

GINECOLOGI SIGO

**Favorevoli
alla spending review**

Gli ospedali che assistono meno di 500 parti all'anno dovrebbero essere chiusi e rientrare nel decreto sulla spending review. Aumenterebbe la sicurezza delle madri e dei nascituri con un risparmio della spesa pubblica e si aprirebbero nuove possibilità di impiego per i ginecologi nelle strutture più grandi. Lo afferma la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO).



Sanità e trasporti, oggi le Regioni dal Professore

DA ROMA **MARCO IASEVOLI**

a un lato è una mano tesa, dall'altro è un aut-aut: «Se ci sono miglioramenti possibili, dovete proporli prima che il decreto venga convertito dal Senato, e a saldi invariati». Mario Monti oggi pomeriggio incontra le regioni per affrontare il nodo più spinoso della spending review: come ottenere dalla Sanità 4,6 miliardi entro il 2014. La ricetta del governo è già nero su bianco: tagli alla spesa farmaceutica, sforbiciata del 5 per cento ai contratti per forniture, nuove regole per l'acquisto di beni e servizi ed alienazione di 7 mila posti letto.

L'obiettivo del governo è arrivare ad un eventuale Eurogruppo straordinario di fine luglio con il primo «sì» dell'Aula già incassato, in tempo per chiudere la partita entro la pausa estiva delle Camere. Un obiettivo, a quanto pare, comunicato ieri anche a Silvio Berlusconi. In un colloquio telefonico il premier avrebbe fatto trasparire molta preoccupazione per

la situazione economica, e avrebbe convinto il Cavaliere a dare il via libera alla spending review con pochissime resistenze.

Tornando alle regioni, la prospettiva - auspicata dal ministro della Salute Renato Balduzzi - è riscrivere i tagli nell'ambito del Patto per la salute, la cui definizione potrebbe subire una forte accelerazione. In sostanza, le decisioni prese dai governatori potrebbero essere trasformate in emendamenti al decreto. E l'attivismo dei presidenti nelle ultime ore (da Formigoni a Vendola, da Errani a Caldoro) indica che già sono al lavoro per risparmiare autonomamente le risorse chieste dallo Stato. Basterà? Le regioni hanno in realtà un obiettivo più ambizioso: trattare sui saldi del comparto Salute e scongiurare la nuova mazzata sui trasferimenti. Una prospettiva impraticabile per l'esec-

cutivo. Motivo per cui il vertice potrebbe allargarsi e agganziare altri temi: un'intesa definitiva sul salvataggio dei piccoli ospedali, un im-

la strategia

Il premier sente Berlusconi: crisi seria, sostenetemi.

Pd: pronte modifiche

pegno concreto - garante il ministro Passera - sul trasporto pubblico locale, la "promessa" di smorzare l'aumento di 2 miliardi del ticket previsto dall'ultima manovra-Tremonti.

Sulla riunione tra governo e autonomie c'è la lente del Pd, che di nuovo ieri con Bersani ha annunciato «correzioni» ed «emendamenti» per evitare che vengano toccate le «prestazioni sociali» e per dosare gli interventi su comuni, scuola, ricerca e cultura. Se le regioni uscissero tranquillizzate dal vertice con Monti, tra le fila dei democrat potrebbero essere attenuate le «serie preoccupazioni» sulla componente più delicata del decreto. Anche il Pdl, tuttavia, pur mostrando un atteggiamento favorevole al provvedimento, comincia a mo-

strare "sensibilità" verso le ragioni dei farmacisti.

Il testo è così ampio che ogni giorno c'è un nuovo allarme. Ieri è scoppiato quello delle fondazioni legate al dicastero dei Beni culturali. A lanciarlo il commissario straordinario del Petruzzelli Carlo Fuortes. Lo staff del ministro Lorenzo Ornaghi ha però rassicurato: «Non c'è nessun pericolo, la norma in questione riguarda fondazioni o associazioni finanziate dallo Stato che erogano servizi direttamente agli enti territoriali». Le fondazioni lirico-sinfoniche, dunque, non c'entrano nulla. Allo stesso tempo, il ministro dell'Istruzione Francesco Profumo continua il suo pressing perché venga evitato l'interven-

to su ricerca e istituti scientifici. Intanto, dalla relazione tecnica presentata in Senato emerge un dato: dei tagli da 26 miliardi previsti sino al 2014, solo 600 serviranno a ridurre il deficit.



Federfarma: pronti alla disdetta delle convenzioni Sanità, vertice con le Regioni Farmacie chiuse il 26 luglio

— Oggi vertice tra il premier Monti e le Regioni sui tagli alla sanità. Per protesta serrata delle farmacie il 26 luglio. Federfarma: siamo pronti alla disdetta delle convenzioni. **Turno** ▶ pagina 7

7,9

I TAGLI ALLA SANITÀ
Risparmi (in miliardi) in tre anni

Spending review. La protesta il 26 luglio

Serrata delle farmacie contro i tagli alla sanità Oggi Regioni da Monti

L'incontro a Palazzo Chigi

I governatori puntano a rimettere in discussione gli interventi da 12,2 miliardi

FEDERFARMA

Manifestazione davanti Montecitorio, poi l'incontro con il ministro: «Aperture da Balduzzi ma l'agitazione è confermata»

ROMA

■ Il pressing delle Regioni e del Pd contro i tagli inferti alla spesa sanitaria (e a quella sociale) dalla spending review ottengono un primo risultato: questo pomeriggio Monti incontrerà a palazzo Chigi i governatori in un vertice dal quale le Regioni sperano di poter rimettere in discussione l'intera manovra varata giovedì scorso, a cominciare naturalmente dalle cifre della sanità e dalla loro spalmatura negli anni.

Una partita finanziaria delicatissima, quella sui conti della sanità e sui tagli in cantiere. Anche perché, secondo le stesse stime del ministero della Salute, in soli due anni mezzo, di qui al 2014, il conto cumulato della manovra estiva del 2011 targata Berlusconi-Tremonti e quello dell'ultimo decreto sulla spending review vale per la sanità 12,2 miliardi di riduzione di risorse, oltre il 10% dell'intero Fondo sanitario. Una cifra, ripetono in coro i governatori,

che rischia di far precipitare nel baratro dei piani di rientro, poi del commissariamento, quasi tutte le Regioni. E comunque di dover sferrare un colpo pesantissimo ai servizi. Per non dire di quanto potrebbe accadere quando, dal 2014, scatteranno 2 miliardi in più di ticket.

Ma è l'intero universo della sanità pubblica ad essere in fibrillazione. Ieri le farmacie private aderenti a Federfarma hanno confermato la serrata: scatterà per ora per un giorno intero, giovedì 26 luglio. Ma i farmacisti, che ieri hanno manifestato davanti a Montecitorio prima di incontrare in serata il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, sono pronti alla disdetta della convenzione e chiedono ufficialmente l'avvio «immediato» del tavolo per definire un nuovo modello di remunerazione. Al termine dell'incontro con Balduzzi Federfarma fa sapere che dal ministro sono arrivate delle aperture ma per ora la serrata resta.

«L'unica cosa che i **farmaci** non curano è la malafede del governo e l'ignoranza dei tecnici che lo costellano», ha attaccato il presidente di Federfarma, Annarosa Racca. L'allarme è a tinte fosche: rischio di chiusura

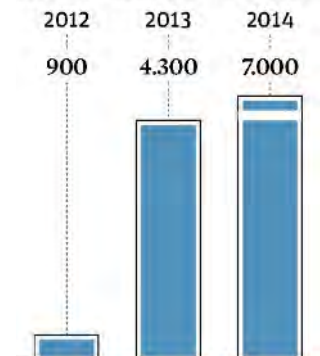
per 4mila farmacie e 20mila dipendenti in bilico. Con i servizi notturni a rischio e il 20% di farmacie che già oggi non pagherebbero i fornitori. Tutto questo mentre gli stessi effetti del decreto liberalizzazioni, le tanto attese 5mila farmacie in più previste dal 2013, sono un esercizio teorico che resta più che mai soltanto sulla carta. Con i concorsi che non partono e con le farmacie che, secondo Federfarma, diventano sempre meno appetibili. «Serrata incomprensibile», sostengono d'altra parte le parafarmacie. Mentre anche le farmacie comunali, pur non avendo ancora aderito allo sciopero, hanno chiesto a Balduzzi e al presidente dell'Anci, Graziano Delrio, un percorso di «sviluppo e sopravvivenza delle farmacie comunali nel rispetto degli obiettivi della spending review».

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Effetto sulla sanità

DI 98/2011 e decreto spending review. Dati in milioni di euro.



Spending review

Oggi l'incontro tra Monti e le Regioni

Farmacisti in rivolta, arriva la serrata

Befera: troppi tagli

Federfarma: chiusura totale il 26 luglio

I protagonisti



Renato Balduzzi,
ministro
della Salute



Annarosa Racca,
presidente di
Federfarma



Attilio Befera,
direttore dell'Agencia
delle Entrate

ROMA — Tanti dirigenti da tagliare. Un funzionario ogni 40 dipendenti contro uno su 20 previsti nelle altre amministrazioni. Trecento cui rinunciare in base al decreto legge sulle dimissioni, prima attuazione della revisione della spesa. Fa notare la differenza di trattamento il direttore dell'Agencia delle Entrate, Attilio Befera, nel corso di un'audizione informale presso la commissione Bilancio del Senato: «Perdiamo il 25% delle attuali posizioni anziché il 20%, come gli altri». E non è l'unico rilievo.

Befera ha sollevato il problema della retribuzione dei nuovi quadri, cioè di quei dirigenti che, in seguito ai tagli, manterranno importanti ruoli di responsabilità senza ottenere però la qualifica dirigenziale: «E' necessario prevedere — ha detto — una retribuzione adeguata alla rilevanza delle funzioni da svolgere. Da questo punto di vista — ha proseguito —, non ritengo adeguata la previsione contenuta nella norma». In particolare per Befera i quadri percepirebbero un'indennità di circa 9 mila euro annuali, «retribuzione oggi prevista come *plafond* massimo per i titolari delle posizioni organizzative attuali, che sono però caratterizzate da una complessità notevolmente inferiore». Quanto all'efficacia del provvedimento che deve essere votato dal Senato, Befera ha rilevato che i risparmi prodotti dai tagli non saranno immediati e si realizzeranno solo nel «medio periodo», mentre l'accorpamento tra l'Agencia delle Entrate e del Territorio, sarà un «processo non breve né agevole». Befera si è detto comunque «pronto a giocare la partita».

La *spending review* comincia il cammino in Parlamento fra riunioni e polemiche urlate in

piazza. Oggi le Regioni concerteranno una linea e nel pomeriggio incontreranno il premier Mario Monti. Sono in allarme per le conseguenze su sanità e trasporti. Irritano in particolare modo i tagli sulla sanità. Secondo i calcoli di Vasco Errani, presidente della Conferenza Stato Regioni, «negli ultimi tre anni abbiamo ricevuto 21 miliardi di euro in meno, mentre la spesa privata è superiore ormai ai 30 miliardi. O si cambia o il sistema non reggerà». I risparmi riguardano soprattutto gli ospedali, individuati come una delle maggiori fonti di spreco. Settemila posti letto in meno, ha precisato il ministro della Salute **Renato Balduzzi**, anziché i 18 mila di cui si era parlato.

Tra le categorie colpite, i farmacisti. Ieri l'associazione Federfarma ha manifestato davanti a Montecitorio fischiando il ministro del lavoro, Elsa Fornero, quando è comparsa sulla piazza. Minacciano una catena di chiusure, a cominciare dal 26 luglio. Altre volte hanno espresso questa volontà, anche se soltanto a livello regionale, mai però messa in pratica. Sarebbe un'iniziativa eclatante con disagi per la distribuzione di medicinali. In serata hanno incontrato Balduzzi, la serrata potrebbe rientrare.

Le misure contenute nella *spending review*, sostengono, comportano la riduzione dei loro margini di guadagno: «Per noi significa il rosso matematico. Così non ce la facciamo», ha detto il presidente, Annarosa Racca. Le più danneggiate sarebbero le farmacie rurali, gestite di solito da un'unica figura.

Andrea Mandelli, presidente di Fofi, la Federazione degli Ordini, teme la perdita di 20 mila professionisti che sarebbero costretti a inter-



rompere l'attività già condizionata da precedenti interventi (leggi finanziarie, liberalizzazioni). In stato di allerta **Farmindustria**, l'associazione delle industrie, chiamate a coprire del 50% lo sfondamento della spesa ospedaliera. In settimana verranno proposte una serie di iniziative per rispondere alla «botta». A caldo il presidente **Massimo Scaccabarozzi** aveva delineato la possibilità, da parte delle case madri, di rinunciare a far entrare nel mercato italiano **farmaci** innovativi. Non si arriverà a tanto, si spera, ma le imprese stanno già facendo i conti per individuare dove usare le forbici all'interno dei propri *budget*.

Proteste si levano anche dal mondo dell'università che denuncia una discriminazione: quella che riguarda gli studenti non comunitari dei nostri atenei. Diciassette loro rappresentanti hanno firmato una lettera-appello ai ministri dell'Integrazione, Andrea Riccardi, e dell'Istruzione, Francesco Profumo, per stralciare dal provvedimento la norma che darebbe «la possibilità alle università italiane di aumentare ulteriormente la contribuzione studentesca in rapporto al finanziamento. Siamo ai limiti del razzismo» è la denuncia. Le tasse per gli studenti italiani, continua la lettera, sono già tra le più alte d'Europa. Con le nuove misure ci sarà la libertà di alzarle ancora per i fuori corso e per i non comunitari, in pratica senza nessun limite. Il che renderebbe in alcuni casi inaccessibile l'iscrizione.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CATEGORIA IN PIAZZA A ROMA. IL 26 NEGOZI CHIUSI PER PROTESTA CONTRO LA SFORBICIATA DA 190 MILIONI

La rivolta dei farmacisti: "Serrata contro i tagli"

Paolo Russo A PAG. 9

SPENDING REVIEW

LE REAZIONI ALLE MISURE

Farmacie verso la serrata il 26 luglio

Aperte solo quelle di turno. Federfarma: "Ventimila dipendenti a rischio"

PAOLO RUSSO
ROMA

Il 26 luglio niente shopping di pillole e sciroppi. I farmacisti aderenti a Federfarma hanno optato per la serrata contro il taglio da 190 milioni l'anno inferto loro dalla spending review con il raddoppio dello sconto obbligatorio sui medicinali mutuabili. Una prima giornata di protesta alla quale ne seguiranno altre, «fino alla disdetta della convenzione con il Servizio sanitario nazionale», minaccia il Presidente di Federfarma, Annarosa Racca. Parole che se seguite ai fatti costringerebbero gli assistiti ad anticipare di tasca propria l'intera spesa per i **farmaci** a carico dello Stato, salvo poi attendere il rimborso dalla Regione.

Intanto giovedì 26 resteranno aperti solo gli esercizi di turno, che sono più o meno una su dieci. Per l'indirizzo si consiglia di consultare la bacheca della farmacia più vicina a casa.

Disagi in vista dunque, ma i farmacisti per ora non intendono fare passi indietro e a nulla è valso l'incontro in serata con il Ministro Balduzzi, che ha ascoltato le loro ragioni senza concedere più di tanto sulla spending, che secondo la Racca «comporterà un costo di 40mila euro a farmacia e la perdita di circa 20mila dipendenti». Anche perché le liberalizza-

zioni avevano portato l'apertura di 4.000 nuovi esercizi. «Già adesso il 20% delle farmacie non paga i grossisti e una su quattro sta fallendo», lamenta la Racca mentre centinaia di farmacisti si avviano sotto Montecitorio armati di fischietti e trombette.

«Presto diventerà impossibile garantire il servizio notturno e chiuderanno soprattutto le farmacie dei piccoli centri», mette in guardia il Segretario nazionale di Federfarma, Alfonso Misasi. Che anticipa anche le proposte dell'Associazione: remunerazione sul costo della ricetta anziché del farmaco e gare d'acquisto delle Asl anche per i medicinali mutuabili venduti in farmacia. Un sistema che consentirebbe di ottenere dall'industria forti sconti così come oggi avviene per i **farmaci** ospedalieri. La proposta non troverà sostenitori tra imprenditori e grossisti.

Intanto però i farmacisti arrabbiati portano a casa 20 milioni, che sembrano essersi persi per strada tra Palazzo Chigi e la redazione della Gazzetta. Il comunicato della Presidenza del Consiglio riporta infatti ancora l'aumento dello sconto obbligatorio dall'1,82 al 3,85 per cento ma il testo pubblicato si ferma a quota 3,65. Una «mancetta» di oltre mille euro a farmacia, che non sembra però placare gli animi dei loro titolari.



I farmacisti annunciano una serrata per il giorno 26. Cosa significa?

Significa che tutte le farmacie resteranno chiuse, con l'unica eccezione di quelle di turno. Che però sono una minima parte del totale degli esercizi, ovvero appena una su dieci.

Perché protestano i farmacisti?

I farmacisti contestano la riduzione della spesa **farmaceutica** introdotta nel decreto sulla spending review che ha raddoppiato lo sconto obbligatorio sui medicinali. Si tratterebbe di circa 40mila euro in meno di incasso per ogni farmacia, in pratica il costo annuo di un dipendente, che si sommano alle perdite già subite nei mesi passati a causa della liberalizzazione del settore.

Il passo successivo potrebbe prevedere la disdetta della convenzione col Servizio sanitario nazionale. Che ricadute avrebbe per i cittadini?

Tutti i **farmaci** mutuabili andrebbero pagati in contanti al farmacista. Spetterebbe poi ai singoli cittadini chiedere il rimborso delle spese al Servizio sanitario nazionale.



R2 Consumi record in Usa, allarme anche da noi

I ragazzi delle pillole boom di anti-depressivi

dal nostro inviato ANGELO AQUARO

NEW YORK

EMILY ha 28 anni e non sa più bene chi è. Emily arriva dal Midwest, ha una lavoro da impiegata che la rende felice, una relazione più che serena e tanti, tantissimi amici.

ALLE PAGINE 45, 46 E 47

Antidepressivi, psicofarmaci, stimolanti. Settanta milioni di americani ogni giorno assumono un farmaco. E anche l'Italia scopre di essere "malata"

Ragazzi in pillole

I giovani pane e farmaci

Emily ha 28 anni e non sa più bene chi è, ostaggio del suo amico più fedele e micidiale: il Prozac

Nuovi abusi: dalle vitamine a Tavor e Xanax, per i più grandicelli c'è anche il Viagra

"I giovani rischiano così di diventare analfabeti emotivi. Non conoscono più se stessi"

DAL NOSTRO INVIATO
ANGELO AQUARO

NEW YORK

Emily ha 28 anni e non sa più bene chi è. Emily arriva dal Midwest, ha una lavoro da impiegata che la rende felice, una relazione più che serena e tanti, tantissimi amici. Eppure, ogni sera, prima di andare a dormire, mentre si strucca davanti allo specchio, Emily sente quel piccolo brivido correrle ancora lungo la schiena. La colpa, lei lo sa bene, è proprio di uno dei suoi amici: il più fidato, quello di più lunga data, l'unico che non l'ha mai tradita, quello che inseparabile la segue da quando aveva 14 anni. Un amico dal nome un po' buffo ma dalla potenza micidiale. Prozac. Acid-ò, acid-à / acid-ò, acid-à... Ricordate? Era l'estate di 15 anni fa e il tormentone di quella band dal nome che era tutto un programma, proprio Prozac+, prese in ostaggio l'Italia. Beh, 15 anni sono quasi una generazione e mica è un caso che dall'altra parte del mondo, all'alba dell'anno 2012, il paese più impasticcato del pianeta, cioè gli Stati Uniti d'America, stia cominciando a fare

i conti con la pillolina che ci ha cambiato la vita. Non è solo questione di Prozac, Tavor, Xanax e — per i più grandicelli — perfino Viagra. No, non è solo questione di pilloline più o meno potenti e più o meno colorate. Il fatto è che il boom delle pasticche che fanno sparire la paura, la malattia e la depressione rischia di fare sparire anche quella che i filosofi, prima ancora che gli psicologi e gli psichiatri, chiamano da millenni "coscienza di sé". Soprattutto nella generazione di chi, come Emily, è nata e cresciuta a pane & pillole.



Qui in America l'hanno già battezzata la Medication Generation. E i numeri non lasciano nessun dubbio. Il *National Center for Health Statistics* dice che il 5 per cento degli americani dai 12 ai 19 anni usano antidepressivi. Aggiungeteci il 6 per cento della stessa fascia d'età che usa invece **farmaci** contro il cosiddetto Adhd, il disordine da deficit d'attenzione e iperattività. Mettete che un altro 6 per cento di adulti tra i 18 e i 39 anni prende antidepressivi. E così ci ritroviamo, per la prima volta, davanti a una generazione che non solo si impasticca dall'età dell'asilo: non sa neppure che cosa vuol dire vivere senza pillola.

«**G**li adulti che prendono i **farmaci** sostengono che la pillola aiuta a tornare a essere quello che erano prima che la depressione oscurasse la loro personalità», scrive sul *Wall Street Journal* Katherine Sharp. «Ma per gli adolescenti dalla personalità ancora in formazione il quadro è molto più complesso». Per chi da sempre convive con la pillola, insomma, «l'assenza di una concezione di sé, precedente al trattamento medico, impedisce di misurare gli effetti della pillola sullo sviluppo della personalità».

Messa così sembra un incubo da fantascienza. E non è un caso che da Aldous Huxley a Philip Dick la pillola regna incontrastata in tanti racconti. Nel "Mondo Nuovo" proprio le pasticche della fantomatica "Soma" aiutano a ingoiare le vite tutte uguali imposte dal tecnocratico regime. «Tutti i vantaggi della Cristianità e dell'alcol: e nessuno dei difetti». Così Huxley introduce la pillolina magica che oggi in tanti intravedono come la profetica progenitrice del Prozac, del Paxil o dello Zoloft che ogni giorno settanta milioni di americani mandano giù. Ma Katherine Sharp non è una scrittrice di fantascienza. Il suo "Coming of Age on Zoloft", l'adolescenza allo Zoloft appunto, è una denuncia in prima persona dei rischi di crescere con gli psicofarmaci. E l'allarme che ha lanciato dal giornale di Wall Street è un campanello per tutti noi. Che fare quindi? Benedetto Vitiello, uno dei più grandi esperti in materia, responsabile della ricerca sull'infanzia al *National Institute of Mental Health*, riconosce che il problema è pri-

ma di tutto culturale. «Ricordo quando per la prima volta sono sbarcato qui trent'anni fa», dice a *Repubblica*. «Ero ospite in casa di un collega, a Philadelphia. Scendo per fare colazione e la moglie, gentilissima, aveva già apparecchiato per tutti. E accanto a ogni bicchiere, insieme al latte e al succo di frutta, ecco lì la bella pillolina. "E questa?", ho chiesto preoccupato. "Ma è la vitamina quotidiana", mi ha risposto lei tranquilla».

Naturalmente — o meglio sarebbe dire artificialmente — su quella strada trent'anni dopo si è avventurato mezzo mondo. Italia e isole comprese. Certo: gli americani ci danno sempre una pista. Il *New York Times* ha lanciato l'ennesimo allarme per i ragazzini. Sempre loro, quelli della *medication generation*, si fanno prescrivere gli stimolanti — fingendo di soffrire di Adhd, il deficit d'attenzione — per affrontare meglio i periodi di stress scolastico e presentarsi con più grinta agli esami. Dalla pillola per risolvere un problema alla pillola che già tra i giovanissimi si trasforma dunque nell'aiutino proibito. Doping. Droga. Ce ne sarebbe abbastanza per gridare allo scandalo. Ma una giornalista d'inchiesta, Kaitlin Bell Barnett, ha scritto un altro libro per invitare a non generalizzare. "Dosed", cioè appunto "dosati", ha un sottotitolo ancora più esplicito, "Così cresce la Medication Generation", e racconta le storie di cinque ex adolescenti che, come lei, sono cresciuti a pane, pillole e depressione. «Ci sono passata anch'io», racconta ora. «Ma ho voluto indagare meglio proprio perché, leggendo su giornali e blog certe storie, ho scoperto che gli approcci non sempre sono stati positivi come il mio». La parola chiave è "differenza": «Non tutti rispondiamo allo stesso modo ai **farmaci**. E le storie personali e i contesti familiari possono fare davvero la differenza».

Ok, ma non sarà che dietro il proliferare delle pillole si nasconde la longa manus dell'industria **farmaceutica**? In fondo la *medication generation* è cresciuta di pari passo con il via libera dei cosiddetti "spot con-

sumatore". È solo dal 1996 che negli Usa è permessa la pubblicità dei **farmaci** per il fai-da-te dei disturbi mentali, sognanti caroselli dove basta una pillola per sentirti subito meglio: e chi vuoi che poi — malgrado la voce fuori campo — legga attentamente le avvertenze? Del resto, che la generazione-pillola sia unapacchia per Big Pharma non è mica un segreto: gli esperti lamentano, per esempio, la mancanza di studi specializzati sui rischi, che come si sa richiedono fior di finanziamenti. «Una certa teoria biologica dice che il cervello in via di sviluppo dei bambini potrebbe "sintetizzarsi" proprio per colpa dell'abuso dei **farmaci**», aggiunge Vitiello. «Ma dati certi non ne abbiamo. Certo è solo che il farmaco non dovrebbe mai essere il primo rimedio. E andrebbe assunto dietro intervento medico. E con l'attenta partecipazione dei genitori».

Ma tutto lascia pensare che la *medication generation* si lascerà accompagnare dalle medicine per tutta la vita. «Già oggi», ricorda l'esperto «una persona di 65-70 anni prende in media 5-10 **farmaci** al giorno. E mica solo per curarsi. Per prevenzione: per non ammalarsi. La pasticca per il controllo del colesterolo, la pasticca per la pressione, la pasticca per il controllo del diabete, la pasticca per il controllo della tiroide, per incrementare la memoria...».

Figuriamoci che cosa succederà adesso che l'impasticcamento comincia da bambini. O no? Kaitlin, la giornalista di "Dosed", vede un po' meno nero: «Non solo non ci sono prove che chi assume i **farmaci** da piccolo sia più esposto all'abuso dei **farmaci** da grande. Al contrario, ci sono studi che dimostrano come i giovani che si impasticcano già da piccoli da grandi tendono poi a rapportarsi in una maniera più corretta con i **farmaci**: più informata». Non tutta la *medication generation*, insomma, vive i tormenti di Emily, che 14 anni dopo resta ostaggio delle sue pasticche: la pillola che ci rende tutti uguali devono ancora inventarla.

Il consumo di psicofarmaci negli Stati Uniti



Negli Stati Uniti l'hanno già chiamata "medical generation". *Milioni di ragazze e ragazzi che prendono pasticche fin dall'età dell'asilo: per combattere la paura, per affrontare la vita. Ma questo fai-da-te della cura continua anche in età adulta*

Generando dipendenza e una diffusa anaffettività

Gli psicofarmaci più diffusi tra gli studenti statunitensi

Prodotti venduti dietro presentazione della prescrizione medica (dati 2011)

Adderall XR (Shire)

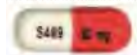


Prescrizioni per ragazzi tra 10 e 19 anni **1,6 milioni**

La droga "per studiare" più diffusa tra gli studenti delle superiori. Alza il livello delle dopamine e modifica il ciclo notte-giorno

Effetto: 8-12 ore

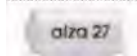
Vyvanse (Shire)



Prescrizioni per ragazzi tra 10 e 19 anni **4,1 milioni**

Farmaco di recente introduzione, privo di una variante generica e quindi costoso. Più facilmente assimilabile rispetto all'Adderall, può provocare disappetenza

Concerta (Janssen)



Prescrizioni per ragazzi tra 10 e 19 anni **2,6 milioni**

Cancella la percezione della stanchezza e ritarda il sonno

Effetto: fino a 16 ore

Focalin XR (Novartis)



Prescrizioni per ragazzi tra 10 e 19 anni **1,8 milioni**

Equivalente del Vyvanse, ha diversi effetti collaterali possibili: cefalea, perdita di appetito, nervosismo e tremiti

Effetto: 8-12 ore

Ritalin (Novartis)



Prescrizioni per ragazzi tra 10 e 19 anni **263 mila**

Introdotta nel 1955, molto economico, ha effetti di durata e intensità minore e poche controindicazioni

Effetto: 3-4 ore

Fonte: The New York Times

Gli antidepressivi in Italia

Rimborsati dal servizio sanitario nazionale



Dove se ne consumano di più...

Toscana
55,9 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti



... e dove di meno

Campania
27,8 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti

Il consumo di psicofarmaci tra chi studia

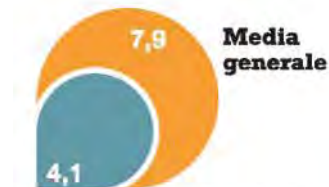
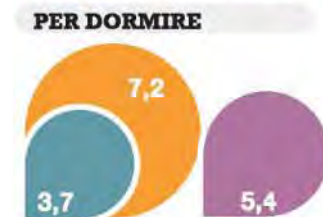
Gli psicofarmaci senza prescrizione medica sono stati utilizzati almeno una volta dall' **8% degli studenti italiani**



Le tipologie

Ragazzi tra 15 e 19 anni, ultimi 12 mesi. Dati in %

■ maschi ■ femmine ■ media



Fonte: Cnr-Espad

Il caso

Dal 2001 a oggi è raddoppiato il consumo di "pillole"

Il boom italiano degli antidepressivi uno su due li usa

"Paroxetina, escitalopram e sertralina sono i principi attivi più diffusi"

MICHELE BOCCI

Una crescita che non conosce soste. Ogni anno gli italiani consumano più antidepressivi di quello precedente. Paroxetina, escitalopram e sertralina sono i principi attivi più diffusi. Con le altre molecole della stessa famiglia finiscono negli armadietti del bagno di un numero enorme di persone. Più di un italiano su due in dodici mesi compra una confezione di questi medicinali: nel 2011 le farmacie ne hanno vendute 34 milioni e mezzo e le dosi assunte in media ogni giorno sono più che raddoppiate rispetto al 2001. Parliamo di prodotti prescritti da un medico, e pagati dal sistema sanitario.

Ma se si prendono in considerazione anche i medicinali di questo tipo venduti su ricetta "bianca" i numeri crescono ancora, diventano una valanga contando anche un'altra categoria di farmaci per problemi psichiatrici, gli ansiolitici come le benzodiazepine. Questi non vengono passati dal servizio sanitario e sono in assoluto i prodotti più venduti in farmacia tra quelli comprati a proprie spese dai cittadini. Dalle tasche degli italiani nel 2011 sono usciti 550 milioni di euro per acquistarli.

Nel 2001, in media, 15 persone ogni mille prendevano un antidepressivo al giorno. Il dato l'anno scorso è salito a oltre 36. Undici anni fa le confezioni acquistate erano 21 milioni e 400 mila, l'anno scorso appunto 34 milioni e mezzo. La spesa per il sistema sanitario, che rimborsa questi medicinali, non è invece aumentata ma addirittura scesa. L'effetto è dovuto al fatto che per alcune molecole in questi anni è scaduto il brevetto e sono entrati in commercio i generici, che hanno abbassato sensibilmente i prezzi. In Italia ancora non si assiste ancora al fenomeno degli Usa, dove molti adolescenti vengono trattati con gli antidepressivi. Il profilo del paziente standard nel nostro Paese è quello di una donna con più di 65 anni. «Abbiamo la fortuna-sfortuna di se-

guire gli Usa con 10 o a volte 20 anni di ritardo in molte cose. Quello che succede da loro però, prima o poi arriva anche qua». A fare questa previsione è Giovanni Battista Cassano, uno dei padri della psichiatria italiana che oggi dirige una clinica a San Rossore. «In America hanno di certo più depressione giovanile che da noi, per vari aspetti dello stile di vita di quel Paese. L'aumento di diagnosi si porta dietro anche un abuso e quindi i loro numeri salgono ancora di più». Cassano non è impressionato dal dato italiano sulla crescita dell'utilizzo degli antidepressivi. «L'Italia è al di sotto degli altri paesi occidentali, per il consumo. Le Regioni che usano di più questi medicinali hanno tassi di ricovero più bassi, un'assistenza che funziona meglio, meno ore di lavoro perduto da parte dei malati. Non ci dimentichiamo che abbiamo tanti morti per depressione. Qualcuno pensa che chi inizia a prendere gli antidepressivi poi non smette più. Non è vero. Abbiamo tanti pazienti che fanno un ciclo di cura e poi non hanno più problemi. Oppure che hanno ricadute a distanza nel tempo. Mi ricordo di Montanelli: ogni 10 anni aveva una depressione, che lo spingeva a fare i farmaci per un periodo limitato».

La vede in modo diverso Gustavo Pietropoli Charmet, psicologo dell'adolescenza. «Mi fa piacere che in Italia si usino molti meno antidepressivi sui giovani rispetto agli Usa. Il farmaco non può essere la prima istanza di cura. Quasi tutti gli adolescenti hanno un fondo malinconico, un po' triste, annoiato, con sentimenti di solitudine, inadeguatezza. Considerare queste situazioni come problemi che si risolvono con gli antidepressivi è un errore diagnostico. La depressione va curata con i farmaci se è una questione organica. Se uno è depresso perché va male a scuola, perché la fidanzata l'ha mollato o ha brufoli può fare scelte gravi come il suicidio, o l'abuso dell'alcol. Ma non per questo va curato con i farmaci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Aifa: cercasi appropriatezza

Appropriatezza a oltranza per garantire l'accesso alle nuove registrazioni che peseranno circa 300 milioni. La ricetta del Dg dell'Aifa, Pani, alla presentazione del rapporto Osmed sul consumo dei medicinali nel 2011.

A PAG. 6-7

Alfa/ Presentati i dati del rapporto Osmed sul consumo dei medicinali in Italia nel 2011

Pillole, appropriatezza in fieri

In pista nuove registrazioni da 300 milioni - Pani: «Surplus di variabilità regionale»

«**L**e nuove registrazioni in arrivo peseranno sulla spesa **farmaceutica** pubblica per circa 300 milioni: questo è un motivo in più per monitorare il consumo e l'appropriatezza d'uso dei medicinali per far quadrare bisogni e risorse, segnalando tutte le aree di criticità».

La promessa arriva da **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa, che proprio giovedì scorso, in coincidenza col varo della spending review, ha presentato a Roma assieme al presidente dell'Iss, **Enrico Garaci**, il Rapporto Aifa sul consumo dei **farmaci** in Italia, realizzato dall'Osservatorio sull'uso dei medicinali in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità.

Sotto la lente i consumi farmaceutici del 2011 in un mercato totale da 26,3 miliardi di euro per i due terzi (26,1 miliardi nel 2010) rimborsato dal Ssn. La radiografia tracciata dal report documenta una spesa sostanzialmente sotto controllo: complessivamente la spesa territoriale è diminuita del 4,6%, essenzialmente per il calo dei prezzi (-6,1%) a fronte di un leggero aumento dei consumi (0,7%), per un totale di 1,8 mld di confezioni, in media 30 confezioni a testa. In aumento invece la spesa sostenuta dai cittadini per un totale di 6,346 mln di euro nel 2011 (+5%), di cui 1.337 milioni di ticket, costato 22,1 euro a testa, con un aumento del 34% rispetto al 2010.

Il calo di spesa registrato un po' in tutte le Regioni - con i picchi massimi in Calabria (-13,1%) e Puglia (-8,8%) - non è tuttavia sintomo di un automatico aumento dell'appropriatezza: «Statisticamente siamo sostanzialmente in linea con gli altri Paesi Ue - ha commentato Pani - ma la performance regionale resta a macchia di leopardo senza motivazioni di tipo epidemiologico

che giustifichino le differenze rilevate».

Un esempio che vale per tutti è quello del consumo di antibiotici, leggermente in diminuzione rispetto al 2010 (-1,3%) ma comunque caratterizzato da iperconsumo nelle Regioni del Sud - dove ci si aspetterebbe una minore incidenza delle infezioni dell'apparato respiratorio - con una forbice che va dalle 31,7 dosi ogni mille abitanti in Campania alle 12,7 dosi di Bolzano.

In aumento anche il consumo di antidepressivi: il dato complessivo è di 36,1 dosi giornaliere per 1.000 abitanti, con un aumento rispetto all'anno precedente del +1,2%; a livello regionale consumi ben sopra la media si registrano in Toscana (55,9 dosi), Liguria (48,1 dosi) e a Bolzano (44 dosi).

Nel mirino del Rapporto Osmed anche l'analisi per tipologie di popolazione e l'influenza delle differenze di genere sul rapporto con i **farmaci**: donne, bambini e anziani risultano le categorie più esposte ai **farmaci**. Dall'analisi emerge infatti che, all'interno della popolazione assistibile, 8 donne su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, mentre il rapporto scende a 7 su 10 per gli uomini.

Allo stesso modo 8 bambini su 10 ricevono in un anno almeno una prescrizione (in particolare di antibiotici e antiasmatici); mentre negli anziani, in corrispondenza di una maggiore diffusione di patologie croniche (quali per esempio l'ipertensione e il diabete), si raggiungono livelli di uso e di esposizione vicini al 100 per cento.

L'analisi della prescrizione **farmaceutica** nella popolazione conferma anche che l'età rappresenta il principale fattore predittivo dell'uso dei **farmaci**:

la spesa media di un assistibile di età superiore a 75 anni è di circa 13 volte maggiore di quella di una persona di età compresa fra 25 e 34 anni, differenza che diventa di 17 volte in termini di dosi. La popolazione ultrasessantacinquenne assorbe il 60% della spesa e delle Ddd; al contrario, nella popolazione fino a 14 anni, a fronte di elevati livelli di prevalenza (tra il 50% e l'80%), si consuma circa il 3% delle dosi e della spesa.

Innovativo rispetto alle precedenti edizioni, infine, il focus sull'utilizzo dei **farmaci** tra gli immigrati che in media consumano una confezione **farmaceutica** in meno rispetto agli italiani. Mentre resta sostanzialmente invariata la classifica per categorie terapeutiche: i **farmaci** del sistema cardiovascolare, con oltre 5 miliardi di euro, sono in assoluto la categoria a maggior utilizzo. Altre categorie terapeutiche di rilievo per spesa sono: i **farmaci** del sistema nervoso centrale (13% della spesa), i **farmaci** gastrointestinali (12,9%), gli antineoplastici (12,1%). I **farmaci** dermatologici (per l'88% della spesa), del sistema genito-urinario e ormoni sessuali (60%) e dell'apparato muscolo-scheletrico (53%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Composizione percentuale* della spesa farmaceutica 2011 per I livello Atc

| | Classe A-Ssn | Classe A privato | Classe C con ricetta | Automedicazione | Strutture pubbliche | Totale (mln €) |
|--|--------------|------------------|----------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| A - Gastrointestinale e metabolismo | 56,3 | 4,8 | 8,1 | 19,1 | 11,7 | 3.382 |
| B - Ematologici | 29,0 | 3,2 | 5,2 | 1,1 | 61,5 | 1.978 |
| C - Cardiovascolare | 89,2 | 3,2 | 3,0 | 1,7 | 3,0 | 4.942 |
| D - Dermatologici | 8,9 | 5,4 | 45,1 | 37,4 | 3,1 | 663 |
| G - Genito-urinario e ormoni sessuali | 32,3 | 2,8 | 53,8 | 3,1 | 8,0 | 1.249 |
| H - Ormoni sistemici | 41,5 | 8,8 | 4,9 | 0,0 | 44,8 | 541 |
| J - Antimicrobici | 38,0 | 5,1 | 3,2 | 0,0 | 53,7 | 2.722 |
| L - Antineoplastici | 10,6 | 0,9 | 0,3 | 0,0 | 88,2 | 3.157 |
| M - Muscolo-scheletrico | 40,5 | 12,8 | 16,1 | 24,4 | 6,2 | 1.378 |
| N - Snc | 42,5 | 4,3 | 28,2 | 7,5 | 17,5 | 3.410 |
| P - Antiparassitari | 54,6 | 12,1 | 26,2 | 1,8 | 5,3 | 22 |
| R - Respiratorio | 60,1 | 6,4 | 9,3 | 21,8 | 2,4 | 1.822 |
| S - Organi di senso | 38,1 | 2,2 | 33,9 | 15,1 | 10,6 | 554 |
| V - Vari | 27,7 | 0,0 | 9,7 | 0,2 | 62,4 | 432 |

(*) Calcolata sulla categoria

Fonte: Osmed

Dati generali di consumo farmaceutico territoriale* 2000 e 2011

| | 2000 | 2011 | Δ% 11/00 |
|---|---------------|---------------|-------------|
| Popolazione di riferimento (dati Istat) | 57.679.895 | 60.626.442 | - |
| Numero confezioni (milioni) | | | |
| ● Classe A-Ssn | 745 | 1.089 | 46,1 |
| ● Acquisto privato (A, C, Sop e Otc) | 784 | 730 | -6,9 |
| ● Totale | 1.529 | 1.819 | 19,0 |
| Spesa farmaceutica (milioni) | | | |
| ● Classe A-Ssn lorda | 10.041 | 12.387 | 23,4 |
| ● Acquisto privato (A, C, Sop e Otc) | 5.684 | 6.346 | 11,7 |
| ● Totale | 15.725 | 18.733 | 19,1 |
| Numero ricette classe A-Ssn (milioni) | 351 | 590 | 68,3 |
| Ddd/1.000 ab die classe A-Ssn | 580 | 693 | 66,1 |
| % copertura Ssn farmaci classe A-Ssn | 88 | 96 | - |

(*) Esclusa la distribuzione diretta e per conto

Fonte: Osmed

Consumi farmaceutici territoriali* 2011 (classe A-Ssn)

| Regioni | Spesa lorda pro capite pesata | Confezioni pro capite pesate | Ddd/1.000 ab die pesate | Spesa privata pro capite pesata (A, C, Sop e Otc) |
|---------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|---|
| Piemonte | 182,0 | 16,4 | 899,1 | 104,4 |
| Val d'Aosta | 175,7 | 15,9 | 893,5 | 129,3 |
| Lombardia | 191,9 | 15,5 | 869,9 | 111,4 |
| Bolzano | 149,0 | 12,5 | 729,1 | 100,3 |
| Trento | 162,2 | 15,2 | 836,9 | 100,9 |
| Veneto | 177,6 | 16,2 | 906,9 | 98,6 |
| Friuli V.G. | 187,2 | 16,5 | 930,1 | 85,4 |
| Liguria | 188,3 | 16,7 | 918,7 | 128,6 |
| Emilia R. | 170,2 | 17,1 | 947,5 | 114,1 |
| Toscana | 167,7 | 17,5 | 950,7 | 120,8 |
| Umbria | 180,9 | 18,5 | 1.031,2 | 96,3 |
| Marche | 190,0 | 17,8 | 958,6 | 109,2 |
| Lazio | 234,4 | 19,8 | 1.055,5 | 115,7 |
| Abruzzo | 221,9 | 18,4 | 968,3 | 91,8 |
| Molise | 206,1 | 18,3 | 949,1 | 63,9 |
| Campania | 232,0 | 19,8 | 988,3 | 99,2 |
| Puglia | 235,0 | 20,8 | 1.055,1 | 84,4 |
| Basilicata | 197,1 | 18,7 | 970,7 | 72,9 |
| Calabria | 231,2 | 20,1 | 1.032,2 | 95,5 |
| Sicilia | 258,1 | 21,1 | 1.086,2 | 99,8 |
| Sardegna | 229,0 | 19,5 | 1.041,7 | 90,9 |
| Italia | 204,3 | 18,0 | 963,3 | 104,7 |

(*) Esclusa la distribuzione diretta e per conto

Fonte: Osmed

L'ALGORITMO ALLO STUDIO DELL'AIFA A REGIME DAL 2013

Cinque «domini» per valutare il grado di innovatività dei medicinali

La maggior spinta all'innovazione viene dalla ricerca per lo sviluppo di terapie innovative che riguardano il trattamento delle malattie più gravi. Questo, oltre a rappresentare una priorità per qualsiasi servizio sanitario nazionale, richiede l'individuazione di un adeguato controvalore economico e l'identificazione delle più opportune modalità di finanziamento. Ciò è ancor più vero nel contesto italiano dove sono presenti precisi vincoli alla spesa **farmaceutica** regionale. Al riguardo l'Aifa negli ultimi anni ha adottato importanti interventi a governo della spesa e di regolazione del settore farmaceutico e ha assunto iniziative di indirizzo nell'utilizzazione dei **farmaci**.

Tra queste, l'Aifa ha avviato un complesso processo di revisione delle modalità di valorizzazione dell'innovazione e sta sviluppando un percorso decisionale di valutazione, unitamente a un algoritmo matematico in grado di identificare il grado di innovatività di un farmaco o di una nuova terapia. Attraverso questo nuovo modello, il valore innovativo di un farmaco, non sarà solamente legato alla proprietà intrinseca del principio attivo che lo compone, ma dipenderà dal contesto in cui è introdotto e dalla disponibilità di opzioni terapeutiche alternative.

Una corretta valorizzazione dell'innovazione richiede, infatti, la valutazione degli effetti sulla qualità della cura (riduzione della mortalità e morbilità, sollievo dal dolore, benefici in termini di qualità della vita per il paziente); la valutazione degli effetti sul costo della cura (risorse utilizzate per lo sviluppo e per la dispensazione al paziente); la valutazione degli effetti sul valore della cura (miglioramento della qualità in rapporto ai costi).

Fino a oggi la maggior parte dell'innovazione è stata valutata principalmente in termini di qualità della cura, mentre spesso il costo per raggiungerla è stato ignorato sminuendone, o al contrario a volte amplificandone, il reale valore.

La problematica più rilevante è rappresentata dalla misurabilità dell'innovazione che è strettamente legata alla qualità delle sperimentazioni cliniche, alla robustezza degli endpoint, alla scelta dei trattamenti di confronto (comparator) e alla valutazione della dimensione dell'effetto terapeutico.

È così che il nuovo algoritmo di valutazione analizzerà cinque specifici «domini»

al fine di chiarire e misurare questi aspetti. Verrà, quindi, valutata la patologia per la quale la nuova terapia è stata autorizzata, verranno esaminate le caratteristiche specifiche del farmaco, con particolare riferimento agli aspetti di sicurezza, verranno analizzati nel dettaglio gli elementi di efficacia clinica tratti dal dossier registativo del prodotto andando ad approfondire nello specifico la comparazione con le terapie attualmente disponibili, siano esse quelle indicate dalle linee guida per il trattamento, che quelle tratte dalla pratica clinica quotidiana. Infine, particolare importanza verrà data all'analisi farmaco-economica di costo-efficacia. Gli strumenti farmacoeconomici di valutazione sono essenziali per garantire l'accesso futuro ai **farmaci** innovativi in modo equo ed efficiente. Analisi sulla qualità della vita prodotta dalla cura e su fattori socioeconomici, quali la riduzione dei costi totali della medicalizzazione/ospedalizzazione o la generale riduzione dei costi sociali ottenuti dalla ritrovata capacità produttiva del cittadino, potranno incidere sulla modalità di introduzione e monitoraggio del farmaco stesso, trasformando tale modalità da prettamente «contabile», dove nel breve termine si analizzano le sole dinamiche di utilizzazione dei **farmaci**, in modalità di tipo «economico» di medio-lungo termine in grado di ricollegare l'utilizzazione dello stesso all'evoluzione temporale delle malattie che intende curare.

Questo si coniuga con le scelte già adottate dall'Aifa, ovvero quelle di promuovere l'utilizzo di «strumenti di rimborso condizionato», anche detti Managed Entry Agreements, unitamente all'implementazione di specifici Registri di monitoraggio, volti a identificare in modo più univoco la popolazione maggiormente in grado di beneficiare di un determinato trattamento. Tale approccio è alternativo alla definizione di threshold che, invece, implicherebbero l'esclusione dalla possibilità di utilizzo di una terapia anche solo per una limitata sottopopolazione di pazienti. Ciò non significa che la popolazione identificata sia l'unica eleggibile al trattamento ma, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, la scelta adottata è, e sarà, quella di garantire un accesso pieno a quei pazienti per cui il trattamento risulti effettivamente costo/efficace, ovvero in cui è evidente il vantaggio terapeutico prodotto. In un contesto in cui si stanno sempre più sviluppando la cultura di una «autorizzazione condizionata» e una conti-

nua rivalutazione del rapporto beneficio/rischio di un prodotto, anche grazie all'implementazione della nuova direttiva sulla farmacovigilanza, la necessità di avere a disposizione strumenti che permettano una revisione anche del valore del prodotto stesso, diventa una strategia importante, in cui l'Aifa rappresenta una delle Agenzie europee più avanzate.

Le nuove strategie di sviluppo del farmaco, per ritrovare una loro sostenibilità, richiedono un percorso di armonizzazione tra gli ambiti regolatori e chi si deve occupare della definizione della rimborsabilità e del prezzo dei **farmaci**. Un percorso di armonizzazione ormai in atto sia a livello europeo che internazionale e chiaramente opposto a qualsiasi forma di localismo. Il nuovo algoritmo di valutazione va in questa stessa direzione, coniugandosi con lo sviluppo di una attività di scientific advice congiunto tra il settore regolatorio e quello di definizione della rimborsabilità e prezzo, che permette all'Agenzia di espandere appieno le proprie potenzialità costitutive e di fornire precise indicazioni sui requisiti attesi da ambedue i settori.

In senso pratico, il nuovo modello di valutazione permetterà di ottenere degli assessment chiari e chiaramente ripercorribili in ogni loro parte, offrendo anche alle Regioni la possibilità di non dover più rifare una propria valutazione.

La scelta di politica **farmaceutica** adottata dall'Italia, e promossa dall'Aifa, ha finora garantito l'accesso a tutti i nuovi **farmaci**. In un momento di così drammatica riduzione delle risorse disponibili, con questo nuovo strumento l'Aifa spera di poter contribuire a mantenere tali i livelli di accesso alle cure, operando per una piena e appropriata valorizzazione di ogni terapia.

Paolo Daniele Siviero

Coordinatore area strategia e politiche del farmaco - Aifa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INDAGINE SULLE FARMACEUTICHE PRESENTATA AL CONVEGNO DELLA PAA

Troppo nebuloso il profilo del market access

Disomogeneità territoriali e devolution in Sanità, combinati con la cronica e oggi aggravata scarsità di risorse economiche pubbliche destinate alla salute, determinano condizioni locali di accesso al farmaco spesso imprevedibili: le aziende sono costrette ad assumersi oltre al rischio imprenditoriale anche il rischio Paese o Regione: Per questo avvertono fortissima l'esigenza di una maggior disponibilità al confronto da parte delle istituzioni, sia nazionali che locali e della formazione di una nuova generazione di specialisti del market access, con capacità e competenze più focalizzate sulla negoziazione in chiave farmaco-economica.

Queste, in sintesi, le richieste dei top manager dell'industria **farmaceutica** emerse dal «Public Affairs Monitor 2012», indagine annuale realizzata da Medi-Pragma per conto di Public Affairs Association (Paa), l'associazione dei professionisti delle relazioni istituzionali e della lobbying che operano nel settore della Sanità, presieduta dal presidente Simg, **Claudio Cricelli**. Presentata mercoledì scorso a Roma, in occasione del IV convegno nazionale dell'associazione, l'indagine ha raccolto e valutato il punto di vista di un campione rappresentativo di Dg di aziende farmaceutiche di primaria importanza operanti sul mercato italiano: «Le attuali soluzioni organizzative non soddisfano pienamente l'obiettivo di garantire al meglio l'accesso dei **farmaci** al mercato italiano» - ha spiegato **Bruno Sfogliarini**, coordinatore dello studio -. «Pur avendo un ruolo chiave nel modello di business, infatti, il market access non ha ancora raggiunto una configurazione stabile e pienamente efficace essenzialmente per la difficoltà di dialogo con

Aifa e le Commissioni tecniche e, a livello locale, per la forte variabilità degli interlocutori e delle loro istanze».

«La Public Affairs Association - ha garantito il senatore **Antonio Tomassini**, presidente del comitato etico della Paa - punta a creare anche nel nostro Paese una cultura consolidata, riconosciuta e accettata del dialogo tra pubblico e privato. Intanto, una risposta, seppur indiretta, alle istanze dell'industria è venuta da **Paolo Siviero**, responsabile del centro studi dell'agenzia, che ha presentato il nuovo algoritmo dell'innovazione per la valutazione dei **farmaci** (si veda intervento a fianco).

Il IV Convegno nazionale della Public Affairs Association è stato anche l'occasione per la consegna dei Public Affairs Awards 2012. Sono stati premiati: l'Agenzia Nazionale dei Giovani (progetto Sport modello di vita); Regione Basilicata (vaccino Hpv); Comune di Ossona (Carlo e la Barca/Dito Viaggio intorno al mondo della salute); Provincia di Novara/Comune di Oleggio (Farmacisti sul campo; istituto Humanitas Gavazzeni (Brain + Light = Bright!); Fondazione Giorgio Castelli (Progetto prevenzione morti improvvise); AstraZeneca (Osservatorio salute); Petrone Group (categoria distributori e farmacie); Anmdo (medici direzioni ospedaliere); Università di Roma Tor Vergata (Italian Barometer Diabetes Observatory) e Federanziani (Rapporto Sanità in cifre). Premio speciale, infine, per il progetto «Buon appetito» del Museo della Scienza e Tecnologia «Leonardo Da Vinci» di Milano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SANITÀ NON È UGUALE PER TUTTI L'ULTIMA TROVATA DEL MANAGER PUBBLICO

 Per dire che la sanità non è uguale per tutti il direttore sanitario dell'ospedale Civile di Venezia, Vincenzo Nardacchione, ha diramato una *mail* ai medici in occasione della visita (di giugno) del presidente della Repubblica Giorgio Napolitano: «Vi ricordo che l'eventuale ricovero di Vip è sempre previsto presso l'Angelo (l'ospedale di Mestre, ndr)». Come dire: poveracci, straccioni, immigrati, operai, impiegati e va beh, abbondiamo, anche qualche diplomato, chissà, nefrega dove finiscono. Gli altri, i malati che contano, le *Very important person*, per dirla con il direttore sanitario, vanno indirizzati nel posto giusto dai medici giusti per evitare figuracce e reclami.

Davanti a un messaggio del genere si può solo sperare in uno scherzo o nella posta elettronica dalla Ulss 12 sabotata da un hacker. Invece è tutto tristemente vero, la *mail*, l'invito a medici, infermieri, portieri e portantini, il tono esortativo con il quale si classificano malati in serie A e in serie B ignorando Ippocrate, il principio di uguaglianza, l'etica e l'umanità di cui si fa un

gran parlare nei convegni per i manager come il dottor Nardacchione, che devono gestire un ospedale. Legittimo chiedersi da dove viene, chi l'ha nominato, quale lottizzazione lo ha assegnato a un posto di alta responsabilità uno così, tanto incauto quanto spregiudicato nella sua brutale sincerità. È davvero un posto impresentabile l'ospedale Civile di Venezia? E allora si chiuda, dando una mano alla *spending review* del governo Monti,

se uno dei massimi dirigenti ha il terrore di vederci finire un paziente «che conta».

Ma se non è così, se ci sono medici e infermieri all'altezza del loro compito, come pensiamo ci siano, ci piacerebbe conoscere qual è l'idea di sanità pubblica che Vincenzo Nardacchione ab-

bina sinistramente alla parola Vip: compito di un ospedale non è quello di occuparsi di poveri e ricchi, di saggi e stolti, di umili e arroganti, di stoici e lamentosi cercando di fornire cure e giusta attenzione, a prescindere dal modello 740? Magari a Venezia è cambiato qualcosa e non ce l'hanno detto.

Giangiaco Schiavi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come funzionano in Italia i trapianti?



A CURA DI VALENTINA ARCOVIO
ROMA

A Genova un ospedale ha bloccato l'attività di trapianto dopo che una équipe si era rifiutata di fare un espianto di fegato perché l'organo non sarebbe stato trapiantato su un loro paziente. Ma come funziona in Italia il sistema trapianti?

Il sistema prevede che il coordinamento delle attività di donazione, prelievo e trapianto sia articolato su quattro livelli: nazionale (Centro nazionale trapianti), regionale e interregionale (Centri regionali trapianto e Centri interregionali trapianto) e locale (Asl e Centri trapianto). Questa organizzazione multilivello ha permesso al sistema trapianti italiano di raggiungere livelli di eccellenza negli ultimi anni, sia per qualità dei trapianti effettuati che per condizioni dei pazienti trapiantati, due variabili strettamente legate. Un'organizzazione così capillare, basata sulla trasparenza, ha reso il nostro paese un'eccellenza europea.

Come si suddividono funzioni e responsabilità dei vari centri coinvolti?

Il Centro Nazionale Trapianti svolge diversi compiti: cura le liste delle persone in attesa di trapianto, definisce i parametri tecnici e i criteri per l'inserimento dei dati delle persone in attesa, mette a punto i protocolli operativi per l'assegnazione degli organi e dei tessuti secondo parametri stabili-

ti esclusivamente in base alle urgenze ed alle compatibilità, e si occupa del controllo dei centri e delle strutture coinvolte nei trapianti. I centri regionali e interregionali, invece, si occupano di coordinare le attività di raccolta e di trasmissione dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto, coordina le attività di prelievo e i rapporti tra i reparti di rianimazione presenti sul territorio e le strutture per i trapianti, assicura il controllo sull'esecuzione dei test immunologici necessari per il trapianto, procede all'assegnazione degli organi in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro nazionale e coordina il trasporto dei campioni biologici, delle équipe sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza.

Chi autorizza il prelievo di un organo?

Il prelievo di un organo non richiede nessuna autorizzazione. «Il donatore - spiega Nanni Costa, direttore del Centro Nazionale Trapianti - viene gestito dai centri regionali o interregionali di competenza, in base alla regione di riferimento. L'intervento di espianto può invece essere fatto in tutti gli ospedali dotati di reparti di rianimazione e chirurgia, senza quindi alcuna preventiva autorizzazione ministeriale».

Esiste l'«obiezione di coscienza» per l'espianto di uno o più organi?

No. «I medici preposti al prelievo di organi da un donatore, infatti, non possono scegliere se e quali organi

espiantare», precisa Costa. In caso di comportamenti ritenuti scorretti, la Rete nazionale trapianti è organizzata in modo da essere prontamente informata affinché l'organo o gli organi non vadano persi. Successivamente, il Centro Nazionale Trapianti segnala l'accaduto alle autorità competenti, l'azienda sanitaria e l'assessorato regionale, per eventuali provvedimenti e viene predisposta un'équipe che proceda al prelievo degli organi.

Il prelievo e il successivo trapianto vengono effettuati da équipe diverse?

A eccezione dei reni, di solito il prelievo e il trapianto vengono effettuati dalla stessa équipe regionale. Questo per motivi di tempo. «Mentre infatti i reni possono essere trapiantati anche dalle 20 alle 24 ore dopo l'espianto - spiega Costa - per il fegato e il cuore i tempi sono più stretti. Il fegato deve essere trapiantato al massimo dopo 14 ore dall'espianto, mentre il cuore al massimo dopo 8 ore».

I medici che effettuano il trapianto sono gli stessi che accertano la morte del paziente?

No, si tratta di due équipe di medici diverse per l'interesse del paziente.

La donazione di organi e tessuti può avvenire soltanto in seguito a diagnosi di morte e se il defunto ha espresso in vita la volontà a diventare donatore. Può aver parlato con i familiari, depositato la sua volontà presso gli sportelli Asl attivi per la registrazione delle dichiarazioni di volontà, oppure

aver conservato tra i documenti nel portafoglio una nota scritta.

Il donatore può decidere, quando è in vita, a chi donare i suoi organi in caso di decesso?

No, gli organi vengono generalmente assegnati ai pazienti in lista di attesa in base alle condizioni di urgenza ed alla compatibilità clinica ed immunologica del donatore con i pazienti in attesa di trapianto. Su questo punto la normativa è molto rigida. Altra cosa è invece il trapianto di rene o fegato da donatore vivente. In questo caso, ogni persona in buone condizioni di salute può diventare un possibile donatore nei confronti di un parente consanguineo o non consanguineo (nel caso, per esempio, di coniugi o adozioni). Per valutare caso per caso viene inoltre predisposta una commissione ad hoc a cui spetta l'ultima parola.



E ora in Europa siamo tra i meno sportivi

Inostri ragazzi troppo pigri e sedentari, colpa anche della scuola

FULVIO BIANCHI

ROMA

La Francia, versione grandeur, ha annunciato che a Londra vuole vincere 15 medaglie d'oro. Gianni Petrucci, più prudente, quando gli chiedono se firmerebbe per 25 totali risponde con un sussurro: «Quasi sì...». Anche se in realtà il traguardo è fissato a quota trenta, o giù di lì. Ma certo i "cugini" francesi ci staccheranno di sicuro, e i motivi si scoprono sfogliando il "Libro bianco dello sport italiano", che il Coni ha presentato ieri (l'ultima volta era stato nel lontanissimo 1966, con Giulio Onesti). Ora Petrucci e Pagnozzi vogliono capire come stiamo alla base per poi poter arrivare al vertice e anche cosa possiamo fare per migliorare. Alle 126 pagine appena sfornate ne seguiranno quindi altre: la Francia ci stacca per il semplice motivo che è una Nazione molto più sportiva dove il 24% della popolazione è tesserata (in Italia l'8%), ci sono 168.158 società sportive con 15 milioni di tesserati (in Italia 70.325 società e 3.978.999 tesse-

rati) e dove ogni cittadino riceve 215 euro di contributo dal settore pubblico per fare attività sportiva (in Italia 39 euro). Da noi lo sport nella scuola muove solo ora i primi passi grazie all'accordo fra il Coni e il ministero dell'istruzione: ma basta pensare che nella fascia 6-10 anni, quindi in piena età scolare, il 23% dei ragazzi non fa alcuna attività (e cresce il rischio obesità). Su questo tasto insistono il ministro dello sport Piero Gnudi, come il presidente del Coni. «I Paesi che ci sono davanti come rendimento sono proprio quelli che investono di più nel settore scolastico», spiega Petrucci. Così come manca la certezza di un finanziamento automatico dello sport, da 470 milioni siamo scesi già a 409 con Tremonti, ma queste rivendicazioni è meglio che il Coni se le tenga per il prossimo governo, non sembra proprio che Monti abbia alcuna intenzione di fare eccezioni. Meglio arrangiarsi con il volontariato: 400.000 persone impegnate per 200 milioni di ore. Non siamo una Nazione giovane e rispetto ad altre anche meno sportiva, ma

c'è da dire che ci sono anche dati confortanti nel Libro bianco: lo sport genera infatti un giro di affari di 25 miliardi (1,6% del Pil nazionale), la pratica sportiva resta stabile negli ultimi dieci anni (con una differenza enorme fra Nord e Sud: 57% dei sedentari in Sicilia, 24% nel Veneto). I tesserati atleti negli ultimi dieci anni sono cresciuti di 1,2 milioni di unità ma ci sono ancora poche donne e gli uomini sono il 75%. Un altro problema è la alta percentuale dei giovani di 15 anni che smettono di fare sport. Da qui si riparte. «Noi la nostra spending review l'abbiamo iniziata da tempo: ferie obbligatorie a Natale e Ferragosto e tagli dei comitati provinciali. E' solo sano realismo...», ricordano al Coni, sperando adesso in un aiuto dello Stato. Per avere ragazzini più sani (e magari vincere qualche medaglia in più).

Il Libro Bianco del Coni: "Le nazioni che ci sono davanti nel medagliere investono di più"

23% **NIENTE SPORT**
In Italia il 23% dei bambini di 6-10 anni non fa attività sportiva

8% **I TESSERATI**
In Italia è tesserata l'8% della popolazione. In Francia è il 24%



1,6% **IL PIL**
Gli introiti prodotti dallo sport italiano equivalgono all'1,6% del Pil nazionale

1,2 **IL RAPPORTO**
Rispetto a 10 anni fa i tesserati sono aumentati di 1,2 milioni