



POLITICA E SANITÀ

DI Balduzzi al Senato. Ministro: verso un Ssn più trasparente e sostenibile

Le risorse sono poche, ma le regole contenute nel decreto Sanità servono a rendere il sistema più sostenibile. Il confronto attorno al testo è stato approfondito e l'unico capitolo sul quale si è manifestata una forte divaricazione all'interno delle forze politiche - e che quindi deve rimanere aperto - è la revisione del prontuario. Così il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, commenta l'approvazione da parte della Camera del Decreto, che ora va al Senato. «Si va verso un servizio sanitario più trasparente, efficiente e sostenibile e ora vediamo che cosa farà il Senato, ma tenendo conto del fatto che i tempi di conversione sono stretti, si cercherà una strategia». In generale, il Ministro rileva che se «alcune norme non costano, altre, come per esempio quelle sulla responsabilità del medico, porteranno risparmi». Con le nuove regole, «si allontana la politica impropria dalla sanità. Ma il provvedimento indica anche tempi certi per la riforma della medicina territoriale e per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, una stabilizzazione di regole per la trasparenza della libera professione. Mentre il capitolo della revisione del prontuario è l'unico sul quale si è manifestata una forte divaricazione all'interno delle forze politiche. Sono convinto che il testo del governo è equilibrato e non costituisce un limite all'industria farmaceutica, ma anzi un bilanciamento, una buona mediazione tra i diversi interessi in gioco». Sull'approvazione interviene anche **Livia Turco**, uno dei relatori del testo: «Il decreto è un importante passo avanti per la costruzione di una nuova sanità basata sui servizi territoriali, ma cruciale è il nodo delle risorse: su questo chiediamo di fare di più e vigileremo perché sia garantito un adeguato finanziamento». Conferma la sua bocciatura invece il mondo medico: secondo **Massimo Cozza**, segretario nazionale dell'Fp-Cgil Medici «è un pugno nello stomaco per i medici pubblici, colpiti nella loro professionalità, e un regalo alla cattiva politica». «Il voto di fiducia al decreto sanità consegna al Senato un testo migliorato ma sicuramente perfettibile» è il parere del presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), **Giovanni Monchiero**, «tuttavia le buone intenzioni rischiano di rimanere tali se il Governo non deciderà di allentare la stretta finanziaria sulla sanità, che da qui al 2014 vedrà ridurre il finanziamento pubblico di ben oltre il 10%».

Verona, patto medico-farmacista per la compliance

Chi tra i medici ancora fatica a digerire la prescrizione per principio attivo, potrebbe trovare interessante l'esperienza in corso a Verona, dove da un anno è in vigore un accordo tra medici e farmacisti sulla sostituibilità che funziona così bene da ispirare anche un Patto aziendale. Firmato a settembre, l'intesa con l'Asl autorizza il medico di famiglia a riportare sempre la dicitura "non sostituibile" sulle ricette destinate ai pazienti ultra sessantacinquenni politrattati in terapia cronica. «Il continuo cambiamento di confezione» motiva **Lorenzo Adami**, segretario provinciale della Fimmg «può essere motivo di confusione per il paziente anziano, con effetti negativi sulla compliance».

Un'osservazione condivisa in toto da Federfarma Verona, con cui la Fimmg provinciale aveva sottoscritto nell'ottobre 2011 un Gentlemen Agreement apprezzato da entrambe le categorie dopo una fase di rodaggio: il medico limita l'uso della dicitura "non sostituibile" ai soli casi di pazienti fragili, il farmacista si impegna a mantenere la marca del farmaco con cui si è avviata la terapia e a segnalare eventuali criticità al curante.

«Il caso di Verona è particolarmente virtuoso» commenta Adami «Già prima dell'entrata in vigore del decreto Balduzzi la nostra città era al terzo posto nella prescrizione di farmaci a brevetto scaduto». Di qui, per il rappresentante provinciale Fimmg, una difficoltà ancora maggiore a comprendere le ragioni della norma sulla prescrizione per principio attivo: «Non si capisce perché il medico debba giustificare le proprie scelte prescrittive davanti al farmacista» puntualizza «il rischio è quello di creare frizioni fra le due categorie. Un rischio che, per fortuna, a Verona abbiamo evitato». Conclude: «Il Patto e l'accordo con Federfarma riducono anche le probabilità di un possibile contenzioso medico legale a carico del Mmg: nel caso in cui un paziente incorra in effetti indesiderati a seguito della sostituzione in farmacia, a chi deve essere imputata la responsabilità: al farmacista che sostituisce il farmaco o al medico che ne prescrive il principio attivo?».

Belluno, premi per chi prescrive meno: la Procura indaga

Farmaci, ma anche esami: a Belluno c'è un premio per i medici che prescrivono meno. Secondo i termini di contratti aziendali stipulati tra i sindacati dei medici di base, l'ordine dei medici e l'Asl 1, vengono premiati, infatti, i medici particolarmente attenti a limitare le prescrizioni per i propri pazienti, garantendo quindi un risparmio consistente all'Asl di appartenenza. A questo riguardo, la Procura della Repubblica di Belluno ha, pochi giorni fa, acquisito tutta la documentazione per avviare un'indagine conoscitiva sui risvolti di un fenomeno che ha alcuni punti oscuri. Sembra, infatti, che si stia cercando di accertare nei dettagli la dinamica di un meccanismo che garantisce compensi in denaro secondo un vero e proprio tariffario, ai medici di base e ai dirigenti sanitari che riescano a raggiungere obiettivi di risparmio di spesa. Meccanismo sicuramente virtuoso dal punto di vista del risparmio, ma che suscita parecchi interrogativi da quello dell'etica professionale. In primo luogo perché, da indiscrezioni, parrebbe che le risorse destinate ai prescrittori proverrebbero dalla voce "beni e servizi" di un capitolato da 600mila euro all'anno, a disposizione dell'Asl. Inoltre, e soprattutto, perché, pur avvenendo "alla luce del sole" questo sistema di risparmio, incentivando i medici a prescrivere di meno, rischia di pesare sulla salute dei cittadini e anche sul diritto di cura.

Inchiesta farmaci, un tariffario per le ricompense

Si parla di un vero e proprio tariffario con cui ricompensare i medici che mettevano in pazienti in terapia con Omnitrope. L'inchiesta dei Nas che ha messo sotto accusa 67 medici e 12 dirigenti e informatori scientifici della Sandoz rivela casi come quello di un informatore farmaceutico che, secondo quanto riportato dall'Ansa, ha corrisposto a un "medico operante presso il reparto di endocrinologia del Policlinico San Matteo di Pavia come corrispettivo per l' inserimento in terapia con Omnitrope di almeno venti pazienti nel corso del 2009 e del 2010, un importo di 30.000 euro, formalmente erogato quale contributo liberale in favore di una onlus di cui il medico è presidente". Ci sono poi anche viaggi in lussuosi alberghi di Montecarlo, Londra, New York e Kyoto e regali vari, da computer a jeans, contributi a convegni. Molti episodi sono riportati anche negli atti dei procedimenti disciplinari, che la Sandoz ha condotto nei confronti dei suoi dipendenti coinvolti nella vicenda.

In una contestazione, la Sandoz parla di un suo informatore che ha dato, nel 2008-2009 a una pediatra libera professionista di Roma e a una sua collega operante nel reparto di Endocrinologia e Malattie del metabolismo del Policlinico universitario Gemelli, "quale corrispettivo per l'inserimento in terapia con Omnitrope di alcuni pazienti un importo rispettivamente di 10.000 e 8.000 annui, formalmente erogato quale compenso per consulenze e lezioni impartite agli informatori scientifici di Sandoz in realtà mai prestate". Il corrispettivo andava anche in viaggi di lusso: è il caso di un informatore che tra il settembre e il dicembre 2009, ha fornito a due medici del reparto di endocrinologia dell' Ospedale "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta, quale corrispettivo dell'impegno a inserire in terapia con Omnitrope alcuni nuovi pazienti, la provvista per il pagamento delle spese da sostenere per "un viaggio e soggiorno - con rispettive consorti - presso una lussuosa struttura ricettiva del Principato di Monaco". Il corrispettivo erano poi anche abiti firmati: come quelli forniti nel novembre 2009 a una dottoressa responsabile della divisione di Auxologia dell'Ao Santobono di Napoli: "un paio di pantaloni Levi's acquistati a New York e una felpa "Paul Frank" acquistata a Saronno, quale "ricompensa" per aver aderito alle richieste di prescrivere Omnitrope ai propri pazienti".

Ricerca Nisan, aumentano i costi di struttura per gli ospedali

Per gli ospedali in questi anni sono aumentati del 6% in 3 anni i costi di struttura, e non quelli legati a farmaci e medici. È questo uno dei dati emerso dal monitoraggio condotto dal Nisan, il primo network italiano per la condivisione dei costi standard, presentato al II workshop nazionale sui costi standard in sanità, in collaborazione con Federsanità-Anci, presso l'Irccs Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (Fg).

Il network, composto da 23 ospedali italiani di 12 regioni, ha rilevato i costi ospedalieri di ogni paziente, rilevando le risorse spese per personale, sala operatoria, farmaci e servizi generali, e aggiungendole al drg, ha ricavato il costo standard.

Due i dati principali emersi. «Il primo è che per erogare una prestazione al paziente» spiega **Adriano Lagostena**, coordinatore Nisan «sono aumentati i costi di struttura, passati dal 25% del 2007 al 31% del 2010, in parte per la burocrazia, mentre sono calati quelli diretti di medici e farmaci, scesi dal 75% al 69%. Un punto su cui tutte le aziende ospedaliere devono riflettere e capire il perché». L'altro dato riguarda le tariffe. «Alcuni drg, che possono indurre a comportamenti opportunistici, sono remunerativi (ad esempio quelli per interventi su tonsille e varici) rispetto ai costi sostenuti dall'ospedale, mentre altri creano un disavanzo, e sono quelli che riguardano i casi più complessi, di pazienti ricoverati in rianimazione o oltre la soglia di durata della degenza. La differenza tra la tariffa riconosciuta del drg e i costi sostenuti dall'ospedale è altissima. Ad esempio per la tracheotomia in rianimazione per pazienti che vi stanno due mesi, è di 250mila euro a persona».

Una sottostima dei costi che si traduce in disavanzo per gli ospedali più grandi, che si occupano dei casi più complessi. «Se si riducono le tariffe dei drg» conclude «deve essere in modo proporzionato ai costi standard».