



POLITICA E SANITÀ

Decreto Balduzzi al Quirinale, salvi i farmaci non più economici per il Ssn

Non esclusione automatica dalla rimborsabilità dei farmaci non più economici per il Ssn, ma rinegoziazione al ribasso del prezzo e, per la colpa lieve nelle professioni sanitarie, invito al giudice a tenere in particolare considerazione il rispetto di linee guida o delle previsioni della comunità scientifica. Sarebbero principalmente queste le modifiche con cui il decreto Balduzzi è stato trasmesso al Quirinale per la firma da parte di **Giorgio Napolitano**, presidente della Repubblica.

Secondo quanto trapela, il documento sarebbe di quindici articoli. Tra le modifiche segnalate il fatto che i farmaci che non soddisfano il criterio di economicità in relazione al risultato terapeutico sono tenuti a rinegoziare al ribasso il prezzo con l'Aifa, pena l'uscita dal prontuario dal 2013. Aumentano poi le sanzioni per la violazione dei divieti di pubblicità dei giochi d'azzardo, che vanno da un minimo di centomila fino a mezzo milione di euro, mentre la stretta sul fumo partirà dall'inizio del 2013. Nessuna modifica invece al taglio delle distanze minime dai luoghi sensibili (scuole, oratori e strutture sanitarie) e resta confermata la previsione di 5mila controlli ogni anno. Intanto, dal ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, arriva l'auspicio che il testo nell'iter parlamentare di conversione in legge non venga «stravolto e che possa essere, laddove occorra, migliorato». Ho manifestato fin dall'inizio un'attenzione forte al confronto parlamentare, chiarisce il Ministro «è bene che i due rami del Parlamento, in una materia così delicata, abbiano la possibilità di esprimere fino in fondo una valutazione, dentro naturalmente quello che è il senso profondo del decreto, che è la conseguenza e il completamento della spending review e che ha come filo conduttore la trasparenza per una migliore tutela della salute».

Cricelli (Simg): per le aggregazioni tre miliardi di euro all'anno

Per dare alle Cure primarie le risorse necessarie alla riorganizzazione disegnata dal decreto Balduzzi servono tre miliardi di euro all'anno. Che si potranno reperire anche andandoli a prendere da quei comparti dell'assistenza dove attualmente si sta disinvestendo, come l'ospedale. L'indicazione arriva da **Claudio Cricelli**, presidente della Simg, al quale Doctornews ha chiesto un parere sul cambiamento di rotta che si prospetta per la Mg.

Cricelli, qual è il suo giudizio sul decreto?

Il testo non fa altro che completare e confermare un processo già avviato da tempo e sul quale c'è pieno assenso. Il fatto è che la Mg conserva un assetto che oggi appare obsoleto, concepito per erogare cure a bassa intensità e strutturato su un'organizzazione di lavoro di ancora più bassa intensità. È un'eredità più che ventennale che nel tempo chi governa ha cercato di aggiustare offrendo ai medici incentivi perché migliorassero marginalmente l'organizzazione - per segretaria e infermiere, per esempio - o aggiungendo servizi come la vecchia Guardia medica.

E oggi?

Oggi quell'assetto non ha più senso. Il sistema ha bisogno di un territorio ben attrezzato, nel quale i 48mila medici di Mg in servizio non ripetano tutti le stesse cose, ma si aggregino per presidiare e programmare. Programmare è la parola d'ordine, perché non è più pensabile che i pazienti vadano dal loro medico solo quando viene la voglia, così come i Mmg sono ormai maturi per mettere in campo le competenze sub-specialistiche di cui sono provvisti. Ed è indispensabile che questi medici siano forniti di ecografo, ecocardiogramma, doppler e via di seguito, perché le prestazioni che forniscono vanno ormai considerate di tipo generalistico. Questi sono i contenuti delle nuove Cure primarie, sono le linee della riorganizzazione che attende il territorio.

Le Regioni lamentano la mancanza di risorse...

Studi condotti anche con il nostro supporto, dicono che negli ultimi dieci anni i costi diretti e indiretti generati dalle Cure primarie sono rimasti sostanzialmente invariati, mentre quelli generati dall'ospedale sono cresciuti di 18 miliardi. In altri termini, la Mg è riuscita in questo periodo a mantenere invariato il costo delle prestazioni erogate.

Però la riorganizzazione delle Cure primarie richiederà investimenti...

Dal punto di vista soltanto organizzativo, a occhio e croce serviranno tre miliardi di euro all'anno. Ma questo non vuol dire che si dovranno allargare i cordoni della borsa, le risorse - non solo economiche ma anche umane - si possono andare a prendere dal secondo livello, dove si stanno chiudendo strutture e posti letto.

Balduzzi ha detto che i soldi arriveranno dalla spending review

Questioni che governo e regioni tratteranno al momento di rinnovare il Patto per la salute. Prima si affronterà il problema del finanziamento, poi verrà la riorganizzazione delle Cure primarie.

Corte conti: il debito verso fornitori cresce del 5-10%

La stima del debito di Asl e ospedali verso i fornitori di beni e servizi nel 2011 si aggira tra i 37 e i 40 miliardi di euro, mostrando un tasso di crescita del 5-10% rispetto al 2010. Il quadro emerge dal rapporto alle Camere sulla finanza regionale 2011 che è stato anticipato dal Sole 24 Ore sanità. Nell'analisi mancano i dati Lazio, Campania, Abruzzo, Calabria, regioni con la sanità commissariata, e della Sicilia, sotto piano di rientro, per le quali sono state fatte due stime, una più ottimistica e una in linea con la media italiana. Al momento, l'unica amministrazione che ha registrato un calo del debito (pari al 9%) è la Liguria; negli altri casi si va dal +0,24% della Lombardia (pari a 2,5 miliardi di euro di debiti) al +20,5% della Puglia (1,99 miliardi) e, per quanto riguarda le regioni a statuto speciale, dal +1,9% del Friuli Venezia Giulia (238,7 milioni) al +11,4% della Sardegna. Una situazione che alla Corte dei conti sembra «un sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio» e che getta un'ombra sulla possibilità di attuare la direttiva sui pagamenti dei debiti verso i fornitori. A emergere è anche che il peso della spesa sanitaria rispetto alle uscite correnti locali è aumentato, in due anni, del 2% (dal 72,3 al 74,5%, ma con punte dell'88,7% del Veneto).

Ricerca Cref, distribuzione diretta più 30% costi per Ssn

La distribuzione diretta dei farmaci da parte di Asl e ospedali costa al Servizio sanitario (tra personale e gestione delle varie fasi operative) circa il 30% in più rispetto alla distribuzione in farmacia. È quanto emerge dalla ricerca "Distribuzione dei farmaci: un caso di spending review. Le potenzialità di miglioramento di una logica di rete", realizzata dalla Fondazione Cref (Centro ricerche economia e formazione) e presentata ieri mattina al Senato insieme a Federfarma. L'indagine ha puntato a stimare i costi effettivi della distribuzione diretta dei medicinali da parte delle strutture pubbliche, esaminando i dati forniti da una Asl della Regione Friuli-Venezia Giulia per il 2010. Analizzando tutte le strutture della Asl coinvolte nella distribuzione diretta (farmacia ospedaliera, distretto, dipartimento, dipendenze...) e le attività svolte da ogni struttura è stato possibile quantificare i costi di personale e di gestione delle varie fasi operative (acquisto, distribuzione, amministrazione, gestione magazzino). Questi costi, si legge nell'indagine, sono risultati essere pari a circa il 30% della spesa sostenuta dalla Asl per l'acquisto dei farmaci. Mediamente il costo della distribuzione di una singola confezione è stato di 20 euro (da aggiungere al costo di acquisto della confezione stessa).

La ricerca, spiega **Andrea Garlatti**, ordinario di economia aziendale all'Università di Udine, è nata dalla «collaborazione tra farmacie e Asl per analizzare in modo trasparente e accurato cosa succede davvero nella distribuzione del farmaco» e «ha fatto emergere grossi margini di miglioramento», "smontando" la premessa da cui è nata la via della distribuzione diretta, che era proprio quella di consentire risparmi. «La spesa territoriale per il farmaco» ha sottolineato il presidente della commissione Sanità del Senato, **Antonio Tomassini** «diminuisce ed è sempre sotto controllo. La distribuzione diretta, invece, ha superato ogni limite rispetto al tetto prefissato, passando da 2 miliardi a circa 5 miliardi». È un settore, insomma, che «presenta un improprio spreco di denaro attraverso vari rivoli: di logistica, di distribuzione fatta attraverso mani non professionali, di dispensazione limitata solo in alcuni orari».

Cure senza frontiere in Europa dal 2013

È iniziato il conto alla rovescia verso il 25 ottobre 2013, data in cui entrerà in vigore la direttiva europea che abatterà le frontiere delle cure per i cittadini Ue. Le Regioni non vogliono farsi trovare impreparate e hanno così formulato il progetto Hon cab (Hospital Network for Cross Border Healthcare) che, partito dal Veneto ed elaborato dal Centro Regionale per la Progettazione Europea in Sanità con sede a Verona, ha raccolto l'adesione del Ministero della Salute, delle Regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, e Piemonte, della Provincia Autonoma di Bolzano e di varie istituzioni sanitarie di Francia, Austria, Slovenia, Grecia, Ungheria, Belgio, Malta, Germania, nonché l'approvazione e il finanziamento dell'Ue. In sintesi, Hon cab metterà a punto un sistema operativo, organizzativo, amministrativo e informativo che possa rendere da una parte l'Italia "attraente" agli occhi dei cittadini dell'Unione, dall'altra ridurre al minimo le fughe dei pazienti italiani verso destinazioni oltre confine. Un'operazione complicata, ha spiegato lunedì **Luca Coletto**, assessore alla Sanità della regione Veneto in un incontro tecnico tra gli esperti delle Regioni coinvolte e del Ministero: «Le sintonie da trovare a livello europeo sono tante, a cominciare dal sistema di calcolo del rimborso della prestazione dovuta al Paese erogante. Per questo stiamo lavorando già da due anni». A collaborare con il progetto e a dare consulenza e supervisione scientifica due importanti università: la Bocconi di Milano e l'Università Tecnica di Berlino.