



ELSEVIER 10 maggio 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Il superticket fa flop, -8,5% per visite ed esami

L'aumento dei ticket non dà i risultati sperati per le casse pubbliche. Un argomento sostenuto ripetutamente da molti esperti, che ora riceve la conferma dai numeri. Il ticket da dieci euro richiesto al cittadino che ha bisogno di esami e visite specialistici è entrato in vigore nel 2011. Avrebbe dovuto fruttare 834 milioni di euro, o almeno a tanto ammontava la copertura da parte dello Stato. Tuttavia, come ha comunicato ieri il presidente dell'Agenas **Giovanni Bissoni**, all'appello mancano almeno 300 milioni, infatti «le entrate sono circa dimezzate», attestandosi tra i 400 e i 500 milioni. La cifra non è precisa, poiché si tratta di una stima che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha estrapolato a partire dai dati di undici Regioni che hanno condotto approfondimenti specifici in merito. **Valerio Fabio Alberti**, presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), aveva evidenziato a [DoctorNews33](#) il paradosso secondo cui un eccessivo rincaro delle tariffe non corrisponde a un analogo incremento delle entrate. Ora lo confermano le cifre dello studio Agenas: il cosiddetto superticket voluto dal ministro Tremonti, ha avuto l'effetto di provocare una diminuzione delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale: è la prima volta che si verifica e il calo è dell'8,5%. Come prevedibile questo valore medio è determinato specialmente dalla riduzione di prestazioni specialistiche ed esami richiesti da coloro che non hanno un'esenzione dal ticket: tra questi cittadini, il calo è del 17,5%. «Il rischio - aveva ammonito Alberti - è quello di avviare dei fenomeni di esclusione sociale dalle garanzie assistenziali». Un'altra conseguenza è la fuga verso un privato che offre in alcuni casi servizi più convenienti rispetto al servizio sanitario pubblico. Forse i nuovi dati indurranno il governo a riflettere sui nuovi rincari dei ticket previsti a partire dal prossimo anno.

Sip, sì a generici ma risparmio non prevalga su sicurezza

Pur con la consapevolezza che i farmaci generici siano un'efficace risorsa per il contenimento dei costi sanitari, dai pediatri arriva un invito a non fare prevalere il risparmio sulla sicurezza in una fascia delicata come l'infanzia. «Il bambino non è un adulto in miniatura» spiega **Giovanni Corsello**, presidente della Società italiana di pediatria (Sip) in occasione del 69° Congresso nazionale della Società in corso a Bologna, da cui è emersa la richiesta di farmaci a misura di bambino e una maggiore partecipazione della popolazione pediatrica alle sperimentazioni. Nella prescrizione dei farmaci in pediatria, ha ricordato Corsello «occorre sempre tener conto non solo della tossicità del prodotto in quanto tale, ma dei suoi possibili effetti negativi su un organismo diverso dall'adulto, sul piano dei recettori e delle vie metaboliche, e peculiare perché in via di sviluppo». La cautela riguarda l'assenza di studi sulla popolazione pediatrica e, in particolare, quanto consente la legge a chi produce equivalenti, vale a dire un margine di tolleranza del 20% sulla biodisponibilità, ossia la concentrazione di farmaco nel sangue. «Una variabilità che nel bambino può essere causa o di sovradosaggio o di inefficacia della terapia» ha aggiunto Corsello. Ai pediatri preoccupano anche gli eccipienti: edulcoranti e additivi possono essere diversi rispetto a quelli utilizzati per l'originatore, e «possono dare luogo a reazioni orticarioidi, talvolta erroneamente imputate al principio attivo ma che in realtà derivano proprio dagli eccipienti» come sottolineato da **Roberto Bernardini**, presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica. Su queste perplessità si è espresso anche **Michele Uda**, direttore generale di AssoGenerici presente al Congresso come relatore: «Non intendiamo sottovalutare le preoccupazioni di una parte della pediatria italiana ma, come ha ricordato lo stesso **Luca Pani**, per segnalare eventuali casi di inefficacia o di tossicità esiste uno strumento, la rete di farmacovigilanza, che negli anni ha dato ottima prova di sé. E questo vale anche per il paziente, che può rivolgersi al proprio medico o al proprio farmacista e segnalare qualsiasi genere di reazione anomala all'uso di qualsiasi farmaco».

Quasi metà linee guida Usa non considera costi assistenziali

Spesso le società scientifiche, elaborando le linee guida per specifiche condizioni, non considerano i costi che comportano le loro raccomandazioni. Lo dimostra una revisione qualitativa effettuata da **Steven Pearson** e **Jennifer Schwartz**, del dipartimento di Bioetica presso i National Institutes of Health a Bethesda, nel Maryland. I due ricercatori hanno verificato che poco più della metà delle più importanti società mediche Usa, con almeno 10mila affiliati, tiene conto dei costi nel definire le 'best practices'. La metà rimanente li considera implicitamente o non ne tiene conto affatto. Più in dettaglio, gli autori hanno esaminato le linee guida emanate dalle 30 maggiori società mediche statunitensi tra il 2008 e il 2012: su 30 associazioni, 17 inserivano in modo esplicito l'analisi dei costi nelle guidelines, 4 consideravano tale aspetto in modo implicito, 3 escludevano tale argomento in modo dichiarato mentre 6 semplicemente non menzionavano i costi. Pearson e Schwarz hanno quindi esaminato le 279 linee guida pubblicate dalle 17 società che avevano incluso i costi nelle loro decisioni: da questo tipo di analisi è emerso che 9 società avevano impiegato un sistema formalizzato nel quale la forza delle raccomandazioni era in parte influenzata dai costi, mentre le altre 8 seguivano metodologie non coerenti o evitavano di specificare l'esatto sistema usato per il calcolo. «Ovviamente è molto controverso se sia opportuno includere il lato economico nella discussione di temi di assistenza sanitaria» afferma Pearson. Per esempio affermare che un trattamento non è produttivo in termini di costo-efficacia può innescare timori di razionamento delle cure. Ma, negli Usa, quanto citato dalle raccomandazioni per i professionisti può divenire elemento delle polizze di rimborso di organizzazioni come Medicare e Medicaid.