**La sanità tra inefficienze sistemiche, strutturali e necessità di innovazione**

venerdì 11 ottobre 2013 21.15 Sala Polivalente, Borgo Panigale

via Marco Emilio Lepido 25/2, Bologna, BO

SERATA ORGANIZZATA DAL GRUPPO DI LAVORO SANITA' del M5S

 - Riforma del sistema sanitario

 - Sistema di gestione dei dati sanitari (History Health vs sistema Lombardia)

 - Farmaci "*equivalenti*" e un caso specifico di malasanità con conseguente spreco di denaro pubblico (circa 600 milioni all'anno stimati)

 - Esposto e conseguente procedura dell'antitrust contro Roche e Novartis.

- DL. Balduzzi e Legge Dibella

 **Giulio Godano**: Introduce la serata a cui partecipano:

 - i portavoce in Senato **Michela Montevecchi** e **Paola Taverna**

- Avv **Giorgio Muccio** componente del gruppo di lavoro Sanità e autore dell'esposto all'antitrust

 - Sarà presente anche un esterno, il dott. **Domenico De Felice** che illustrerà le sue personali proposte di riforma

Buonasera a tutti e grazie dell’invito.

Mi presento sono Domenico De Felice faccio il medico da 33 anni a Milano e da 10 cerco di raggiungere una nuova sanità in modo tale da riavvicinare il cittadino-medico al cittadino-paziente in bilico tra aziende sanitarie e medicina difensiva in modo da difendere l’articolo 32 della nostra Costituzione che tutela la salute di ognuno. Da Gherardo Colombo, della cui associazione “Sulle regole” faccio parte nel gruppo sanità, ho imparato che per essere liberi bisogna sapere. Sono qui per illustrare a voi alcune proposte per la sanità per essere liberi di scegliere se appoggiarle o no.

Il mio percorso è iniziato il 14 agosto 2003 quando mi posi una domanda: come posso fare per sapere se lavoro bene? Scrissi e pubblicai nel settembre 2003, aiutato dal Politecnico di Milano, uno studio statistico su come fare i controlli sanitari, indispensabili. Ancora oggi i controlli sanitari vengono eseguiti dai NOC, nuclei operativi di controllo, che controllano solo burocraticamente ma nulla sanno sull’effettivo beneficio al paziente della prestazione sanitaria.

I controlli devono essere fatti sui pazienti, a campione.

Feci lo stesso lavoro nel 2008 con un follow-up a sei anni sempre degli stessi 3070 pazienti. La bontà del mio scrivere è aumentata dal fatto che, la rivista che pubblicò il secondo lavoro nel settembre 2008, pose tre domande per ottenere 5 ECM (Educazione Continua in Medicina) di aggiornamento professionale ai medici collegate al mio lavoro statistico. Basta rivedere 61 pazienti, scrissi nel 2003 e confermai nel 2008, per avere un campione valido che permetta di studiare una determinata complicanza su 3070 pazienti operati. Potete trovare tutto nei miei numerosi articoli del Fatto Quotidiano e nella puntata di Report “*La prestazione*” del 2 maggio 2010 di Alberto Nerazzini.

**Pensai** che la percezione del controllo diminuisse il rischio di abuso.

Il primo intervento in assoluto in Italia è la gravidanza il secondo, con 500.000 casi all’anno, è la cataratta. Vi assicuro che almeno il 20% non è da fare ma se nessuno controlla…e vi assicuro che in questo momento non lo dico per il risparmio, che sarebbe alto, ma lo dico per il paziente. Perché operarlo se non ha un beneficio reale rischiando inutilmente? Ma se si lavora a percentuale sicuramente il rischio di maggiori interventi “*prima che lo faccia qualcun altro*” esiste. Nessuno mi ascoltò ma non mi fermai nonostante tutte le porte chiuse.

**Pensai** che le aziende sanitarie dovevano prendere il nome di “*Case del Benessere*” abbandonando il termine azienda per due motivi: perché la casa è il luogo della sicurezza di ognuno di noi e perché il cittadino sa di entrare per uscirne in ben-essere.

**Pensai** che la medicina difensiva dovesse essere bandita come mezzo di difesa del medico. In un bel libro sulla medicina difensiva che vi consiglio, “*Il problema della medicina difensiva*”, alla pagina 24 si legge: “*la medicina difensiva si verifica quando il medico ordina esami, procedure o visite, o evita pazienti a rischio, o procedure ad alto rischio principalmente per ridurre la propria esposizione al rischio di contenzioso legale con implicazioni potenzialmente gravi per il costo, l’accessibilità e la qualità tecnica ed interpersonale dell’assistenza sanitaria*”. Ippocrate, il cui giuramento con il nuovo codice deontologico vogliono cancellare, diceva che “*il medico e il paziente devono, insieme, combattere contro la sofferenza*”.

**Pensai** che nel mondo delle “*regole*” forse una, giusta ed umana, deve essere quella di onestà nel rapporto medico-paziente. Negli anni questo rapporto fondamentale si è deteriorato con gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini. La scienza a volte è sostituita dall’ingordigia del potere economico e sociale; la mancanza di fiducia porta al dubbio della diagnosi e della terapia, fino al contenzioso legale. La medicina difensiva si è fatta strada. In sanità più che mai ha ragione l’on. Alessandro Di Battista del M5S che, in un recente intervento alla camera, ha detto: “*E’ tutto un circolo vizioso. I soldi sono uno strumento non un fine. Sono un mezzo per avere quelle comodità che ci rendono piacevole questa avventura che è la vita, non certo l’obiettivo delle nostre esistenze. I più poveri che ho conosciuto sono quelli così poveri che hanno solo i soldi*”.

**Pensai** che la tecnologia può aiutare la sanità sana.

Vi faccio un esempio reale in cui la tecnologia diviene diagnostica.

Il Ministro della Salute Lorenzin il 31 luglio 2013 emana una circolare sull’utilizzo di occhiali 3D per i PC e televisori tridimensionali a completamento della circolare del precedente ministro che parlava solo dei cinema il 17 marzo 2010. In entrambe si scrive, dopo aver ascoltato il parere del Consiglio Superiore della Sanità, che “*è controindicato per i bambini al di sotto dei 6 anni di età*”. Ho più volte scritto sul Fatto, e detto in televisione, che lo sviluppo della capacità visiva avviene da zero a sei anni. Se un bambino ha un occhio debole, ambliopico o volgarmente detto “*pigro*” (5% circa della popolazione italiana), e non lo sviluppa, con occhiali se necessita o con occlusione dell’occhio dominante, mai riuscirà a vedere in stereoscopia perché l’anaglifo, cioè l’immagine tridimensionale statica o dinamica, si apprezza solo con due occhi funzionanti. Vedrà tutta la sua vita non in rilievo. A questo proposito vi consiglio un altro libro interessante: “*Vedere e rivedere. Viaggio di un neuroscienziato nella visione 3D*” di Susan Barry. Qualcuno deve far leggere questo libro al Ministro ed al Consiglio per far capire come un neuroscienziato abbia cercato, in tutta la sua vita, di allenare quell’occhio debole scoperto tardi. Occorre cambiare quelle circolari e spingere i bambini a vedere solo i 3D sotto i sei anni. Se non vedranno bene si lamenteranno e potrebbe essere una gratuita visita oculistica di screening di massa. Perché gli oculisti non lo dicono a gran voce ma in sordina? Hanno forse paura di quel 95% di sani che non visiterebbero? Pensano al bene proprio o al bene comune? Ma il Ministro ed il Consiglio sa che gli oculisti tutti i giorni, visitando i bambini, utilizzano occhiali polarizzati 3D proprio per scoprire ambliopie?

**Pensai** a due modi per scrivere un percorso nuovo per porre #ilpazientealcentro in modo da aggirare le tante porte chiuse e le tante persone che, aprendo troppo la bocca per parlare inutilmente, hanno le orecchie chiuse.

Il primo è un progetto che si chiama #tweetsalute che unisce 19 specialisti che hanno una faccia, un curriculum e che interagiscono sinergicamente con i cittadini-pazienti. E’ costituito di tre fasi. La prima impersonale tramite l’account twitter degli specialisti: si fa una domanda e si riceve una risposta. La seconda unidirezionale con il canale YouTube di #tweetsalute i pazienti vedono video di argomenti di prevenzione degli specialisti. La terza fase partirà a dicembre con il contributo del Comune di Milano. Proprio martedì 8 ottobre ho incontrato l’assessore con delega alla salute che mi ha confermato di voler sfruttare le potenzialità del canale Skype di #tweetsalute per collegare due medici del team, il ginecologo ed il senologo, con diversi “*centri anziani*” che ascolteranno e faranno domande ai colleghi che saranno nei propri studi in quella che chiameremo “*La giornata delle donne*”. Questa sarà la puntata 0 di un progetto pilota che si svilupperà con altri appuntamenti, per ora a Milano, ma che esporteremo a tutti i Comuni che ci inviteranno in quel senso bidirezionale di vicinanza e di disponibilità.

**Pensai** a History Health per migliorare la medicina del territorio, quella di base. Il trasferimento dei nostri dati sanitari dalla gestione istituzionale a quella personale. Non occorre andare dal medico di base a farsi scrivere una prescrizione di esami, farmaci o intervento (70% degli italiani); né una terapia cronica (30%). Il 60% degli italiani non andrà più in codice bianco o verde al pronto soccorso ma riutilizzeranno il “*medico di fiducia*” non più oberato dalla burocrazia.

**Pensate** a quante altre cose si possono fare con History Health.

Ad agosto scorso ho fatto l’esame della vista per il rinnovo della patente. Come sapete ha un costo, una scadenza ma, vi assicuro, non serve a nulla. In strada guidano molte persone con gravissime patologie. Servirebbe l’attuale esame, ad esempio, se si mettesse l’obbligo di misurazione della pressione oculare. In Italia il 10% della popolazione ha grossi problemi visivi causati dal glaucoma solo perché non si misura in tempo la pressione che può essere controllata semplicemente da colliri. Uno screening di massa scadenziato, come quello della patente, potrebbe ridurre nettamente l’incidenza. Invece come quello che ho fatto io, non dicendo di essere oculista, è una perdita di tempo e soldi. Con History Health il cittadino, in possesso dei propri dati, manda online il certificato utile estrapolato dall’ultima visita oculistica, quella si completa ed efficace, nel momento del rinnovo.

In un commento ad un mio recente articolo un lettore del Fatto scrive:

“*Medico di base: 50 euro per un "certificato anamnestico" cioè un pezzo di carta dove il medico di base (quello per il quale già pago le tasse per essere suo assistito) certifica che in base alle informazioni in suo possesso l'assistito non soffre di determinate patologie e dipendenze. Eccolo il medico vicino ai cittadini: l'equivalente di una giornata di sudato lavoro in cambio di un pezzo di carta che certifica informazioni già in suo possesso. Ladri*”.

Metterei un “*mi piace*” a questo commento: se ci fosse History Health non servirebbe un certificato. La nostra storia fa da certificato. Viene redatta man mano.

Naturalmente ho un piano attuativo già preparato nelle linee di massima ben meno costoso della nostra tessera regionale dei servizi.

Sapete quanta è costata in dieci anni quella della Lombardia che i cittadini usano praticamente solo come codice fiscale? 1,5 miliardi di euro. E l’amministratore delegato di Lombardia informatica diverrà a breve anche il controllore della nuova tessera nazionale per un contratto aggiuntivo di 200.000 euro annui. Il giusto premio per non aver mai fatto partire veramente la carta!

A Report lunedì 7 ottobre hanno parlato del “*fascicolo sanitario elettronico*” ed hanno detto che in Emilia hanno già speso 80 milioni di euro senza fare nulla. Con 80 milioni di euro, senza interposizione di Istituzioni che lucrano gestendo, lasciando i dati in possesso esclusivo di ogni paziente, copro con “*nuvole*” personali tutta la cittadinanza italiana! Ci gestiscono le idee politiche, le nostre finanze, il nostro sudore quotidiano, vogliono gestire anche il nostro sangue! Non dobbiamo permetterglielo.

In sanità, sempre per tutelare la salute di ogni cittadino, occorrono le risorse ed occorre non buttarle. Vi faccio qualche esempio:

* Quota sociale percentuale, a secondo del reddito, per visite di medicina di base e specialistica, per prestazione di pronto soccorso, per ricoveri clinici o chirurgici, esami strumentali e di laboratorio.
* Farmaci gratuiti per terapie croniche o farmaci salvavita. A pagamento tutti gli altri, ad esempio gli antibiotici che vanno presi solo per qualche giorno, con conseguente riduzione degli sprechi ed annullamento dei ticket sui farmaci.
* Costo uguale su tutto il territorio per strumentario medico di qualunque natura.
* Costo uguale per ogni prestazione medica o chirurgica su tutto il territorio con rimborsi uguali secondo un nuovo sistema basato sulla difficoltà, il tempo medio della prestazione complessiva con particolare attenzione al tipo di prestazione utilizzata in base alle medie nazionali e mondiali.
* Rivisitazione di tutti i DRG con compensazioni di incongruenze fra tipo di prestazione e spesa regionale (esempio visita oculistica codice 9502 pagata 22,50; test di Schirmer, che non ha grande valore clinico, codice 0919 pagato 58,06!) per scovare “*sacche*” nelle quali poter nascondere fondi non propriamente sanitari.
* Annullamento di tutti i congressi medici nazionali. Unico congresso annuale per ogni specialità con conseguente riduzione dei costi farmacologici e strumentali derivante dal mondo dei congressi
* Costituzione di gruppi di lavoro on-line.
* Obbligo di immissione on line di tutte le nuove tecniche chirurgiche sperimentate, la diagnostica e le terapie utilizzando database dell’Ordine dei medici e delle varie società specialistiche nazionali a cui ogni medico può accedere.
* Utilizzo di un solo farmaco “*specifico*” con efficacia clinica stabilita senza lotta sui costi tra farmaco e generico che nulla hanno a che vedere con il bene del paziente. Costo uguale su tutto il territorio. Scrissi un articolo il 23 giugno 2012 sul Fatto dal titolo “*Caro Grillo, se tutti i farmaci li chiamassimo “specifici”?”* proprio al fine di sensibilizzare all’uso di una sola molecola di certa utilità senza doppioni magari meno efficaci.
* Costi uguali per farmaci con uguale indicazione clinica.
* Consegna da parte del farmacista della dose necessaria alla terapia con riduzione degli sprechi, dei costi di produzione e di smaltimento.
* Ente di controllo unico sul farmaco.
* Ricerca delle perdite a pari effetto clinico. Risparmiamo prima di spendere. Sono certo che in ogni specialità ci sono farmaci uguali a costi enormemente diversi e che, magari, il Sistema sanitario copre quello più costoso. Per questo serve Tweetsalute, oltre la disponibilità verso il cittadino paziente. Per cercare di amalgamare un gruppo che pensi e parli con la stessa parola. Un gruppo omogeneo che possa, ognuno nel proprio, diffondere una nuova sanità.

Esistono in oculistica due lavori, ad un anno di distanza, 2011 e 2012, che stabiliscono che due farmaci hanno lo stesso effetto clinico. L’Organizzazione Mondiale della Sanità, ad agosto 2013, dice che quello che costa 80 volte di meno è quello da considerare come unico valido per la degenerazione maculare senile. Il 6 settembre 2013 l’unità operativa di oculistica di un medio ospedale milanese, ad esempio, ordina per il fabbisogno di tre mesi 210.000 euro di Lucentis, il farmaco di Novartis più caro come risposta immediata all’OMS!

Io scrivo sul Fatto Quotidiano il 29 settembre 2011 per la prima volta “*Perché curarne di meno, pagando di più?”* e vengo intervistato da Report nel maggio 2013 in “*Il farmaco che costa un occhio*”. Ma l’antitrust si pronuncerà solo il 24 dicembre 2013. Noi abbiamo tempo e soldi da buttare o meglio da utilizzare per spartirli in modo da non scontentare nessuno.

I politici, di qualunque partito, hanno difficoltà a parlare a gran voce di sanità. I medici in fondo sono una delle caste più potenti e portano numerosi voti. I voti di quei cittadini che si fidano non sapendo, a volte, i rigagnoli nascosti.

Ma mi domando e vi domando: se il nostro governo ha fatto di tutto per cercare 1 miliardo di euro per evitare l’aumento dell’IVA, non riuscendoci, non bastava ascoltare chi da tempo spiega che con un farmaco solo se ne potrebbe risparmiare immediatamente qualche centinaia di migliaia?

Prima di passare la palla vi dico, con sincera umiltà, come ha detto Dario Fo a Milano qualche mese fa guardando Beppe Grillo: “*Fatelo voi per favore*”.

Grazie per l’attenzione.