



POLITICA E SANITÀ

Milillo: riforma h24 può partire a costo zero

La riforma dell'h24 per le cure primarie «può partire anche a costo zero» anche se «non si può fare tutto senza risorse». Lo sottolinea, al termine dell'audizione in commissione Affari sociali della Camera **Giacomo Milillo**, segretario della Fimmg che insieme alla Simg e alla Fimp, ha presentato ai deputati un documento unitario con alcune richieste di «piccole precisazioni», promuovendo comunque il decreto nel suo complesso.

È importante, spiega Milillo, intanto «incominciare», partendo dal presupposto che l'h24 di fatto c'è già perché «i cittadini possono contare sul medico di famiglia di giorno e sulla guardia medica di notte e nei festivi». Il problema «è che questi due settori lavorano separati» e «garantiscono solo una copertura oraria» e non «davvero la continuità dell'assistenza». L'obiettivo quindi deve essere quello di «superare le strutture parallele dei medici di medicina generale e di guardia medica» andando verso «il ruolo unico del medico». Si tratta di iniziare collegando "in rete" i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, la guardia medica, e gli specialisti ambulatoriali, mettendo in piedi una sorta di organizzazione «liquida» in cui i camici bianchi devono essere «flessibili». La logica, aggiunge, «deve essere quella di rispondere alla maggior parte dei bisogni vicino al paziente» non di costruire «altri ospedali sottoforma di maxi-ambulatori attrezzati» per i quali, peraltro, «servirebbero risorse, che al momento non ci sono. Nel 2006» ricorda «si era stimato in 1,5 miliardi l'anno il costo per la realizzazione effettiva della macchina h24». Le Regioni, aggiunge, «fino ad ora hanno fatto resistenza ma sono ottimista nella possibilità di aprire un vero dialogo in cui siano ascoltate le proposte nel merito ma senza tornare indietro».

Fiaso, rischio blocco sperimentazioni nel Ssn

«L'Articolo 1 sulla continuità assistenziale rischia di bloccare anche le sperimentazioni in atto». Lo afferma **Giovanni Monchiero**, presidente della Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, che ha proposto, nel corso dell'audizione in commissione Affari sociali sul decreto Balduzzi, «di trasformare l'articolo in una delega al governo per riordinare il settore rispettando le prerogative di Regioni e Aziende».

«Non si può che condividere» precisa Monchiero «lo spirito dell'articolo 1 che vorrebbe garantire la continuità assistenziale sul territorio, che sia pure in via sperimentale e a macchia di leopardo Regioni e Asl stanno da tempo cercando di conseguire nonostante le ben note ristrettezze di bilancio». Ma la norma così come è scritta, osserva, «demanda tutto ai rinnovi contrattuali dei medici di famiglia, ossia a non prima del 2015, mentre riconosce da subito un diritto di veto ai sindacati di categoria che potrebbe di fatto bloccare le sperimentazioni già in atto». In più manca «qualsiasi previsione di copertura economica degli ulteriori compiti che la futura convenzione dei medici di famiglia dovrebbe assegnare per garantire l'attività assistenziale 24h, 7 giorni su 7».

Su rischio clinico e assicurazioni Monchiero sottolinea che «Fiaso ritiene indispensabile ripristinare la formulazione originaria della norma, che escludeva la responsabilità in caso di colpa lieve nei casi di aderenza del medico ai protocolli diagnostico-terapeutici».

Nuove modalità prescrittive: dal Ministero un vademecum

Il provvedimento sulle liberalizzazioni di inizio anno e la spending review, poi, hanno mutato il panorama di riferimento della prescrizione dei medicinali. In questo contesto il ministero della Salute ha sentito l'esigenza di pubblicare sul proprio sito un chiarimento su come le due leggi si armonizzino tra loro con un [vademecum](#) per medici e farmacisti sulle previsioni della nuova normativa. Le nuove modalità prescrittive, riguardano in particolare l'uso del principio attivo che diventa obbligatorio se «il paziente è curato per la prima volta per una patologia cronica o è curato per un nuovo episodio di patologia non cronica ed esistono sul mercato più medicinali equivalenti a base del principio attivo scelto». Le possibilità che il medico ha sono di indicare sulla ricetta «il solo principio attivo oppure il principio attivo seguito dal nome del medicinale» sia esso di marca o con denominazione generica. Mentre «non è conforme a legge la ricetta che, nei casi descritti, indichi soltanto il nome». In ogni caso «il medico può rendere vincolante la prescrizione di uno specifico medicinale» con la clausola di non sostituibilità «da accompagnarsi obbligatoriamente a una sintetica motivazione che non potrà fare riferimento alla volontà del paziente né a generiche valutazioni di ordine clinico o sanitario, ma dovrà indicare le specifiche e documentate ragioni (per esempio, accertata intolleranza degli eccipienti)». In tutti i casi in cui «si debba continuare una terapia già in atto per il trattamento di una patologia cronica o non cronica» il medico potrà prescrivere uno specifico medicinale e il principio attivo non è obbligatorio (anche se caldeggiato) così come la clausola di non sostituibilità non ha la necessità di essere motivata. In ogni caso il medico deve informare il paziente dell'esistenza dei farmaci equivalenti. Assistenti anche per i farmacisti: di fronte a una ricetta che riporti il solo principio attivo «il farmacista dovrà consegnare al paziente il medicinale di prezzo più basso. Nel caso in cui più medicinali abbiano un prezzo corrispondente al prezzo più basso, il farmacista terrà conto dell'eventuale preferenza del paziente. Se nella prescrizione è indicato, oltre al principio attivo, la denominazione (di marca o generica), il farmacista, qualora nella ricetta non risulti apposta l'indicazione di non sostituibilità, è tenuto a fornire il medicinale di prezzo più basso, fatta salva l'eventuale espressa richiesta del paziente».

Federfarma: cala il numero di ricette

Nel primo quadrimestre di quest'anno le ricette firmate dai medici sono state circa 201 milioni, per una quota procapite di 3,34 prescrizioni per cittadino e un incremento dello 0,2 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Questo uno dei dati più rilevanti contenuto nel consueto report Federfarma sulla spesa farmaceutica Ssn, che nel periodo gennaio aprile ha fatto registrare una flessione dell'11,5%.

La media nazionale nasconde andamenti regionali eterogenei: in Basilicata le ricette sono calate del 18%, in Liguria del 17,9%, in Emilia-Romagna del -15,8% e in Lazio del -15,6%. Secondo Federfarma, questa flessione sarebbe dovuta «probabilmente a un incremento della distribuzione diretta, ovvero della distribuzione da parte delle farmacie per conto delle Asl, i cui costi sono contabilizzati separatamente». «L'indagine è una fotografia grezza della situazione italiana» commenta **Ettore Saffi Giustini**, responsabile nazionale *Simg* area politiche del Farmaco «e non spiega nulla sulle modalità con cui chi soffre di determinate patologie continua a curarsi». E prosegue: «Regioni come Emilia Romagna e Lazio, che pur hanno adottato una diversa organizzazione delle cure territoriale, hanno avuto un decremento pressoché identico del numero di ricette. Per capire qualcosa di più e, in particolare, se a fronte di una contrazione del mercato e l'aumento del ticket le persone stiano effettivamente iniziando a curarsi di meno, dovremmo aspettare il consueto rapporto Osmed». In generale, come si diceva, la spesa per i farmaci convenzionati Ssn ha fatto registrare una flessione dell'11,5% rispetto allo stesso periodo del 2011. Tra le principali motivazioni, secondo l'analisi, la frenata, del valore medio delle ricette (-11,8%) dovuta, secondo Federfarma «alle continue riduzioni dei prezzi dei medicinali e al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e alle misure applicate a livello regionale».