



POLITICA E SANITÀ

Federfarma: nel 2011 spesa farmaceutica Ssn -8,6%

Continua a calare la spesa farmaceutica convenzionata, che al termine del 2011 fa registrare un -8,6% rispetto al 2010, a fronte invece di un leggero aumento nel numero di ricette (+0,6%), e a essere additata come la principale ragione di questa contrazione l'incidenza delle quote di partecipazione a carico dei cittadini, passata dal 7,6% del 2010 al 10,7% del 2011. Tanto che tra le Regioni dove la flessione è particolarmente evidente ci sono Puglia (-15,8%), Calabria (-15,3%) e Campania (-10,8%), sottoposte a misure più drastiche a causa dei piani di rientro. Il quadro emerge dalla rielaborazione dei dati sulla spesa farmaceutica del Ssn di Federfarma, resi noti sul sito dell'associazione. Secondo quanto emerge, nel 2011 «le confezioni di medicinali erogate a carico del Ssn sono state oltre un miliardo e 80 milioni, con una media di 18 confezioni ritirate in farmacia per cittadino, mentre le ricette sono state oltre 590 milioni, pari a quasi 10 per ciascun cittadino», con un evidente calo del valore medio delle prescrizioni (-9,1%). Un contributo al calo della spesa viene, secondo Federfarma, anche dallo sconto al Ssn praticato dalle farmacie, «che ha portato un risparmio di quasi 600 milioni di euro». Tra le regioni, Puglia, Calabria e Campania, «hanno adottato misure di contenimento della spesa molto drastiche, quali l'introduzione o l'aumento del ticket e il potenziamento della distribuzione di medicinali acquistati dalle Asl direttamente agli assistiti e/o tramite le farmacie convenzionate sulla base di specifici accordi». In generale, «nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra il 10,3% e il 14%».

Settimana dell'immunizzazione: i vaccini fanno risparmiare

I vaccini salvano vite ed evitano malattie e disabilità provocate da quelle più gravi a 750 mila bambini, a fronte di una spesa contenuta rispetto a quanto fanno risparmiare, un aspetto non secondario in un periodo di risorse economiche limitate anche nei paesi occidentali. È con questo messaggio che l'ufficio regionale dell'Organizzazione della sanità apre la Settimana europea dell'immunizzazione, che si celebra dal 21 al 27 aprile. Le potenzialità di risparmio dei vaccini sono state valutate, proprio in uno studio italiano, come ricordato da **Robb Butler** dell'ufficio europeo dell'Oms: «L'epidemia italiana di morbillo del 2002-2003, a fronte di circa 20 mila casi, ha portato a un costo enorme di 22 milioni di euro. Proprio in un periodo di crisi è fondamentale che i Governi capiscano il valore anche economico della vaccinazione». Valutazioni analoghe arrivano anche dai Cdc di Atlanta: per ogni dollaro investito in vaccini c'è un risparmio di 18,4 dollari di costi indiretti. Non mancano poi successi già documentati come l'eradicazione del vaiolo che ha portato un risparmio di due miliardi di dollari. Eppure in Italia, in periodo di crisi e di tagli, è forte la tentazione di farli proprio sui vaccini. «In Italia il fenomeno è già in atto» ha dichiarato, infatti, **Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma «le Regioni che sono sottoposte ai piani di rientro stanno tagliando i fondi proprio per le vaccinazioni, senza tenere conto dei danni a lungo termine che questo atteggiamento potrebbe portare. Investire sui vaccini richiede un atteggiamento etico e una forte leadership, perché si mettono risorse su un non-evento, i cui risultati sono lontani nel tempo». Ma vanno rassicurate anche le famiglie sui vantaggi ottenuti dai vaccini: «In questo caso il discorso economico non è ovviamente in cima alle considerazioni, anche se può aiutare» spiega Butler «le resistenze si vincono spiegando con chiarezza tutti i vantaggi, e soprattutto presentando le storie legate ai vaccini: non si parla mai ad esempio di chi ha avuto delle complicazioni molto gravi da malattie che sarebbero state prevenibili».

Tdm: troppe disuguaglianze con il federalismo vaccinale

In Italia, il federalismo sanitario crea una condizione di profonda disuguaglianza nell'accesso ai vaccini tra le Regioni. La denuncia arriva dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, che ha elaborato un'indagine sulla prevenzione vaccinale in cinque regioni, Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Sardegna e Trentino, con particolare attenzione alla vaccinazione contro il papillomavirus (Hpv) per le ragazze. Le aree di criticità riscontrate sono varie, in particolare nell'organizzazione e nella comunicazione ai cittadini. Infatti, per quanto la vaccinazione contro l'infezione da Hpv è offerta gratuitamente a carico del Servizio sanitario nazionale alle ragazze dodicenni attraverso i servizi vaccinali, «emerge una grande disomogeneità, per esempio per numero di centri vaccinali attivi per Asl, modalità di appuntamento per la somministrazione del vaccino e canali di prenotazione differenziati». Inoltre, si registra un «trend in diminuzione per le campagne e le iniziative finalizzate a sensibilizzare i cittadini sull'argomento», mentre nelle scuole «non viene svolta attività di informazione». La quota di donne fino a 55 anni che si sono vaccinate è pari al 7,2% come pure il 62,2% delle quattordicenni, ma la quota decresce tra le attuali tredicenni (59,9%) e dodicenni (54,3%), segnando così una «flessione alle adesioni alla campagna di vaccinazione gratuita». Scarsa la diffusione della vaccinazione fuori dal regime di gratuità: le over-18 vaccinate sono infatti solo il 2,9%. Secondo l'Associazione, il Piano nazionale vaccini rimasto fermo per troppo tempo «ha accresciuto le differenze sul territorio nazionale e impedito il pari accesso alle prestazioni in tutte le Regioni». Dunque, è il richiamo dell'associazione, «le differenze nelle modalità organizzative, nei calendari vaccinali e negli oneri per i

cittadini sono tali da richiedere un rafforzamento della politica nazionale sui vaccini». A oggi, ricorda Tdm, «esiste solo il testo del Piano nazionale vaccini 2012-2014 varato dalla Conferenza Stato-Regioni, che fa un forte richiamo sia all'inclusione della prevenzione vaccinale nei Livelli essenziali di assistenza, sia al superamento delle differenze territoriali».

Rapporto Osservasalute, meno servizi e tagli alla prevenzione

Ridimensionamento dei livelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria già dal 2012, introduzione di ulteriori ticket, tagli drastici nei trasferimenti alle Regioni e alle municipalità dei fondi su disabilità e infanzia. Sono questi, secondo il Rapporto Osservasalute 2011, presentato ieri a Roma e coordinato da **Walter Ricciardi** (foto), direttore dell'Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Cattolica, gli effetti delle ultime manovre economiche realizzate in Italia in risposta alla tempesta finanziaria. Scelte che peraltro, secondo Ricciardi, non hanno ridotto «l'inappropriatezza di molti interventi sanitari, quindi gli sprechi, né migliorano la qualità delle cure, anzi appesantiscono ancor più le liste di attesa». Nel triennio 2007-2010, per esempio, «l'effetto dei tagli ai servizi e ai farmaci ha portato a una diminuzione del 3,5% della spesa pubblica per i farmaci, determinando però un incremento della spesa privata per i soli farmaci del 10,7%. E nel futuro», conclude Ricciardi, «sarà sempre peggio: è, infatti, stimato in 17 miliardi di euro nel 2015 il gap cumulato totale tra le risorse necessarie per coprire i bisogni sanitari dei cittadini e i soldi pubblici, che presumibilmente il Ssn avrà a disposizione». Secondo la stima del coordinatore del Rapporto Osservasalute inoltre, con l'attuale crisi aumenteranno del 7% gli italiani «che potrebbero scivolare al di sotto della soglia di povertà». «Ai campanelli d'allarme sul livello di insostenibilità dell'attuale situazione sanitaria non è dato seguito, così succede che la "rendita di salute" degli italiani si va via via riducendo» è la conclusione.

L'indagine: cresce spesa pubblica, bene le cure ospedaliere

La spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, a livello nazionale, prosegue la sua crescita, passando dal 6,07% nel 2002 al 6,87% nel 2008. Si conferma anche la forbice Nord-Sud: la spesa va, infatti, da un massimo di 10,46% della Campania a un minimo di 5,24% della Lombardia. Lo rileva il Rapporto Osservasalute 2011, sottolineando come la spesa italiana per la sanità sia «inferiore a quella di altri Paesi come Gran Bretagna, Germania e Francia, ma il suo valore è comunque allineato alla media dei Paesi dell'Ocse». Anche nel 2010, si rileva inoltre nel Rapporto, il Sistema sanitario nazionale «si conferma complessivamente in disavanzo: 2,325 mld di euro circa. Però il disavanzo è notevolmente diminuito rispetto ai 3,251 mld del 2009».

Dall'indagine arriva però un giudizio positivo in merito al funzionamento degli ospedali, «usati in modo sempre più appropriato», mentre «migliora l'efficienza gestionale delle cure ospedaliere». Così, si legge nel Rapporto, «i dati del 2009 confermano il trend in forte diminuzione del tasso di ospedalizzazione e parallelamente delle giornate di degenza. Il tasso complessivo a livello nazionale è leggermente inferiore allo standard di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione, e ormai solo 8 regioni presentano tassi superiori a tale soglia».

Diminuiscono anche i giorni «trascorsi inutilmente in ospedale: la degenza media, sostanzialmente stabile da anni, nel 2009 mostra un lieve decremento rispetto all'anno precedente (da 6,8 a 6,7 giorni)». La fotografia del Ssn mostra inoltre che il personale sanitario è donna: infatti, le donne rappresentano il 63% del personale dipendente, mentre gli uomini il 37% (anni 2007-2009).

Nel 2009 il personale a tempo indeterminato rappresenta circa il 94%, ma a livello regionale le discrepanze sono molte e il personale con lavoro flessibile varia da un minimo di 2,2% in Veneto a un massimo di 10,8% in Sicilia e 12% in Valle d'Aosta. Per quanto riguarda poi la trasparenza delle Aziende ospedaliere sul fronte liste d'attesa, emerge che nel 2011 solo il 44% pubblica online i dati sulle attese. I dati maggiori si osservano, a pari merito, in Piemonte e Friuli Venezia Giulia (100%).

Lombardia, il 43,8% dei fondi sanitari va ai privati

Quasi la metà dei fondi destinati alla sanità regionale (43,8%) vanno ai privati convenzionati, ponendo la Lombardia in cima alla classifica nazionale delle regioni che danno il maggior contributo ai privati. I dati sono contenuti nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2011 del ministero della Salute, resi noti alla fine dell'anno scorso. Ma a riportarli alla ribalta è il botta e risposta tra alcuni esponenti del Pd e il Governatore della Lombardia, **Roberto Formigoni**. Secondo il partito di opposizione, che cita i dati del Ministero, la Lombardia è al primo posto, su un business totale di 17 miliardi e 300 milioni di euro, seguita da Lazio, con un 41,7%, e Puglia, con un 40,4%. Niente a che vedere con il settimo posto rivendicato dal Governatore della Lombardia: per il Pirellone - i dati sono stati riportati da Repubblica Milano del 21 aprile - su 7,6 miliardi di euro per ricoveri e specialistica ambulatoriale, ricavati dai consuntivi Asl, 5,08 miliardi di euro, pari al 66,48% sono stati spesi in strutture pubbliche, contro il 33,52% andato al privato. Ma per il Pd la stima del Pirellone si appoggerebbe a un parametro parziale, quello che misura solo il rapporto tra posti letti pubblici e posti letto privati e non tutta l'assistenza. Per altro, continua il Pd, riprendendolo senza conteggiare Irccs privati e istituti religiosi, che farebbero lievitare la Regione, per questo parametro, al quarto posto (le stime citate sono dalla rielaborazione su dati del Ministero 2009 del Cergas Bocconi). Una situazione per niente trascurabile, continua il Pd che ha lanciato una vera e propria «operazione verità sulla sanità», dal momento che è in questo contesto che è nata la cosiddetta «legge Daccò», che in tre anni, dal 2008 al 2010, ha destinato ai privati non profit (tra cui il San Raffaele e la fondazione Maugeri, coinvolti nelle recenti inchieste giudiziarie) 176 milioni di euro.

Toscana, la Regione studia la sanità "low cost"

E se ora si mettono anche le Regioni a imitare Groupon? È quello che potrebbe accadere in Toscana, dove l'amministrazione ha in cantiere un provvedimento che, in sostanza, mira al convenzionamento della cosiddetta "Sanità low cost". L'obiettivo è l'erogazione di cure odontoiatriche a prezzi "concordati", attraverso accordi con poliambulatori privati dalle tariffe calmierate come quelli che, di solito, vanno su Groupon per pubblicizzare i loro servizi.

Il progetto toscano mira di fatto a replicare su scala più larga il "modello Empoli", provincia dove l'Asl ha concluso accordi con tre strutture odontoiatriche private che erogano cure a prezzi calmierati. In questo modo, è riuscita a snellire le liste d'attesa che invece si registrano in altre aziende sanitarie (che erogano direttamente nei loro ambulatori o in un unico centro convenzionato) e a fornire nel 2011 prestazioni a più di novemila assistiti.

Di qui, come s'è detto, l'idea della Regione di replicare il modello nelle altre province. A giudicare dalle anticipazioni rilasciate alla stampa locale da alcuni funzionari, l'orientamento sarebbe quello di emanare una direttiva che inviti le altre Asl a stipulare accordi in stile empolesse con gli studi e le strutture odontoiatriche private che assicurano tariffe e prezzi "calmierati". Il provvedimento dovrebbe vedere la luce per maggio e a quanto pare non si limiterà soltanto alle cure dentali, ma dovrebbe ricomprendere anche quelle pediatriche. E se funzionasse, niente vieterebbe ulteriori allargamenti in altre aree della salute. Quali? Basta guardare su Groupon.

Veneto, tornano i controlli sulle ricette

Si riaccutizza, in Veneto, la campagna della Regione per contenere la spesa originata da visite ed esami. È una sorta di guerriglia che procede per focolai, il più recente dei quali ha per teatro la provincia di Padova. Dove nei giorni scorsi la direzione generale dell'Asl ha annunciato controlli a campione sulle impegnative giunte ai distretti e ai tre ospedali del territorio, tra i quali un oncologico. Darà un aiuto il Nucleo di verifica regionale, che passerà al setaccio le ricette allo scopo di verificare non solo l'appropriatezza, ma anche il rispetto delle classi di priorità per le richieste urgenti.

Immediata la replica dei medici di famiglia, che non hanno gradito il tono dell'annuncio. «Ben vengano i controlli» è il commento di **Domenico Crisarà**, vicesegretario regionale della Fimmg «ma la Regione dovrebbe mettere sotto controllo anche i Cup». Secondo i medici di famiglia, in sostanza, gli sportelli non eserciterebbero alcun filtro sulle richieste e ai pazienti che protestano perché i tempi di attesa per una prestazione sono superiori a quelli indicati dallo specialista verrebbe consigliato di andare dal medico curante per farsi mettere sulla ricetta un codice di priorità più elevato. «E così» conclude Crisarà «noi siamo costretti a mediare tra le necessità reali del paziente e quelle percepite».

Crisarà riapre la ferita che un anno fa circa aveva spinto i medici di famiglia allo sciopero: ospedalieri e specialisti della provincia avevano l'abitudine di inviare il paziente dal Mmg per farsi firmare le impegnative anche quando esami e visite erano prescritti da loro. Poi un accordo fece rientrare la protesta. «Quell'intesa sta funzionando» conclude Crisarà «ma il cambiamento procede con lentezza e ci vorrà tempo. Io in ogni caso sono ottimista».

In Gazzetta il riparto del Fsn di 106,9 miliardi di euro

Pubblicato in Gazzetta ufficiale (n. 95 del 23 aprile) il riparto del fondo sanitario 2011, deliberato il 20 gennaio dal Cipe, che ammonta a 106,9 miliardi di euro. In particolare, 103,8 miliardi sono destinati al finanziamento indistinto dei Lea e 669 milioni sono finalizzati a quello di specifici interventi, quali per esempio il rinnovo delle convenzioni con il Ssn (a cui vanno 69 milioni) o l'abolizione dei ticket per la specialistica (400 milioni). Poi ci sono 1,7 miliardi di euro a destinazione vincolata e programmata, tra cui spiccano gli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale (1,4 miliardi), le attività di prevenzione dell'Aids (49 milioni), l'assistenza a extracomunitari irregolari (30 milioni), le attività di medicina penitenziaria trasferite dal ministero della Giustizia (6 milioni). Tra gli importi destinati ad attività vincolate di altri enti (in tutto 640,5 milioni), 142 vanno per il concorso al finanziamento della Croce rossa italiana e 2 milioni per il centro nazionale trapianti.

In Gazzetta il riparto del Fsn di 106,9 miliardi di euro

Pubblicato in Gazzetta ufficiale (n. 95 del 23 aprile) il riparto del fondo sanitario 2011, deliberato il 20 gennaio dal Cipe, che ammonta a 106,9 miliardi di euro. In particolare, 103,8 miliardi sono destinati al finanziamento indistinto dei Lea e 669 milioni sono finalizzati a quello di specifici interventi, quali per esempio il rinnovo delle convenzioni con il Ssn (a cui vanno 69 milioni) o l'abolizione dei ticket per la specialistica (400 milioni). Poi ci sono 1,7 miliardi di euro a destinazione vincolata e programmata, tra cui spiccano gli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale (1,4 miliardi), le attività di prevenzione dell'Aids (49 milioni), l'assistenza a extracomunitari irregolari (30 milioni), le attività di medicina penitenziaria trasferite dal ministero della Giustizia (6 milioni). Tra gli importi destinati ad attività vincolate di altri enti (in tutto 640,5 milioni), 142 vanno per il concorso al finanziamento della Croce rossa italiana e 2 milioni per il centro nazionale trapianti.

Def 2012, le Commissioni mettono "paletti"

Il mancato adeguamento del Fondo sanitario nazionale può mettere a rischio l'esigenza di garantire i livelli essenziali di assistenza in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale. È il rischio evocato dalla Commissione Affari sociali della Camera, nel suo parere sul Def, da ieri all'esame del Parlamento. La Commissione pone come condizione al suo parere favorevole il fatto che nell'ambito delle politiche sociali, le misure di contrasto alla povertà non siano solo di natura monetaria «dovendo piuttosto essere fondate su di una diffusa rete di servizi» e per questo chiede di rifinanziare il Fondo per le politiche sociali e il Fondo per le non autosufficienze. Sulla stessa linea

la Commissione Igiene e Sanità secondo la quale la spesa cala, ma perché ci sono stati il Patto per la salute, i piani di rientro e la prospettiva di efficienza grazie ai costi standard. Ma ora il rinnovo del Patto slitta a ottobre, il lavoro per definire i costi standard non è ancora iniziato e nemmeno si conosce quali saranno le Regioni benchmark. E i piani di rientro sono stati utilizzati in realtà solo per tagliare spese e personale, ma mai per interventi strutturali come la riconversione degli ospedali, la reingegnerizzazione dei servizi sanitari, un'effettiva politica di mobilità del personale.

«L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil calerà ancora nei prossimi anni» sottolinea la commissione «mentre, a causa della recessione, si registra una diminuzione in termini assoluti dello stesso Pil: alle famiglie si richiedono sacrifici consistenti e proprio per questo è indispensabile che i cambiamenti necessari siano attuati rapidamente, dal Parlamento, dal Governo e dalle Regioni».

Aifa, il programma 2012 al vaglio della Stato-Regioni

Miglior accesso ai farmaci, iter registrativi accelerati e informazione indipendente sono gli elementi chiave per il 2012 del programma annuale d'attività dell'Aifa, sottoposto al parere della Conferenza Stato-Regioni. Tra gli impegni istituzionali, come riporta il Sole 24 Ore Sanità, restano sempre in primo piano l'appropriatezza della spesa con azioni per lo sviluppo del mercato dei generici e dei biosimilari; l'adozione di modalità innovative su prezzi e rimborsi; il completamento della revisione del Prontuario farmaceutico nazionale. Sul fronte dell'accesso alle cure il mandato Aifa riserva un focus particolare ai farmaci orfani, con la promessa di lavorare in sinergia con le Regioni per migliorare e facilitare l'accesso al fondo dedicato e il rimborso della spesa sostenuta dai governi locali. Cruciali per l'Agenzia, le azioni che ruotano attorno all'appropriatezza della spesa: in pole position lo sviluppo del mercato dei generici, con azioni mirate anche per i biosimilari; seguono l'adozione di modalità innovative per la determinazione dei prezzi dei farmaci e la definizione della rimborsabilità; la sistematizzazione in un unico datawarehouse dei dati di spesa farmaceutici; il completamento della revisione del Prontuario farmaceutico nazionale; l'individuazione di strumenti per incentivare gli investimenti in ricerca e sviluppo. A supporto di quest'ultimo obiettivo si punta a qualificare la partecipazione di Aifa in ambito comunitario e nell'EMA, a promuovere l'Italia come Paese di riferimento nelle procedure autorizzative, a promuovere la cooperazione con i partner e gli stakeholder nazionali e internazionali anche con l'obiettivo di rafforzare l'intera catena produttiva del settore.

Agenda Doc, infine, per il potenziamento dell'informazione e della comunicazione indipendente e della vigilanza sull'informazione medico-scientifica privata sui farmaci. Il calendario prevede nuovi prodotti editoriali focalizzati all'appropriatezza prescrittiva; la replica della campagna sul corretto uso degli antibiotici; iniziative di comunicazione istituzionale che vanno dalle app dedicate alla web Tv, passando per un francobollo speciale, l'Aifa-Day annuale. E per dipendenti e collaboratori anche un "Aifacebook" con curriculum, foto e quant'altro possa servire a creare conoscenza e interazione.

Il diabete ci costa ogni anno 150 euro a testa

Circa 90 miliardi di euro, ovvero 150 euro a testa per ogni cittadino europeo. Questo il costo per assistenza e cura del diabete che i 27 paesi dell'Unione europea hanno complessivamente sostenuto nel 2011, secondo le stime dell'International diabetes federation comunicate a Copenhagen nel corso dell'European diabetes leadership forum promosso dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), in collaborazione con l'Associazione danese per il diabete e con il contributo non condizionato di Novo Nordisk.

Sempre secondo il rapporto, nel 2011 si contavano 35 milioni di persone con diabete di tipo 1 e 2 in Europa, pari al 5,8% della popolazione; peraltro con grandi disomogeneità nella prevalenza nei singoli Paesi: dal 2,8% dell'Albania al 9,8% del Portogallo (in Italia, secondo l'Istat, è del 4,9%). Molto variabili anche i costi della malattia da paese a paese: in Macedonia lo stato ha speso lo scorso anno 312 euro per ogni persona con diabete, in Norvegia ben 6.896 euro. «A fianco di questi costi, non dobbiamo dimenticare quelli indiretti, come per esempio la riduzione della produttività, che incidono non poco sulla valutazione economica complessiva della malattia diabetica» sottolinea **Walter Ricciardi**, presidente della European public health association. Che fare? Tre gli interventi da promuovere secondo **Ignazio Marino**, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. «Prevenzione, soprattutto nel caso di una condizione come il diabete di tipo 2 facilmente prevenibile agendo sui fattori di rischio modificabili come alimentazione e attività fisica; diagnosi precoce, che diminuisce il rischio di complicanze, e maggiore controllo, sono le parole chiave di una strategia integrata che dovrebbe affermarsi sempre più», dice Marino. L'Italia è all'avanguardia con il suo modello di assistenza e cura varato congiuntamente dalle società scientifiche e dalle organizzazioni delle professioni sanitarie e del volontariato, con il concorso dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute. «Nel nostro paese, disponiamo di una rete di 650 centri specialistici per il diabete presenti diffusamente sul territorio» conclude **Carlo Giorda**, presidente dell'Associazione medici diabetologi (Amd). «Una rete che sempre più si sta integrando con quella dei medici di Medicina generale per mettere in atto un modello di cura della malattia cronica basato sulla centralità della persona con diabete».

Veronesi: non più di 400 posti per garantire efficienza ospedali

Per migliorare l'assistenza ospedaliera bisogna abbandonare la logica dei posti-letto come indice di qualità. Lo sostiene l'oncologo Umberto Veronesi, in un'intervista sul sito Mediainfomceo.it, organo di comunicazione di Infomceo. «Le strutture con oltre mille posti letto sono poco gestibili ed efficienti» chiarisce «un ospedale efficiente deve avere non più di 400 posti letto». Ed entrando nel merito spiega: «Deve essere gestito coerentemente con l'evoluzione della chirurgia e della medicina. La chirurgia d'avanguardia è semplice, perché tende a interventi conservativi e molto mirati». Inoltre, spostando in day hospital gli interventi, «la degenza media ospedaliera

potrebbe già ora essere ridotta da 5-6 a 2-3 giorni. Ogni ospedale dovrebbe avere vicino un albergo, dotato di assistenza medica, dove i pazienti possono rimanere in una mini-convalescenza, sempre controllati dai medici che li hanno curati». Sul fronte diagnostico, poi, è necessario garantire un'organizzazione distribuita in modo omogeneo e che sappia indirizzare per la terapia ai centri ospedalieri specializzati, «separando medicina diagnostica e medicina terapeutica» e aggiunge, «i piccoli ospedali lontani dai grandi centri dovrebbero diventare centri diagnostici avanzati per la popolazione che vi gravita. Attorno agli ospedali dovranno poi ruotare i medici di famiglia, a cui dovranno fare riferimento, i centri diagnostici sul territorio e le strutture sociosanitarie».

In Gazzetta il delisting, fuori farmacia 230 medicinali

Sono 230 i farmaci che, grazie al delisting stilato dal ministero della Salute, "lasciano" la fascia C e potranno essere venduti anche nelle parafarmacie e nei corner della grande distribuzione senza più obbligo di ricetta. La [lista completa](#) è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 26 aprile e comprende l'elenco dei farmaci di fascia C ad esclusiva vendita nelle farmacie su prescrizione medica, quelli "delistati" e altri 117 che provvisoriamente sono ancora vendibili solo con ricetta, «in attesa delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Aifa». In farmacia, con prescrizione ma a carico dei cittadini, restano 3.246 farmaci già esclusi dalla possibilità di essere "liberalizzati" dallo stesso decreto Salva-Italia (tra questi ad esempio i medicinali del sistema endocrino, quelli parenterali, gli stupefacenti) e altri 1.719 che, si è stabilito, non hanno le caratteristiche per essere commercializzati senza ricetta. Si potranno invece acquistare in parafarmacie e grande distribuzione 230 farmaci tra i quali medicinali contro l'herpes labiale (antivirali per uso topico a base di aciclovir), antinfiammatori da applicare sulla pelle, colliri antiallergici, antimicotici vaginali. Un delisting equilibrato secondo il presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti **Andrea Mandelli** che sottolinea come si debba «dare atto al Ministero della Salute e all'Aifa di aver operato la scelta dei farmaci che perderanno l'obbligo della prescrizione medica con molto equilibrio, tenendo presenti le effettive necessità del cittadino in termini di automedicazione, evitando fughe in avanti che pure qualcuno auspicava». Deluse, invece le parafarmacie che per voce del presidente del Forum nazionale, **Giuseppe Scioscia**, sottolineano come «la montagna abbia partorito un topolino». «Non capiamo» aggiunge Scioscia «quali criteri siano stati adottati per stilare una simile lista: questo "delisting" infatti porta in parafarmacia una manciata di prodotti in larga parte già nelle nostre disponibilità».

Accesso ai farmaci: Piano Aifa 2012, ecco il documento

Il piano Aifa di attività per il 2012 sottoposto al parere della Conferenza Stato-Regioni contiene diverse obiettivi volti a garantire da una parte un maggior accesso ai farmaci, dall'altra un equilibrio economico al sistema. Dopo le anticipazioni degli scorsi giorni (vedi Doctornews di giovedì 26 aprile) siamo in grado di proporvi il [testo](#), di cui rielaboriamo una sintesi più articolata di ciò che riguarda più specificatamente la politica del farmaco.

Il documento parte dalla voce "Farmaci orfani", per cui l'indicazione è di ridefinire i criteri e le procedure di accesso al Fondo, attivando uno strumento di gestione informatizzata delle richieste regionali.

L'Aifa, poi, identifica nella cosiddetta Scienza regolatoria una nuova disciplina che si occupa della sicurezza del farmaco, della sua efficacia, qualità e performance nel tempo. L'obiettivo di tale disciplina è supportare lo sviluppo di nuovi modelli che favoriscano aggiornamento, approvazione e supervisione dei farmaci. L'Agenzia si impegna a pubblicare linee-guida sull'argomento e a validare strumenti (biomarcatori) per il rimborso condizionato di prodotti innovativi.

L'accelerazione del processo registrativo/autorizzativo rimane un impegno prioritario, con implementazione di procedure informatizzate e attivazione di gruppi di lavoro per l'elaborazione di linee-guida autorizzative su specifiche categorie di farmaci (allergeni, radio farmaci, emoderivati, gas medicinali, omeopatici).

Sul fronte appropriatezza, verranno sviluppati indicatori di monitoraggio dell'utilizzo dei registri Aifa e delle conseguenti attività amministrative di richiesta di rimborso alle aziende per eventuali fallimenti terapeutici. Gli indicatori saranno elaborati sulla base delle schede di arruolamento paziente e dispensazione del farmaco, nonché attraverso l'utilizzo del cruscotto informativo regionale registri.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, gli interventi puntano allo sviluppo del mercato dei generici e dei biosimilari con azioni specifiche di comunicazione, informazione e monitoraggio. Vi sarà, poi, una revisione dei processi di definizione della rimborsabilità e del prezzo dei farmaci e la creazione di un unico Datawarehouse che consentirà di monitorare consumi e spesa farmaceutica in Italia e nelle diverse regioni.

Infine, verrà completata la revisione del Prontuario farmaceutico nazionale e saranno individuati strumenti per incentivare gli investimenti in ricerca e sviluppo in Italia da parte dell'industria.

Proposta Agenas, passare da ticket a sistema di franchigia

Passare dal sistema ticket-esenzioni a un sistema di franchigia modulata sul reddito. È una delle ipotesi formulate da **Cesare Cislighi** e **Francesca Giuliani** dell'Agenas per cambiare il meccanismo del copayment da parte dei cittadini su visite specialistiche, diagnostica e Pronto Soccorso, di cui si discuterà a un convegno organizzato dall'agenzia il prossimo 17 maggio. L'idea avanzata dai due ricercatori è quella di far pagare a ogni cittadino fino a una certa soglia in base al reddito, superata la quale le prestazioni sarebbero tutte a carico del Servizio sanitario nazionale. «Si potrebbe pensare che il contributo massimo (cioè la franchigia)» scrivono in un intervento preparatorio ai lavori del convegno «non debba essere superiore al 3 per mille del reddito lordo il che significa 30 euro in un pensionato con 10.000 euro di reddito, di 120 euro in un lavoratore con 40.000 euro di reddito, di 300 euro in per un professionista con 100.000 euro di reddito». In questo modo il nuovo sistema di copayment potrebbe «frenare maggiormente i primi accessi al sistema mentre non determinerebbe alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti», visto che «l'ipotesi da cui si è partiti è che l'inappropriatezza stia più tra i primi che tra i secondi e che comunque un contributo uguale e proporzionalmente minimo può essere versato da tutti, anche dai malati se

questi hanno un certo reddito».

La proposta, sottolinea però all'Ansa il direttore dell'Agenzia, **Fulvio Moirano**, «è una ipotesi di studio» non una «proposta ufficiale dell'Agenas», che certo «va presa in considerazione perché sul piano teorico consentirebbe un'equità maggiore, anche se vediamo le problematiche tecniche della sua applicazione». Un'ipotesi da scartare, invece, per **Luca Coletto**, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità «perché colpirebbe tutti indistintamente» «La franchigia » spiega «non è altro che la riedizione della "tassa sulla salute" dei primi anni Novanta che poi fu sospesa». E questo, conclude, «non è il momento di aggiungere ulteriori tasse ai ticket».