



ELSEVIER 18 giugno 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Patto salute, proseguono incontri. Intanto emerge potenziamento Agenas

Il cronoprogramma per chiudere il patto per la salute, come era stato annunciato settimana scorsa, è serrato e c'è chi spera che entro la fine della settimana si avrà qualcosa di più concreto. E sui contenuti della bozza di circa una trentina di articoli - elaborata dal Dicastero, e consegnata lunedì agli assessori - su cui Regioni e Ministero sono al lavoro emerge intanto un potenziamento dell'Agenas, che ne faccia un nodo di collegamento e coordinamento forte tra Regioni e Ministero, consentendo una gestione integrata e decisioni più rapide. Da quanto si apprende, tra le altre tematiche toccate in questi primi incontri ci sono alcune di quelle già annunciate: riorganizzazione del territorio e della rete ospedaliera, pubblica e privata, potenziamento dell'Agenas italiana del farmaco (Aifa), ma anche piani di rientro, livelli essenziali di assistenza e costi standard. Mentre il ministro ha ribadito l'intenzione, già espressa, di rivedere il sistema dei ticket - tema che potrebbe essere scorporato e trattato in un tavolo a parte - lavorando anche sulle esenzioni. Le tappe prevedono per oggi una discussione in commissione Salute della Conferenza delle Regioni e l'audizione del Ministro in commissione Affari Sociali della Camera, mentre domani una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - e in questa occasione si discuterà anche del riparto del Fondo sanitario nazionale, che ammonta a circa 109 miliardi di euro. Il metodo che guida la discussione è quello di ragionare in maniera congiunta su ogni singolo articolo, di modo che ne esca una proposta il più possibile condivisa. Intanto è emersa la soddisfazione per questi primi incontri della tornata che durerà fino a giovedì: già al termine della riunione preliminare di lunedì, Beatrice Lorenzin ha commentato che tutto sta andando bene.

Francesca Gianì

Censis, 43% italiani paga visite di tasca propria

Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Ormai il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche anche in conseguenza dell'aumento della spesa per i ticket che ha sfiorato i 3 miliardi di euro nel 2013, pari al +10% in termini reali nel periodo 2011-2013. Sono i principali risultati della ricerca di Rbm Salute-Censis "Costruire la sanità integrativa", presentata ieri a Roma al IV Welfare Day. Se si vogliono accorciare i tempi di accesso allo specialista bisogna pagare: con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il ticket nel sistema pubblico si risparmiano 66 giorni di attesa per l'oculista, 45 giorni per il cardiologo, 28 per l'ortopedico, 22 per il ginecologo. Ad ogni territorio poi corrisponde un suo ticket e i suoi tempi d'attesa. Per le visite specialistiche (oculistica, cardiologica, ortopedica e ginecologica) oscilla tra un valore medio minimo di 20 euro al Nord-Est e uno massimo di 45 euro (più del doppio) al Sud. Negli accertamenti diagnostici spiccano i casi della risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto e della colonscopia, per i quali il ticket varia tra i 36 euro del Nord-Est e i 60 euro del Nord-Ovest. Una mammografia può avere un ticket minimo di 36 euro al Nord-Est e uno massimo di 48 euro al Nord-Ovest. Secondo la ricerca, inoltre, sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non garantisce più e le cure all'estero attraggono sempre di più visto che sono 1,2 milioni di italiani che sono andati a curarsi oltre confine almeno una volta nella vita. La spesa sanitaria privata è pari a 26,9 miliardi di euro nel 2013 ed è aumentata del 3%, in termini reali, rispetto al 2007. Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). La logica per cui il cittadino paga di tasca propria quello che il sistema pubblico non è più in grado di garantire è arrivata all'estremo. Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Così, crolla il ricorso al dentista a pagamento (oltre un milione di visite in meno tra il 2005 e il 2012), ma nello stesso periodo aumentano gli italiani che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%).

AssoGenerici: equivalenti e biosimilari portano risparmi al Ssn

«Diamo atto al ministro Lorenzin di aver attuato una politica positiva per il comparto» ha detto **Enrique Häusermann**, presidente di AssoGenerici ieri a Roma all'apertura del V Convegno nazionale dell'associazione, presentando un bilancio positivo per le aziende produttrici di equivalenti e biosimilari: il settore, infatti, ha generato dal 2000 a oggi 4 miliardi di euro di risparmi per le casse dello Stato. Un vantaggio per il Servizio sanitario Nazionale, riconosciuto recentemente anche dall'Indagine conoscitiva della Camera. «Purtroppo il sistema nel suo complesso presenta ancora diverse incongruenze, dal sistema del pay-back alla burocrazia», ha aggiunto Häusermann «nel canale ospedaliero gli acquisti di farmaci avvengono attraverso il meccanismo delle gare e la responsabilità degli sforamenti è perciò interamente da attribuirsi alle regioni e alla determinazione di un tetto non congruo»; inoltre le forniture per legge non possono essere interrotte per evitare di sfiorare i budget assegnati e le aziende devono restituire somme non ancora incassate visti i cronici ed endemici ritardi nei pagamenti della Pubblica amministrazione. «Questo vale per qualsiasi azienda farmaceutica, ma per quelle genericiste c'è anche un ulteriore paradosso da considerare» puntualizzato il presidente di AssoGenerici «mettere un tetto sull'utilizzo dei generici significa mettere un limite al risparmio che il servizio sanitario può conseguire perché è evidente a tutti che se la mia azienda ha raggiunto il limite di budget assegnatole non parteciperà ad ulteriori gare, facendo mancare il meccanismo concorrenziale che contribuisce a far scendere i prezzi».

La relazione del presidente di ha affrontato anche temi nevralgici che interessano tutta la sanità italiana, a cominciare dalla Riforma del Titolo V e quindi della ridefinizione delle competenze statali e regionali in materia di tutela della salute «per garantire pari accesso alle cure e regole uguali su tutto il territorio nazionale. Non è tollerabile che ogni regione abbia proprie regole! Paesi a statuto federale hanno un'unica agenzia che gestisce e governa la sanità». E accanto a una più efficace organizzazione del federalismo sanitario, una richiesta che guarda al prossimo semestre europeo a guida italiana. «C'è un tema importante, che ci sta a cuore» ha concluso Häusermann «è la proposta di direttiva europea sulla trasparenza dei criteri di fissazione dei prezzi e del livello di rimborso dei farmaci. Chiediamo al Governo di farsi portavoce per accelerare l'iter di approvazione di questo provvedimento, ricco di elementi di semplificazione e chiarezza importanti per tutto il comparto farmaceutico, non ultimo il chiaro divieto di collegare la scadenza del brevetto alla contrattazione sul prezzo di rimborso, principio che oggi vige in Italia e che ostacola l'ingresso dei generici sul mercato al momento della effettiva scadenza del brevetto».

Giustini, Simg: ricetta semestrale non cambia cadenza visite

«Per me medico di famiglia è buona e gradita l'intenzione del decreto semplificazioni che porta a sei mesi la durata della terapia prescrivibile in una ricetta e allontana i "frequent attenders". Ma all'atto pratico non cambierà di molto la frequenza delle visite dovute ai pazienti complessi. Infatti, specie con gli anziani polipatologici noi medici dovremmo avere incontri più ravvicinati nel tempo, preferibilmente ogni 3-4 mesi. In sintesi, la nuova norma ci chiederà maggiore attenzione e capacità di distinguere da caso a caso». **Saffi Ettore Giustini** responsabile Area Farmaco della Società Italiana di Medicina generale parla dell'articolo 30 del decreto approvato dal governo che per le patologie croniche concede al medico di prescrivere medicinali fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno sei mesi. La durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia. Per Giustini la norma è scritta bene anche se in certe regioni il chronic care model è ormai strutturato e consente di controllare tutti gli assistiti cronici con cadenza mensile. «Tra l'altro, io medico ho bisogno di vedere il cronico un po' più spesso, per sapere se sta succedendo qualcosa di nuovo, se posso togliergli dei farmaci, se ho bisogno di controllarne dei parametri. Senza contare che può aver cambiato la terapia dopo una patologia insorta nel frattempo, o dopo un episodio che lo ha condotto in pronto soccorso ». Giustini si sofferma poi sui problemi che la norma può dare in farmacia, dove andrà rivisto il flusso di magazzino dei farmaci. «Occorrerà prepararsi a dispensare ogni 6 mesi quanto si dispensa oggi con cadenza mensile-bimestrale. Ma si incide anche a livello di rapporti tra ospedale e medico di famiglia: un paziente in dimissione potrebbe dover uscire con un carretto di farmaci come prima dispensazione. Senza contare gli aggiornamenti che saranno richiesti ai nostri software per le prescrizioni. Insomma, spero che il ministero abbia convocato i sindacati dei professionisti e interessato le regioni perché quando si trattano questi argomenti si incide molto nelle politiche professionali».

Mauro Miserendino