

POLITICA E SANITÀ

Messori (Sifo): mancano fondi per gli innovativi in arrivo

Entro il prossimo anno potrebbero arrivare circa «50 farmaci innovativi», ma per introdurli servirebbe una spesa aggiuntiva per la farmacia ospedaliera di almeno «1 miliardo di euro». È lo scenario tracciato da **Andrea Messori**, tecnico della Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera), nel suo intervento alla giornata pregressuale degli oncologi medici dell'Aiom. «Si dice spesso che la spesa farmaceutica in ospedale è fuori controllo - chiarisce - ma non è vero. È che nel settore arrivano novità». E i farmaci innovativi, biotech, target therapy, monoclonali, «sono costosi, e ciò non è previsto al momento nei meccanismi di previsione della spesa». «Se fino al 2007 ce n'erano solo 5 o 6 - spiega - sono già una decina nel 2010, e se ne prevede un arrivo massiccio già dal prossimo anno, soprattutto in campo oncologico». Calcolando che per introdurre un nuovo farmaco la spesa si aggira «tra i 10 e i 20 milioni di euro», dal prossimo anno servirà una spesa "extra" «di almeno un miliardo su scala nazionale. Che va ad aggiungersi ai circa due miliardi di deficit già presenti per la spesa sanitaria farmaceutica, che si è attestata lo scorso anno intorno ai 4 miliardi, contro i 2,4 che aveva a disposizione». Il «rischio per il 2011-2012 - aggiunge l'esperto - è che si debba iniziare a dire dei "no"», cioè che si blocchi l'introduzione di farmaci innovativi per mancanza di fondi, oppure che si scelga di «non prevedere il rimborso per alcuni farmaci che hanno già ricevuto l'approvazione dell'agenzia europea del farmaco». Scelte, sottolinea, «che hanno però implicazioni sociali importanti». Una strada potrebbe essere quella di «iniziare a governare la spesa per i dispositivi medici ospedalieri», spesa che «è in aumento molto più di quella per la farmaceutica ospedaliera» e che non è sottoposta al momento «agli stessi iter e agli stessi meccanismi di controllo». Mentre «di poco conto» potranno essere i risparmi ottenuti dall'introduzione dei "biosimilari".

Cerm, con costi standard 5,8 miliardi risparmiati

Risparmi per 5,8 miliardi. A tanto ammonterebbe lo scostamento della spesa sanitaria delle regioni se fossero già operativi i nuovi criteri di riparto del fondo sanitario nazionale basati sui costi standard. L'analisi è frutto di una simulazione del Cerm sulla bozza del decreto attuativo del federalismo fiscale che definisce i fabbisogni delle regioni e i costi standard per la sanità, ancora al vaglio della Conferenza delle Regioni. Per la simulazione, però, il Cerm ha usato criteri leggermente diversi rispetto a quelli previsti dal decreto e ha preso a modello Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto (e non Lombardia, Marche, Toscana e Umbria) perché, spiegano i ricercatori, sono quelle che, nel corso degli ultimi anni, hanno rispettato la programmazione realizzando condizioni di sostanziale equilibrio di bilancio e, inoltre, hanno erogato prestazioni di qualità, testimoniate da rilevazioni e riflesse da un saldo attivo dei flussi di mobilità. Secondo il paper del Cerm "I numeri del federalismo in sanità", appena pubblicato, la Regione che fa registrare lo scostamento assoluto maggiore è il Lazio, con oltre 1,5 miliardi di euro, pari al 14% della spesa contabilizzata nel 2009.

Ddl riforma Fazio, le Regioni perplesse

Intesa con riserva da parte delle Regioni alla cosiddetta riforma Fazio della sanità, che prevede una serie di misure dalla sperimentazione clinica alla riforma degli Ordini. Nel parere messo a punto dalla commissione Salute e approvato il 29 ottobre dalla Conferenza Stato-Regioni a cadere sotto l'accetta sono questioni di ogni tipo. E il parere favorevole dei governatori è subordinato all'accoglimento di tutte le modifiche proposte. Bocciatura senza appello, in primo luogo, delle nuove misure per le farmacie dei servizi. perché «non è garantita la qualità delle prestazioni, si correrebbe un rischio per la salute pubblica» e le ulteriori prestazioni non possono essere a carico del Ssn, come invece sembrerebbe», come è scritto nel documento a supporto della richiesta di cancellazione dell'intero articolo.

Non piace alle Regioni nemmeno la possibilità per gli odontoiatri di accedere al Servizio sanitario nazionale senza specializzazione: «Senza specializzazione - è chiarito - non si diventa dirigenti sanitari, ovvero potenziali direttori di struttura complessa». Barriere esplicite vengono poi avanzate all'ipotesi di allargare ad Aifa, Agenas e Salute l'accesso ai fondi dell'edilizia sanitaria (ex art. 20 Finanziaria 88), che le Regioni chiedono che restino a esse riservati.

Tra gli altri "aggiustamenti" chiesti dalle Regioni la richiesta di prevedere l'intesa in Conferenza Stato-Regioni (e non il semplice parere) sui decreti delega relativi al riassetto delle sperimentazioni cliniche.

Sempre in tema di sperimentazioni, le Regioni sono d'accordo nel ridurre il numero dei comitati etici, ma vogliono essere loro a individuarne il numero; chiedono di prevedere che nella procedura per il rilascio dell'autorizzazione ad avviare sia previsto anche il parere del direttore generale; di alleggerire la sanzione a carico delle strutture che non rispettano tempistiche e procedure; di rivedere anche la normativa relativa agli studi no profit e osservazionali. Le Regioni propongono poi di innalzare dall'1 al 5% la tassa a vantaggio dell'acquirente imposta ai produttori di dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro in occasione di forniture destinate al Ssn. Si chiede infine l'istituzione delle Federazioni regionali degli ordini delle professioni sanitarie con compiti di rappresentanza della professione presso le istituzioni regionali. Sulla maggior parte degli emendamenti il governo si è ora riservato di fare delle verifiche.

Medici britannici critici sulla riforma del Nhs

Ai medici britannici la riforma del Servizio sanitario disegnata nei mesi scorsi dal governo Cameron non sembra proprio piacere. Lo dimostra un recentissimo sondaggio del King's Fund, secondo il quale tre medici su quattro escludono che dalla riorganizzazione nascerà un'assistenza migliore per i cittadini, e lo conferma il documento diffuso a ottobre dalla British medical association. Accolti con favore i passaggi della riforma che di fatto rafforzano il ruolo dei medici nella programmazione e nella gestione del sistema, l'associazione britannica ha comunque rivolto al progetto del governo severe critiche: l'approccio da "tabula rasa" (con la totale ricostruzione dell'assistenza sul territorio), i tagli ingiustificati, le politiche inadeguate, un'eccessiva sterzata sul mercato con l'obiettivo di spingere i medici alla competizione.

Critiche e attacchi si concentrano soprattutto sulla sostituzione dei Primary care trust (l'equivalente delle nostre Asl) con i GP commissioning consortia, aggregazioni private di medici di famiglia finanziate attraverso il meccanismo della quota capitaria (attualmente gestita dai trust). Completata la riforma, l'assistenza primaria, quella specialistica e quella ospedaliera passerebbero interamente dai consorzi, ma le perplessità abbondano. Ne fornisce un buon riassunto un recente editoriale del Lancet, che paventa soprattutto due effetti: primo, la transizione dai Primary care trust ai Gp consortia rischia di far perdere al servizio sanitario ogni respiro strategico e ogni programmazione dei servizi sul lungo periodo, perché i trust sono enti con un ambito territoriale definito e una popolazione di riferimento identificabile, i consorzi invece sono aggregazioni che hanno per unico parametro i pazienti iscritti; secondo, il meccanismo degli incentivi per obiettivi di salute con cui sono retribuiti i Gp britannici, unito al sistema dei consorzi, rischia nel tempo di spingere i medici a "contendersi" i pazienti delle fasce sociali più agiate, perché con loro raggiungere i target fissati richiede prevedibilmente meno sforzi e minori spese