

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 6 marzo 2014

Sanitarie, la riforma tenta lo sprint
Si va verso un ddl unificato per accelerare l'iter
ITALIA OGGI

Laboratori di analisi a rischio chiusura
L'allarme lanciato dall'Ordine nazionale dei biologi
ITALIA OGGI

Medici sempre condannati
Pure senza prove di errori
LA NOTIZIA

La malasanità costa allo Stato 10 miliardi di euro
LA NOTIZIA

Medicine export
L'ESPRESSO

Si va verso un ddl unificato per accelerare l'iter

Sanitarie, la riforma tenta lo sprint

DI BENEDETTA PACELLI

La riforma delle professioni sanitarie tenta lo sprint in parlamento attraverso un nuovo testo unificato. Il disegno di legge (S.1324) di iniziativa del ministro della salute Beatrice Lorenzin, di recente presentato al Senato, sembra infatti aspettare solo la calendarizzazione dell'esame nelle commissioni competenti (probabilmente si inizierà con gli Affari sociali). Ma secondo alcune indiscrezioni l'attesa potrebbe essere imputata alla volontà del parlamento di riunire all'interno del ddl anche le proposte di legge dei due senatori Pd, Annalisa Silvestro e Amedeo Bianco, rispettivamente presidenti delle Federazioni nazionali degli Collegi degli infermieri e degli Ordini dei medici, che entrambi prevedono l'istituzione di un unico grande ordine delle professioni sanitarie.

In ogni caso il ddl Lorenzin (dal nome del ministro della salute) è il risultato di due stesure governative, la seconda delle quali recepisce le osservazioni delle Regioni, che hanno rivendicato un ruolo normativo, ottenendo che una serie di atti conseguenti al ddl siano adottati attraverso lo strumento dell'Intesa o dell'Accordo Stato-Regioni. Quindi

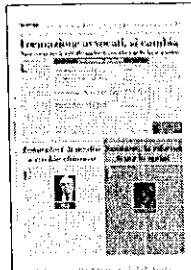
si riparte con un provvedimento che tra le altre cose prevede una riforma per le professioni sanitarie che attendono una regolamentazione da oltre sette anni.

Il ddl interviene infatti su professioni affini ma regolamentate in modo diverso: gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari di radiologia medica, già aggregate in collegi provinciali e federazioni nazionali, le altre costituite in associazioni. Per le prime, quindi, si tratta di trasformare i collegi in ordini, per le seconde, di dargli una rappresentanza istituzionale. Il disegno di legge prevede in sostanza la costituzione degli ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo ordine rientrano anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé).

Il provvedimento poi mette sotto il controllo del ministero della salute (e non più quello della giustizia) gli ordini di biologi (accanto a quello dei farmacisti) e degli psicologi. E infine prevede la riforma degli ordini professionali sotto forma di riscrittura di parte (capi I, II, III) del dlgs 233/46 relativi agli ordini dei medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti.



Beatrice Lorenzin



L'allarme lanciato dall'Ordine nazionale dei biologi

Laboratori di analisi a rischio chiusura

DI BENEDETTA PACELLI

L'aggregazione obbligata dei laboratori d'analisi nega la libertà di esercizio della libera professione. E ha come unica conseguenza la chiusura del 70% delle strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

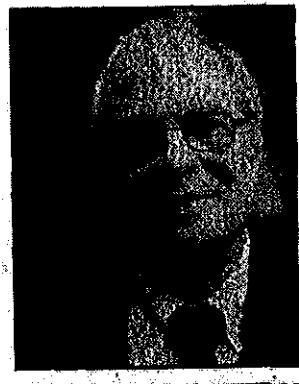
A lanciare l'allarme l'Ordine nazionale dei biologi (Onb) che punta il dito contro il decreto (109/13) della Regione Campania che prevede l'accorpamento forzato e quindi non volontario, come i biologi vorrebbero, dei laboratori d'analisi convenzionati che effettuano 70 mila prestazioni e poi a regime 200 mila. Il provvedimento, oggi tra l'altro al centro di una tavola rotonda a Napoli che l'Onb ha organizzato per riunire tutte le sigle sindacali, comporterà la soppressione di una fitta rete di professionisti, titolari di strutture già istituzionalmente accreditate, che garantiscono circa 4 mila posti di lavoro a professionisti della sanità, e 3 mila nell'indotto complessivo.

Secondo i biologi, inoltre, la Regione Campania da questa ristrutturazione non ne trarrebbe benefici in termini economici giacché in ogni caso continuerebbe a retribuire le prestazioni con lo stesso tariffario. L'unico effetto sarebbe il calo occupazionale.

Il principio contenuto nel decreto ha oltretutto un precedente in Sicilia, dove il Tar della regione ha accolto (sez. I, sentenza n. 2343 del 3/12/2013) un ricorso ad hoc presentato dall'ordine dei biologi.

Nella sentenza il Tribunale amministrativo regionale ha previsto che siano assegnati ai destinatari tempi tecnici compatibili con la possibilità di effettuare scelte coerenti con il principio di autonomia privata e della libera iniziativa. A questo poi si aggiunge il mancato obiettivo dei risparmi promessi. Secon-

do l'ordine di biologi, infatti, per la rete dei laboratori la motivazione del non risparmio è semplice: «Una prestazione nei laboratori privati convenzionati alla regione costa X euro. La prestazione o la si moltiplica per 200 mila e il rimborso tariffario lo si versa a una sola struttura o lo si versa a 20 strutture diverse, per le finanze regionali l'esborso monetario rimane invariato. Dunque un'operazione a vantaggio zero». «I laboratori di analisi accreditati sono l'ultima frontiera salva vita per tutti i cittadini» ha detto il presidente dell'ordine Ermanno Calcatelli, «perchè coprono in modo capillare i nostri territori. E quindi più che mai necessari trovare una soluzione a questo dannoso problema».



Ermanno
Calcatelli

Medici sempre condannati Pure senza prove di errori

I sanitari non si salvano più dalle cause
Per risarcire basta il gioco delle probabilità

La sentenza

**Camici bianchi
affondati in giudizio
quando un intervento
non è certo
potesse servire
ma dava una chance**

di CLEMENTE PISTILLI

O rmai sono diventati un bersaglio troppo facile. Sempre più spesso nel mirino di giudici e avvocati. Sia se l'errore c'è sia se invece non hanno alcuna colpa. I medici sono allo sfinito. Inutili le richieste di nuove regole, utili a tutelare tanto loro quanto i pazienti. Tutto vano. I camici bianchi ormai hanno paura persino di entrare in contatto con i malati, visto che si vedono piovere addosso continuamente denunce e richieste di risarcimenti. Va sempre peggio. Ora nelle cause per i casi bollati come malasanità entra pure il gioco delle probabilità. Se non c'è prova che facendo un determinato intervento il paziente si sarebbe potuto salvare, allora si pensa che quell'intervento poteva dargli una chance in più, e il risarcimento ai parenti della vittima è comunque dovuto. Comunque vada i medici sono colpevoli.

Ennesima tegola

La settimana scorsa, scoppiate le pole-

miche sullo spot contro gli avvolti nella sanità, tra avvocati che rivendicano il diritto a svolgere il loro lavoro e i medici che dicono basta ai continui inviti a denunciare fatti ai pazienti, i sindacati dei camici bianchi avevano auspicato un intervento del Parlamento. Avevano chiesto norme in grado di tutelare dalle richieste di maxi risarcimento e dalle accuse sul fronte penale i sanitari, garantendo allo stesso tempo quanti subiscono realmente un danno. I medici avevano lanciato appelli soprattutto affinché potesse essere restituita loro la giusta serenità, quella necessaria a occuparsi delle cure da prestare più che degli aspetti medico-legali. Ma niente da fare. Lavorare per i camici bianchi è sempre più difficile, visto che ormai i giudici condannano pure per il danno da perdita di chance.

Il caso emiliano

Una sentenza pesante per i sanitari è stata emessa dal Tribunale civile di Reggio Emilia. Il 6 agosto 2007 morì una 47enne per arresto cardiocircolatorio. Si trattava di una paziente vittima di cardiomiopatia ipocinetico-dilatativa, in pratica di seri problemi al miocardio. Un caso difficilissimo. La 47enne aveva frequenti alterazioni arritmiche. Era ad alto rischio. E doveva essere sottoposta a un intervento, per l'impianto di pacemaker ICD e CRT, ovvero per un defibrillatore cardiaco impiantabile e un dispositivo di risincronizzazione cardiaca. I parenti della vittima hanno fatto causa, sostenendo che quell'intervento, che doveva essere compiuto cinque mesi prima del decesso della 47enne, era stato rinviato senza alcuna ragione valida. E il giudice ha dato loro ragione, nonostante il perito nominato dal Tribunale abbia sostenuto che tali dispositivi non avrebbero "né con certezza né con il criterio del più

probabile che non" impedito la morte della paziente.

Nuove frontiere

Per il giudice emiliano, non essendo stata trovata alcuna prova che l'intervento avrebbe salvato la 47enne, non è possibile risarcire la mamma e i tre fratelli del danno loro causato dalla perdita della donna. Ma vanno risarciti per il danno definito da perdita di chance. In pratica, visto che sempre il perito ha sostenuto che i dispositivi che dovevano essere impiantati alla paziente potevano ridurre il rischio morte, non aver sottoposto la donna a quell'operazione le ha ridotto le chance di sopravvivere. Secondo il Tribunale di Reggio Emilia, mentre nel penale per arrivare a una condanna si deve giungere a una prova ogni oltre ragionevole dubbio, nel civile è diverso. Pur mancando prove su eventuali colpe dei medici, essendo stata tolta qualche chance alla 47enne di sopravvivere, il risarcimento va disposto. Il giudice ha quindi condannato l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia a risarcire i parenti della donna appunto per il danno da "perdita di chance di poter ancora vivere": 60 mila euro per la madre della paziente e 10 mila euro a testa ai fratelli. Non c'è niente da fare. Il medico alla fine paga sempre.



La malasanità costa allo Stato 10 miliardi di euro

Aziende sanitarie in difficoltà a trovare assicurazioni. Le polizze schizzano

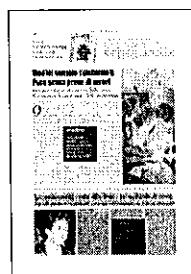
L'indagine

La commissione parlamentare ha accertato 82.210 richieste per malpractice nell'arco di 5 anni

di ANTONIO ROSSI

Un incubo per i medici e un salasso per lo Stato. Le continue denunce per casi di malasanità non fanno dormire sonni tranquilli ai camici bianchi, spesso abbandonati al loro destino. Ma rappresentano l'ennesima emorragia pure per le casse pubbliche. La commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario, costituita nella scorsa legislatura, nel 2013 ha presentato la relazione finale al Parlamento e stimato in oltre 10 miliardi di euro il costo della medicina cosiddetta difensiva a carico del servizio sanitario nazionale. Un fiume di denaro che va via e che gli esperti ritengono destinato ad aumentare, mente di leggi utili

a sanare tale piaga non se ne vedono. Una brutta gatta da pelare per il ministro della salute Beatrice Lorenzin. La commissione d'inchiesta presieduta dall'onorevole Antonio Palagiano, dell'Italia dei Valori, ha analizzato quanto accaduto in 169 aziende sanitarie e ospedaliere tra il 2006 e il 2011, accertando che ormai le stesse Asl hanno problemi a trovare assicurazioni che le coprano per i danni da malpractice. In cinque anni, del resto, le richieste di risarcimenti presentate da presunte vittime dei medici sono state in Italia 82.210, con una media annuale di 13.702, un +5% l'anno. Le compagnie assicurative hanno dovuto sborsare 837 milioni di euro e, nonostante i risarcimenti poi liquidati siano diminuiti del 75%, a fronte dell'aumento delle richieste le somme da accantonare sono cresciute del 195% e ammontano a due miliardi di euro. Un particolare che ha visto schizzare le polizze a un +23%. Per la commissione parlamentare tale situazione avrà "sicuramente" un impatto negativo sull'appropriatezza delle cure. Per i commissari "il problema della responsabilità medica non può considerarsi come disgiunto dal problema generale della riduzione del rischio di eventi avversi nella pratica clinica. Solo la riduzione della probabilità di occorrenza di danni evitabili è in grado di riportare la responsabilità professionale degli operatori in un alveo di normalità, allentando la tensione nei rapporti della salute e permettendo l'instaurarsi del clima di fiducia" necessario per promuovere il più possibile la salute del paziente. Ma dal rapporto della commissione ad oggi poco è cambiato.



Medicine EXPORT

Farmaci contro il cancro, le malattie respiratorie, l'emicrania, il Parkinson.

Comprati in Italia e portati nei paesi del nord Europa. Dove li pagano di più. Così noi restiamo senza cure. Ecco chi ci guadagna

DI ANTONINO MICHIENZI

Dal suo ufficio di Vilnius, in Lituania, Flavio Scandone è uno dei pochi che parla a viso aperto della sua professione. Di mestiere fa il trader. Non di strumenti finanziari, ma di farmaci. Ha una società con sede nella repubblica baltica che compra farmaci negli Stati europei in cui costano meno per rivenderli poi a grossisti che li vendono sui mercati europei dove hanno un prezzo più alto. Non si tratta di copie a basso costo di quelli originali, né di farmaci tarocchi. Sono medicine regolari e necessarie ai malati, anche a quelli italiani. E a lanciare l'allarme è stata Federfarma Lazio, l'associazione che raggruppa i titolari di farmacia della Regione, quando qualche mese fa ha fatto un esposto alla Procura di Roma per segnalare «un fenomeno grave e allarmante che può determinare consistenti danni alla salute pubblica», si legge nella denuncia a firma del presidente dell'associazione Franco Caprino.

A preoccupare i farmacisti è stata una rilevazione dei farmaci che mancano regolarmente all'appello. Un lungo elen-

co di prodotti: l'eparina Clexane, l'antidepressivo duloxetina (Cymbalta, Xeristar), il sumatriptan (Imigran) contro gli attacchi acuti di mal di testa, l'antiepilettico levetiracetam (Keppra), l'antidolorifico pregabalin (Lyrica), il medicinale anti-Parkinson pramipexolo (Mirapexin), l'antipsicotico quetiapina (Seroquel), il tiotropio (Spiriva) per la Bpcos. Tutte medicine con un ampio differenziale di prezzo tra l'Italia e i Paesi del centro e nord Europa: il Mirapexin, per esempio, in Italia costa 53 euro mentre in Germania 274.

Il timore è che simili differenze di prezzo tolgano ogni freno all'export facendo precipitare l'Italia nella carenza sistematica di questi medicinali. È infatti vero che a oggi la fuga di farmaci originariamente destinati al mercato italiano è solo l'1 per cento del totale (qualcosa come 20 milioni di confezioni di medicinali), ma è anche vero che le esportazioni si concentrano su un numero relativamente basso di prodotti e quindi quelli sono destinati a mancare sempre più.

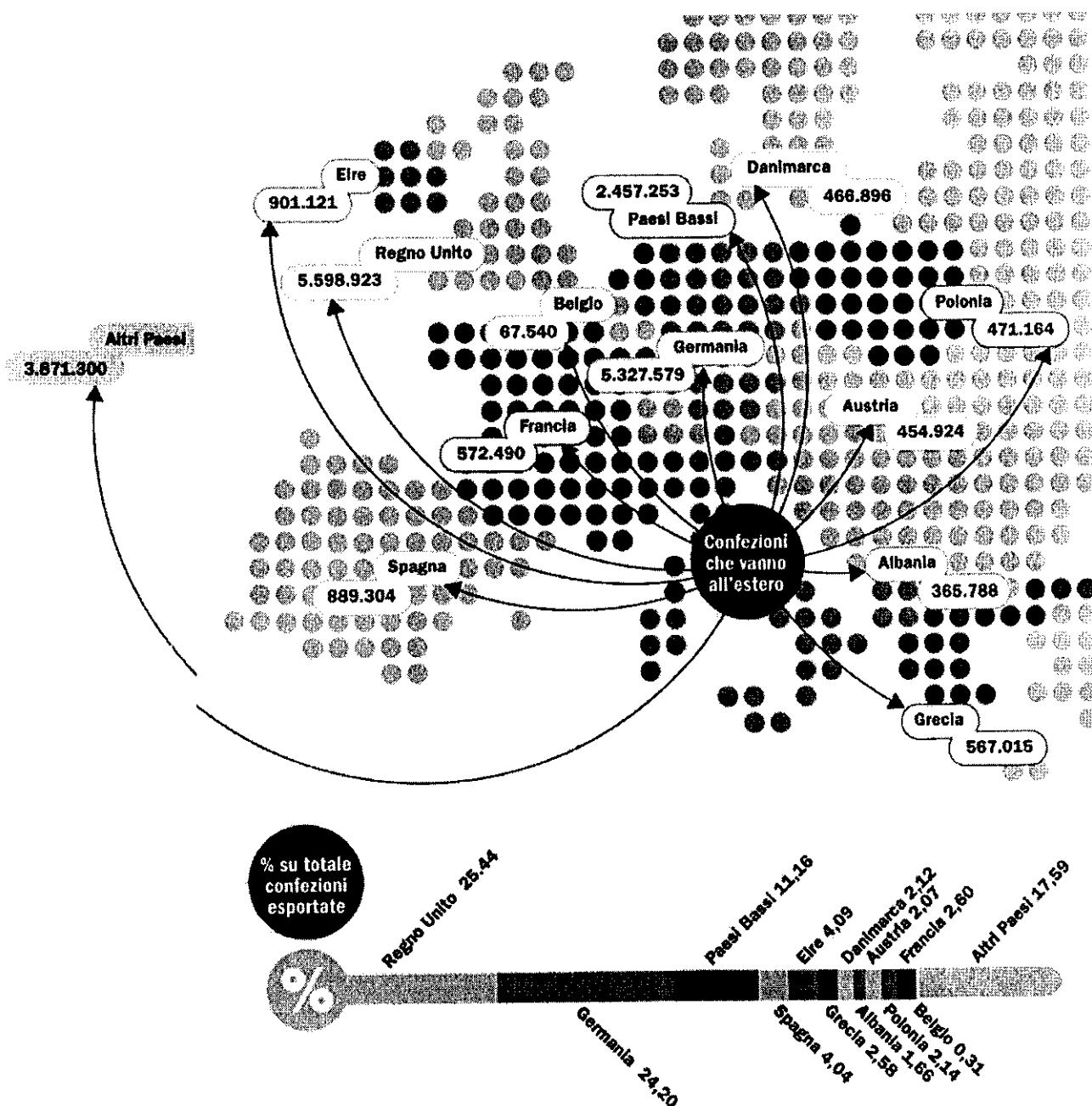
Il tutto, però, è perfettamente legale. Si chiama "parallel trade", è la libera circo-

lazione delle metci. Ma anche il nuovo business che ruota intorno al farmaco. Che preoccupa Big Pharma e, nei paesi in cui i prezzi dei farmaci sono più bassi, come l'Italia, si traduce in una carenza di medicine importanti. Ma per capire come questo accada bisogna fare un passo indietro. E tornare a Vilnius.

ACQUISTI INCROCIATI

Scandone è uno dei tanti che negli ultimi tempi si è buttato in questo affare che secondo l'Efsia, l'associazione che raggruppa le aziende produttrici di farmaci, nel 2011 valeva 5 miliardi di euro. È solo il 3 per cento del mercato europeo che nello stesso anno ammontava a 160 miliardi, ma si allarga al crescere delle differenze di reddito tra i diversi paesi Ue.

Il trader tratta soprattutto farmaci oncologici di nuova generazione, medicinali ad alto costo che quindi consentono buoni margini di guadagno, e ha rapporti con acquirenti soprattutto in Gran Bretagna, Germania, Olanda, Scandinavia. «Ciascuno di essi ha una lista di prodotti che vorrebbe immettere in commercio nel proprio Paese a prezzi inferiori rispetto a quelli in vigore», ci spiega. Il costo del



farmaco dappertutto in Europa è stabilito da accordi tra autorità nazionali e aziende. «Io mi attivo, consulto i miei fornitori in Bulgaria, Slovenia, Slovacchia, Grecia, Italia dove il prezzo è mediamente più basso. E li acquisto per farli avere ai miei clienti». Soprattutto nei paesi dell'Europa centrosettentrionale. Così in Danimarca quasi un quarto dei farmaci presenti sul mercato è di importazione parallela, in Svezia circa il 15 per cento, il Olanda il 13,5, in Irlanda il 12, in Germania il 10 (sempre stando alle stime dell'Efpi).

NAPOLI MILIONARIA

Flavio Scandone non è arrivato a svolgere questo lavoro per caso. Ha avuto un maestro in Italia, a Napoli. Si chiama Carmine Petrone. Farmacista, negli anni Sessanta eredita la farmacia del padre. Ha il fiuto per gli affari e nell'arco di pochi anni, con l'aiuto dei tre figli (anch'essi farmacisti) trasforma la farmacia in un gruppo imprenditoriale che oggi fattura mezzo miliardo di euro, ha più di 700 dipendenti e ha nello spostamento dei farmaci il suo core business.

Petrone è un brand intorno a cui orbitano una trentina di società: aziende farmaceutiche pure, centri di riabilitazione,

SI CHIAMA IMPORTAZIONE PARALLELA E ALIMENTA UN BUSINESS DA 5 MILIARDI DI DOLLARI L'ANNO

società di consulenza. Il gruppo Petrone, però, è soprattutto un network in grado di prendere in braccio un farmaco e portarlo praticamente ovunque nel mondo. Un risultato raggiunto anche passando per le aule dei tribunali. Nel 2005, per esempio, i Petrone si opposero a Pfizer Italia e Farmacia Italia rei di aver rifiutato la fornitura di farmaci con «generiche esigenze di riorganizzazione della propria rete distributiva». La Corte d'Appello di Milano ha giudicato il comportamento delle aziende farmaceutiche abuso di posizione dominante e l'ordinanza ha fatto giurisprudenza. In pratica da allora, in Italia e in Europa, un'azienda non può rifiutarsi di consegnare farmaci a un grossista. Qualunque cosa questo decida di farne.

Emergenza tumori

La carenza di farmaci sta diventando una variabile con cui l'assistenza sanitaria deve fare i conti quotidianamente. E non solo per il business di esportatori e grossisti di cui parliamo in queste pagine. A destare ancora maggiore preoccupazione è il fatto che molti medicinali fatichino proprio ad arrivare sul mercato. Negli Usa è vera emergenza, tanto che neanche l'intervento di Barack Obama ha potuto nulla.

Nel 2011, dopo l'ennesimo allarme, il presidente era infatti sceso direttamente in campo richiamando all'ordine i produttori di farmaci, obbligandoli a rendere disponibili le medicine necessarie e rafforzando il sistema di allerta della Food and Drug Administration, l'agenzia delegata al controllo sui medicinali, incaricata di monitorare la produzione e verificare eventuali manovre delle aziende. Ma il problema delle carenze non è stato minimamente scalfito: problemi agli impianti di produzione, hanno sempre detto le industrie. Se nel 2007 erano mancati all'appello 154 prodotti, nel 2012 il loro numero si era moltiplicato per tre raggiungendo la quota di 456. Non si tratta di medicinali di poco conto. Spesso sono chemioterapici, antibiotici, preparati per nutrizione parenterale. Che il più delle volte hanno una cosa in comune: sono preparati sterili iniettabili. Siringhe prelievate o analoghi la cui produzione è concentrata in pochissimi stabilimenti, spiega l'Fda sul proprio sito. Basta, quindi, che uno solo di essi si blocca per lasciare migliaia di pazienti senza cura. In Italia non ci sono dati certi, ma «mancano periodicamente importanti chemioterapici come il 5-fluorouracile, alla base della chemioterapia per molti tumori gastroenterici e del capo e collo, la bleomicina essenziale nella terapia di alcuni linfomi, la doxorubicina liposomiale utilizzata nel cancro dell'ovaio e nel mieloma multiplo, il metotrexate e l'ARA-C, impiegati nella terapia delle leucemie acute e il BCNU per il trapianto di midollo. Sono importanti, ma costano poco. Forse troppo poco per essere remunerativi», denuncia Umberto Tirelli, direttore del dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori di Aviano. Le industrie farmaceutiche però si appellano alle difficoltà di produzione contro cui nemmeno i sistemi di vigilanza della Fda americana hanno potuto nulla.

COME CRESCONO GLI AFFARI

A lungo il gruppo Petrone è stato una delle poche realtà italiane a occuparsi di export di farmaci. Ma negli ultimi anni lo scenario è drasticamente cambiato. L'Italia ha prezzi dei medicinali mediamente del 25 per cento più bassi rispetto alla Germania, del 10 per cento rispetto alla Francia, del 7 per cento rispetto alla Gran Bretagna (lo stima il Cergas-Bocconi). Una differenza di prezzo che ha fatto dell'export una gallina dalle uova d'oro e ha indotto in molti a buttarsi a pesce nel nuovo business. Soltanto negli ultimi quattro anni, le Regioni e il ministero della Salute hanno autorizzato 400 nuovi grossisti di farmaci: aziende piccole e grandi, società controllate da grandi imprese di distribuzione già attive in Italia. E ai grossisti puri si sommano anche 300 farmacie autorizzate a esportare e, più in generale, a comportarsi da grossisti. Dopo una lunga battaglia, infatti, dal 2006 le farmacie possono estendere la loro licenza e vendere, oltre che ai cittadini, anche all'ingrosso e all'estero.

È un'opzione che sembra diventare interessante per molti farmacisti di fronte ai margini sempre più risicati derivanti dalla gestione del negozio. Ma quanti siano, e quanti siano i grossisti esportatori in Italia è difficile a dirsi. La maggior parte di essi preferisce operare senza farsi troppa pubblicità. E quasi sempre, anche se contattati direttamente, preferiscono non parlare.

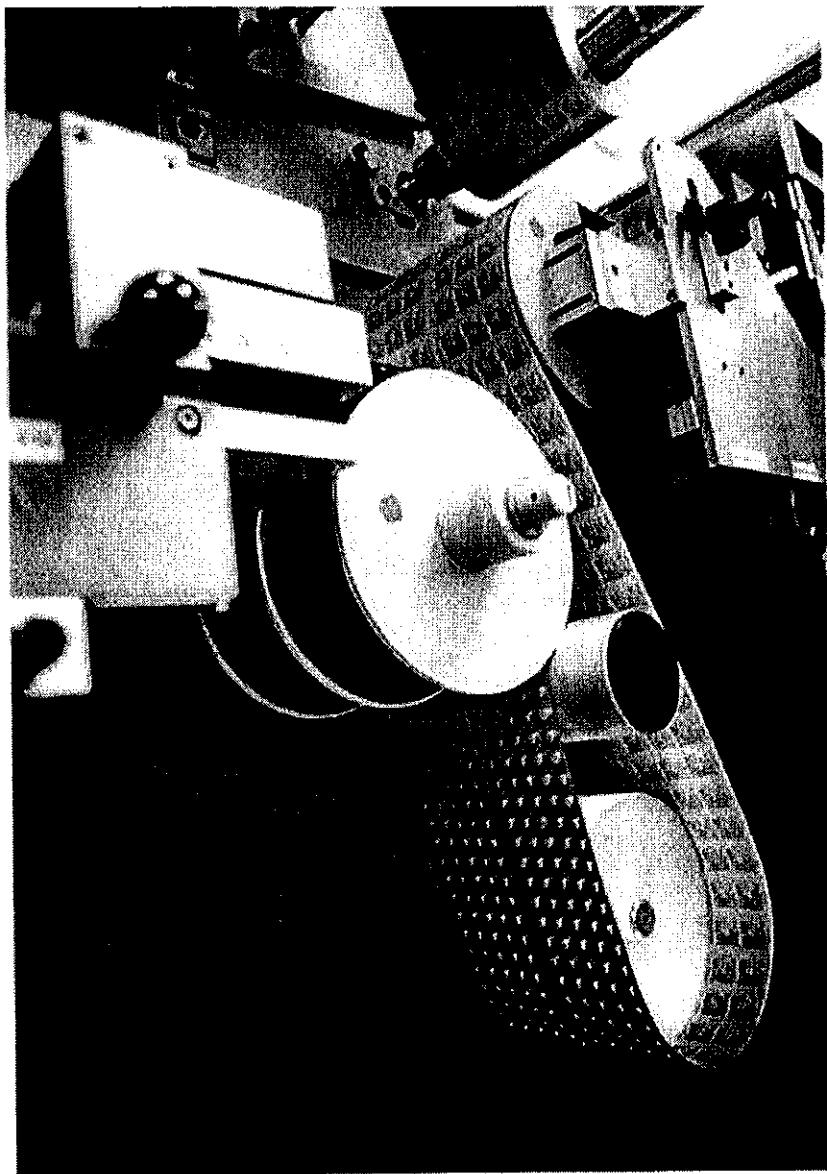
Tra gli attori della filiera è un rimbalzo di responsabilità: le aziende farmaceutiche sono accusate di contingentare la produzione e distribuzione di farmaci per evitare che i loro stessi prodotti vengano venduti da altri su mercati stranieri a un prezzo maggiorato rispetto all'Italia. I grossisti di eccedere con la pratica dell'esportazione parallela. I farmacisti di essersi tuftati a pesce nel business del commercio parallelo a discapito degli interessi dei loro clienti tradizionali, i cittadini. Ciascuno di essi ha però buone giustificazioni. «Le aziende sono la parte lesa. Noi siamo obbligati dalla legge a consegnare i prodotti a chi ce li chiede. E già oggi produciamo più del fabbisogno del mercato italiano», dice il presidente degli industriali del farmaco, Massimo Scaccabarozzi. «Si tratta di una fetta residuale del nostro business. Che è comunque ammesso dalla legge», si discolpa Aldo Pesenti, presiden-

te dell'Associazione distributori farmaceutici. I farmacisti, dal canto loro, non accettano critiche: «Sì, ci può essere qualche farmacista che lo fa. Ma sono pochissimi», è la difesa di Anna Rosa Racca, rappresentante dei titolari di farmacia.

Il pericolo temuto da molti è di finire come la Grecia, dove all'inizio dello scorso anno, complice il continuo ribasso dei prezzi dei farmaci, quasi 200 specialità medicinali erano diventate introvabili: antibiotici, farmaci biologici, medicinali contro l'epatite C e contro il cancro. È stata la carenza di questi ultimi a indurre l'equivalente della nostra Agenzia del farmaco a sospendere il parallel trade per una trentina di prodotti innovativi e salvavita per i malati greci.

Decisione analoga ha preso ad aprile del 2013 il ministro della Salute romeno Eugen Nicolaescu, dopo che le istituzioni nazionali hanno notato che alcune farmacie lasciavano i malati di cancro senza farmaci pur di godere dei lauti guadagni dell'esportazione in Gran Bretagna, Danimarca, Polonia, Lettonia.

Ora tocca all'Italia stringere i cordoni dell'export. Tra i suoi ultimi atti, il Governo Letta ha approvato un decreto legislativo che prevede il blocco all'esportazione di quei farmaci per cui siano state segnalate carenze sul territorio nazionale. Un provvedimento che però solleva molti dubbi. A partire dalla lista di prodotti non esportabili. Non c'è ancora e non si sa su quali criteri debba essere definita. ■



IMPIANTO DI PRODUZIONE E CONFEZIONAMENTO DI PILOLE