



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Strutture sanitarie private: autorizzazioni senza vincoli

E' il primo gradino degli accreditamenti ma in assenza di questo è solo un'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria. In Campania, da dodici anni, l'apertura di nuove strutture - siano essi gabinetti dentistici, studi cardiologici, case di cura o centri di fisioterapia - è sottoposta non solo al rispetto delle norme urbanistiche (da parte dei Comuni) o al rispetto di requisiti di qualità tali da garantire la sicurezza dei pazienti sotto il profilo igienico-sanitario ma anche alla prefettiva valutazione (da parte della Regione) del fabbisogno. Una procedura voluta dalla giunta Bassolino che disegnava così due corsie differenti per il pubblico e il privato, cristallizzando sostanzialmente l'offerta sanitaria del comparto privato, sia esso convenzionato con il servizio pubblico sia quello totalmente privato senza costi aggiuntivi per le casse pubbliche. Un paletto che in questi anni ha funzionato da tappo per qualunque nuovo ingresso di strutture private.

Accreditamenti al palo

Di più, vista la sostanziale paralisi, sul fronte del definitivo accreditamento con il Servizio sanitario pubblico delle strutture private ex convenzionate, questo primo gradino ha finito per funzionare da sostituto anche in ragione di requisiti di qualità (strutturali, strumentali, organizzativi e di personale) così stringenti da garantire la qualità dei centri erogatori. La presenza della preventiva valutazione funzionale, rispetto al fabbisogno (un modo per pianificare il mercato) ha anche garantito la programmazione. Ma non la liberalità. La Finanziaria regiona-

IL COMMA DELLA FINANZIARIA

• n. 60) Nei casi previsti dall'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ai fini delle richieste di autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture e all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie, ivi comprese le strutture sanitarie di ricovero e cura e i 13 centri di procreazione medicalmente assistita, i soggetti pubblici e privati inoltrano al comune competente per territorio apposita istanza di autorizzazione. Gli studi dei medici e di altre professioni sanitarie, nonché gli studi odontoiatrici che esercitano attività professionale, ove non rientranti nelle fattispecie di cui al comma 2 del citato articolo 8-ter e non soggetti ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio di attività alla Asl competente per territorio. Entro sessanta giorni dal ricevimento della dichiarazione, l'Asl provvede alle verifiche di competenza.

le appena approvata qui disegna una svolta. Questa norma a differenza di quella formulata in Toscana e poi impugnata dal governo centrale per incostituzionalità è stata approvata in Lombardia e Piemonte dove è da oltre un anno operativa.

Il decreto 502 del 1992

In pratica si ristabilisce l'originario spirito della legge che ha aziendalizzato la sanità italiana. Il decreto è il n. 502 del 1992. Una legge che mette al centro del sistema il paziente, libero di scegliere la struttura sanitaria pubblica o privata che preferisce e che mette sullo stesso piano la sanità a gestione pubblica e quella a gestione privata identificando un unico grande servizio pubblico. Il privato ha due opzioni. Ossia lavo-

rare in nome e per conto del servizio sanitario pubblico ovvero restare del tutto scisso dall'impegno delle finanze pubbliche e che si regge sul solo pagamento delle prestazioni da parte del paziente. E dunque se il primo risponde solo a requisiti minimi di qualità e autorizzativi il secondo è tenuto ad un percorso tripartito: autorizzazione (primo gradino), accreditamenti (requisiti ulteriori e valutazione di compatibilità con il fabbisogno) e accordi contrattuali con le Asl. La 502 sette anni dopo viene addolcita dalla riforma Bindi (decreto 229 del 1999. L'articolo che riguarda il pubblico e il privato (8-ter) modificato e la Campania nel 2001 interpreta in maniera stringente la norma sulle autorizzazioni.

Ettore Mautone

SALVATORE: MIGLIAIA DI POSTI DI LAVORO

In Campania sono in attesa di poter aprire oltre 2-3 mila strutture che potrebbero dare lavoro ad una marea di personale qualificato. Ma le delibere del 2001 bloccano ogni cosa, limitando la competitività e l'imprenditorialità". Così Gennaro Salvatore (nella foto), capogruppo di Caldoro presidente, tra i principali fautori della novità sulle autorizzazioni dei centri sanitari privati. "Qui non si tratta di operatori, professionisti e imprenditori che impiegano capitali pubblici, ma di una semplice garanzia di liberalismo per soggetti privati senza alcun aggravio sulla spesa pubblica garantendo così la libera concorrenza tra pubblico e privato. Sarà il mercato e non la politica a regolare l'ingresso e l'uscita degli operatori a tutto vantaggio dell'utenza".



DE FALCO (CIMO): RISCHIO PER GLI OSPEDALI

Si al liberalismo ma attenzione a non depauperare in maniera strisciante le strutture pubbliche deputate a garantire servizi essenziali, ma costosi e in perdita, come il pronto soccorso e la rete dell'emergenza. A intervenire in chiave critica contro il provvedimento della Regione sulla liberalizzazione delle autorizzazioni di nuove strutture sanitarie private è Antonio De Falco (nella foto) segretario regionale della Cimo (Confederazione italiana medici ospedalieri). "L'attuale sistema - avverte De Falco - prevede l'attività intramoenia, che potrebbe diventare inutile e complessa senza vincoli per il privato. Inoltre c'è il rischio che a un'offerta inappropriata del privato-privato, corrisponda una domanda inappropriata inquinando la programmazione.



La svolta

Sanità, via libera ai centri specialistici di medici privati

Paolo Mainiero

Via libera ai nuovi centri medici polispecialistici privati non convenzionati. Nella finanziaria regionale è stata approvata la norma che pone fine a un divieto che durava dal 2001 e che non consentiva il rilascio, da parte della Regione, di autorizzazioni ai medici che volevano aprire centri polispecialistici. Una vera e propria liberalizzazione anche se il presidente dell'Ordine dei medici Bruno Zuccarelli parla di «opportunità» che si offre ai medici, soprattutto ai più giovani. «È un fatto estremamente positivo perché si consente l'apertura di nuovi studi in una fase difficile anche per la nostra professione», osserva Zuccarelli. La Regione calcola che la liberalizzazione produrrà l'apertura, in Campania, tra i 1.500 e i 2.000 nuovi studi. La norma è stata proposta in finanziaria dal capogruppo di «Caldoro presidente» Gennaro Salvatore. Il centrosinistra non ha condiviso la proposta.

Le politiche per la sanità

Medici in società, disco verde della Regione

Dopo 12 anni cade il divieto e scatta la liberalizzazione: arrivano i centri polispecialistici

Paolo Mainiero

Via libera ai nuovi centri medici polispecialistici privati non convenzionati. Nella finanziaria regionale è stata approvata la norma che pone fine a un divieto che durava dal 2001 e che non consentiva il rilascio, da parte della Regione, delle autorizzazioni ai medici che intendevano aprire centri polispecialistici. Si tratta di una vera e propria liberalizzazione anche se il presidente dell'Ordine dei medici Bruno Zuccarelli preferisce parlare di «opportunità» che si offre ai medici, soprattutto ai più giovani. «È un fatto estremamente positivo perché si consente l'apertura di nuovi studi in una fase difficile anche per la nostra professione», osserva Zuccarelli. La Regione calcola che la liberalizzazione produrrà l'apertura, in Campania, tra i 1.500 e i 2.000 nuovi studi.

La norma è stata proposta in finanziaria dal capogruppo del gruppo «Caldoro presidente» Gennaro Salvatore. «In Campania - dice - scontiamo un grave ritardo su questo punto». Il centrosinistra non ha condiviso la proposta, sostenendo che vi siano profili di incostituzionalità, come è già successo in Toscana dove una legge simile fu impugnata dal governo. Ma il centrodestra ha difeso e votato la proposta di Salvatore ricordando

La svolta
Zuccarelli
presidente
dell'Ordine:
opportunità
soprattutto
per i dottori
più giovani

che la norma, riformulata, è stata approvata in Lombardia e Piemonte dove è da oltre un anno operativa. «E stando anche ottimi risultati. In Piemonte, anzi, sono nate molte cooperative di medici - spiega Salvatore - che riescono ad essere concorrenziali con il privato». Il rilascio delle autorizzazioni fu bloccato nel 2001 quando la Regione stabilì che l'apertura di nuovi centri doveva essere tarata sul nuovo piano del fabbisogno regionale. Ma quel piano non è stato mai approvato. «Un ritardo - dice oggi il presidente dell'Ordine Zuccarelli - che ha inibito l'iniziativa privata». Il risultato è che negli ultimi dodici anni si è dovuto ricorrere a un escamotage: i professionisti chiedevano la singola autorizzazione per il proprio studio e poi si associavano. «Si era creato un sistema - spiega Salvato-

re - che precludeva l'attività imprenditoriale in un settore dominato dal pubblico». La Regione sostiene invece che con le modifiche apportate in finanziaria sarà incentivata l'iniziativa privata senza che questo comporti un aggravio di spese per il bilancio regionale. Al contrario, la liberalizzazione favorirà il sistema pubblico perché, aggiunge Zuccarelli, «creerà una sana concorrenza che alzerà la qualità delle prestazioni e creerà nuove opportunità di lavoro». Ovviamente gli studi dovranno rispondere a determinati requisiti e saranno sottoposti a verifiche da parte delle Asl.

Intanto, il giorno dopo, la finanziaria continua a far discutere. Per il centrodestra è stato approvato «il miglior bilancio possibile». «L'azione di risanamento dei conti pubblici, pur creandoci notevoli difficoltà e sacrifici, sta facendo della Regione Campania, una delle più virtuose», sostiene Luciano Schifone (Pdl), presidente del tavolo di partenariato. Il centrodestra sottolinea le misure a favore dello sviluppo e per il contrasto alla crisi: 60 milioni per le bonifiche e la forestazione; 18 milioni per l'ambiente; 500 milioni euro per sostenere le aziende che hanno necessità di soldi liquidi per potenziarsi. «Di più non si poteva fare», aggiunge Schifone, posizione non condivisa dal centrosinistra. «La giunta - dice Antonio Marciano del Pd - si caratterizza per l'assenza di politiche adeguate di sviluppo, di investimenti e azioni solidali verso chi è rimasto indietro». Per Donato Pica (Pd) resta irrisolto il problema delle Comunità montane. «Gli investimenti - sostiene - restano insufficienti mentre la riduzione delle giornate lavorative lede diritti acquisiti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il lavoro

2000 nuovi studi

Secondo la Regione il dispositivo favorirà la creazione di migliaia di studi medici in Campania

Il pubblico

Le autorizzazioni

Alle Asl toccherà rilasciare le autorizzazioni sulla base di rigorosi e precisi requisiti

Il privato

La concorrenza

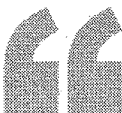
Nelle altre regioni dove il meccanismo è operativo è migliorata la qualità dell'offerta sanitaria

LA LEGGE FINANZIARIA

La misura per evitare posizionamenti politici e non per merito

Asl, stop alle nomine dirette Avviso pubblico per i direttori

NAPOLI (mb) - I direttori generali delle Asl non saranno più nominati solo a discrezione politica: anche per i super manager dovranno dunque munirsi di curriculum e sperare che i loro titoli siano sufficienti a scalare le graduatorie, come accade in tanti altri ambiti. E' questa una delle novità introdotte dalla legge finanziaria regionale che è stata approvata martedì dal consiglio regionale. La nuova procedura, introdotta per evitare che ruoli così importanti siano 'politici', seguirà queste regole. Entro il sessantesimo



*Una commissione in carica
per due anni valuterà
le domande prevenute*



giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di direttore generale, o della gestione commissariale delle aziende sanitarie, delle aziende, ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, la Regione emette un avviso pubblico al fine di acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali necessari iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, previa selezione della commissione. L'elenco è aggiornato almeno ogni due anni. Il Presidente della Giunta regionale, su deliberazione della Giunta, nomina il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso. La commissione incaricata di effettuare le valutazioni è nominata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, con decreto del Presidente della Giunta regionale e composta da: un dirigente designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, un dirigente appartenente all'avvocatura regionale; tre componenti designati dalla conferenza dei rettori delle università degli studi della Campania, tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management, garantendo la presenza di entrambe le discipline giuridiche ed economiche. La commissione dura in carica tre anni e i suoi componenti possono essere confermati per una sola volta. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disposizione, approva un disciplinare recante le modalità di espletamento della procedura.

**SALUTE
E RISPARMI**

L'Indagine: toccata quota
1,3 miliardi di euro
Farindustria: investire
su fondi integrativi

Ticket farmaci La spesa esplode

Esborso cresciuto del 160% in sei anni

Il picco record nel 2011
Ma il dato è influenzato
dalla maggior preferenza
per i medicinali di marca

DA MILANO LORENZO GALLIANI

Decolla la spesa degli italiani per l'acquisto di farmaci: tra il 2005 e il 2011 è passato da 515 milioni di euro a 1,3 miliardi l'esborso per i ticket dei medicinali prescritti su ricetta rossa. Un aumento del 160%, che ha registrato un picco record (+34%) in un solo anno, nel 2011.

L'indagine basata su dati di Farindustria e Aifa (Agenzia italiana del farmaco), realizzata per Adnkronos Salute da Ketty Vaccaro, responsabile welfare e salute Fondazione Censis, mette in evidenza il contrasto tra il sempre maggior esborso dei cittadini e il ribasso della spesa farmaceutica pubblica, scesa del 13,7% (da 11,8 a 10,2 miliardi) tra il 2005 e il 2011 e dell'8,5% nell'ultimo dei sei anni analizzati. Il risultato è una spesa totale, pubblica e privata, in calo quasi del 3%: da 19,4 miliardi a 18,9.

Proprio per «i farmaci con il ticket», ha detto il 65% degli italiani intervistati lo scorso anno da un'indagine Censis, si sono dovuti sostenere costi decisamente più elevati. E in effetti «anche il dato strutturale sull'andamento della spesa per ticket sui farmaci – commenta Ketty Vaccaro – evidenzia la crescita considerevole negli ultimi anni di questa voce di spesa a carico delle famiglie».

Ad influire sull'entità dei

pagamenti, rivela l'ultima indagine, è anche il maggior acquisto di farmaci di marca al posto dei generici. Per i farmaci "griffati", nel 2008, gli italiani pagavano 299 milioni di euro. Poi è stato un aumento continuo: 451 milioni nel 2009, 546 nel 2010 e 792 nel 2011, con una crescita nell'ultimo anno del 45%.

«La cosa più importante è che si abbia la possibilità di scegliere. Se gli italiani decidono di optare per un farmaco che dà loro garanzie, si tratta di un segno di maturità e di libertà di scelta», è il commento del presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi. Il dato sui medicinali di marca, aggiunge, è il risultato «non certo di un'imposizione dell'industria, dei medici o della normativa, bensì di una scelta libera e responsabile che i cittadini fanno, come la fanno per altri tipologie di prodotti».

Per quanto riguarda invece il boom della spesa per i ticket, per Scaccabarozzi «si potrebbe pensare a un modo per far sì che questo si traduca in una maggiore sostenibilità del sistema sanitario: educare a investire in fondi integrativi».

Un sistema con il quale, assicura, «non si spenderebbe di più, ma la stessa cifra. D'altro canto oggi vigono variabili demografiche che sono molto differenti rispetto al periodo in cui fu fissato il principio di universalità delle cure».

Intanto, continuano ad aggirarsi sui 4 miliardi di euro i debiti delle Pubbliche amministrazioni nei confronti del settore. I dati Farindustria mettono in luce tempi di pagamento in Italia pari in media a 211 giorni nel trimestre ottobre-dicembre 2012, e di 236 giorni negli ultimi 12 mesi. Il fanalino di coda è il Molise con 804 giorni nel trimestre e 749 nell'ultimo anno, seguito dalla Calabria (605 e 672 giorni). Su ben altri livelli è invece il Friuli Venezia Giulia, la Regione più virtuosa (rispettivamente 43 e 72 giorni).

Il presidente di Farindustria definisce «una tagliola» quella rappresentata dal «blocco per tutto il 2013 dei pignoramenti nelle Asl e aziende ospedaliere delle Regioni sotto Piano di rientro» previsto dal decreto Balduzzi: «I crediti che noi vantiamo sono per il 60% proprio nelle Regioni in rosso – conclude Massimo Scaccabarozzi –. Finché questo ostacolo non sarà rimosso, sarà difficile che le imprese possano riscuotere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PHARMINTEC/ I trend del comparto presentati a Bologna per la V edizione della fiera

Farmindotto a tutta crescita

Previsioni 2013 nel segno della ripresa - Più export per l'88% delle imprese

CONGIUNTURA

Farmindotto superstar, protagonista di una performance che sembra non conoscere crisi: per il comparto del packaging farmaceutico - che rappresenta 11,2 miliardi di produzione, 61mila occupati e 3,6 miliardi di valore aggiunto - dopo la sostanziale tenuta del 2012 si apre un 2013 all'insegna della ripresa, in controtendenza anche rispetto ai segnali di crisi che travagliano le aziende farmaceutiche presenti nel Paese, confermando l'Italia leader mondiale del settore.

Il dato emerge dall'indagine congiunturale semestrale dell'Osservatorio Pharmintech, il progetto di ricerca che accompagna l'omonima fiera, la cui V edizione è in programma a Bologna dal 17 al 19 aprile, nell'ambito della farma week condivisa con Cosmofarma, evento leader del mondo della farmacia, in pista dal 19 al 21 aprile (cfr. pag 12-15).

Di scena come sempre a Pharmintech le imprese a monte della produzione farmaceutica, titolari di produzioni ad altissima capacità innovativa in tema di macchinari di processo e confezionamento, imballaggi, componentistica, servizi il cui stato di salute è stato indagato attraverso un campione di 155 imprese con 10mila addetti e un fatturato di circa 2,6 miliardi, rappresentativo del mix tra grandi, medie e piccole aziende aventi come caratteristica comune il fatto che buona parte del fatturato deriva loro dalla filiera farmaceutica. Il sondaggio analizza due aspetti della congiuntura: il dato di chiusura del secondo semestre e le proiezioni per il primo semestre 2013 in termini di fatturato, esportazioni e occupazione.

«I risultati di questa indagine confermano la sensazione di grande vivacità che pervade l'indotto dell'industria farmaceutica - afferma il professor Giampaolo Vitali, del Gruppo Economisti d'Impresa, che ha curato lo studio -. Le imprese internazionalizzate, grazie all'elevata competitività della loro produzione, riescono in tutta evidenza ad agganciare una par-

te della domanda in crescita a livello mondiale».

Entrando più nel dettaglio, per il secondo semestre 2012 oltre un quarto delle aziende segnala una diminuzione del fatturato, mentre quasi un terzo ritiene ci sia stato un aumento del fatturato totale, con un saldo leggermente positivo tra chi ha registrato un aumento e chi una diminuzione: il 41%, infine, dichiara stabilità. La crescita è decisamente più marcata per la domanda estera, in aumento per ben un terzo delle imprese, stabile per il 55% e al ralenty solo per il 13% delle intervistate. Coerente, infine, il dato sull'occupazione, stabile nei due terzi delle imprese, in crescita nel 18% e in diminuzione soltanto nel 12% del campione.

Dall'analisi settoriale emerge che il merito della performance va attribuito principalmente al comparto dei macchinari: ben il 41% ha rilevato un aumento del fatturato, un terzo ha segnalato stabilità, il restante 26% una flessione. Nel comparto dei materiali, invece, solo il 17% delle imprese denuncia aumenti delle vendite, contro un 31% di dati in diminuzione e un 52% di aziende che conferma la tenuta rispetto al primo semestre 2012. Stesso andamento nel settore dei servizi, con un terzo delle imprese in congiuntura negativa e stabilità delle vendite in quasi il 50% del campione.

Tenuta conclamata nel 2012, dunque. Mentre lo scenario delineato per il 2013 risulta addirittura entusiasmante: «Il saldo positivo è abbastanza robusto, nell'indotto farmaceutico non si avverte alcuna recessione», recita il report.

Dall'analisi aggregata emerge infatti che il 28% delle imprese contattate prevede un aumento del fatturato nella prima metà del 2013, mentre il 19% del campione ne ipotizza una riduzione e più della metà ha aspettative di sostanziale stabilità. Ancora una volta detta legge l'export: il 30% delle imprese prevede un aumento del fatturato estero, il 58% scommette sulla stabilità e solo il 12% ipotizza una riduzione. La stella della stabilità splende anche sul fronte dell'occupazione, in retromarcia

solo per il 4% delle imprese intervistate.

Dall'analisi disaggregata emerge che la miglior performance è attesa dal settore dei macchinari, con attese di crescita dell'export che superano il 35% e sfiorano il 30% per il fatturato. Positivi, sia pure in modo più contenuto, i pronostici su materiali e servizi. Ottime infine le previsioni sul fronte dell'occupazione: ben l'88% delle imprese dei materiali, l'81% delle imprese dei servizi e il 71% delle imprese dei macchinari preannunciano stabilità nelle file degli addetti.

Le conclusioni dello studio individuano assai chiaramente le armi vincenti del comparto: «Il ruolo di produttore di beni di investimento, di materiali e di servizi - si legge nel rapporto - gioca forse a favore della crescita delle imprese dell'indotto nella misura in cui queste ultime riescono ad agganciare sia le necessità di ristrutturazione dell'industria farmaceutica dei mercati maturi, sia le necessità di ampliamento della capacità produttiva dell'industria farmaceutica dei Paesi emergenti».

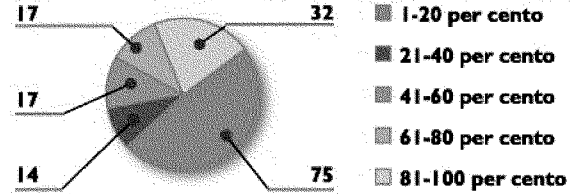
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Distribuzione imprese per classe di fatturato

Classe di fatturato	N. imprese	Comp. %
Micro impresa (< 2 mln €)	44	28,4
Piccola impresa (2-10 mln €)	59	38,1
Media impresa (10-50 mln €)	40	25,8
Grande impresa (> 50 mln €)	12	7,7
Totale	155	100,0

Imprese per classe di fatturato



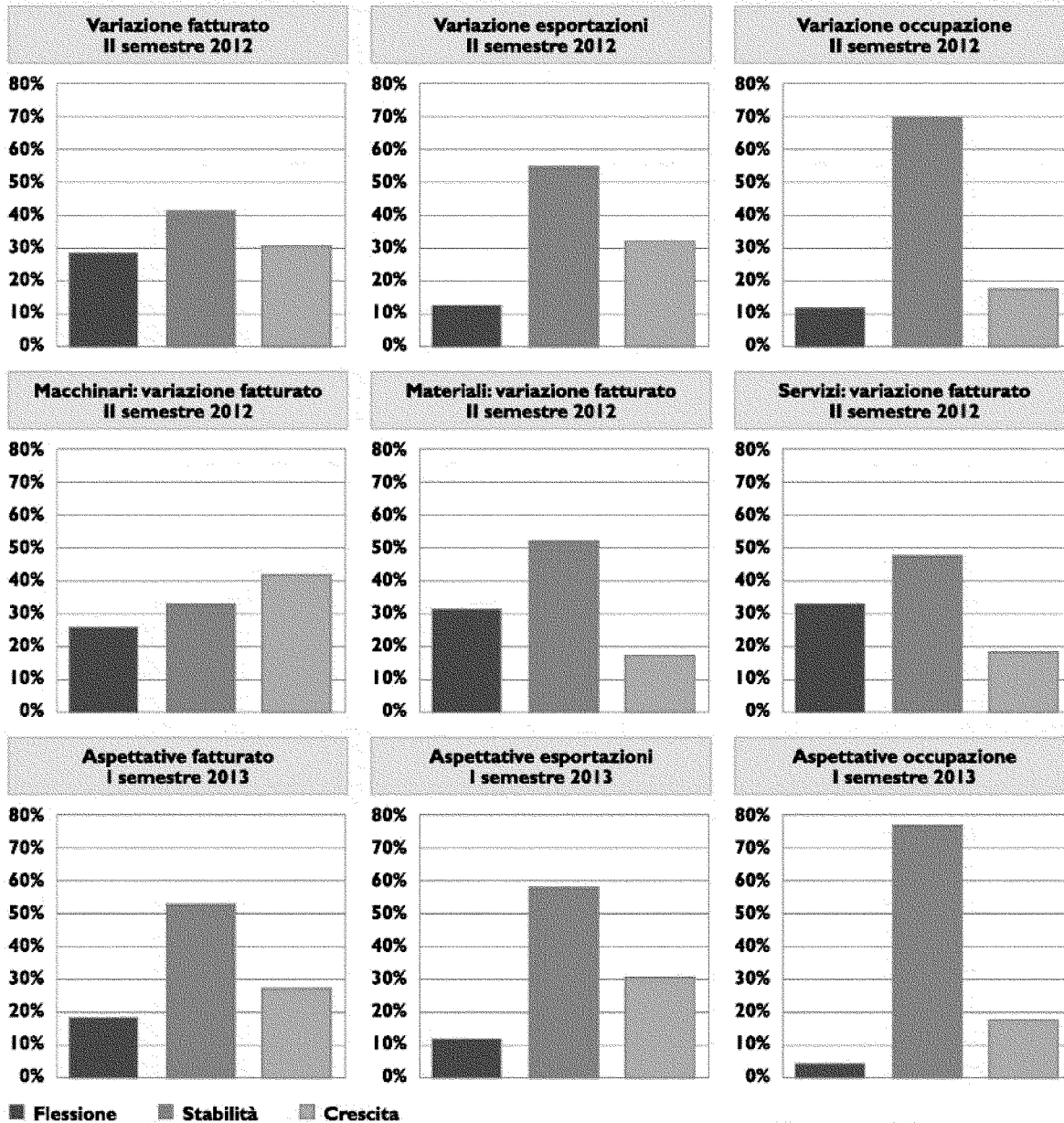
Distribuzione imprese per classe di addetti

Classe di addetti	N. imprese	Comp. %
Micro impresa (< 10 addetti)	42	27,1
Piccola impresa (10-49 addetti)	68	43,9
Media impresa (50-250 addetti)	38	24,5
Grande impresa (> 250 addetti)	7	4,5
Totale	155	100,0

Distribuzione imprese per macrosettore di attività

Classe di addetti	N. imprese	Comp. %
Materiali	52	33,5
Macchinari	82	52,9
Servizi	21	13,5
Totale	155	100,0

Il quadro complessivo dei risultati (percentuale imprese)



SPECIALISTI PERPLESSI SULLE SCELTE DELL'AUTORITÀ

«L'Agenzia è troppo diffidente: servono più dialogo e confronto»

Rilievi sulla scelta degli esperti: non basta pensare solo al conflitto

Nel mirino carte del rischio, anticoagulanti e antidiabetici

Da tempo la Consulta-Scv, costituita da 15 Società scientifiche (v. lista allegata) alleate nella prevenzione delle malattie cardiovascolari (la più importante causa di morte al mondo) segnala l'esigenza di promuovere una miglior comunicazione con le Istituzioni preposte alla Sanità, su temi cruciali per la salute pubblica, quali il controllo dei fattori di rischio, l'aderenza alle terapie, la promozione dell'innovazione e la valutazione delle nuove tecnologie, con un razionale equilibrio fra la valorizzazione delle evidenze scientifiche più solide e l'esigenza di contenimento della spesa.

Il dialogo, fluido e costruttivo all'estero, in Italia è stato ostacolato anche da una certa diffidenza espressa dalle Istituzioni nei confronti delle Società scientifiche percepite, nel loro complesso, come troppo collaborative con l'industria del farmaco, dei medicali e dei diagnostici.

Il risultato è che, purtroppo, su importanti temi come le nuove acquisizioni diagnostico-terapeutiche, nonché sui limiti e sull'interpretabilità dell'evidenza scientifica, non è mai stato avviato un confronto aperto, trasparente e costruttivo fra comunità scientifica e Istituzioni regolatorie.

Anche recentemente la costituzione dei Comitati di esperti esterni, che supporteranno Aifa nelle valutazioni tecnico-scientifiche, è stata realizzata con criteri che non risultano immediatamente comprensibili. Certamente l'applicazione rigorosa della normativa in tema di conflitto d'interessi ha giocato un suo ruolo; ma anche l'esperienza, la competenza e la reputazione scientifica (quest'ultima facilmente misurabile con criteri bibliografici internazionali) avrebbero dovuto essere prese in attenta considerazione e opportunamente ponderate nella selezione delle professionalità. Tutto ciò non sembra, invece, essere avvenuto per quel che riguarda l'area della prevenzione cardiovascolare. Sta di fatto che, nel recente periodo, alcuni atti dell'Agenzia in materia di accesso al trattamento con nuovi farmaci cardiovascolari hanno destato alcune perplessità nella comunità scientifica. Ne citiamo alcuni per dovere di cronaca.

● La nuova nota 13 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 27 novembre 2012 con le indicazioni per il trattamento dei pazienti affetti da dislipidemia. Nell'incipit la nuova nota fa riferimento alla necessità di adeguare le proprie indicazioni alle recenti linee guida europee (Eas-Esc) pubblicate nel giugno 2011; purtroppo le buone intenzioni si fermano qui. Infatti, la nota non è priva di inesattezze, incongruenze e difformità rispetto a quanto attualmente previsto dalle linee guida europee. Si torna all'uso delle carte del rischio (questa volta europee) e al-

la distinzione dei pazienti in categorie di rischio, con i relativi obiettivi terapeutici. Queste indicazioni paiono tuttavia piegarsi più alle esigenze di spesa piuttosto che riflettere quanto riportato dalle linee guida europee. Infatti, i farmaci sono inseriti in classi, a nostro parere, poco rispondenti a reali motivazioni scientifiche. Purtroppo, come più volte segnalato, le indicazioni terapeutiche non tengono conto della necessità, soprattutto nei pazienti a maggior rischio, di dover raggiungere il "target" terapeutico il più rapidamente possibile. Ciò costringe il medico a dover procedere per svariati passaggi prima di raggiungere l'obiettivo consigliato dalle linee guida e formulati in base ai dati della letteratura. Questo procedere per tentativi rischia di influire negativamente sull'aderenza del paziente alla terapia. Un approccio pragmatico, dettato dalla distanza dal target permetterebbe di ottenere gli stessi risultati di appropriatezza senza precludere l'accesso a farmaci più costosi a pazienti a rischio medio-moderato.

● La comunità scientifica è anche preoccupata per l'annunciato imminente ritiro dal commercio di alcune terapie per l'ipertensione arteriosa, a base di combinazioni fisse tra sartani e calcioantagonisti, già introdotte in Italia con enorme ritardo rispetto agli altri Paesi europei. In merito si è già espressa la "Società italiana dell'Ipertensione arteriosa - Lega italiana contro l'Ipertensione arteriosa", che da tempo sottolinea l'importanza del raggiungimento dell'obiettivo pressorio raccomandato dalle linee guida europee (Esh-Esc) in almeno il 70% dei pazienti ipertesi italiani, rispetto all'attuale deludente 30%. In questo contesto, il ritiro di cui sopra creerebbe/creerà problemi non indifferenti, sia perché la semplificazione terapeutica ottenibile con le combinazioni fisse aiuta l'aderenza alla terapia già di per sé bassissima nell'ipertensione; sia perché le combinazioni sartani-calcioantagonisti sono ovunque ritenute, sulla base di una inoppugnabile evidenza scientifica, tra le migliori disponibili. Al di là del contenzioso economico-finanziario che sembra alla base del ritiro, andrebbe forse più attentamente ponderato il problema dei 180.000 pazienti, in trattamento soddisfacente con questa combinazione, che ora dovranno cambiare terapia, affrontando i rischi e i disagi connessi. Andrebbe poi attentamente riconsiderato dall'Aifa il giudizio di inappropriata per l'uso della combinazione tra due farmaci antipertensivi, come terapia iniziale: questa valutazione è in assoluto contrasto con le linee guida europee ed extraeuropee, che invece la consigliano nei pazienti

I CANTIERI APERTI TRA AIFA, MINISTERO E FILIERA DISTRIBUTIVA

«Remunerazione, rispettare i principi della riforma»

Due leggi hanno disegnato il cammino della nuova remunerazione in farmacia con dovizia di particolari: la finanziaria del luglio 2010 e la spending review del 2012. Una proposta è stata parloria da Federfarma e Assofarm con tutte le difficoltà e i tormenti derivanti dalla diversa condizione regionale in cui versa la redditività delle farmacie. La più importante tappa è stata raggiunta il 16 ottobre 2012, quando il direttore generale dell'Aifa Luca Pani ha convocato l'ufficiale rogante per mettere i sigilli all'accordo tra Aifa e filiera distributiva del farmaco. Tappa non facile per i tempi imposti dal protocollo e per la distanza iniziale delle controparti: da un lato Aifa, da un altro Federfarma e Assofarm, da un altro ancora le sigle della distribuzione intermedia, Federfarma servizi e Adf. In tre settimane è stato compiuto il difficile cammino che in altri Paesi Ue ha richiesto anni di analisi e confronti. Poi è arrivato il ministro della Salute e ha bloccato tutto.

L'accordo era conforme a tutti i parametri già ben definiti dalle due norme: una quota fissa e una ridotta quota percentuale sul prezzo del farmaco; rispetto dei margini presenti al 30 giugno 2012; rispetto dell'invarianza di spesa calcolata sul periodo corrente. Per le farmacie sarebbe stato finalmente l'allentamento di quel cappio che pian piano sta soffocando l'attività di rapporto con il Ssn ma, purtroppo, il ministro della Salute ha giudicato l'accordo non applicabile.

Vediamo perché. Secondo il mini-

stero, il prezzo al pubblico non poteva essere modificato. Questo però era un espediente suggerito dalla stessa Aifa per garantire il passaggio a remunerazione mista (quota fissa e a percentuale) anche per la distribuzione intermedia, evitando la ripercussione negativa sui margini della farmacia. La questione sarebbe comunque stata superabile con qualche complicato meccanismo di ristorno, oppure con l'attuazione di una prima fase di modifica sperimentale della remunerazione che interessasse solo le farmacie. Quello che invece è risultato inaccettabile dalle farmacie è il capovolgimento della logica indicata dal legislatore in relazione all'equilibrio tra quota fissa e quota variabile, nonché l'introduzione del concetto di agganciamento dei margini a un ribasso automatico e l'azzeramento delle agevolazioni per le farmacie rurali sussidiate. Sì, perché queste sono state le controdeduzioni del ministero che hanno irrigidito le posizioni di Federfarma e Assofarm. Non è affatto concepibile intendere una modifica del metodo di remunerazione delle farmacie, che è stata approvata dal Parlamento con la chiara finalità di assestare le condizioni economiche delle farmacie, come sistema di agganciamento automatico al ribasso del margine. Si ricordi che la legge 135/2012 è stata approvata dopo che l'ennesimo incremento dello sconto a favore del Ssn ha portato alla chiusura per protesta delle farmacie nel luglio scorso. Il fine della norma, quindi, era quello di porre termine al progressivo assottigliamento del margine dovu-

to a condizioni negative di "mercato" ormai irreversibili e non certo di cambiare solamente il modo di comprimere senza limiti la redditività della filiera distributiva. Qui è opportuno ricordare l'erosione del margine conseguente ai crescenti sconti aggiuntivi da riconoscere al Ssn che, complessivamente, hanno ormai raggiunto mediamente l'8% per le farmacie non agevolate, a cui si aggiunge la compressione dei fatturati e dei margini, in controtendenza all'incremento dell'inflazione. Dimostriamo quanto affermiamo con i numeri della tabella allegata che mette a confronto l'anno 2012 con l'anno 2008. Il prezzo medio per confezione si è ridotto del 19,15%, principalmente per la crescita del numero delle confezioni delle liste di riferimento (+41,44%) a totale detrimento del numero delle confezioni dei farmaci ancora coperti da brevetto (-33,93%).

Se poi consideriamo che si registra anche un incremento del numero di confezioni dispensate complessivamente (+2,31%), rispetto a una spesa lorda diminuita nello stesso anno del 17%, abbiamo anche dimostrato il maggior onere della dispensazione rispetto a margini sempre più risicati. Il 30 giugno è ormai vicino. La determinazione delle farmacie a portare in porto la nuova remunerazione è ampiamente giustificata dalla volontà di poter operare, senza ridurre, in autotutela, la qualità del servizio al cittadino.

Alfonso Misasi
Segretario nazionale Federfarma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

	Confezioni totali	Prezzo medio (€)	Confezioni no liste riferimento	Prezzo medio (€)	Confezioni liste riferimento	Prezzo medio (€)	Confezioni generici (compresi nelle liste)	Prezzo medio (€)
2012	84.879.855	10,04	28.455.898	16,10	56.423.957	6,99	20.420.892	5,57
2008	82.963.978	12,42	43.070.984	17,13	39.892.994	7,33	10.711.629	6,16
Variazioni	2,31%	-19,15%	-33,93%	-6,01%	41,44%	-4,74%	90,64%	-9,62%
Dati riferiti a 16.607 farmacie (96,51%)								Fonte: Promofarma



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Sanità

La Regione salva l'Annunziata

La Regione ha salvato l'ospedale Annunziata. Su indirizzo del presidente Stefano Caldoro la Asl Napoli 1, Policlinico e Santobono hanno raggiunto un'intesa per costituire un dipartimento interaziendale, unico esempio in Campania, al quale lavorerà ognuna delle strutture secondo le proprie competenze.

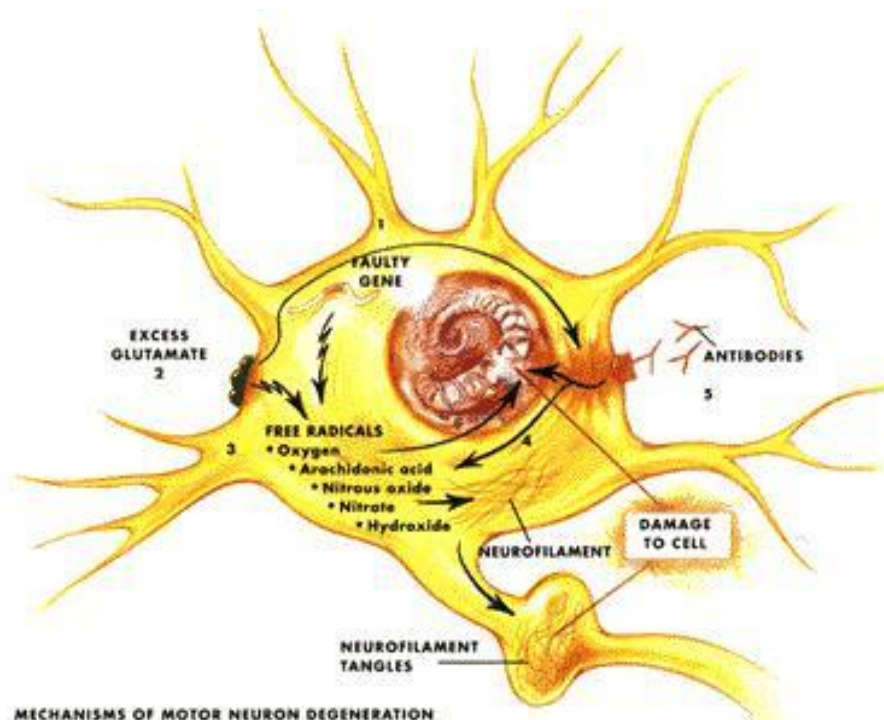
Fibrillazione atriale Domani seminario all'ospedale Ruggi

“Update sulla fibrillazione atriale in urgenza: la gestione del paziente dell'ospedale al territorio”: è questo il titolo della giornata di studi che si terrà domani presso la sala Scozia del “Ruggi”. Promossa dal Dipartimento di Area critica, diretto da Dario Caputo, vedrà la partecipazione di numerosi esperti che approfondiranno una delle problematiche più complesse inerenti il campo medico-chirurgico. Interverrà anche il presidente dell'Ordine dei medici Bruno Ravera.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Trovata la molecola della felicità

Una scoperta dell'Università della California può rivoluzionare la cura della depressione.

Cosa ci rende davvero felici? Da un punto di vista chimico, i cambiamenti neuronali che sottostanno alle emozioni umane e ai comportamenti sociali sono ancora in gran parte sconosciuti. Ma se alcuni anni fa la psicofarmacologa statunitense Candace Pert aveva intuito che alcuni recettori, detti neuropeptidi, sono in realtà una chiave per capire la biochimica delle emozioni, adesso si è fatto un altro passo avanti. Un gruppo di scienziati dell'Università della California (Ucla) è riuscito a misurare il rilascio di uno specifico peptide, un neurotrasmettitore che aumenta, e di molto, quando si è felici e che diminuisce se si è tristi. Non solo, è rafforzato dalle emozioni, in particolare quelle positive.

La scoperta, che è stata pubblicata nell'edizione online del *Journal nature communications*, a detta dei ricercatori suggerisce che stimolare questo neurotrasmettitore potrebbe migliorare sia l'umore sia l'energia. Insomma, «la molecola della felicità» aprirebbe la strada a possibili e più mirate future cure dei disordini psichiatrici, come la depressione, una volta individuate e misurate anomalie nella chimica del cervello. Attualmente, infatti, gli antidepressivi in circolazione non sono basati su provate misurazioni di carenze o eccessi di qualsiasi neurotrasmettitore. (Donatella Marino)

Stimolando un particolare neurotrasmettitore, possono essere migliorati sia l'umore sia l'energia.