

## **RASSEGNA STAMPA Lunedì 17 Febbraio 2014**

SSN al test del "caro sangue"  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Ecco chi ruba la salute  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Medicine, basta un clic  
**ITALIA OGGI**

Il territorio non aiuta l'ospedale  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

*Studio Cergas-Bocconi sul livello di efficienza del sistema nazionale plasma e plasmaderivati in Italia*

# Ssn al test del «caro sangue»

**Ancora criticità nella rete - E la produzione "per conto" è troppo costosa**

**C**hi fa da sé - in sanità come altrove - non sempre "fa per tre".

E stavolta è il turno del sistema sangue di guardarsi allo specchio per valutare se l'efficienza del servizio non potrebbe essere meglio realizzata incrementando il ricorso al mercato commerciale dei prodotti emoderivati, visto che alle condizioni attuali - plasmaferesi e produzione per conto - per la sola albumina e immunoglobulina si calcola un potenziale di costo aggiuntivo che va dai 376 ai 164 milioni di euro rispetto al normale acquisto sul mercato commerciale.

Ad accendere i riflettori sul sistema sangue nazionale è una freschissima ricerca condotta dagli economisti del Cergas-Bocconi Marilanna Cavazza e Claudio Jommi, realizzata grazie a un grant incondizionato di cinque aziende attive nel settore (Baxter, Biotesi, Csl Behring, Grifolia e Octapharma) e con il contributo dei responsabili dei sistemi trasfusionali nazionale e regionale e delle associazioni dei donatori.

«Lo studio - spiega Elio Borgonovi, direttore del Cergas-Bocconi, nella prefazione al volume - analizza congiuntamente i temi dell'efficienza produttiva e quello dell'efficienza allocativa, con l'obiettivo di verificare se e come le diverse soluzioni consentono di perseguire l'interesse generale e pubblico in coerenza con un uso razionale delle risorse».

Una analisi significativa, specie se applicata al sistema plasma e pla-

smaderivati presente in Italia, che vede un ruolo pubblico significativo e uno storico monopolio produttivo per conto del Ssn, che fornisce attualmente circa il 70% del fabbisogno di plasma a livello nazionale. Il modello attuale è tuttavia destinato a modificarsi nell'immediato futuro: le modifiche normative già in pista dovrebbero determinare lo stop definitivo alla situazione di monopolio sul "conto terzi" mentre il processo di accreditamento delle strutture dedicate dovrebbe ridisegnare il profilo dell'intera rete trasfusionale italiana.

Vantaggi e carenze dell'attuale modello e possibili scenari futuri sono al centro del volume che accende i riflettori sulle soluzioni adottate nei diversi Paesi per approdare poi alla valutazione del livello d'efficienza del sistema nazionale, simile per molti versi a quello spagnolo e canadese, e sostanzialmente diverso soprattutto da quello tedesco.

Periscopio sulle criticità. Tra le criticità nel mirino spicca in particolare il disallineamento tra offerta e domanda di emoderivati, attualmente coperto dal mercato commerciale, che il sistema sarebbe orientato a superare attraverso un maggiore ricorso alla plasmaferesi e alla produzione per conto. È vero che il plasma non è sufficiente a coprire l'intera domanda di tutti gli emoderivati riconosciuta la ricerca - ma è vero anche che «vengono prescritti emoderivati di marca diversa da quella del produttore unico per conto del Ssn».

Ciò detto è innegabile che l'attuale sistema di raccolta e produzione va razionalizzato: una quota consistente della raccolta è ancora concentrata in centri che effettuano tra i mille e i 10 mila prelievi l'anno, mentre i centri con volumi di produzione superiore alle 15 mila donazioni si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Centro-Nord. Allo stesso modo per le donazioni in aferesi (15% del totale), anche se l'86% dei centri è dotato di un separatore cellulare, la produttività considerata ottimale di 400 prelievi l'anno è presente solo nel Nord Italia, mentre Centro e Sud si mantengono decisamente al di sotto dello standard (255 e 123 rispettivamente).

Anche sulla plasmaferesi, dunque, i margini di razionalizzazione sono elevati. Ma resta il quesito di fondo su cui Cavazza e Jommi invitano a riflettere: conviene? e quanto conviene?

I confini che non tornano. A supportare la riflessione le stime sui costi di produzione di plasma ed emoderivati fornite dal Cna (coordinamento delle attività trasfusionali) del Veneto e quelle emergenti da uno studio del Centro nazionale sangue-Università Cattolica. Le innumerevoli e dettagliate elaborazioni contenute nello studio si chiudono con una sintesi inequivocabile: la produzione del volume di albumina necessario per l'autosufficienza del Ssn comporta un costo di produzione massimo di 471 e minimo di 251 milioni di euro. L'acquisto sul mercato della

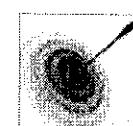
medesima quantità di prodotto al prezzo medio è pari a 63/53 milioni a seconda delle due ipotesi: il risparmio sarebbe di 33 milioni, non sufficiente a compensare il differenziale importante nella produzione di albumina. «Un eccesso di offerta nella produzione per conto - sottolinea lo studio - genera un sostanziale spreco di risorse, anche per l'impossibilità allo stato attuale di cedere a Paesi dell'Ue le scorte di emoderivati prodotti con plasma lavorato in Italia, pur senza obiettivi di natura lucrativa, ma di semplice recupero dei costi».

Anche l'esportazione quale via per smaltire le eccedenze di produzione, scelta da Paesi come Germania e Austria, si rivela una soluzione "zoppa". «Il costo della materia prima utilizzata è sempre eccessivamente alto perché i produttori non commerciali riescano a competere efficacemente con quelli commerciali», sottolinea lo studio. In più, la simulazione dei costi incrementalii che potrebbero essere generati da un aumento del ricorso alla plasmaferesi, non tiene conto degli sfridi di lavorazione e dei lotti di plasma ritirati per motivi di sicurezza, che resterebbero sulle spalle del Ssn.

Forse - concludono Cavazza e Jommi - «la programmazione della domanda e il ricorso al mercato commerciale restano ancora le soluzioni più percorribili».

**Sara Todaro**

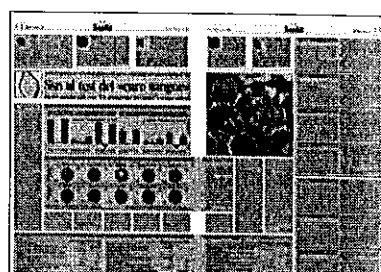
DIREZIONE RISERVATA



**AFERESI.** È la procedura che permette di ottenere dal donatore una specifica componente del sangue con l'aiuto di un'apposita macchina che preleva il sangue dall'avambraccio, come nella donazione tradizionale, lo immette in un circuito sterile e, mediante un processo di centrifugazione e filtrazione, lo separa consentendo la raccolta degli emocomponenti desiderati: plasma e piastrine. I globuli rossi, che contengono il ferro e l'emoglobina, vengono invece restituiti al donatore. A ogni trattamento è possibile estrarre o solo il plasma (plasmaferesi) o solo le piastrine (piastriofaferesi) o entrambi (afereesi multicomponente), procedure definite aferesi produttive.



**RACCOLTA.** La procedura per la raccolta del plasma dura circa 30-45 minuti, quella per la raccolta delle piastrine circa 60-90 minuti. Le piastrine una volta raccolte mediante aferesi o separate dal sangue intero hanno una durata di 5 giorni, per cui non è possibile immagazzinarne grandi scorte. Il plasma dopo il congelamento - che deve avvenire entro 6 ore dal prelievo - ha una durata di 1 anno. Il plasma può essere somministrato come tale ai pazienti, dopo scongelamento in un bagno a 37°C, oppure può essere avviato alla lavorazione nei laboratori farmaceutici per la produzione di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione.

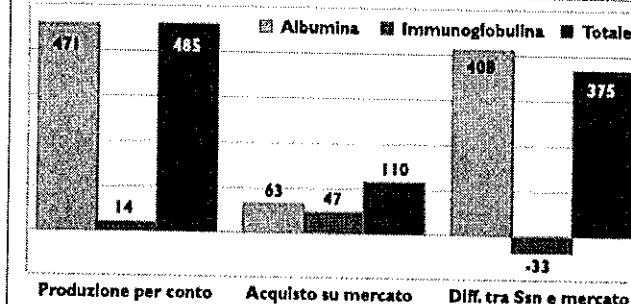




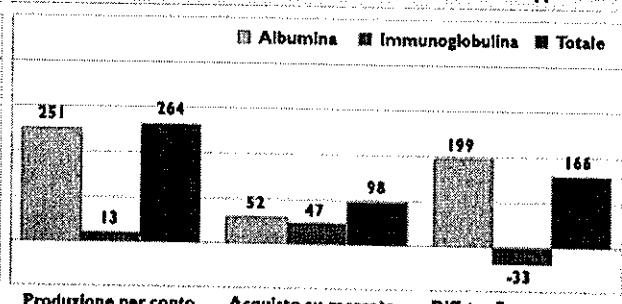
**MONOPOLIO.** A trattare il plasma dei donatori italiani è una sola azienda, la Kedrion Spa di Castelvecchio Pascoli (Lucca), che ricava oltre il 50% del proprio fatturato (277,3 milioni nel 2011) dai contratti con le Regioni per la lavorazione del plasma nazionale. Premessa all'assetto attuale, l'acquisizione oltre vent'anni fa da parte della famiglia Marcucci dell'azienda pubblica leader italiana degli emoderivati, la Sclavo, di proprietà dell'Eni. Il monopolio fu rafforzato nel 1990 da una norma che ha stabilito che la lavorazione dovesse essere fatta solo sul territorio nazionale. Il monopolio dura tutt'oggi anche se con l'articolo 15 della Legge 219/2005 l'Italia ha previsto la liberalizzazione del mercato, premessa all'ingresso delle altre multinazionali degli emoderivati.

**Confronto costo produzione del Ssn e acquisto sul mercato del volume di immagine digitale a album fotografico**

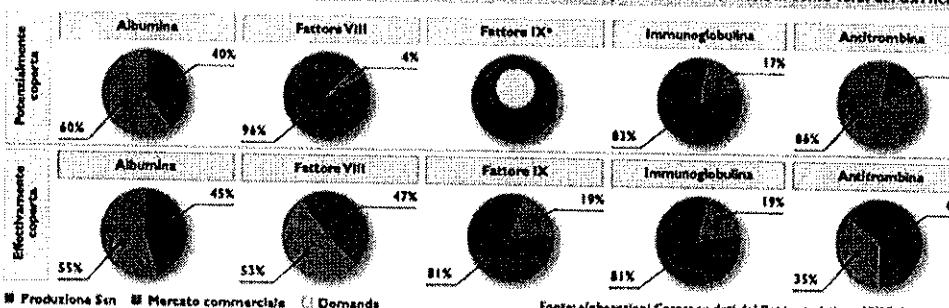
**Confronto tra produzione in conto terzi e acquisto sul mercato con database della tracciabilità del farmaco, costi Crat Regione Veneto e costo-opportunità**



**Confronto tra produzione in conto terzi e acquisto sul mercato con database Pisa e costi dello studio Cnsl/Università Cattolica sui servizi di archiviazione**



**Domanda di ermoderivati potenzialmente ed effettivamente cancerogeni della famiglia 3**



(\*) Per il fattore IX c'è una forte eccedenza nella produzione per conto rispetto alla domanda potenziale. Il consumo rappresenta il 28% della produzione per conto (ovvero la produzione per conto rappresenta il 353% del consumo). Inoltre, non tutto ciò che è prodotto in conto terzi è effettivamente consumato, dunque la domanda effettiva di Fattore IX deve essere coperta anche ricorrendo a mercati esteri.

Fonte di produzione di amministratori effettuata dalla Banca d'Italia nel 2007.

	Plano tipo A	Plano tipo B
Costo di linea e attivazione	5,37	74
Coste di produzione di 10 minuti di Fattura VIII da 10 minuti di chiamata	44,16	44,16
Coste di produzione di 10 minuti di chiamata da 10 minuti di Fattura VIII	20,55	20,55
Differenza per ogni chiamata della differenza di 10 minuti di piano	14,70	14
Tariffa di lavoro per la Fattura VIII da 10 minuti di chiamata	12,62	9
Coste di produzione di 10 minuti di chiamata	10,75	10,75
Coste di produzione di 10 minuti di chiamata da 10 minuti di Fattura VIII	10,75	10,75
Coste di produzione di 10 minuti di chiamata da 10 minuti di Fattura VIII da separazione	10,75	10,75
Tariffa di lavoro per la Fattura IX da 10 minuti di chiamata	2,42	2,42

$\Rightarrow$  el tipo A (valor representado)



**"CONTO TERZI".** Le Regioni inviano il plasma raccolto gratuitamente all'azienda autorizzata alla trasformazione industriale in base ad un contratto considerato lavo-

contratto considerato lavorazione per conto terzi che si configura come convenzione per la produzione dei derivati. Le Regioni restano proprietarie a pieno titolo del plasma inviato alla lavorazione industriale, di tutte le specialità farmaceutiche da esso derivate, nonché della materia prima residuale, compresi gli scarti.

**NORME RETARD.** Le misure attiative del Dlgs 219/2005 vedono la luce vent'anni dopo, con i quattro decreti emanati nell'aprile 2012 dall'allora ministro Renato Balduzzi

**MINISTRO Renato Baldazzi**  
Tra i requisiti richiesti alle imprese si conferma che il processo di frazionamento del plasma deve essere effettuato «in stabilimenti ubicati in Paesi dell'Ue in cui il plasma raccolto non sia oggetto di cessione a fini di lucro e sia lavorato in regime di libero mercato compatibile con l'ordinamento comunitario».

**FRANCIA**

**I** donatori sono volontari e non retribuiti: ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi e possono usufruire di permessi di lavoro per le donazioni in base ad accordi bilaterali tra le aziende e l'Établissement Français de Sang (Efs).

Le associazioni di donatori collaborano con i 17 centri dell'Efs che gestiscono l'attività di raccolta: il sistema prevede la totale integrazione tra raccolta e produzione di emocomponenti gestita direttamente dall'Efs.

te dall'Efs che vende al prezzo fissato dalla Dg Salute. Le tariffe sono superiori ai costi di produzione: i differenziali sono coperti dalle polizze ospedaliero. Efs vende invece il plasma da frazionare al Laboratoire français du Fractionnement et des Biotechnologies (Lfb) a un prezzo - fissato dal Governo e tarato sul mercato internazionale - che attualmente copre il 40% del costo della plasmafresi.

I produttori commerciali che usano sangue da donatori non remunerati partecipano alle gare ospedaliero. Le aziende che usano plasma da donazioni remunerate possono avere autorizzazioni temporanee (2 anni) in caso di scarsità di sangue francese.

**REGNO UNITO**

**I** donatori di solo sangue sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero.

Le associazioni di donatori collaborano con il Nhs Blood & Transplants (Nhsbt) che garantisce tramite i propri centri la totale integrazione tra raccolta e produzione di emocomponenti che vengono poi venduti ai Trusts del Nhs ai prezzi definiti dal National Commissioning Group for Blood (Ncg). Il plasma da frazionare è invece fornito dalla Dci Biologicals Inc, società di diritto americano del Department of Health (DoH) che retribuisce i donatori americani per il plasma utilizzato per la produzione di emoderivati dalla Bio Products Lab (Bpl). Da un rapporto del Nhsbt emerge che quest'ultima - vista la posizione sul mercato e i finanziamenti disponibili dal DoH - è in una situazione finanziariamente non più sostenibile e il Governo inglese l'ha messo in vendita con la Plasma Resources Uk (Pruk). Di fatto il mercato britannico degli emoderivati è un mercato concorrenziale nel cui ambito la Bpl Lab ha una posizione non protetta rispetto ai concorrenti commerciali e il prezzo è definito dal mercato.

**GERMANIA**

**I** donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono un rimborso per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi: la compensazione per le ore di lavoro perse e le spese di trasporto consiste in una cifra inferiore ai 25 euro. La normativa tedesca consente anche alle organizzazioni for profit di attivare centri di raccolta privati dove i donatori sono rimborsati. Dal punto di vista della raccolta il modello tedesco vede la concorrenza tra soggetti

pubblici (Comuni), non profit (Croce Rossa) e privati for profit (aziende). Il maggiore produttore di emocomponenti (70% del fabbisogno) è la Croce Rossa: il rifornimento di emazie, piastrine e plasma a scopi clinici agli ospedali universitari e municipali è garantito dai centri di produzione pubblici statali e locali a prezzi definiti dal mercato. Il plasma da frazionare proviene in gran parte dai centri non profit e dalla Croce Rossa: quest'ultima vende anche a produttori for profit a prezzi di mercato internazionale. Quello tedesco è dunque un mercato concorrenziale tra tutti gli attori coinvolti.

**BELGIO**

**I** donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi. Se occupati nel settore pubblico hanno diritto al permesso di lavoro, mentre nel settore privato tale possibilità varia da azienda a azienda. La Croce Rossa è il principale attore sul fronte della raccolta del sangue, produzione di emocomponenti e plasma da frazionare e vendita di emocomponenti agli ospedali. La Croce Rossa vende a Centrale Afdeling voor Fractionering - Département

Central de Fractionnement (Caf-Cdf) il plasma da frazionare a un prezzo probabilmente molto inferiore al costo, a fronte di un sussidio pubblico.

Caf-Cdf era originariamente di proprietà della Croce Rossa: ora ne sono azionisti anche Lfb (attore della sanità pubblica in Francia nel settore dei derivati plasmatici) e la Sanquin Blood Supply Foundation, organizzazione olandese non a scopo di lucro. Caf-Cdf vende gli emoderivati prodotti con plasma belga in Belgio e la sovrapproduzione all'estero come prodotto intermedio.

Sempre Caf-Cdf procede poi a riacquistare da Lfb e Sanquin il fattore VIII e l'albumina.

**PAESI BASSI**

I donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi per le donazioni; un Consiglio nazionale ne regola i diritti. I due principali attori del sistema olandese sono la fondazione di diritto pubblico Sanquin e il ministero della Salute. Sanquin è nata nel 1998 dalla fusione del laboratorio centrale trasfusionale della Croce Rossa olandese e di 22 banche del sangue indipendenti già esistenti. Sanquin si compone di una parte pubblica - la Banca del sangue - che ha il monopolio della raccolta del sangue e della

lavorazione degli emocomponenti e di una parte privata (Pdr) che ha il monopolio del frazionamento del plasma acquistato dalla Banca del sangue.

Ogni anno Saquin presenta alla Salute un budget e un piano operativo come gestore unico di tutte le attività legate al sistema sangue: su questa base la Salute dà mandato a Sanquin per tutte le prestazioni dei dodici mesi successivi. La parte pubblica di Sanquin vende gli emocomponenti agli ospedali a un prezzo superiore al costo e il plasma da frazionare sottocosto alla parte privata di Sanquin, che realizza il frazionamento. La componente privata di Sanquin vende sia nei Paesi Bassi sia all'estero.

**SPAGNA**

I donatori sono volontari, non retribuiti e possono ricevere rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi.

L'attività di donazione varia in modo assai significativo tra le diverse comunità e la raccolta è principalmente gestita da associazioni di donatori che possono avere il proprio centro di raccolta e di scomposizione. A livello provinciale ci sono dei centri di produzione degli emocomponenti che possono essere sia pubblici sia non profit e, ora, sogget-

ti ad accreditamento. Coordinamento, controllo e gestione sono concentrati a livello regionale (Comunidades Autonomas); tutti fanno ricorso alla lavorazione in conto terzi del plasma, ottenuto come by product dalla separazione del sangue intero prelevato ai donatori con l'obiettivo di raggiungere l'autosufficienza in emazie. L'aferesi produttiva non è diffusa.

Le Comunità autonome bandiscono gare pubbliche europee per l'aggiudicazione della lavorazione in conto terzi del loro plasma. Analogamente a quanto avviene in Italia, la quota di domanda scoperta dalla produzione interna è soddisfatta dall'acquisto sul mercato commerciale.

**CANADA**

I Canada ha affrontato una situazione di profonda crisi del sistema sangue e plasma attraverso l'accen-tramento in un unico ente di tutte le fasi del processo, dalla produzione alla distribuzione, e continuando comunque ad appoggiarsi a una vasta base di volontari (circa 17 mila) presumibilmente ereditata dalla Croce Rossa, precedente responsabile del sistema.

I donatori sono volontari, non retribuiti e hanno un rimborso in varie forme. I Canadian Blood Servi-

ces (CBSs) hanno il monopolio della raccolta di sangue supportati da associazioni di donatori nell'attività di redditamento.

I CBSs sono responsabili della produzione di emocomponenti che vengono ceduti alle strutture ospedaliere: non sono presenti forme di mercato interno ma la cessione degli emoderivati, siano essi prodotti in lavorazione conto terzi o acquistati sul mercato commerciale, avviene sempre tramite rimborso da parte delle province e dei territori. Gli stessi CBSs stipulano contratti di acquisto sul mercato della quota mancan-te di fabbisogno delle strutture ospedaliere.

**CORTE DEI CONTI****«Sanità terra di conquista»**

*La magistratura contabile: crescono illeciti e indagati*

**B**asta a tagli lineari, ma il controllo della spesa ci vuole e secondo il presidente della Corte dei conti Raffaele Squitieri, deve avvenire con «il ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico e delle modalità di prestazione e di accesso ai servizi pubblici, in un contesto sociale e demografico profondamente mutato». Ma anche con la lotta a corruzione e illeciti: e la sanità, per il procuratore generale della Corte, Salvatore Nottola, si conferma un ambito «particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura». Secondo i dati presen-

tati all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014 della Corte, nel 2013 le procure regionali hanno emesso 121 citazioni in materia sanitaria per un importo di 30,37 milioni, a cui si aggiungono 55,4 milioni per l'effetto di 50 sentenze definitive delle sezioni giurisdizionali di appello. Le sentenze di primo grado, invece, sono state 237, con altrettanti risarcimenti per ora addebitati di circa 17,9 milioni. Elevatissimo infine è l'importo delle citazioni in attesa di giudizio: oltre 123,6 milioni.

A PAG. 4

**CORTE DEI CONTI/ Apertura dell'anno giudiziario: il sistema sanitario resta nel mirino**

**«Ecco chi ci ruba la salute»**

**Corruzione, truffe, mala gestione non cedono - Meno Stato per i servizi**

**I**l 2014 «sarà un anno in cui il Paese dovrà dimostrare capacità nuove: saper riformare le proprie istituzioni e regole; orientare il contributo di tutti al risanamento complessivo», ha detto la scorsa settimana all'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei conti il presidente Raffaele Squitieri. La razionalizzazione e la revisione della spesa secondo Squitieri vanno «inteso nel significato, più impegnativo e complesso, di ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico e delle modalità di prestazione e di accesso ai servizi pubblici, in un contesto sociale e demografico profondamente mutato». Ed è anche grazie a norme chiare, organiche e semplici «che si può ostacolare la corruzione, eliminando margini di ambiguità, entro cui più facilmente attecchisce il fenomeno». Ci vogliono una cultura della legalità e una strategia di prevenzione generale «che rendano residuale, anche se necessario, il momento sanzionatorio dei comportamenti illeciti».

Proprio la sanità, ha affermato il procuratore generale della Corte, Salvatore Nottola, si conferma un ambito «particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura». Una terra di conquista sia dal punto di vista della legalità da ritrovare, sia però anche da quello degli illeciti che non solo non accennano a diminuire, ma si differenziano per tipologia e meccanismi di azione.

**La gestione della spesa sanitaria.** Nel 2013 le procure regionali della Corte dei conti hanno emesso 121 citazioni in materia sanitaria. Di queste il 25,6% ha riguardato il personale (assunzioni, inquadramenti irregolari, assenteismo ecc.) e il 24,8% risarcimenti di danni a terzi per errori sanitari. L'importo complessivo delle citazioni è di 30,37 milioni (di cui 13,9 solo in Calabria, seguita con 6,19 milioni dal Piemonte. Ultima in classifica l'Abruzzo con soli 3 mila euro).

A questi si aggiungono 55,4 milioni per l'effetto di 50 sentenze definitive delle sezioni giurisdizionali di appello. La maggior parte dell'importo riguarda danni patrimoniali di vario genere. Le sentenze di primo grado, invece, sono state 237, con altrettanti risarcimenti per ora addebitati di circa 17,9 milioni. Elevatissimo infine è l'importo delle citazioni in attesa di giudizio: oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce.

**Le sentenze definitive.** Nella sua memoria scritta il procuratore fa gli esempi degli illeciti su cui sono state emesse sentenze definitive. Si va dai danni di immagine alle campagne di screening per i tumori femminili, dalla omessa vigilanza del corretto aggiornamento degli elenchi degli assistiti dei medici di medicina generale alla accertata responsabilità penale per abusi sessuali commessi



in servizio da un medico. Ma tra i «casi più rilevanti» il procuratore cita soprattutto «l'illegittimo conferimento di incarichi professionali».

Un importo rilevante (39,9 milioni) è quello per il risarcimento di danni erariali, le cui tipologie vanno da truffe per pagamenti a soggetti che non avevano rapporti con le Asl o per prestazioni mai fornite alla falsificazione degli atti di transazioni. Poi ancora i danni riguardano la cattiva esecuzione di lavori di ristrutturazione di strutture sanitarie, varie irregolarità nell'assunzione di personale in violazione delle leggi regionali, l'errata applicazione dei criteri di assegnazione delle quote per l'esercizio dell'intramoenia.

Le sentenze di primo grado, Lunghissimo è il capitolo che riguarda gli esempi delle 237 sentenze di primo grado con importi di condanna di 17,9 milioni. La maggior parte sono danni patrimoniali (17,6 milioni), a cui si aggiungono quote minori per danni all'immagine (282 mila euro).

Il singolo importo più alto (2,3 milioni) è quello deciso dalla sezione Trentino Alto Adige con la condanna di un dipendente dell'Asp addetto ai rimborsi per abusi di potere, violazione dei doveri della sua pubblica funzione e del servizio svolto per aver falsificato, d'accordo con alcuni familiari, numerose pratiche di rimborso per spese sanitarie.

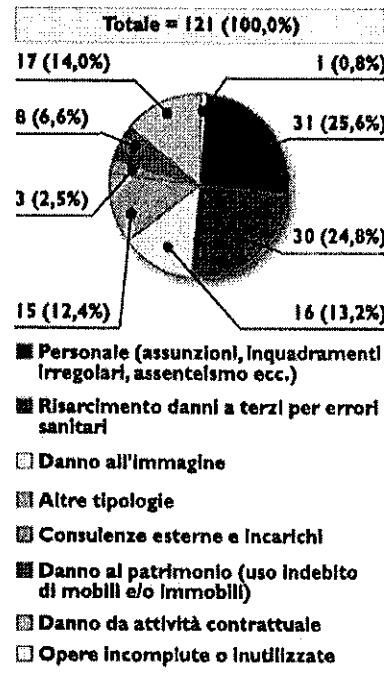
E ancora i casi maggiori citati nella relazione riguardano la Liguria (danno di "perdita di chanches" per oltre un milione per l'Asl 3 genovese per la fornitura di strisce per diabetici senza gara aperta), la Toscana (appropriazione di denaro attraverso pagamenti e operazioni fitizie da parte di dirigente di una ex Usl con una condanna per 1,66 milioni) e il Lazio con oltre 2,7 milioni complessivi per danni indiretti da lesioni, truffe e falsità, illecite mansioni superiori ecc. Tra queste l'importo maggiore (1,5 milioni) è per il danno di alcuni medici convenzionati che avevano prescritto medicinali per l'epatite B e C senza che fosse stato rilasciato l'obbligatorio piano terapeutico di uno specialista.

**Citazioni in attesa di giudizio.** I danni contestati ammontano a oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce. Di questi, solo nel Lazio sono stati contestati 91,7 milioni, di cui oltre 86,9 per rimborsi illeciti di prestazioni sanitarie di riabilitazione ottenuti dalla casa di cura San Raffaele di Cassino e quindi dalla San Raffaele Spa di Roma. Altre fattispecie in attesa di giudizio riguardano poi violazioni all'esclusività, truffe, assoluzioni illecite, danni per reati penali, trattamenti economici irregolari, sopravalutazioni di importi rimborsati, omessa vigilanza sugli elenchi degli assistiti e così via.

**Paolo Del Bufalo**

© R.R.D. PRODUZIONE RISERVATA

### Citazioni emesse in materia sanitaria



### Importi citazioni emesse

In materia sanitaria dall'1/1/2013 al 31/12/2013	
Regione	Euro
Abruzzo	3.000,00
Basilicata	80.275,79
Calabria	13.912.287,20
Campania	409.216,98
Emilia Romagna	239.151,20
Lazio	2.100.859,70
Liguria	654.311,54
Lombardia	156.622,45
Marche	586.029,02
Molise	10.939,98
Piemonte	6.189.879,04
Puglia	84.526,00
Sicilia	1.743.748,66
Toscana	55.074,33
Trentino A.A. - Trento	7.130,59
Umbria	2.254.248,26
Valle d'Aosta	105.000,00
Veneto	1.781.213,77
<b>Totali</b>	<b>30.373.514,51</b>

Un contrassegno del Ministero della salute garantirà la correttezza delle farmacie che vendono via internet

# Medicine da banco anche online

Medicinali (senza la prescrizione del dottore) direttamente a casa, grazie a un «clic». Ma, d'ora in avanti, ad attestarne la piena sicurezza, l'apposito contrassegno che il ministero della salute attribuirà a farmacie e parafarmacia che commercializzano i propri prodotti attraverso il web. Con l'obiettivo di dare l'altolà al giro d'affari della contraffazione in ambito sanitario, il con-

siglio dei ministri dello scorso 14 dicembre ha, infatti, recepito la direttiva comunitaria europea 2011/62/Ue sui medicinali a uso umano che pone paletti ben precisi per ostacolare l'ingresso di quelli falsificati nella nostra catena di distribuzione, stabilendo anche la regolamentazione complessiva della vendita in rete.

Il dicastero della salute avrà un ruo-

lo chiave nell'assicurare la corretta diffusione dei prodotti, visto che dovrà emettere autorizzazioni e fornire una sorta di «bollino di qualità», ovvero un logo comune che renderà quel che viene ceduto online subito identificabile e, di conseguenza, sicuro per l'acquirente.

D'Alessio a pag. 23

*Al Ministero della salute il compito di dare l'autorizzazione alle farmacie*

# Medicinali, basta un clic

## Farmaci da banco acquistabili in negozi online

DI SIMONA D'ALESSIO

**M**edicinali (senza la prescrizione del dottore) direttamente a casa, grazie a un «clic». Ma, d'ora in avanti, ad attestarne la piena sicurezza, l'apposito contrassegno che il ministero della salute attribuirà a farmacie e parafarmacia che commercializzano i propri prodotti attraverso il web. Con l'obiettivo di dare l'altolà al giro d'affari della contraffazione in ambito sanitario, il consiglio dei ministri dello scorso 14 dicembre ha, infatti, recepito la direttiva comunitaria europea 2011/62/Ue sui medicinali ad uso umano che pone paletti ben precisi per ostacolare l'ingresso di quelli falsificati nella nostra catena di distribuzione, stabilendo anche la regolamentazione complessiva della vendita in rete; una scelta dettata dall'esigenza di tutela della salute dei cittadini, poiché recenti statistiche indicano come vi siano sette casi di siti internet illegali su dieci che diffondono a pagamento merce alterata e (potenzialmente) pericolosa.

Il dicastero della salute avrà un ruolo chiave nell'assicurare la corretta diffusione dei prodotti, visto che dovrà emettere autorizzazioni e fornire una sorta di «bollino

di qualità», ovvero un logo comune che renderà quel che viene ceduto online subito identificabile e, di conseguenza, sicuro per l'acquirente; pertanto, i portali che, mediante farmacie o parafarmacie, inviano i cosiddetti medicinali da banco (privi, cioè, dell'obbligo di ricetta) conterranno un link, collegato al sito istituzionale ministeriale, che specificherà la lista di tutti gli enti e le persone cui è concesso il business. Inoltre, il trasporto di quanto ordinato dovrà essere effettuato nel rispetto delle linee guida in materia di buona pratica di distribuzione, quindi in maniera da permettere al compratore di ricevere tutto con le medesime garanzie di quello di cui potrebbe far rifornimento in un qualunque esercizio con la «croce verde».

Ma il testo varato dal governo di Enrico Letta si spinge ancora più avanti, poiché si prevede la creazione del Sistema nazionale antifalsificazione che, con il contributo di un'apposita task-force nazionale, nonché coinvolgendo il comando dei carabinieri per la tutela della salute (Nas) e l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, vigilerà per impedire la circolazione sul territorio

italiano di farmaci artefatti. Semaforo verde, poi, all'introduzione dell'attività di broker di medicinali che, «espletando una attività di negoziazione da posizione indipendente e per conto di un'altra persona fisica o giuridica», è condizionata soltanto ad una registrazione presso il ministero della salute.

Soddisfatta della disciplina è la Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacie, che per bocca della presidente Anna Rosa Racca accoglie il recepimento della direttiva europea, nella consapevolezza che gli utenti, d'ora in avanti, come già avviene in altri paesi del vecchio continente, saranno maggiormente garantiti ogni volta che effettueranno un acquisto in rete, «potendo riconoscere quali sono i siti autorizzati» e, nel contempo, evitando quelli che operano in maniera irregolare.

— O Riproduzione riservata — ■



**A PAG. 8-9****Sdo 2012**

**Servizi territoriali al ralenti: ancora troppi ricoveri dagli indicatori di servizio**

**SDO 2012/ Al ralenti l'efficienza dei servizi extraospedalieri negli indicatori di efficienza territoriali**

# Il territorio non aiuta l'ospedale

**Aumenti dei tassi di ricovero a macchia di leopardo - Sette Regioni "inefficienti"**

**M**igliora la situazione dei ricoveri ospedalieri nel 2012 secondo le Schede di dimissione ospedaliera. Ma il territorio non aiuta ancora come dovrebbe. E comunque secondo il mix tra degenza media e complessità dei casi (caratteristica dei ricoveri, appunto) 7 Regioni sono "inefficienti".

**Gli indicatori di funzionalità del territorio.** I tassi di ospedalizzazione per una serie di patologie che con le corsie dovrebbero avere a che fare il meno possibile, infatti, scendono mediamente nel 2012 (ma non tutti: l'insufficienza cardiaca nei maggiori di 18 anni aumenta), ma a macchia di leopardo nelle Regioni dove a volte registrano anche aumenti. E non sempre secondo la geografia che vede il Sud penalizzato o le Regioni in piano di rientro restare indietro rispetto alle altre.

Per il diabete non controllato, a esempio, la riduzione media nazionale dei ricoveri per 100mila abitanti è del 7,79% con il picco massimo del -20,85% in Lombardia, ma al contrario, in Molise aumentano del 53,07% e in Campania del 14,48%. Discorso analogo per i ricoveri per asma negli adulti: ridotti in media dell'11,03 per centomila abitanti a livello nazionale, aumentano del 181% in Valle d'Aosta e del 12,3% in Toscana, mentre diminuiscono drasticamente del -52,54% a Bolzano e del -31,65% in Molise.

In aumento, invece, anche se di poco (+0,87% a livello nazionale), i ricoveri ogni 100mila abitanti per insufficienza cardiaca nei maggiorenni. In questo caso con un incremento in dodici Regioni e tra quelle in calo con la riduzione maggiore del -19,88% in Basilicata.

In diminuzione i ricoveri per influenza negli anziani, ma non in nove Regioni che aumentano, con i record del +197% e +194% di Valle d'Aosta e Trento, mentre nelle patologie alcol-correlate il calo è generalizzato, tranne in quattro Regioni

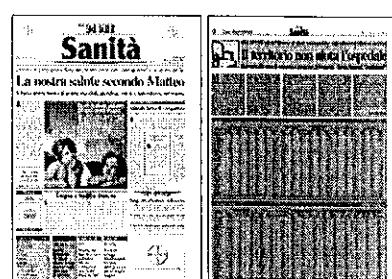
dove però gli aumenti non vanno oltre il 2,4% (si veda tabella).

**La qualità dell'assistenza.** Una situazione che si rispecchia negli indici sulla qualità dell'assistenza, in cui i ricoveri che dovrebbero ridursi sono mediamente in aumento tra il 2011 e il 2012 tranne che per le malattie polmonari croniche ostruttive per le quali - tranne che in Valle d'Aosta che registra il picco di aumento del +12,14% - il calo è abbastanza generalizzato. Un aumento medio non forte, che non va oltre il +0,72% delle riammissioni per schizofrenia, ma pur sempre un indice che resta ancora indietro sulla qualità dei ricoveri ospedalieri.

**Degenze e complessità.** Infine, tra gli indicatori di efficienza c'è la degenza media. Costante a livello nazionale rispetto agli ultimi anni sui 6,8-6,9 giorni per i ricoveri per acuti, è più alta nelle Regioni più anziane. E la degenza media incrociata con la complessità dei casi ricoverati dà due indici: quello comparativo di performance (Icp) e quello di case-mix (Icm). Confrontando i due indici le Sdo disegnano il quadro dell'efficienza dei ricoveri per acuti da cui emerge che le Regioni migliori sono Toscana, Emilia Romagna e Basilicata, mentre quelle peggiori (durata della degenza più alta nonostante la complessità della casistica sia più bassa rispetto allo standard, probabilmente per «inefficienza organizzativa», sottolineano le Sdo) sono in Valle d'Aosta, Trento, Lazio, Molise, Abruzzo, Sardegna e Bolzano che però è al limite con le Regioni in cui la minore degenza media non è dovuta ad alta efficienza organizzativa, ma a una casistica meno complessa.

**Paolo Del Bufalo**

© RITRODUZIONE RISERVATA



**Indicatori di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali: tassi di ospedalizzazione per acuti per 100mila abitanti (2012 e confronto 2011)**

Regione	Diabete non controllato			Asma nell'adulto			Insufficienza cardiaca (età >= 18 anni)			Insufficienza cardiaca (età >= 65 anni)			Influenza nell'anziano			Patologico correlato all'ictus		
	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011
Piemonte	755	-0,22	-9,80	485	-0,23	-4,62	322,89	17,10	6,69	882,33	34,53	4,07	3,71	0,77	26,22	27,46	-3,51	-11,33
V. d'Aosta	474	0,07	1,49	14,00	9,02	181,27	362,24	32,38	9,80	1.273,13	120,15	10,42	11,10	7,37	197,56	99,69	20,45	25,81
Lombardia	22,43	-5,91	-20,85	11,17	-0,35	-3,02	325,19	6,77	2,13	1.178,25	-13,29	-1,11	4,96	1,19	31,52	37,10	-0,81	-2,14
Pa. Bolzano	40,48	-6,17	-13,22	4,80	-5,31	-52,54	321,64	3,67	1,16	1.322,85	15,86	1,21	20,52	-12,49	-37,83	106,44	9,36	-7,28
Pa. Trento	20,76	-1,42	-6,41	4,31	-1,13	-20,79	290,39	1,57	0,54	1.098,28	-24,76	-2,20	2,89	1,91	194,42	35,65	-8,89	-19,97
Veneto	70,62	-1,95	-8,63	8,67	-1,83	-17,46	356,00	11,78	3,42	1.322,52	1424	1,09	6,11	-1,12	-15,45	32,53	3,13	-8,79
Friuli V.G.	13,63	-1,45	-15,23	6,06	0,54	9,87	396,35	7,15	-1,85	1.301,39	44,53	-3,31	6,51	0,64	10,86	58,59	0,41	0,71
Liguria	15,27	0,48	3,25	9,88	-0,63	-5,96	373,12	-5,34	-1,41	1.078,90	-44,34	-3,95	2,34	-1,60	-40,69	57,20	-2,86	-4,76
Emilia R.	28,53	2,52	9,68	6,12	-1,59	-20,57	373,90	4,82	1,31	1.275,90	-11,45	-0,89	7,47	-1,95	-20,72	42,98	0,59	1,37
Toscana	6,37	0,09	1,37	5,10	0,56	12,30	299,16	-14,34	-4,57	976,80	-60,02	-5,79	7,43	2,27	44,04	31,89	0,54	1,73
Umbria	12,43	-2,39	-12,05	9,68	-2,15	-18,19	381,44	8,75	2,33	1.252,86	-12,29	0,97	9,11	-5,72	-38,56	31,67	-3,16	-9,07
Marche	11,44	-1,94	-14,50	6,80	-0,99	-12,66	307,82	-13,83	-3,44	1.295,66	-71,89	-5,26	2,27	-5,40	-70,41	31,50	-5,43	-14,69
Lazio	20,07	1,91	10,54	4,86	-0,81	-14,24	327,29	20,25	6,60	1.197,57	52,61	4,59	3,59	-0,20	-7,19	26,60	-0,60	-2,19
Abruzzo	13,36	-2,48	-15,68	4,90	-1,49	-23,31	483,99	25,77	5,62	1.687,47	40,11	2,43	7,38	-4,19	-36,23	33,11	-8,57	-20,57
Molise	15,85	5,49	53,07	3,07	-1,42	-31,65	470,08	-11,66	-2,42	1.599,81	-116,76	-7,01	2,88	0,02	0,67	34,51	-7,32	-17,50
Campania	13,73	1,74	14,48	14,93	-0,71	-15,7	338,05	6,07	1,83	1.358,01	-20,66	-1,50	1,57	-1,08	-40,78	32,45	-0,98	-2,91
Puglia	26,78	-4,64	-14,77	9,90	-3,05	-23,58	332,04	-14,67	-4,23	1.255,08	-73,11	5,50	7,26	0,53	7,82	34,68	-0,26	-0,74
Basilicata	15,32	-9,35	-37,90	2,47	-2,37	-48,99	307,38	-76,28	-19,88	1.110,02	-312,54	-31,97	4,22	1,69	6,77	34,81	-10,07	-22,44
Calabria	12,85	-3,36	-20,75	9,65	-3,22	-25,00	408,43	-26,02	-6,42	1.533,37	-136,77	-8,19	3,19	-0,52	-13,93	35,22	-2,81	-7,34
Sicilia	16,26	-1,88	-10,38	8,32	-0,39	-4,46	383,25	3,38	0,89	1.455,82	-6,03	-0,41	5,82	-2,52	-30,20	18,98	-4,52	-19,23
Sardegna	27,83	-2,07	-6,94	13,72	-4,72	-23,50	279,77	-3,59	-1,27	1.040,61	-74,47	6,68	17,28	4,70	37,37	56,20	1,32	2,40
Italia	18,24	-1,54	-7,79	8,62	-1,07	-11,03	343,10	2,96	0,87	1.225,54	-18,41	-1,48	5,51	-0,41	-6,97	34,85	-1,89	-5,14

**Indicatori sulla qualità dell'assistenza: tassi di ospedalizzazione per acuti per 100mila abitanti (2012 e differenza con 2011)**

Regione	Malattie polmonari croniche ostruttive			Diabete con complicanze			Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici			% ricammissioni non programmate per schizofrenia sul totale			% ricammissioni non programmate per disturbo bipolare sul totale		
	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011	Tasso 2012	Dif. 2011	Dif. % 2011
Piemonte	51,16	-7,71	-12,67	25,76	0,55	2,20	13,08	1,41	12,12	14,90	0,53	3,71	7,91	-0,87	-9,86
V. d'Aosta	143,32	15,52	12,14	13,78	4,72	52,04	8,27	-4,42	-34,84	14,12	-7,39	-34,35	7,41	-5,09	-40,74
Lombardia	113,01	2,61	2,36	49,38	0,81	1,67	16,48	2,08	14,42	14,83	0,79	5,65	11,32	1,52	15,51
Pa. Bolzano	144,59	-3,80	-2,56	37,45	4,66	14,21	15,64	0,07	0,48	14,84	-2,85	-16,11	10,67	1,44	15,59
Pa. Trento	56,06	-5,97	-9,63	29,04	8,22	-22,06	12,83	-0,11	-0,84	19,50	2,47	14,47	10,79	3,98	58,52
Veneto	84,97	-2,48	-2,84	34,05	-3,14	-8,43	14,27	0,58	4,23	11,86	0,05	0,46	6,60	1,63	37,32
Friuli V.G.	152,94	11,22	7,92	26,13	-4,97	-15,98	145,7	-0,33	-2,24	6,79	-2,92	-30,69	5,53	-0,12	-1,04
Liguria	117,53	-0,95	-0,80	28,14	4,65	19,81	15,01	0,61	4,22	21,24	4,29	25,30	12,77	2,70	24,34
Emilia R.	135,07	-4,10	3,28	40,27	-2,20	-5,19	13,63	0,77	5,99	13,01	0,94	7,75	6,36	-1,09	-14,62
Toscana	58,39	-4,07	6,51	21,86	-1,12	4,86	9,79	0,13	1,38	11,61	0,35	3,10	4,82	1,16	31,75
Umbria	121,49	-33,78	-16,37	33,07	3,44	11,60	15,76	-2,23	-12,39	8,68	-1,79	-24,30	9,29	2,65	39,8
Marche	66,17	-28,83	-30,34	11,32	-4,68	-29,24	15,21	-0,34	-2,17	12,51	1,87	17,54	7,09	-0,43	-5,67
Lazio	56,74	0,30	0,53	27,35	-1,18	-4,13	9,41	0,10	1,06	17,65	0,67	-3,66	9,28	1,62	21,09
Abruzzo	71,35	-24,91	-25,88	19,00	-1,72	-19,89	14,69	-2,52	-14,65	6,64	-2,32	-25,50	4,85	-1,31	-21,25
Molise	90,47	-10,62	-10,51	23,71	-0,58	-2,38	13,13	1,34	11,40	12,62	5,20	6,97	0,14	-2,02	-
Campania	126,36	-10,69	-7,00	31,06	-1,88	-13,58	15,47	0,26	1,74	10,16	-0,31	-2,94	7,43	-0,18	-2,36
Puglia	139,69	-27,19	-16,29	50,26	-9,26	-15,56	14,95	0,18	1,20	9,99	-0,49	-4,66	7,57	0,70	10,22
Basilicata	62,90	-24,95	-28,53	15,38	-10,37	-40,27	14,38	1,41	10,85	6,92	-1,09	-13,61	5,29	0,22	-4,31
Calabria	171,28	-45,05	-20,82	28,01	-4,44	-13,68	12,97	1,09	9,13	9,87	-1,01	-9,82	11,51	1,85	19,13
Sicilia	88,74	-20,72	-19,28	29,02	-3,34	-10,33	18,33	1,65	9,86	12,52	-0,18	-1,39	6,79	0,59	9,48
Sardegna	130,65	-10,45	-7,41	19,27	-1,34	-6,52	8,90	-1,57	-15,01	13,33	-1,76	-11,69	6,90	-1,19	-14,67
Italia	7,51	23,22	-2,22	4,38	14,13	0,67	4,95	13,37	0,23	1,07	8,03	0,72	9,78	-	-

