



POLITICA E SANITÀ

Aifa aggiorna tabelle classe A prescrizione per principio attivo

Al fine di consentire la prescrizione per *principio attivo* disposta dall'articolo 15, comma 11-bis, del decreto legge 6 luglio 2012 n.95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135, l'Agenzia Italiana del Farmaco rende disponibili per tutti gli Operatori sanitari, le tabelle contenenti l'elenco dei farmaci di fascia A, dispensati dal Servizio sanitario Nazionale, ordinati rispettivamente per [principio attivo](#) e per [nome commerciale](#). Lo rende noto sul suo sito la stessa Agenzia del Farmaco precisando come tali tabelle costituiscono uno strumento tecnico e includono sia medicinali presenti nella Lista di trasparenza Aifa aggiornata al 15/04/2013 sia i medicinali coperti da tutela brevettuale, sia i medicinali di cui è scaduta la tutela brevettuale ma per i quali non è prevista la sostituibilità. A differenza delle liste di trasparenza, sottolinea l'Aifa,, le tabelle contenenti l'indicazione del raggruppamento per *principio attivo* non fissano prezzi massimi di rimborso. **Ecco il testo del comma 11-bis**

"11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente.

"11-ter. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni si attengono alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA."

Oms, non aumentare disuguaglianze sociali coi tagli in sanità

«Dobbiamo assicurare che le misure di contenimento dei costi nel settore sanitario non aumentino le disuguaglianze sociali nel diritto alla salute». È quanto affermano gli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità riuniti il 17 e 18 aprile a Oslo. L'incontro, indetto dall'Oms Europa, fa seguito a un analogo meeting che si era tenuto quattro anni fa e ha riunito esperti, rappresentanti di organizzazioni multilaterali e ministri della Salute dei 53 Paesi membri. Le ultime evidenze sul tema sono presentate in uno studio dal titolo: "Salute, sistemi sanitari e crisi economica in Europa: impatto e implicazioni politiche". I risultati indicano che, dal 2008 a oggi, la spesa per la sanità pubblica è diminuita in molte nazioni. «In tempi di crisi - ha affermato la direttrice dell'Oms Europa **Zsuzanna Jakab** - è ancora più importante che il finanziamento dei sistemi sanitari venga protetto, dato che i bisogni in termini di salute possono rapidamente crescere; garantire l'accesso ai servizi sanitari è uno dei compiti essenziali di una rete più ampia per la sicurezza sociale». Le evidenze mostrano che la salute mentale risente con particolare gravità delle difficoltà economiche. Aumenta la probabilità di malattia e rallenta la guarigione. Nell'UE, il numero di suicidi tra le persone con meno di 65 anni è aumentato dal 2007, invertendo la precedente tendenza alla diminuzione. Sia la disoccupazione che la paura di perdere il lavoro sono i fattori che contribuiscono maggiormente a questo fenomeno. Inoltre si segnala un aumento delle malattie infettive, tra cui l'infezione da Hiv, in conseguenza ai ridotti finanziamenti alle attività di prevenzione e di trattamento precoce. È per questa ragione che l'Organizzazione mondiale della sanità rivolge un appello a tutti i governi europei: «se è necessario operare dei ridimensionamenti della spesa, - esorta Jakab - fatelo in modo saggio e non attraverso tagli lineari e abbiate cura di proteggere le fasce più vulnerabili della popolazione così da assicurare il diritto universale alla salute».

Decreto Campania presto sotto la lente Commissione Salute

A partire dal 2013 dovrà essere definito un nuovo sistema di regole che fissi in maniera organica le relazioni tra tariffario nazionale, tariffari regionali, tariffari applicati alla mobilità e sistema di remunerazione degli erogatori nonché il tema dei volumi programmati di attività che devono essere applicati alla casistica di residenti e non residenti. È quanto ha deciso la Commissione salute delle Regioni, precisando che sarà l'occasione per mettere sotto la lente la scelta fatta dal commissario della Campania, con [decreto](#) del 31 dicembre 2012, che tanto ha fatto [discutere](#) nei giorni scorsi. La Campania ha introdotto «unilateralmente» sottolinea la Commissione salute «un meccanismo autorizzatorio non previsto dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria: il provvedimento limita le prestazioni in mobilità eseguibili per una serie di Drg ad alto rischio di in appropriatezza». Più nel dettaglio, scorrendo le pagine del decreto, sono cinque le tipologie di intervento prese in considerazione: interventi sulla retina, interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino, altre diagnosi del sistema muscolo scheletrico e del sistema connettivo, interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione. Valutato che, scrive il decreto campano, per i succitati Drg, tutti di bassa complessità, l'offerta sanitaria delle strutture regionali è in grado di soddisfare il bisogno assistenziale della popolazione residente, rendendo ingiustificata una forte mobilità nelle Regioni confinanti. Secondo la Commissione Salute questo può avvenire per i 108 Drg a rischio, ma negli accordi interregionali, così come appare il caso della Campania.

Marco Malagutti