senso la condizione economica ben vissuta è una condicio sine qua non di sopravvivenza di lungo periodo, ma questa condizione ha senso solo all'interno del fine più ampio suddetto.

Tale accezione appare nuovamente in una formulazione successiva che sembra confermare la preoccupazione centrale e l'approccio “riduttivo” rispetto al concetto più ampio di sostenibilità, dell'indagine: “[...] evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa”. Se tale preoccupazione può apparire condivisibile, tuttavia la strategia di risposta rischia di diventare fuorviante se non addirittura foriera di futuri problemi: il richiamo ai “mutamenti demografici e alla trasformazione del modello sociale” può sembrare pretestuoso e risultare come un'ulteriore demolizione del modello ospedale-centrico per un modello volto alla “domiciliarizzazione delle strutture”.

Mi sembra oltretutto che si dimentichi che **la crisi è sistemica e come tocca il servizio sanitario tocca anche i bilanci di quegli enti locali**, primi fra tutti i comuni, del cui coinvolgimento non si parla, che potrebbero non essere in grado di accollarsi il nuovo carico sociosanitario; cosa succederebbe se chi è deputato a gestire il carico socio-sanitario, non fosse in grado di gestire tale bisogno “per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili”? Probabilmente si ritornerebbe, per forza di cose, all'ospedale, nel frattempo ridotto ad una dimensione essenziale (sostenibile?), forse attrezzato per le acuzie cui può rispondere in modo appropriato, ma in difficoltà su questa nuova emergenza.

Non si sta proponendo, si badi bene, il ritorno a vecchie logiche di utilizzo inappropriato dell'ospedale, ma semplicemente di non lasciarsi guidare da logiche economiciste nel rivedere i modelli organizzativi, invitando ad ispirarsi a criteri più ampi di quelli proposti dalla “sostenibilità finanziaria” e tenendo presente l'impatto sociale delle risposte da proporre sui bisogni da soddisfare. Risposte che tengano presente la complessità del mondo sanitario e prestino attenzione alla cooperazione tra attori più che alla demolizione di alcuni di essi. Per aumentare “l'efficienza del sistema sanitario” si valuta di incentivare il ricorso alla polizza sanitaria privata, forse nel tentativo di rendere più responsabile il cittadino e gravare meno sul fondo sanitario. Ma qualcosa non quadra: da un lato, c'è preoccupazione per il sistema universalistico: “...sensibili ritardi infrastrutturali [...] mettono a rischio l'universalità del sistema”; dall'altro sembra che si rinvii il problema della salute al privato cittadino che dovrebbe farvi fronte autonomamente, sostenendone i relativi costi -mi si conceda forse la semplicistica conclusione- in barba all'universalità.

La ricerca

Un «bisturi» molecolare per le cellule

Un gruppo di ricercatori dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica (Tiget) di Milano è riuscito per la prima volta a «correggere» e riscrivere il Dna di cellule staminali del sangue umano grazie a una tecnica chiamata «editing del genoma», che consente di riparare gli errori genetici sul gene malato. Lo studio è stato pubblicato su *Nature*. Grazie a questi «bisturi molecolari» gli scienziati guidati da Luigi Naldini (direttore del Tiget) sono riusciti a riparare il difetto responsabile di una grave immunodeficienza ereditaria. La terapia genica di solito sfrutta dei virus modificati e resi innocui in laboratorio, per correggere quei difetti genetici che sono alla base di una determinata patologia. Con la nuova tecnica gli esperti sono stati in grado di fare una vera e propria correzione del difetto genetico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA