

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
29 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE San Raffaele, avanti a tappe forzate È cominciato all'assessorato alla Sanità il confronto fra i tecnici della Regione, la Qatar Foundation e il Bambin Gesù

Lo “scatolone bianco”, l'ospedale San Raffaele di Olbia, comincia a riempirsi. In meno di ventiquattr'ore ci sono state due riunioni fra i tecnici della Regione, guidati dal direttore generale dell'assessorato alla Sanità, Giuseppe Sechi, e i rappresentanti della Qatar Foundation, gli investitori, e quelli dell'ospedale Bambin Gesù, che sarà il gestore scientifico del San Raffaele. I due incontri si sono intrecciati con un altro tavolo tecnico – aperto solo ai tecnici dell'assessorato – in cui è all'ordine del giorno la mappa della rete ospedaliera pubblica e privata della Sardegna. In altre parole è cominciato e a passo spedito il percorso che entro il 24 giugno dovrebbe concludersi se l'esito del confronto sarà positivo con la firma dell'accordo definitivo a tre (Regione, Qatar e Bambin Gesù) per la riapertura del cantiere e la cora per arrivare puntuali a un'inaugurazione già annunciata per il primo marzo del 2015. Top secret. A che punto siano le trattative a tre lo sanno davvero in pochi. Sul San Raffaele l'ordine, in viale Trento, è di far trapelare quasi nulla, o comunque solo notizie ufficiali- Di ufficiale per ora non c'è nulla. Anzi, l'unico punto fermo è da settimane la bozza, molto articolata, presentata dalla Qatar Foundation e dal Bambin Gesù su quali reparti aprire al San Raffaele. È l'elenco allegato alla pre-intesa fra la Regione e gli investitori, firmata qualche giorno prima della cerimonia di una settimana fa a Palazzo Chigi, con garante il primo ministro Matteo Renzi. È un elenco rimasto segreto per mesi, ma che ora tutti conoscono a memoria: riabilitazione neurologica e ortopedica, medicina sportiva, pediatria, ortopedia, cardiologia, neurologia, oculistica, più almeno due centri di ricerca internazionali di cui uno sul diabete. Il 24 giugno, scadenza della trattativa, i reparti saranno gli stessi, oppure ci sarà un rimpasto? È proprio su questo punto che il tavolo tecnico sul San Raffaele e quello regionale sui posti letto hanno avviato la discussione cominciata in questi giorni. Il punto della Regione. A Roma, subito la cerimonia a Palazzo Chigi, il presidente della Regione Francesco Pigliaru è stato chiaro nel dire: «L'inserimento del San Raffaele dovrà tener conto degli ospedali pubblici e delle altre strutture private che esistono in Sardegna». Dunque, la Regione non vuole sovrapposizioni di reparti e tanto meno che lo “scatolone bianco” alla fine costringa l'assessorato alla Sanità a proporre il taglio (tecnicamente sarebbe un congelamento) di posti letto da altre parti. È un rischio politico e la Giunta non vuole scontrarsi con nessuno, tant'è che lo stesso Pigliaru, sempre a Roma, ha aggiunto: «Su questo progetto vogliamo raggiungere il massimo della condivisione». Necessaria e obbligatoria per superare il muro sollevato da chi è perplesso in maggioranza e nel centrodestra. Soprattutto perché da qui al 24 giugno il progetto San Raffaele dovrà passare all'esame non solo della Giunta, ma anche della commissione Sanità del Consiglio

regionale e dell'Aula. Il punto del Qatar. Sempre a Roma è stato il portavoce della Fondazione qatarina, Lucio Rispo, a dire: «Siamo ai dettagli. La trattativa con la Regione è ben avviata e in mese la partita sarà chiusa e chiusa bene con reciproca soddisfazione». Per poi confermare l'infinità di numeri che ruotano attorno al nuovo ospedale: un miliardo e 200 milioni d'investimento, con cento messi subito a disposizione per completare la struttura, mentre gli altri serviranno per arredare i 260 posti letto (e una cinquantina di suite), acquistare macchinari all'avanguardia, formare il personale, le prime assunzioni saranno subito dopo l'estate, e ingaggiare medici di primo livello. È questo il cronoprogramma della Fondazione, che non pare intenzionata a fare troppi passi indietro rispetto alla bozza già consegnata alla Regione. Sarà sempre così, oppure nelle prossime riunioni tecniche, cominceranno le rinunce? Sempre a Roma Rispo ha detto di «essere sicuro che i tempi saranno rispettati», compreso il giorno dell'inaugurazione: domenica primo marzo del 2015.

SASSARI L'assessore Arru domani inaugura la cardiocirurgia

L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru sarà a Sassari per una serie di incontri istituzionali. Il programma degli appuntamenti prevede in mattinata una visita all'Istituto Zooprofilattico della Sardegna, all'Aou e all'Università. L'Assessore parteciperà in tarda mattinata alla Conferenza dei sindaci, convocata dalla Provincia. Nel primo pomeriggio Luigi Arru sarà al Santissima Annunziata per inaugurare il nuovo reparto di Cardiocirurgia della Asl di Sassari. A seguire incontrerà gli operatori sanitari della Asl e della Aou, gli operatori del sociale, le loro organizzazioni sindacali e i cittadini per illustrare il programma e per ascoltare quanti vorranno rappresentare le loro istanze. Questo incontro, il primo di una serie che riguarderà i diversi territori di tutte le aziende sanitarie locali della regione, avrà inizio alle 16,30 nella Sala Riunioni – Palazzina H -, in Via Rizzeddu 21.

ALGHERO Da oggi l'appuntamento annuale di psichiatria forense

Si aprirà da oggi al 31 maggio, all'Hotel Catalunya di Alghero, l'annuale appuntamento formativo, giunto alla XVII edizione, dal titolo "Psichiatria forense e psichiatria di genere: aspetti clinici e responsabilità". Un evento promosso dal prof. Gian Carlo Nivoli, presidente della Società italiana di Psichiatria forense. Negli ultimi anni si è andato consolidando un profondo cambiamento culturale della medicina concretizzatosi nell'Evidence-based Medicine (Ebm) e nelle "Buone pratiche cliniche". Nel congresso di questo anno si confermerà la scelta strategica della valorizzazione della medicina basata sulle evidenze e della divulgazione delle buone pratiche cliniche, dedicando una specifica attenzione e un approfondimento alle problematiche delle differenze di genere in ambito psichiatrico. Non potrà mancare l'aspetto psichiatrico forense propriamente detto legato alle specifiche situazioni che vedono più frequentemente coinvolta, più spesso come vittima, la dimensione femminile. In particolare il congresso si propone di esporre contributi scientifici di approfondimento in tema di patologia post-partum, stalking, comportamento violento intrafamiliare, omicidio, suicidio, farmaci e sostanze nel mondo femminile, vittimologia ecc. È previsto, inoltre, un momento di approfondimento, scambio e confronto fra le diverse professionalità partecipanti all'evento avente come obiettivo la ricerca di una visione comune in tema di protocolli minimi di buona pratica in tema di suicidio, comportamento violento, contenzione e prescrizioni off-label. Il congresso mira ad offrire non solo importanti elementi di conoscenza e aggiornamento in tema di psichiatria clinica e forense,

ma lo stesso si pone anche come momento apicale di ragionamento, approfondimento nonché confronto e diffusione di saperi tra discipline differenti e differenti culture gestionali e organizzative.

L'UNIONE SARDA

REGIONE San Raffaele a tappe forzate Pre-intesa il 16 maggio, il 23 giugno si chiude

Il 13 maggio sono stati aperti i tavoli tecnici (per un mese di attività serrata), quello sanitario e quello della ricerca. Tre giorni dopo è stata siglata la pre-intesa, il 23 maggio è stata acquisita l'intesa con il Governo sulla riprogrammazione dei posti letto e l'incremento della spesa per l'assistenza ospedaliera. Poi: il 12 giugno ci sarà la presentazione della proposta alla Commissione consiliare, il 23 la proposta di deliberazione della Giunta approderà in Consiglio e, se tutto andrà per il verso giusto, il 24 arriverà finalmente la firma dell'accordo di programma.

Sono le tappe verso la realizzazione dell'ospedale (ex) San Raffaele di Olbia, messe nero su bianco dalla Regione, insieme con la Qatar Foundation e l'Ospedale Bambino Gesù.

«Abbiamo siglato la pre-intesa senza ulteriori ritardi, era necessario dare risposte certe e rapide, andando oltre i normali dubbi e le preoccupazioni», dice il presidente della Regione, Francesco Pigliaru.

Il governatore, l'assessore alla Sanità Luigi Arru e i loro staff hanno lavorato giorno e notte per arrivare alla stesura del documento che pone le basi dell'investimento da un miliardo di euro in Sardegna. Anche perché si correva il rischio che la famiglia reale del Paese arabo decidesse di andare altrove. Dopo la firma, il premier Renzi e il sottosegretario Delrio hanno voluto fare una conferenza stampa di presentazione dell'accordo, “benedicendo” così l'operazione dell'esecutivo sardo.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

**Rapporto Istat 2014: “SSN in bilico tra vincoli di spesa e qualità”.
11,1% italiani rinuncia a curarsi per motivi economici o per le liste d’attesa**

Presentato ieri il tradizionale Rapporto annuale dell'Istituto. Ampio spazio dedicato alla sanità ed emerge un quadro preoccupante per il diritto alle cure. Più di 11 italiani su cento (13,2% donne e 15% al Sud) hanno infatti dichiarato di aver rinunciato alle cure (accertamenti o visite specialistiche non odontoiatriche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci). IL RAPPORTO.

Il Sistema sanitario nazionale (Ssn) nel corso degli anni ha dovuto mantenere un difficile equilibrio tra i vincoli di spesa e l'efficacia della sua azione. Anche se il Sistema sanitario pubblico ha migliorato notevolmente il suo livello di accountability, come si evince dalla riduzione del debito accumulato nel corso degli anni. L'analisi è contenuta nel Rapporto annuale dell'Istat che dedica ampio spazio alla sanità nel capitolo 4 (**vedi**).

Inoltre - sottolinea l'Istat - l'aumento costante della sopravvivenza e la sostanziale stabilità dell'incidenza della cronicità grave, testimoniano che l'attività di assistenza e cura svolta dal Ssn ha conseguito esiti soddisfacenti, nonostante i forti tagli apportati. Gli aspetti ancora problematici si riscontrano sul fronte dell'equità, per la quale gli indicatori segnalano persistenti divari di genere, sociali e territoriali, sia in termini di esiti di salute sia di accessibilità delle cure.

Per l'Istat è indubbio che va destinata attenzione alle conseguenze della riduzione della spesa sanitaria pubblica e alle difficoltà dimostrate dalle famiglie a far fronte con risorse proprie alle cure sanitarie. Un indicatore importante al riguardo è costituito dalle rinunce alle cure. Nel 2012, la quota di cittadini che ha rinunciato alle cure si attesta all'11,1 per cento, in maggioranza donne (13,2 per cento, uomini 9,0 per cento); a livello territoriale la quota è più elevata nel Mezzogiorno (14,8 per cento).

L'incremento costante degli anziani fa aumentare la fascia di popolazione più esposta a problemi di salute di natura cronico-degenerativa. Oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffre di patologie croniche gravi. In particolare, nella classe di età 65-69 anni e 75 e oltre, le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano, rispettivamente, il 28 e il 51%.

Il diabete, i tumori, l'Alzheimer e le demenze senili sono le patologie che mostrano una dinamica in evidente crescita rispetto al passato. Gli uomini soffrono di almeno una cronicità grave nel 36% dei casi nella classe di età 65-69 e nel 57% tra quelli ultrasettantacinquenni.

La dinamica della cronicità grave è dovuta all'invecchiamento. Se depurato dall'effetto dovuto all'incremento del contingente di persone anziane, il tasso resta infatti stabile (14,6% nel 2005 contro 14,9 nel 2012), con differenze di genere a sfavore degli uomini (16% contro 13,9% delle donne).

Nel 2012, la spesa sanitaria pubblica è pari a circa 111 miliardi di euro, inferiore di circa l'1% rispetto al 2011 e dell'1,5% in confronto al 2010. Durante la crisi, dal 2008 al 2011, le prestazioni a carico del settore pubblico si sono ridotte, compensate da quelle del settore privato a carico dei cittadini. Infatti, il valore della produzione pubblica (valutata a prezzi 2005) è rimasto invariato, mentre quello del settore privato è cresciuto dell'1,7%.

Nel settore della sanità pubblica diminuisce il deficit delle Aziende sanitarie, migliora

l'appropriatezza organizzativa e clinica, ma persistono le disuguaglianze di salute e di accessibilità alle cure.

Lo svantaggio del Mezzogiorno è strutturale, le condizioni di salute sono peggiori rispetto al resto del Paese. La speranza di vita è di 79 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne. (nel Nord rispettivamente 79,9 e 84,8 anni). La prevalenza di cronicità grave, al netto della struttura per età, si attesta al 16,1%, contro il 14,2% registrato nel Nord del Paese.

Anche i divari socio-economici sono strutturali. Nel 2012 le persone di 65 anni e oltre con risorse economiche scarse o insufficienti dichiarano di stare male o molto male nel 30,2% dei casi contro il 14,8% di chi ha risorse economiche ottime o adeguate. Il rischio di cronicità grave è più elevato tra le classi sociali più modeste: chi ha una condizione economica familiare scarsa o insufficiente ha un rischio di 1,6 volte superiore alla famiglia con risorse economiche ottime o adeguate.

Nel 2012 l'11,1% dei cittadini dichiara di aver rinunciato alle cure (accertamenti o visite specialistiche non odontoiatriche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci). Tale quota sale al 13,2% fra le donne mentre a livello territoriale è più elevata nel Mezzogiorno (15% circa).

L'accessibilità alle cure sanitarie è più difficile per chi ha risorse economiche scarse o inadeguate. Nel 50,4% dei casi, chi rinuncia ad una prestazione sanitaria lo fa per motivi economici, nel 32,4% a causa delle liste di attesa o eccessiva distanza dalle strutture.

Queste evidenze – sottolinea l'Istat - prospettano per il futuro un aumento della pressione sul Sistema sanitario nazionale, dovuto all'incremento di persone bisognose di cure e assistenza. Proiettando, infatti, il rischio di soffrire di almeno una patologia cronica grave sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni, ci si attende una prevalenza di cronici gravi superiore al 20 per cento nel 2024 e oltre il 22 per cento per il 2034, attualmente tale quota è al 15 per cento.

Inoltre, continua a essere rilevante il problema delle disuguaglianze sociali nella salute. In particolare, le persone di 65 anni e oltre, con risorse economiche scarse o insufficienti, che dichiarano di stare male o molto male, sono nel 2012 il 30,2 per cento (28,6 per cento nel 2005), contro il 14,8 per cento di chi dichiara risorse ottime o adeguate (16,5 per cento nel 2005). Tra queste, sono gli anziani del Mezzogiorno il gruppo di popolazione più vulnerabile.

Fonte: Rapporto annuale Istat 2014

L'affondo di Lorenzin: "Sulla sanità troppi poteri al MEF. Ministero Salute torni protagonista, altrimenti meglio abolirlo"

"Le politiche sanitarie sono state ad appannaggio del Mef, all'insegna del tentativo di contrarre la spesa". "Ora, però, è arrivato il momento di restituire al Ministero della Salute il suo ruolo legittimo, cioè di effettiva gestione della politica sanitaria. In caso contrario, è preferibile abolirlo". Così oggi Beatrice Lorenzin intervenendo a Roma nel corso del '3° Healthcare Summit' del Sole 24 Ore

“La sfida più importante che ci attende è quella di riuscire ad abbandonare una visione prettamente ragionieristica del sistema salute”. E’ la rotta tracciata dal ministro **Beatrice Lorenzin** nel suo intervento nel corso del **'3° Healthcare care Summit'**, promosso dal *Sole 24 Ore*, svoltosi stamane a Roma. “Negli ultimi anni – ha proseguito – le politiche sanitarie sono state ad appannaggio del Mef, all’insegna del tentativo di contrarre la spesa, mantenendo un adeguato livello di assistenza. Ora, però, è arrivato il momento di restituire al Ministero della Salute il suo ruolo legittimo, cioè di effettiva gestione della politica sanitaria. In caso contrario, è preferibile abolirlo”.

Secondo il ministro per costruire un sistema che funzioni in modo più efficace “non c’è bisogno di attendere la definizione delle riforme costituzionali, ma è essenziale recuperare una visione di insieme che uniformi i meccanismi di valutazione e che elimini le enormi difformità che caratterizzano il nostro territorio, spesso anche all’interno delle singole regioni”. In questo senso il passaggio dirimente è legato “alla creazione di un nuovo sistema di governance, che consenta un’effettiva ed efficace selezione dei manager sanitari. In Italia, allo stato attuale, ce ne sono pochi e circolano sempre gli stessi nomi. E’ proprio qui che è necessario intervenire, introducendo nuovi meccanismi di reclutamento, magari tramite l’utilizzo di un albo nazionale da cui attingere quando serve. Dobbiamo sviluppare la capacità di attrarre manager competenti e per farlo la politica deve compiere un passo indietro, affinché non incida più nelle scelte in modo così invasivo”.

Il Ssn non può comunque prescindere “da importanti investimenti che devono riguardare soprattutto le infrastrutture tecnologiche, l’innovazione, la ricerca e il personale. Obiettivo fondamentale è etter fine allo stato di emergenza strutturale che determina il blocco del turn over e che ostacola gli avanzamenti di carriera. Se non si assume, il dibattito sull’accesso a Medicina rischia di diventare surreale”. Tuttavia gli investimenti sono possibili “esclusivamente recuperando risorse all’interno del sistema, abbandonando integralmente l’idea dei tagli lineari. E per farlo è indispensabile un processo di trasformazione misurabile e quantificabile, incentrato su un meccanismo nazionale di verifica”.

Tutte le dinamiche interne al sistema salute “incidono fortemente sul sistema industriale e sul mondo del lavoro. E’ quindi basilare che si ragioni nell’ambito di sistemi integrati all’interno di un sistema caratterizzato da regole certe e non che variano ogni sei mesi. Soltanto in questo modo sarà possibile consentire all’industria di restare sul nostro territorio e valorizzare il nostro personale di altissima qualità che costituisce un solido meccanismo di sicurezza”. Un cambiamento che passa anche “per una revisione del ruolo dell’Aifa, che è un fortissimo strumento regolatorio, che funziona bene, ma che non agisce come un’agenzia vera e propria. Abbiamo infatti il dovere di costruire un nuovo rapporto con l’industria”.

A margine del suo intervento, il ministro ha poi parlato del Patto per la Salute. "Sta finendo la parte tecnica - ha annunciato - Adesso inizia la parte politica in cui ci sono alcuni nodi che meritano una riflessione. Speriamo che il Patto riesca a risolvere alcune criticità del sistema che non si possono più eludere". Sul tema della digitalizzazione del sistema, Lorenzin ha osservato: "Abbiamo gli strumenti, dalla cartella elettronica all'anagrafe degli assistiti, ma manca l'immissione dei dati in tempo reale. Ma non può essere fatta per legge, bensì spetta agli enti locali e alle aziende ospedaliere". Tutte queste misure "ci

permetteranno di risparmiare in qualche anno alcuni miliardi, che ho quantificato in 10, da poter reinvestire nel sistema sanitario".

Speciale 25° Congresso SID. Clinica, ricerca e innovazione nella cura del diabete. Attesi 1.500 delegati e i massimi esperti italiani e internazionali

Inaugurato ieri a Bologna in coincidenza con i 50 anni della società scientifica. La SID è sempre più rivolta ai giovani, che supporta concretamente, grazie anche alla realizzazione di partnership trasparenti con l'industria del farmaco. Ampio spazio nel congresso anche alla collaborazione tra diabetologo e infermiere diabetologico.

Il diabete è un problema importante dal punto di vista economico, sociale e individuale perché caratterizzato da elevati costi e da un numero in costante aumento, anche nel nostro Paese, di persone affette. “Per questo motivo – afferma il professor **Stefano Del Prato**, Presidente della Società Italiana di Diabetologia - c'è bisogno di linfa nuova nella ricerca e nell'attività clinica diabetologica e SID è determinata a perseguire questi obiettivi nonostante il difficile momento sociale, di crisi economica, che si è tradotto anche in un acceso confronto tra SID e AIFA.

Negli ultimi anni infatti, a fronte dell'arrivo di nuove possibilità terapeutiche, ci sono state continue restrizioni per il loro uso corrente, ma SID ritiene che le Società Scientifiche debbano e possano svolgere un'importante azione consultiva per le Istituzioni così come è avvenuto, ad esempio, in occasione della redazione del Piano Nazionale della Malattia. Anche in quest'ottica, favorire la crescita di specialisti diabetologi competenti e affidabili è un modo di continuare a garantire qualità nelle scelte strategiche della gestione clinica delle persone con diabete”.

La SID conta attualmente oltre 1600 soci e le sue attività ‘caratterizzanti’ sono il supporto alla ricerca e la formazione dei diabetologi italiani. Oltre ad essere un *provider* riconosciuto ufficiale per la formazione (residenziale, a distanza e sul campo), la società svolge un'importante attività di supporto alla ricerca, da punto di vista culturale, ma anche pratico. “Negli ultimi 5-6 anni – ricorda il professor **Del Prato** - la SID ha contribuito con oltre 2,5 milioni di euro al finanziamento della ricerca, attraverso borse di studio, assegni di ricerca e finanziando progetti sia di singoli ricercatori che multicentrici. Questa attività si è tradotta in risultati di assoluto rilievo, come dimostrano le numerose pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali ad elevato *impact factor*”. Un'attenzione particolare è stata dedicata ai giovani diabetologi, nell'intento di attirare nuove forze verso la diabetologia.

“La nostra azione di sostegno a favore delle giovani leve – prosegue il Professor **Del Prato** - deve avvenire anche grazie a una collaborazione quanto più ampia e trasparente con le aziende del farmaco. Un esempio di questa collaborazione è il programma concordato con MSD, per un ampio numero di borse di studio che i giovani ricercatori italiani potranno utilizzare in Italia o all'estero. Progetti di questo tipo forniscono la dimostrazione di come le società scientifiche possano collaborare con l'industria al fine di continuare a garantire quel livello culturale e di preparazione, indispensabile per poter mantenere il giusto legame tra ricerca, traslazione clinica dei suoi risultati e il coinvolgimento di tutte le figure che operano in ambito diabetologico”.

Il congresso nazionale della SID che si tiene a Bologna dal 28 al 31 Maggio, si articola attraverso tre percorsi: clinica, ricerca e innovazione.

Clinica. Sono stati individuati alcuni temi di particolare attualità che vengono indicati come le 7 sfide del diabetologo pratico. Le persone con diabete rappresentano il 30-35% di quelle che accedono a cure ospedaliere. Il ruolo del diabetologo è indispensabile per frenare la spesa relativa alle complicanze del diabete che rappresentano la maggior voce di costo per questa malattia e contribuire dunque a una razionalizzazione della spesa. Un altro tema che verrà discusso riguarda la definizione del processo organizzativo necessario per una efficace gestione ambulatoriale della persona con diabete. Particolare enfasi, in linea con quanto definito nel Piano Nazionale della Malattia Diabetica riguarderà la prevenzione delle amputazioni di arto che continuano a rappresentare un dramma individuale e un indicatore utile a definire il grado di efficacia dell'intervento preventivo e terapeutico. Un'altra sessione sarà dedicata alla comunicazione tra persona con diabete e diabetologo.

Ricerca. Numerosi sono i temi in programma: dal e ricerche cliniche e pre-cliniche relative a nuovi meccanismi responsabili del danno renale del diabete mellito; al ruolo delle cellule progenitrici nel campo della riparazione delle complicanze vascolari del diabete; al ruolo di cellule endocrine di vario tipo nella regolazione dell'omeostasi glucidica quali potenziali nuovi target terapeutici. Altre sessioni saranno dedicate alle novità nel campo della genetica del diabete e delle sue complicanze e al ruolo dei processi infiammatori sulla patogenesi dell'iperglicemia.

Innovazione. Si tratterà dei processi che regolano crescita e ruolo metabolico del tessuto adiposo; dei metodi per identificare forme meno comuni del diabete come il MODY; del trattamento della neuropatia diabetica; dell'impiego della telemedicina in diabetologia; della relazione tra diabete e neoplasie del pancreas. Verrà presentata inoltre un'attenta revisione dei dati più recenti sulle terapie basate sulle incretine, motivo tra l'altro della diatriba dell'ultimo anno con AIFA; infine di parlerà di retinopatia diabetica, anche alla luce delle ultime polemiche sull'impiego dei trattamenti anti-VEGF.

Nel corso del congresso ampio spazio verrà dato alla collaborazione, sempre più necessaria, sempre più virtuosa, tra diabetologo e infermiere diabetologico. "In questo modo – sottolinea il prof. **Del Prato** - SID intende confermare la volontà a lavorare fianco a fianco con tutte le figure professionali che devono intervenire a garantire un adeguato trattamento e gestione della persona con diabete. In questa stessa direzione vanno le attività congressuali dedicate alla riorganizzazione dei processi di gestione, all'analisi dei costi del diabete; alla disamina delle opportunità per il finanziamento della ricerca".

Le nuove Linee guida del Garante della privacy: vietato diffondere informazioni sulla salute

Solo dati aggiornati e indispensabili. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Queste le direttive fondamentali attraverso le quali il Garante della privacy ha voluto contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché la dignità delle persone quando vengono diffusi sul web dati dei cittadini. LE LINEE GUIDA

Solo dati aggiornati e indispensabili. Vietato diffondere informazioni sulla salute. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Sui siti on line della Pa solo dati esatti, aggiornati e indispensabili. Vietato diffondere informazioni sulla salute. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Allo scopo di contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché la dignità delle persone, il Garante privacy ha individuato un quadro organico e unitario di cautele e misure che le Pa devono adottare quando diffondono sui loro siti web dati personali dei cittadini.

Le Linee guida, emanate alla luce del recente decreto legislativo n.33/2013, riguardano sia la pubblicazione di dati e documenti che le Pa devono mettere on line per finalità di trasparenza, sia di quelli finalizzati a garantire altri obblighi di pubblicità degli atti amministrativi (es. pubblicazioni matrimoniali, deliberazioni sull'albo pretorio on line, avviso di deposito delle cartelle esattoriali etc.). Su tali Linee guida (in corso di pubblicazione sulla G.U.) il Garante ha sentito il Dipartimento della funzione pubblica, l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) e l'Agenzia digitale.

Ecco in sintesi le principali misure indicate per la trasparenza on line.

Principi generali

Le Pa devono pubblicare solo dati esatti, aggiornati e contestualizzati.

Prima di mettere on line sui propri siti informazioni, atti e documenti amministrativi contenenti dati personali, le amministrazioni devono verificare che esista una norma di legge o di regolamento che ne preveda l'obbligo.

Le Pa devono pubblicare on line solo dati la cui pubblicazione risulti realmente necessaria. E' sempre vietata la pubblicazione di dati sulla salute e sulla vita sessuale. I dati sensibili (etnia, religione, appartenenze politiche etc.) possono essere diffusi solo laddove indispensabili al perseguimento delle finalità di rilevante interesse pubblico.

Occorre adottare misure per impedire la indicizzazione dei dati sensibili da parte dei motori di ricerca e il loro riutilizzo.

Qualora le Pa intendano pubblicare dati personali ulteriori rispetto a quelli individuati nel decreto legislativo n.33, devono procedere prima all'anonimizzazione di questi dati, evitando soluzioni che consentano l'identificazione, anche indiretta o a posteriori, dell'interessato.

Open data e riutilizzo dei dati

I dati pubblicati on line non sono liberamente utilizzabili da chiunque per qualunque finalità.

L'obbligo previsto dalla normativa in materia di trasparenza on line della Pa di pubblicare dati in "formato aperto", non comporta che tali dati siano anche "dati aperti", cioè liberamente utilizzabili da chiunque per qualunque scopo. Il riutilizzo dei dati personali non deve pregiudicare, anche sulla scorta della direttiva europea in materia, il diritto alla privacy.

Le Pa dovranno quindi inserire nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" sui propri siti web un alert con cui si informa il pubblico che i dati personali sono riutilizzabili in termini compatibili con gli scopi per i quali sono raccolti e nel rispetto del norme sulla protezione dei dati personali.

I dati sensibili e giudiziari non possono essere riutilizzati.

Durata degli obblighi di pubblicazione

Il periodo di mantenimento on line dei dati è stato generalmente fissato in 5 anni dal decreto legislativo n.33. Sono previste però alcune deroghe, come nell'ipotesi in cui gli atti producano i loro effetti oltre questa scadenza. In ogni caso, quando sono stati raggiunti gli scopi per i quali essi sono stati resi pubblici e gli atti hanno prodotto i loro effetti, i dati personali devono essere oscurati anche prima del termine dei 5 anni.

Motori di ricerca

L'obbligo di indicizzare i dati nei motori di ricerca generalisti (es. Google) durante il periodo di pubblicazione obbligatoria è limitato ai soli dati tassativamente individuati dalle norme in materia di trasparenza. Vanno dunque esclusi gli altri dati che si ha l'obbligo di pubblicare per altre finalità di pubblicità (es. pubblicità legale sull'albo pretorio, pubblicazioni matrimoniali etc).

Non possono essere indicizzati (e quindi reperibili attraverso i motori di ricerca) i dati sensibili e giudiziari.

Specifici obblighi di pubblicazione

Risulta proporzionato indicare il compenso complessivo percepito dai singoli dipendenti (determinato tenendo conto di tutte le componenti, anche variabili, della retribuzione). Non è però giustificato riprodurre sul web le dichiarazioni fiscali o la versione integrale dei cedolini degli stipendi. Esistono invece norme ad hoc per gli organi di vertice politico. A tutela di fasce deboli, persone invalide, disabili o in situazioni di disagio economico destinatarie di sovvenzioni o sussidi, sono previste limitazioni nella pubblicazione dei dati identificativi.

Vi è invece l'obbligo di pubblicare la dichiarazione dei redditi di politici e amministratori, con l'esclusione di dati non pertinenti (stato civile, codice fiscale) o dati sensibili (spese mediche, erogazioni di denaro ad enti senza finalità di lucro etc.).

Obblighi di pubblicità degli atti per finalità diverse dalla trasparenza

Il rispetto dei principi di esattezza, necessità, pertinenza e non eccedenza, permanenza on line limitata nel tempo dei dati personali, vale anche per la pubblicazione di atti per finalità diverse dalla trasparenza (albo pretorio on line degli enti locali, graduatorie di concorsi etc.). Al fine di ridurre i rischi di decontestualizzazione del dato personale e la riorganizzazione delle informazioni secondo parametri non conosciuti dall'utente, è necessario prevedere l'inserimento all'interno del documento di "dati di contesto" (es. data di aggiornamento, periodo di validità, amministrazione, numero di protocollo) ed evitare l'indicizzazione tramite motori di ricerca generalisti, privilegiando funzionalità di ricerca interne ai siti web delle amministrazioni.

Deve essere evitata la duplicazione massiva dei file.

DOCTORNEWS33

Dal Governo no alle consulenze per ex dipendenti Ssn. Conte (Fnomceo): più spazio ai giovani

«Parliamo tanto di fare spazio ai giovani, perciò non può che essere condivisibile una presa

di posizione contro gli incarichi di consulenza ai pensionati ex dipendenti del Ssn». Così Luigi Conte, segretario generale della Fnomceo, commenta l'interrogazione parlamentare presentata dall'Onorevole Raffaele Calabrò sul tema dell'incompatibilità tra incarichi di consulenza e trattamento pensionistico. Nella sua interrogazione l'onorevole sottolinea come “nonostante la normativa vigente precluda l'affidamento degli incarichi di studio e di consulenza ad ex-dipendenti del Ssn collocati in quiescenza, le aziende sanitarie continuano ad assegnare tali incarichi ai predetti soggetti con convenzione pubblica”. Una normativa sulla quale, come conferma in risposta il sottosegretario di Stato per la Salute Vito De Filippo “non sembrano sussistere dubbi”, e in base alla quale occorre interrompere la prassi denunciata.

«In effetti la legge parla chiaro» conferma a DoctorNews Conte «non sono consentite consulenze che riguardino l'espletamento delle stesse funzioni da parte dei dipendenti. Una fattispecie dalla quale possono esulare soggetti con incarico dirigenziale o gestionale». Un dato che oltretutto viene incontro a chi reclama più accessi alla professione. «È chiaro che abolire questa prassi va sicuramente nella direzione delle richieste dei giovani medici per un migliore accesso alla professione» sottolinea Conte. Lo stesso Calabrò, del resto, in sede di replica al Governo ha auspicato che avvenga la cessazione della prassi denunciata che, oltre a essere *contra legem*, contribuisce ad aggravare le difficoltà occupazionali in atto vissute dalle nuove generazioni.

Convenzione, Fimmg rivede l'incipit: Mmg libero professionista con mission nazionale

Un accordo dei medici di famiglia meno regionalista, che riattribuisce un ruolo forte dello stato erogatore dei livelli essenziali di assistenza e al sindacato medico: così si presenta la prossima convenzione nei “desiderata” della Fimmg, il primo sindacato dei mmg, che oggi propone la riforma dell'articolo 1, alla Sisac, la controparte composta da tecnici delle Regioni. La proposta arriva nell'ambito di un colloquio separato richiesto e ottenuto da Fimmg; ne sarà latore il numero due, **Silvestro Scotti**, delegato alle trattative dal segretario nazionale **Giacomo Milillo**. Mentre il vecchio articolo 1 sanciva il potere delle regioni di scrivere gli accordi per la medicina convenzionata e richiamava il Piano sanitario nazionale e i progetti obiettivi per ridisegnare i compiti del medico, quello di cui Fimmg propone la riscrittura ri-accentra l'attenzione sul medico di famiglia e ne definisce una volta per tutte il profilo giuridico di professionista autonomo che collabora con le Asl “continuativamente e coordinatamente in regime di finanziamento pubblico”. Dall'accordo nazionale, scrive Fimmg, discendono “le attività costituenti i Livelli Essenziali di Assistenza, che i medici, anche in forma aggregata, devono svolgere nell'ambito delle complessive funzioni di tutela della salute”. Con i sindacati, le Regioni sono “invitate” a definire il nuovo accordo “fonte di diritto inderogabile derivante dall'articolo 8 del decreto legislativo 502/92” e successive norme nazionali. Al comma 2, medici Asl e Regioni osservano solo le norme “definite con i sindacati, comprese quelle di livello collettivo regionale ed aziendale, che si sommano, senza contraddirlo, al presente Accordo”. In caso di conflitto tra accordo nazionale e regionale, il primo “regolamenta le procedure di assistenza all'uniforme applicazione”, comprese le “difficoltà interpretative legate a norme sopravvenienti e le procedure di verifica, controllo e sanzione per la mancata applicazione delle norme pattuite”, da parte sia dei medici sia delle Asl.

DIRITTO SANITARIO Attività professionale intramuraria, mancato versamento della quota

La Corte di Appello di Genova nel 2012 confermava la sentenza di condanna emessa in sede di giudizio abbreviato dal gip del Tribunale di Sanremo nei confronti di un sanitario chiamato a rispondere del reato di peculato in quanto, nella qualità di medico del servizio sanitario nazionale, abilitato dalla Asl competente ad espletare attività professionale intramuraria in uno studio medico privato, ometteva di rilasciare regolare ricevuta a vari pazienti dai quali incassava direttamente l'onorario, così appropriandosi anche della quota di spettanza dell'ente pubblico del 10%, per una somma totale accertata di circa Euro 460. Il medico che eserciti attività libero professionale intramuraria non è di per se pubblico ufficiale, ma lo diviene nel momento in cui provveda alla percezione degli onorari da riversare nelle casse dell'ente di appartenenza o per la quota ad esso ente dovuta od anche per l'intero laddove la quota di spettanza del medico gli venga versata tramite stipendio. Nel caso specifico, considerata l'evoluzione del rapporto lavorativo, la Suprema Corte, cassando con rinvio la sentenza di condanna, ha osservato che l'ipotesi di accusa richiedeva la dimostrazione con adeguata motivazione che nel periodo della maggior parte degli incassi cui era riferita la contestazione, l'imputato avesse in corso un rapporto con la Asl che prevedeva l'esercizio di attività in regime di intra moenia: che, quindi, al momento di ciascun incasso di onorari una quota era di spettanza dell'ente pubblico che, conseguentemente, il dipendente, nel ricevere gli onorari, svolgeva funzioni di pubblico ufficiale e che, nel trattenerlo indebitamente, commetteva il reato di peculato.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Healthcare summit. Lorenzin: «Stop alla visione ragionieristica del Ssn, affrontare il nodo della governance»

«Stop alla visione ragionieristica del Ssn - condizionata da un lato dalla crisi economica e dall'altro dal federalismo regionale - e al ruolo preponderante del ministero dell'Economia, che negli ultimi anni ha gestito la politica sanitaria in un rapporto muscolare con le Regioni invece di limitarsi a un'azione di controllo sui conti». Ha esordito così la ministra della Salute Beatrice Lorenzin al terzo Healthcare summit, l'incontro organizzato da Il Sole 24 Ore a Roma per discutere su sostenibilità e nuovi modelli per la sanità del futuro.

Alla politica sanitaria, sottolinea Lorenzin, devono pensare ministero e Regioni. «Si è tentato di fare finora le nozze con i fichi secchi e di ridurre la spesa mantenendo la qualità dei servizi. Ma non può funzionare così. Il risparmio va fatto in una economia di sistema. Mantenendo come prioritaria la qualità dei servizi e introducendo sistemi di misurazione delle performance che responsabilizzino le autonomie locali. Un risultato che stiamo cercando di ottenere con il Patto per la salute».

Nell'opera di redazione del Patto «sta finendo la parte tecnica e deve cominciare una parte politica in cui ci sono alcuni nodi che meritano una riflessione». E la ministra auspica di riuscire «a fare un patto che vada verso il futuro e che affronti alcune criticità del sistema sanitario che non possiamo più eludere».

Condizione necessaria per la sostenibilità del Ssn, per Lorenzin, è che le Regioni facciano un salto di qualità, senza aspettare la riforma della Costituzione, lavorando per portare all'eccellenza tutto il territorio nazionale. «Ci sono due elementi fondamentali da considerare: la certezza del budget e la qualità della governance, che è il tema dei temi. Laddove c'è una governance di qualità le cose funzionano». Il decreto Balduzzi ha riformato il meccanismo di selezione dei dg. «Ma non basta. Ci sono pochi manager sanitari competenti, che sono sempre gli stessi e sono ormai dei guru. Serve attingere a nuove professionalità forti per realizzare un albo nazionale all'interno del quale le Regioni abbiano ampia possibilità di scelta. E servono anche percorsi di formazione ad hoc. Fermo restando il rapporto fiduciario tra il dg e l'amministrazione regionale, che non va demonizzato, purché non sia di tipo clientelare. Il manager capace va scelto secondo obiettivi prefissati da ministero e Regioni, va valutato e premiato sulla base dei risultati raggiunti. In modo da ridurre la discrezionalità salvaguardando però l'attrattiva del ruolo. La politica deve invece fare un passo indietro sulle direzioni di tipo scientifico e sanitario».

Management di qualità. A sottolineare l'importanza di un management sanitario di qualità è intervenuto anche il presidente di Fiaso, Valerio Fabio Alberti: «Vanno creati vivai regionali di middle management - spiega - da cui attingere per nominare i top manager della sanità. La lista delle priorità per garantire la sostenibilità del Ssn è lunga e servono persone in grado di condurre il processo, che siano in possesso di quella cultura necessaria a dialogare con i professionisti della sanità. Come Fiaso stiamo facendo un percorso in diversi step per arrivare a definire un profilo delle competenze del Dg, un percorso di formazione, di selezione e di valutazione. E anche sulle buone prassi applicate dalle aziende sanitarie, che Fiaso ha raccolto nel Libro bianco della buona sanità, bisognerebbe definire i livelli essenziali di organizzazione all'interno delle aziende. In modo da rendere obbligatorie le best practice».

Patto in tempi brevi. Sul Patto per la salute i tempi non saranno lunghi. Lo afferma l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti: «Penso che se c'è la volontà politica, e sembra che ci sia - sottolinea Lusenti nel corso del summit organizzato da il Sole 24 Ore - ci sono le condizioni per arrivare a chiudere il Patto per la salute rapidamente; nel giro di una-due settimane il testo ci sarà».

«C'è il prerequisito economico di finanziamento almeno del 2014, in una dimensione - ha rilevato Lusenti - che risale la china, precipitata invece fino all'anno scorso in modo ininterrotto; c'è quindi una boccata di ossigeno». Il patto, ha aggiunto l'assessore, «conterrà anche una parte sulla strategia di governance istituzionale, relativamente al ruolo del ministero e alla riforma delle agenzie per arrivare a un sistema di governo solido e rinnovato». Infatti, ha spiegato, «ci vuole una cornice più solida e bisogna rafforzare e definire le deleghe e il ruolo del ministero della Salute».

Riferendosi quindi al Sistema sanitario nazionale, Lusenti ha sottolineato che «non è vero che in Italia ci sono 21 sistemi diversi: ve ne sono due o tre e di questi uno è di livello assolutamente europeo e si può confrontare con il meglio che c'è in Europa; parlo - ha detto - dell'Italia fino al Lazio, che equivale a 38 milioni di abitanti». Dall'assessore dell'Emilia Romagna, infine, un invito all'appropriatezza, citando come esempio proprio la sua Regione che dal 2009 è in testa nella classifica per gli adempimenti rispetto ai livelli essenziali di assistenza. «Ci sono esempi virtuosi in una serie di Regioni - conclude - che non devono essere prese come modelli, ma come esempi».

Per superare le differenze Nord-Sud il deputato Raffaele Calabrò (Ncd), rappresentante della

Campania, reclama un ruolo più forte di indirizzo e di controllo da parte del ministero della Salute. «Per uniformare l'appropriatezza delle prestazioni servono Linee guida per singola patologia. Le storture vengono da lontano, sebbene oggi ci siano eccellenze anche al Sud. Basti un esempio per tutti: nel '96 si determinarono i fattori per definire i criteri di riparto del Fondo sanitario. Tra questi la popolazione pesata. Decreti successivi avrebbero dovuto chiarire i criteri di pesatura. Ma non sono mai arrivati e il riparto si fa con la popolazione pesata per età. In questo modo la Campania ha perso 400 milioni, 70 euro a cittadino. Ci sono investimenti da fare e la nostra regione è penalizzata. I piani di rientro hanno senz'altro centrato l'attenzione sugli sprechi, ma con il blocco del turnover hanno anche causato a loro volta altri sprechi, come i soldi per le convenzioni o la mancata assunzione dei giovani che ha causato una fuga all'estero di risorse formate in Italia. Sicuramente Il patto sarà un'occasione di confronto».

Il problema è anche di politiche del personale. «Il fatto è che oggi il 55% dei medici è over 50: non esistono più i giovani. All'interno degli ospedali bisogna - spiega Riccardo Cassi Presidente Cimo Asmd - bisogna imboccare la strada dell'intensità di cura e per farlo serve un cambiamento netto in cui i professionisti devono essere coinvolti. Con una integrazione che avviene grazie alle reti, che deve unire contratti e convenzioni per la comunità assistenziale vera e consentire di valutare i medici per la loro professionalità, attraverso una griglia di indicatori asettici definita con Agenas, e non per capacità gestionale che appartiene solo a pochi».

Il nodo della gestione e dell'allocazione delle risorse. Sui costi ha puntato il dito Adriano Lagostena, direttore generale E.O. Ospedali Galliera. «In Liguria gli over-65 sono il 28% della popolazione, gli over 74 sono al 22% e nel 2030 saranno il 27 per cento. Di fronte a queste percentuali non può esistere dicotomia tra ospedale e territorio. Su 17mila ricoveri, il 23% è rappresentato da acuti puri, il 77% da acuti legati a quadri di cronicità. E questo ci pone delle questioni sulla evitabilità dei ricoveri. Al Galliera abbiamo scelto un modello organizzativo per intensità di cura. Ci occupiamo dell'appropriatezza della prestazione, che io dò per scontata, ma anche dell'appropriatezza del modello erogativo. La salute non ha prezzo ma ha un costo. Attraverso il network Nisan possiamo rilevare il costo per ogni singolo episodio di ricovero. Ed emergono dati preoccupanti: nel 2011 su 475mila ricoveri il 96% è rappresentato da ricoveri ordinari e day surgery, ma il 3,8% ha riguardato criticità legate alla cronicità, che hanno assorbito il 13% delle risorse. Come gestori quindi dobbiamo porci il problema di come vengono allocate le risorse. Abbiamo una sola possibilità, applicare una massima di Galileo Galilei: misurate tutto ciò che è misurabile e ciò che non lo è rendetelo tale. L'alternativa è risparmiare tagliando i posti letto».

Oltre la centralità dell'ospedale. L'importanza di riorganizzare il sistema mettendo in discussione il ruolo dell'ospedale è stata sottolineata da Mario La Vecchia, vicesegretario nazionale Anaa Assomed: «Dall'autosufficienza del singolo presidio si è passati all'autosufficienza della rete. Ma se non c'è una rete nuova sul territorio, il modello si ingolfa ed è destinato a fallire. Se gestiamo il processo in modo intelligente, avremo un sistema ospedale-territorio-Mmg-specialisti con protocolli condivisi e un sociale con cui interfacciarsi. Dobbiamo passare da un modello prestazionale a un processo di cura. E anche in questo caso, il cittadino vuole garanzie sull'accesso e vuole sapere chi lo guida in questo labirinto che stiamo costruendo. L'Italia è lunga e stretta».

Anello fondamentale della sostenibilità del Ssn è la politica del farmaco. "Le aziende del farmaco - ricorda Emilio Stefanelli, vicepresidente di Farindustria chiudono il 2013 con 445 milioni di euro di pay-back per il ripiano della spesa farmaceutica, che non è certo

poco. Ora sono in arrivo medicinali molto innovativi che tenderanno a far diminuire altre voci della spesa sanitaria, aiutando così anche l'economia italiana in generale. Bisognerà trovare spazi alternativi di intervento per tenere la spesa sotto controllo, altrimenti ogni nuovo farmaco che arriva lo pagheremo solo noi".

L'aspetto positivo è che nella manovra non ci sono stati tagli ulteriori alla spesa farmaceutica. "Il governo è riuscito ad avere in tempi brevi un Fondo sanitario sicuro, che è rimasto quello ipotizzato - ha riconosciuto Stefanelli - anche se non certo capiente perché inferiore di circa il 20% rispetto agli altri Paesi europei. Ma per la prima volta sappiamo dove possiamo mettere le mani. Di fatto però lo sfioramento della spesa farmaceutica lo paghiamo noi per il 100% nella territoriale e per il 50% nell'ospedaliera. Non si può continuare a considerare quello della farmaceutica un sistema chiuso - ha ribadito - rispetto al sistema della sanità e dell'economia in generale".

Priorità agli investimenti nel settore farmaceutico. E a ribadire l'urgenza di salvaguardare gli investimenti nell'industria farmaceutica in Italia è intervenuto anche il viceministro allo Sviluppo Economico, Claudio De Vincenti: «Quest'anno abbiamo stabilizzato la spesa farmaceutica, dobbiamo tenerla in linea con l'andamento del Pil e pensiamo che vadano stabilite e migliorate le regole», ha aggiunto De Vincenti, parlando poi degli strumenti messi in campo dal Governo: tra questi, «il sistema dei budget aziendali ha contribuito a tenere sotto controllo la spesa per evitare situazioni di perdita del controllo e tagli drastici».

Il problema è ora quello di una corretta politica di pricing dei farmaci innovativi. Tre sono i punti da verificare: il miglioramento della terapia, la remunerazione delle spese sostenute in ricerca e sviluppo, il risparmio prodotto su altre spese sanitarie. "Oggi non mi sento molto sicuro del fatto che i prezzi dei farmaci innovativi siano così rigorosamente determinati. Non dico che siano troppo alti, ma bisogna ragionarci sopra e guardare in faccia il problema: serve una metodologia di pricing che eviti situazioni indesiderate".

"Se la spesa farmaceutica esplose - ha aggiunto - il sistema sanitario non terrà. Se vogliamo che tenga, dobbiamo essere sicuri che quei prezzi siano giustificati e l'unico modo per farlo è adottare una metodologia che garantisca che quei costi corrispondono veramente a una riduzione della spesa" sanitaria in generale, andando a curare malattie che costano sotto altri punti di vista.

"Il governo della spesa farmaceutica deve continuare - assicura De Vincenti - senza tagli selvaggi: oggi non si pensa più al comparto come il luogo dove devono immancabilmente impattare le misure di contenimento. Grazie al tavolo sulla farmaceutica convocato con il ministero della Salute abbiamo ottenuto due risultati: non ci sono stati tagli nelle ultime manovre, per cui finalmente diamo certezza di regole alle industrie e competitività al Paese, e abbiamo realizzato una piccola riforma delle modalità di rilevazione della spesa farmaceutica ospedaliera, che può garantirne la terzietà. Ora occorre valutare il sistema di budget e tetti: per ora dobbiamo cercare di farlo funzionare bene, poi ci porremo la domanda se si può superare".

Un'ipotesi fattibile, secondo il viceministro, "se fossimo in grado di valutare preventivamente l'impatto dell'innovazione di un farmaco sulla spesa in generale. Spero che ci arriveremo con lo sviluppo dell'Health Technology Assessment (Hta), e così si potrebbe pensare a un sistema di tetti dinamico. Forse, ad esempio, sulla spesa farmaceutica ospedaliera non abbiamo più bisogno dei tetti di prodotto se abbiamo il budget. E valorizzerei come strumento quello del rimborso condizionato, insieme al budget, in modo

da legare di più il rimborso ai risultati terapeutici".

E per promuovere la competitività delle imprese italiane, ha detto il vice ministro «Siamo al lavoro sul decreto ministeriale attuativo del Destinazione Italia, emanato dal Governo Letta per attrarre investimenti esteri, che con le norme sul credito d'imposta che premiano l'incremento della spesa in Ricerca e Sviluppo sarà un efficace sostegno alle imprese che fanno innovazione". Altre misure su cui sta lavorando il ministero, ha spiegato De Vincenti, "è il sistema di risk-sharing facility, un fondo da 100 milioni di euro a garanzia dei grandi progetti di politica industriale in cui rientrano a pieno titolo le scienze della vita, dispositivi medici e farmaci in primis. Speriamo di irrobustirlo ulteriormente in futuro. L'Italia in questo modo - ha concluso - diventa un Paese in cui le industrie possono farsi le 'guance rosse', crescere e avere voglia di investire".

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584