



13 giugno 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Agenas, nel 2012 un milione di accessi in meno ai Pronto soccorso



Sono calati di un milione in un anno gli accessi ai Pronto soccorso degli ospedali italiani. Stando ai dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del ministero della Salute per il 2012, infatti, si registra 1 mln di accessi in meno rispetto al 2011: si è passati da 14.479.595 a 13.433.427 del 2012. Lo evidenzia il presidente dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), **Giovanni Bissoni**, nell'editoriale al nuovo Quaderno di Monitor, collana supplementi della rivista dell'Agenas. È importante che dopo anni di "sovraffollamento" si registri, per la prima volta, un calo degli accessi non urgenti ai Pronto soccorso, anche se è «troppo presto per dire che siamo di fronte a una vera inversione di tendenza» e «potrebbe piuttosto trattarsi di un effetto dell'attuale crisi economica». Così commenta i dati il presidente dell'Agenas, Giovanni Bissoni.

rafforzati i servizi

spiegazione è invece legata, appunto, alla crisi economica: «In passato i Pronto soccorso hanno spesso rappresentato, ovviamente nei casi non urgenti, una "porta di accesso" per le visite specialistiche che altrimenti il cittadino avrebbe dovuto effettuare a pagamento.

Ora, tranne che per le emergenze - afferma Bissoni - è comunque chiesta al cittadino una compartecipazione, e questo potrebbe avere spinto molti a rinunciare a tale "canale di accesso" alla specialistica». Insomma, a causa della crisi anche il ticket previsto per i codici bianchi al Pronto soccorso diventa, per molti, una spesa comunque da evitare, e questa potrebbe essere una ragione alla base dei diminuiti accessi registrati nel 2012. Più in generale, rileva l'Agenas, il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale sia in quello italiano.

Studio Fiaso: Asl né grande né piccola, basta sia duttile

La dimensione ideale della Asl non è né "maxi" né "mini" ma è quella dai confini «duttile, tracciati dalle convenienze aziendali anziché espressione di disegni politici», e che lascia ai direttori generali il giusto margine di autonomia gestionale. Lo afferma la Fiaso, la federazione di Asl e ospedali, in un documento presentato ieri, frutto di una "consensus conference".

Le aggregazioni hanno i vantaggi che vanno dalla esaustività dei servizi offerti all'aumento del potere contrattuale rispetto ai fornitori, dalle economie di scala (soprattutto sui servizi di supporto e sulla catena del farmaco). Ma possono comportare perdita di identità culturale, complessità del coordinamento e difficoltà a bilanciare la centralizzazione del controllo e della programmazione con l'autonomia di gestione a livello periferico. "Piccolo", al contrario, consente una migliore integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio, tempestività di azione del management, maggior controllo di spesa, maggior coinvolgimento degli operatori.

Nel "position paper" elaborato da **Mario De Vecchio**, professore di economia aziendale dell'Università di Firenze, si chiarisce però che non è sufficiente aumentare la dimensione aziendale per ottenere economie se la dimensione stessa (mini o maxi che sia) è frutto di dogmi e semplificazioni. Anche perché, sottolinea il presidente Fiaso **Valerio Fabio Alberti**, se alle maggiori dimensioni della Asl non corrispondono «capacità manageriali molto più sviluppate, sia a livello top che di middle management» è difficile ottenere buoni risultati. E «la dimensione ideale - si legge nel documento - è quella che viene definita a seconda dei territori e delle singole storie aziendali». Invece i processi di aggregazione «tendono a far prevalere logiche e razionalità sovraordinate rispetto all'autonomia aziendale» viste come sotto la direzione di "holding regionali". Lo studio Fiaso ha anche evidenziato come il numero delle Asl si sia ridotto del 23% con una accelerazione soprattutto negli ultimi 5 anni, specie nelle regioni in Piano di rientro. E oggi se ne contano "solo" 145, frutto di una vera e propria cura dimagrante immaginata con la riforma del Servizio sanitario nazionale del '92, che ha introdotto il passaggio dalle vecchie Unità sanitarie locali (Usl), sostanzialmente ancorate ai Comuni, alle attuali aziende sanitarie locali (Asl).

Pani: Fondo farmaceutico nazionale per favorire accesso a cure

Istituire un Fondo farmaceutico nazionale per favorire strategie di lungo respiro nell'ottica di migliorare l'assistenza farmaceutica generale e renderla omogenea su tutto il territorio. È questa la proposta annunciata da **Luca Pani** (foto) direttore generale dell'Agenas italiana del farmaco (Aifa) a «garanzia di accesso immediato alle cure innovative ed efficaci nel rispetto dell'equilibrio economico del sistema e del superamento delle differenze regionali nella disponibilità dei farmaci».

A segnalarlo è una nota dell'Agenzia in cui si sottolinea che il contesto in cui si pone la riflessione di Pani è quello «relativo ai tempi di approvazione dei medicinali e della loro effettiva disponibilità ai pazienti». Secondo Pani, «l'Aifa è del tutto in linea con le tempistiche di autorizzazione dei medicinali indicate dalla normativa europea e nazionale» e, aggiunge, «se si rilevano ritardi nella disponibilità dei farmaci approvati per i cittadini, spesso le cause vanno individuate anche nei tempi che le Aziende farmaceutiche impiegano per negoziare con l'Aifa il loro prezzo». Del tutto legittimo, commenta Pani «tuttavia può comportare un prolungamento nell'immissione dei nuovi farmaci sul mercato a cui si sommano i tempi di inserimento degli stessi nei prontuari farmaceutici regionali». La preoccupazione dell'Agenzia, prosegue la nota, è la «marcata differenza esistente a livello regionale nell'accesso ai trattamenti autorizzati, che in alcune Regioni fa registrare ritardi drammatici tra la data di approvazione rilasciata dall'EMA e dall'Aifa e il momento in cui i farmaci arrivano finalmente nelle mani dei pazienti» e invita a una «riflessione sulla sostenibilità di un sistema che garantisca l'equità nell'accesso al farmaco in un quadro, come quello attuale, dominato dalla autonomia regionale». In questo scenario, conclude Pani, un Fondo farmaceutico nazionale distinto da quello sanitario «consentirebbe di indire gare farmaceutiche nazionali per assicurare a tutta la popolazione la copertura, a condizioni vantaggiose, di grandi aree terapeutiche come quelle cardiovascolari, gastrointestinali ed endocrino-metaboliche. Così facendo si potrebbe allocare le risorse in modo efficiente, valutando il contesto di riferimento più che ricorrendo a tagli lineari».