



POLITICA E SANITÀ

Sessa (Simg), da generici qualità e risparmio

«Non è in dubbio la qualità dei farmaci equivalenti, aumentarne la prescrizione permetterà al Servizio sanitario di risparmiare risorse che potranno essere reinvestite nella sanità». Lo afferma **Aurelio Sessa**, presidente Simg Lombardia, parlando dei farmaci generici, nell'ambito del dibattito, tuttora aperto, attorno alla norma che obbliga il medico a indicare il nome della molecola del farmaco di cui è disponibile un equivalente, nella prescrizione a pazienti con nuova diagnosi o per trattamenti in acuto. Restano ancora da risolvere alcuni aspetti, su cui il mondo scientifico e sindacale prosegue la discussione. Tra questi, ricorda Sessa, la necessità di uniformare le modalità per motivare la non sostituibilità in modo sintetico. Si sta pensando all'uso di sigle: «Il decreto chiede che la motivazione di questa scelta sia tracciabile» ricorda Sessa «e si sta decidendo su due sigle che riassumano la volontà espressa come "scelta dell'assistito" e per "motivi clinici". Entro la metà di settembre verrà definito questo punto e dovrà essere operativo». Inoltre, segnala Sessa, bisognerà prestare attenzione alle fasce più vulnerabili. «Sarà il farmacista» sottolinea «a dispensare il farmaco generico con il costo più basso che in quel momento ha a disposizione. Ciò significa che con la prescrizione successiva il paziente potrebbe ricevere la stessa molecola ma con un marchio diverso, quindi una confezione diversa, compresse di colore e forme diverse. Questo potrebbe generare confusione soprattutto nei pazienti anziani o che seguono terapie con più farmaci». Tra le proposte in dibattito, aggiunge Sessa, quella di «indicare nelle ricette successive alla prima prescrizione il nome del generico che è stato dispensato dal farmacista la prima volta». Anche in questo caso si manterrebbe il risparmio: «I prezzi dei generici sono abbastanza simili tra loro, e se ci fosse una diversificazione, il farmacista è tenuto a proporre quello con il prezzo più basso».

Toscana, nuovi ticket e vecchi problemi sulla certificazione

I farmacisti mugugnano e i medici intimano l'altolà dopo il via libera della Toscana ai nuovi ticket su farmaci e prestazioni ambulatoriali. Il problema è sempre quello dell'identificazione della fascia di reddito, visto che gli importi a carico del paziente sono differenziati per scaglioni: per un anno è toccato alle farmacie raccogliere le autocertificazioni degli assistiti, ma ora i titolari sarebbero felici di lasciare l'incombenza ad altri. Ci sarebbero i medici di famiglia, che però non intendono mettersi a certificare direttamente e accettano soltanto l'ipotesi che a farlo siano i loro gestionali, attraverso una modifica al software e un collegamento con le anagrafi fiscali.

A ricordarlo una volta di più ha provveduto ieri un comunicato di Fimmg Toscana, diffuso per sgombrare il campo da malintesi dopo che nei giorni scorsi alcune Asl avevano inviato ai Mmg le disposizioni sui nuovi scaglioni di copayment. «I medici» recita la nota «non devono fare nulla di più rispetto a quello che facevano precedentemente». Almeno fino a quando sindacato e Regione non firmeranno un'intesa. Il problema però è che la Fimmg non vuole un accordo di piccolo cabotaggio: «Non ci interessa mettere a posto solo la questione ticket» spiega a Doctornews **Vittorio Boscherini**, segretario regionale del sindacato toscano «vogliamo un'intesa allargata anche alla ricetta elettronica e alla riorganizzazione delle Cure primarie». E se su quest'ultimo punto lo "svarione" di fine luglio che ha visto la Regione annunciare in pompa magna il lancio degli ospedali di quartiere è rientrato («un errore di comunicazione» dice Boscherini «in Toscana si lavora alle Aft e Uccp previste dalla Convenzione») resta comunque certo che i tempi per l'intesa auspicata dalla Fimmg non saranno brevi. E intanto i farmacisti mugugnano.

Istat, spesa regioni troppo spostata su ospedali

La spesa sanitaria nelle regioni continua ancora a essere troppo spostata sull'assistenza ospedaliera. È il dato che emerge dall'analisi del Centro studi Fnomceo del Rapporto Istat sui servizi sanitari, secondo il quale solo Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana rispettano la ripartizione delle risorse fissata nel Patto della Salute 2010-2012: cioè 5% all'assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro, il 51% all'assistenza distrettuale, e il 44% a quella ospedaliera. Nelle altre regioni le risorse risultano invece ancora troppo spostate verso l'assistenza ospedaliera (soprattutto Lazio, Abruzzo e Sicilia) a discapito delle attività di promozione della salute e dell'assistenza distrettuale. I principali squilibri tra regioni si osservano, rileva l'analisi, nei servizi preposti alla presa in carico di pazienti cronici e la gestione della post acuzie, principalmente rivolti ad anziani e disabili. Il numero di anziani per 100 residenti over65 trattati con assistenza domiciliare integrata (adi) è comunque raddoppiato nel tempo, passando da 2,0 nel 2001 a 4,1 nel 2010.

Negli "Obiettivi di servizio" previsti nel Quadro strategico nazionale 2007-2013 per le regioni del Mezzogiorno, la quota di anziani beneficiari di adi dovrebbe diventare di 3,5 ogni 100 residenti di 65 anni e oltre. Ma, ad eccezione di Abruzzo e Basilicata, tutte le regioni meridionali presentano valori al di sotto del target: in Puglia e Sicilia gli anziani trattati in adi sono circa la metà rispetto all'obiettivo fissato.

Nel 2010 il Servizio sanitario nazionale ha speso 111.168 milioni di euro, pari a 1.833 euro pro capite. A livello regionale c'è uno scarto di circa 500 euro pro capite tra la provincia autonoma di Bolzano, che spende mediamente 2.191 euro per ogni residente, e la Sicilia, che ne spende 1.690.