



POLITICA E SANITÀ

Tagli in farmaceutica, da FarmacistaPiù l'allarme di Scaccabarozzi

Se verranno attuati ulteriori tagli al settore c'è un pericolo concreto che i livelli essenziali di assistenza «non possano più essere garantiti». **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di Farindustria, intervenendo alla sessione di lavori mattutina, ribadisce l'allarme lanciato il giorno prima da Latina, nel corso del tour itinerante "Produzione di valore" organizzato dall'associazione. «Siamo arrivati a un punto in cui i conti per il settore farmaceutico sono sotto controllo, quindi fermiamo chi ha l'ideologia dei tagli perché non fa il bene del Paese. E del resto» sottolinea «anche l'Ocse ha detto chiaramente a Cottarelli che bisogna smetterla con questa politica. Il settore farmaceutico ha subito 44 manovre in 10 anni e 4 tagli in 8 mesi con il governo Monti; ciò ha messo il sistema sanitario in ginocchio. Se veramente non riusciremo a difendere il Fondo Sanitario Nazionale - ha quindi avvertito - ciò significa che ogni miliardo di taglio peserà sulle aziende per 150 milioni, che equivalgono a circa 2.000 posti di lavoro. Che cosa si vuole ancora?» si chiede Scaccabarozzi. «Il rischio dietro l'angolo è che l'industria delocalizzi e che le farmacie chiudano. Per questo è importante che la filiera lavori insieme per la difesa del Fsn». Un invito prontamente raccolto dal presidente di Assogenerici **Enrique Hausermann** «è necessario stabilizzare il sistema e per farlo serve un quadro certo. In più» aggiunge «è fondamentale che i risparmi rimangano al settore. Dobbiamo fare sistema e tenere saldo il comparto» ha ribadito in conclusione Hausermann (M.M.)

Non aderenza primaria: uno su tre non ritira farmaco prescritto

Quasi un terzo di tutte le prime prescrizioni di un farmaco non vengono spedite in farmacia entro 9 mesi (non aderenza definita "primaria"). La più alta mancanza di compliance si ha per medicinali costosi e trattamenti cronici preventivi. È quanto rivela uno studio condotto in Canada. «Molte condizioni croniche possono essere gestite con successo con interventi farmacologici, ma due barriere a comuni trattamenti ostacolano la gestione ottimale della malattia» scrivono **Robyn Tamblin**, dell'Università McGill di Montréal, e colleghi. «In primo luogo vi è un'alta prevalenza di non aderenza alle terapie a lungo termine (problema associato all'aumento sia di visite nei dipartimenti di emergenza sia di spese sanitarie). In secondo luogo vi è un sottoutilizzo di farmaci preventivi, come gli steroidi inalatori per prevenire esacerbazioni asmatiche, attribuito al fallimento degli operatori sanitari nel seguire le linee guida evidence-based». Due gli obiettivi dello studio: valutare l'incidenza della non aderenza primaria in medicina generale e individuare le caratteristiche - correlate a farmaco, paziente e medico - associate a tale mancata compliance. La coorte prospettica era costituita da 15.691 pazienti afferenti a una rete in Québec di 131 generalisti. I ricercatori hanno collegato le prescrizioni di nuovi farmaci effettuate tra il 2006 e il 2009 ai dati provinciali assicurativi riguardanti tutti i medicinali dispensati dalle farmacie di comunità. Mediante regressione logistica si sono stimati i predittori di aderenza. Su 37.506 nuove prescrizioni per 15.961 pazienti, quasi un terzo (31,3%) non sono state presentate in farmacia per il ritiro del prodotto. Questa percentuale è risultata maggiore per i nuovi utilizzatori di un farmaco (34,3%) rispetto a coloro che effettuavano uno switch tra due principi all'interno della stessa classe (11,6%). Si è notata una maggiore propensione tra i pazienti a ritirare gli antibiotici. Predittori di non aderenza sono stati invece la presenza del costo del farmaco nel quartile superiore, i medicinali dermatologici e gastrointestinali, oltre ai trattamenti cronici preventivi per malattia ischemica cardiaca, depressione e altre condizioni. Fattori associati a maggiore rischio di non compliance, infine, sono apparsi un copayment più elevato, un recente ricovero in ospedale e più severe condizioni di comorbidità. (A.Z.)

Cure transfrontaliere: si allunga l'iter della direttiva

L'Italia non deve temere la direttiva 24/2011 che disciplina la possibilità di curarsi in tutti i paesi UE se si risiede in uno stato membro, ma ora il Ssn deve investire sulle infrastrutture «perché se non sono accoglienti è difficile renderle competitive con quelle di altri paesi». Da Bruxelles alla vigilia dell'entrata in vigore della direttiva UE il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, osserva che i pazienti continueranno a spostarsi soprattutto per cure di alta specialità che non trovano nel paese d'origine, e l'Italia già offre queste cure complesse, semmai tocca a un lifting delle strutture. Tuttavia **Giovanni Monchiero**, deputato di scelta civica e relatore del decreto legislativo 28 febbraio 2014 che appunto recepisce la direttiva 24/2011, afferma che l'Italia rimarrà un po' spezzata in due: «Dove l'offerta di cure è carente c'è il rischio concreto che i pazienti invece di indirizzarsi in istituti nazionali espatrino. Inoltre non ci sono ancora previsioni su come orientare chi dall'estero volesse curarsi in strutture italiane. Del resto, chi si prende la responsabilità di indicare una struttura piuttosto di un'altra parimenti titolata? Con quali elementi si indirizzerà la scelta senza rischi di contenziosi da parte della struttura che si sentisse tagliata fuori?» I quesiti restano tanti, e a Monchiero - che ne parlerà in settimana a Modena al convegno "Sicurezza delle cure e responsabilità professionale in Europa" promosso da Fnomceo e Omceo Modena - resta l'amezza di aver visto approvare all'unanimità in commissione affari sociali una norma che tagliava i tempi per ottenere dall'Asl l'ok per curarsi all'estero, e poi di averla vista rimettere dal ministero della Salute seguendo le indicazioni delle Regioni. «L'articolo 10 comma 3 richiede al paziente in pratica due autorizzazioni con un iter che si allunga rispetto all'attuale. Le regioni non sembrano temere ricorsi al Tar da parte di utenti Ssn che si sentissero svantaggiati, restano anche le norme che condizionano il rimborso delle cure ottenute all'estero alle situazioni finanziarie contingenti della regione di provenienza del paese. In Italia» conclude Monchiero «le regioni si sono divise in due schiere come i paesi Ue e hanno accentuato presupposti restrittivi già presenti nella direttiva. Infatti, dove l'Europarlamento chiedeva l'apertura delle frontiere per i cittadini, i governi frenavano: nei paesi più sviluppati per il timore di subire una pressione in entrata tale da snaturare l'offerta di cure, negli altri per il timore di pagare troppo le cure offerte nei paesi Ue più avanzati».

Mauro Miserendino