

IL REPORT DELL'ISTAT

Basta col vino a tavola Ora l'alcol si beve all'ora dell'aperitivo

*Cresce il consumo di vodka e rum, specie lontano dai pasti
La nuova tendenza trainata dalle donne: +25% in dieci anni*

**ABITUDINI In famiglia
il cattivo esempio. I più
a rischio: i ragazzi
fra i 18 e i 24 anni**

Enza Cusmai

■ Si beve meno vino e birra, ma più aperitivi, amari, superalcolici. Si beve fuori pasto e si archivia il sano bicchiere di rosso a tavola. Bevono in modo dissennato gli anziani, bevono troppo le donne in carriera, tracannano molto alcol quelli che vivono nei piccoli centri e nel Nord Est, tragugiano di tutto giovani e giovanissimi soprattutto quando frequentano le discoteche: un modo per sballarsi senza arrivare alle pasticche proibite. Nel complesso, l'Italia che descrive l'Istat nel rapporto «Uso e abuso di Alcol» è un paese che dovrebbe prima disintossicarsi e poi riprendere le buone abitudini. Esagerazioni? No, i numeri parlano chiaro: nel 2010, i comportamenti a rischio riguardano ben 8 milioni e 624 mila persone, il 16,1%, di cui 6 milioni e 589 mila ma-

schì e 2 milioni 36 mila femmine.

Rischio «binge drinking»

Cominciamo dagli adulti del domani. Sono stati definiti dei potenziali bevitori compulsivi. Basta girare tra i locali un sabato sera per capire di cosa si tratta. Ogni ragazzo riesce a scolarsi, in un'unica occasione, fino a 8 bicchieri di alcolici e superalcolici. La popolazione più esposta al binge drinking è quella che frequenta le discoteche e di età compresa tra 18 e 24 anni: si tratta di 698 mila persone, il 16,6% dei giovani, con un rapporto tra maschi e femmine pari a tre. Anche i giovanissimi non disdegnano gli intrugli. Il 13,6% dei ragazzi di 11-15 anni (392 mila persone) consuma alcol, un andazzo pericoloso, perché una volta preso, è difficile da correggere nel corso della vita. E proprio per questo l'Oms raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, prima, infatti, non si ha la capacità fisica di metabolizzare adeguatamente l'alcol.

I genitori cattivo esempio

Mamma e papà spesso hanno la bella fetta di responsabilità in fatto di educazione al bere. Infatti, l'abitudine al consumo non moderato di bevande alcoliche da parte dei genitori può influenzare il comportamento dei figli. Per l'Istat, è potenzialmente a rischio il 19,7% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che vivono in famiglie dove almeno un genitore adotta comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche. Quota che scende al 14,4% tra i giovani che vivono con genitori che non bevono o che bevono in maniera moderata.

Anziani maglia nera

Nella terza età si scambia il vino per acqua fresca. Gli ultrasessantacinquenni bevono a tavola, vino per lo più, ma sempre troppo. E la fascia a rischio coinvolge 2 milioni e 915 mila ultra 65enni (il 43,5% dei maschi e il 10,6% delle femmine). Sono persone che bevono quotidianamente ecceden-



do le raccomandazioni, spesso mantenendo comportamenti acquisiti nel corso della vita, non consapevoli degli aumentati rischi per la salute dovuti all'avanzare dell'età.

Più alcol e meno vino

Sbiadisce l'uso del vino durante i pasti. Quote crescenti di popolazione preferiscono alcolici lontano dai pasti, come vodka e rum. Una tendenza trainata dal gentil sesso che in dieci anni registra un incremento del 25,1% (contro il 15% dei maschi).

Livello di istruzione

Tra le persone di 25 anni e oltre, la quota di consumatori nell'anno di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio. Ciò avviene soprattutto per le donne: se tra quelle con al massimo la licenza elementare il 45% consuma alcol, per le laureate la quota raggiunge il 68,9%. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio. Andamento inverso ha, invece, quello del consumo quotidiano, che cresce al diminuire del titolo di studio.

NUMERI

9 milioni

Secondo l'Istat sono quasi 9 milioni le persone che hanno comportamenti a rischio per quanto riguarda il consumo di alcol, il 16,1% della popolazione

65,7%

Nel 2010 il 65,7% della popolazione over 11 ha consumato almeno una bevanda alcolica durante l'anno, in diminuzione rispetto al 2009 (68,5%)

78,9%

Secondo l'Istat sono più numerosi i consumatori uomini, pari circa al 78,9 per cento delle donne, il 53,4 per cento, e il consumo è più diffuso al Centro-nord, soprattutto nel Nord-est

13,5 milioni

Quote crescenti di popolazione bevono fuori dai pasti (13,5 milioni circa nel 2010) e aumenta il consumo non quotidiano. Il cambiamento è ancora più evidente tra le donne

**ANORESSIA
ALCOLICA**

Digiunare per un giorno intero e poi tuffarsi nello sbalzo. È l'abitudine presa da molte giovani, che per paura di ingrassare (a causa dell'alto livello calorico dell'alcol) smettono di mangiare prima di dedicarsi al weekend di ubriacature. Il fenomeno è stato ribattezzato «drunkanoressia»

Dal gusto al vizio Le quattro regole da seguire per difendere la salute

❶ Non consumare alcol quando si è aggressivi, o arrabbiati o quando si è depressi. L'alcol non deve essere interpretato come risolutivo dei problemi.

❷ Non bere per contrastare la noia. È il cosiddetto stile anti-vuoto quello adottato soprattutto dai giovani nei piccoli centri urbani oppure dalla casalinghe che hanno poche relazioni sociali. Non

bere come risposta al disagio: mai rispondere alle difficoltà con l'alcol, i problemi non affogano nel bicchiere.

❸ Non consumare alcol troppo quando ci si trova in contesti non sicuri, dove c'è tantissima gente e si possono instaurare episodi di violenza o si rischia di venire coinvolti in tumulti. Non bere solo davanti alla tv per rilassarsi. Un bic-

chiere tira altro e si rischia di abusare regolarmente per acquisire una situazione di benessere. Ma la quantità necessaria lievita senza accorgersene.

❹ Non usare l'alcol per superare situazioni che inducono alla trasgressione. Vale soprattutto per i giovani che si misurano in bravate dopo essere scolati due lattine di birra.

LE FRONTIERE DELLO SBALLO

Consumi e tendenze nel rapporto dell'Istat del 2010
L'ultima moda: niente cibo per 2 giorni e poi solo alcolici

Sempre più adolescenti in coma è allarme alcol tra 11 e 15 anni

Fuori pasto e per stordirsi: 9 milioni di italiani ne abusano

I comportamenti a rischio

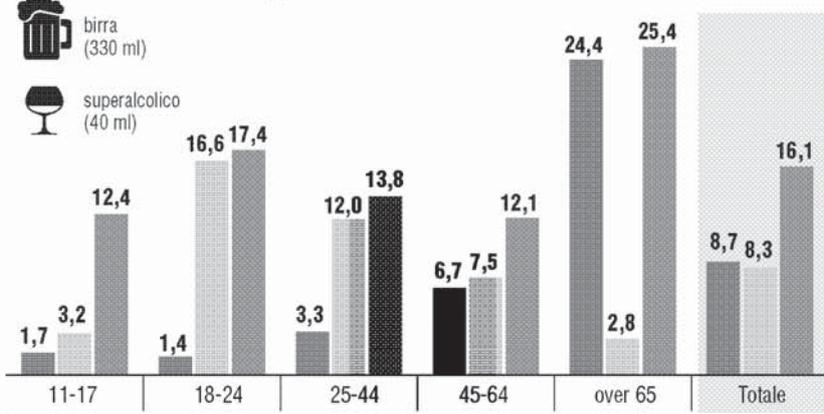
Consumo di alcol nel 2010 per fascia d'età (% sul totale)

Unità alcoliche (u.a.)

-  vino (125 ml)
-  birra (330 ml)
-  superalcolico (40 ml)

Consumo eccessivo

-  **Giornaliero non moderato.** Uomini: oltre 2-3 u.a.; donne: oltre 1-2 u.a.; over 65: oltre 1 u.a.; qualsiasi quantità per i minori di 17 anni
-  **Binge drinking:** 6 o più bicchieri di alcolici in un'unica occasione
-  **Almeno uno dei due**



ANSA-CENTIMETRI

di CARLA MASSI

ROMA - Ha visto la morte in faccia la quindicenne che sabato notte è finita in coma etilico dopo una serata superalcolica nel cuore di Roma, vicino Campo de' Fiori. A Bergamo, venti giorni fa durante una festa in piazza, si è accasciata a terra priva di coscienza un'altra ragazzina gonfia di birra. Un bicchiere di vodka gelata, a Bressanone, è bastato a far arrivare in ospedale una tredicenne rimasta per 48 ore in rianimazione. Storie tutte uguali, drammaticamente fotocopiate che si ripetono, puntualmente, ogni fine settimana. La vita dei pronto soccorso ci rimanda una infantile confidenza con l'alcol. E i numeri confermano.

L'Istat, come ogni anno, presenta il quadro dei consumi e delle tendenze. Ogni anno, oltretutto, si abbassa l'età

del primo incontro con l'alcol. Soprattutto fuori pasto come, ormai, piace fare anche agli adulti. Al bar, seduti ai banconi. Il faro va puntato sulla fascia di quelli che hanno tra gli 11 e i 15 anni: una buona fetta di loro bevono oltre cinque bicchieri a settimana lontano dal pranzo e dalla cena. Muovendosi senza timori tra i nove milioni di italiani che hanno comportamenti a rischio nel consumo di vino, birra e superalcolici. Nove milioni vogliono dire circa il 16% della popolazione.

Ma, mentre gli adulti hanno messo un freno (il 65% della popolazione ha consumato almeno una bevanda alcolica durante il 2010 contro il 68% del 2009) gli adolescenti sono sempre più fascinati dallo sballo in bottiglia. Le intossicazioni dei minori di 14 anni rappresentano il 14,4% mentre nei giovani tra i 15 e i 35 il 25,4%. «Ora i

giovani si radunano nel bar sotto casa ma anche vicino a scuola nel pomeriggio e poi proseguono con birra e altro fino a tardi alla sera - racconta Emanuele Scafato, direttore dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità -. Sono sempre più numerosi. Per giunta, ignoranti degli effetti dell'alcol. Non sanno che se si abusa in maniera continuativa per settimane il suo ippocampo, l'area cerebrale deputata alla memoria e all'orientamento spaziale, si ridurrà del 10-20%».

Non sanno e, forse proprio per questo, continuano ad inventare giochi pericolosi. Per la mente e per il corpo. L'ultima miscchia l'abbandono all'alcol con la punitiva anoressia. Si chiama "drunkoressia", una moda americana che velocemente si sta diffondendo, come un virus, anche qui da noi. E' stata costruita, da una

mente diabolica, per essere adottata proprio dalle giovanissime, come denuncia Codici un'associazione di tutela dei consumatori. Il mix è dei più intriganti per menti deboli: si digiuna per uno o due giorni e poi si mandano giù bicchieri su bicchieri senza temere che le calorie alcoliche facciano aumentare di peso. Questo significa che bevono a stomaco vuoto, che si sballano con la mancanza di cibo e con l'overdose di alcol. «Negli Stati Uniti - denuncia Codici - una ragazza su tre è pronta a ridurre drasticamente le porzioni nel piatto pur di poter bere liberamente la sera e avere un fisico asciutto». Ma non certo sano. «Arrivano ad uno stato tale di sballo - aggiunge Scafato - che non si rendono conto di quanto stanno male. A volte neppure gli amici si rendono conto, durante una festa o anche per strada in piazza, se c'è una depressione respiratoria, se si è vicino al coma». Chi produce alcolici mette le mani avanti e offre un'altra lettura: negli ultimi trenta anni, secondo la Coldiretti, il consumo di vino è sceso di 40 litri a persona. Sì, è vero ma aumenta che beve aperitivi e amari. Anche nel pomeriggio, tra una versione di greco e un compito di matematica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL FENOMENO

**DAGLI USA ALL'ITALIA
LA "DRUNKORESSIA"**

È stato battezzato "drunkoressia" ed è un fenomeno che, nato negli Stati Uniti, inizia a diffondersi anche tra le ragazze italiane. Si tratta del pericoloso connubio tra alcol e anoressia: sempre più giovani scelgono cioè di digiunare dalle 24 alle 48 ore per poter poi "sballare" la sera, consumando alcolici senza correre il rischio di ingrassare. A denunciare la nuova tendenza è stata l'associazione Codici, in concomitanza con la ricerca presentata dall'Istat. Il fenomeno ormai dilaga anche sul web, dove si rincorrono consigli per "bilanciare" le quantità di calorie che attraverso un drink si possono assumere: un alcolico può infatti arrivare a contenere anche 500 kcal. Gravi, avvertono gli esperti, i danni alla salute che possono derivare dalla drunkoressia: l'organo più a rischio è il fegato, ma danni gravissimi possono derivare anche ai reni, al cuore, alla circolazione, ai denti. Senza contare i problemi psicologici.



Droga, le comunità al governo: «Con questi tagli difficile continuare»

ROMA. I tagli alla Sanità preoccupano la Federazione italiana della comunità terapeutiche (Fict). Le nostre comunità, scrive il presidente Mimmo Battaglia al presidente della Conferenza delle Regioni Errani, al sottosegretario Giovanardi e al capo dipartimento antri droga Serpelloni, sono disponibili a fare sacrifici, ma «chiedono che il Governo si faccia garante di una particolare attenzione affinché le Regioni operino i tagli previsti tenendo conto dei problemi delle dipendenze e facendo sì che non siano sempre le "fasce più deboli" a

pagare». In particolare, le comunità terapeutiche giudicano inopportuna la «politica di riduzione degli invii presso le strutture residenziali». «Ridurre il servizio – scrive Battaglia – significa negare un livello essenziale di assistenza dal momento che l'interessato non ha strutture pubbliche alle quali rivolgersi per un percorso riabilitativo residenziale».

Di fronte a questa situazione, termina il presidente Fict, «ci chiediamo se vale la pena di continuare il nostro lavoro di comunità, circondati da tagli e difficoltà economiche e sociali».



LA RICERCA

Le donne consumano il 30% in più di farmaci

■ Le donne sono le maggiori utilizzatrici di farmaci, con consumi superiori del 20-30% rispetto agli uomini. Non solo: sono anche le prime consumatrici di integratori alimentari e rimedi botanici, con circa il 40% in più di mariti e fidanzati. Nonostante questo, i medicinali sono poco studiati nel «gentil sesso»: sia gli studi clinici che preclinici sono eseguiti prevalentemente su soggetti maschi e giovani. Per evidenziare le più importanti problematiche connesse a questo argomento è nato il volume «Farmacologia di genere», edito dalla Casa editrice SE-Ed con il patrocinio della Società italiana di farmacologia (Sif), presentato ieri al Senato.

I grandi *trial* clinici per lo studio di terapie contro disturbi cardiovascolari - si legge nel volume - non hanno mai arruolato più del 26-36% di donne, rimanendo molto spesso, quindi, al di sotto della potenza statistica necessaria a evidenziare differenze di efficacia e di sicurezza dei farmaci sperimentati. Questo atteggiamento ha determinato forti carenze nelle conoscenze relative alla risposta ai farmaci. Solamente testando un medicinale nelle diverse categorie di pazienti e con un campione sufficientemente rappresentativo è infatti possibile raccogliere informa-

zioni che possano anticipare le reali caratteristiche di efficacia e di sicurezza in condizione d'uso sull'intera popolazione.

Inoltre, il pregiudizio di genere spiega, almeno parzialmente, la maggiore frequenza e gravità delle reazioni avverse nelle donne rispetto agli uomini. Per cercare di superare questo gap di conoscenze è nata la farmacologia di genere, che evidenzia se le risposte ai farmaci sono diverse fra uomini e donne, considerando le variazioni fisiologiche della donna, che avvengono in funzione della ciclicità della vita riproduttiva, dell'età e dell'uso di associazioni estro-progestiniche. «Attraverso questo libro - ha detto l'autrice Flavia Franconi, coordinatrice del dottorato di Farmacologia di genere dell'Università di Sassari e responsabile del gruppo Farmacologia di genere della Sif - ci siamo riproposti di diffondere gli elementi di base della farmacologia di genere, per dimostrare come le donne, anche dal punto di vista farmacologico e clinico, abbiano caratteristiche e reazioni assai diverse da quelle degli uomini».

CAVIE Ma i nuovi
medicinali vengono
sperimentati soprattutto
sugli uomini



Boom di straordinari per carenza di medici

Italia: pil all'1%

Italia fanalino di coda tra i Paesi sviluppati per crescita del pil.

► Secondo l'ultima stima dell'Ocse, infatti, in Italia la crescita del Pil per il primo semestre dell'anno è pari all'1% (+1,3% nel secondo semestre), contro il 3% della media dei Paesi sviluppati.

► In Europa a fare da traino sono sempre la Germania con un +3,7% e la Francia (+3,4%), seguite dall'Inghilterra (+3%).

SANITÀ Giornate di lavoro sempre più lunghe per chi opera all'interno della sanità pubblica italiana. Negli ultimi anni sta infatti crescendo la spesa per lo straordinario del personale del Servizio sanitario nazionale. Secondo la Ragioneria generale dello Stato, nel nostro Paese, il costo per le ore extra di medici, infermieri, biologi, psicologi, tecnici, amministrativi e altri lavoratori di ospedali e strutture sanitarie pubbliche, ammonta a mezzo miliardo di euro l'anno e, soprattutto in alcune regioni, sembra in continua cre-

scita. È il caso di Puglia e Lazio, dove dal 2007 al 2009 la spesa per gli straordinari è passata da 112 a 122 milioni. Ma a parte qualche eccezione (Toscana, Emilia Romagna e Sicilia) questo trend al rialzo si registra un po' ovunque, da Nord a Sud, portando a una spesa complessiva di 499,8 milioni nel 2009.

Critiche dei sindacati

A puntare l'indice contro l'abuso del lavoro straordinario in sanità il segretario nazionale della Fp Cgil medici, Massimo Cozza: «Lo straordinario -

spiega - è la cartina di tornasole di una situazione sempre più drammatica nella quale si trovano a lavorare migliaia di medici ospedalieri, costretti a turni di lavoro più frequenti per coprire le carenze di organico dovute spesso ad indiscriminati blocchi del turn over. La spesa però non sempre corrisponde allo straordinario effettivamente prestato, perché le aziende tendono in modo improprio a non retribuirlo tentando di spacciarlo come orario dovuto dal dirigente per raggiungere gli obiettivi». ● METRO



BAMBINO

SALUTE

IBUPROFENE, PARACETAMOLO & C.O? SOLO QUANDO È DAVVERO NECESSARIO PER EVITARE EFFETTI DANNOSI ALLA SALUTE DEI PIÙ PICCOLI: LE NUOVE RACCOMANDAZIONI DEGLI ESPERTI

di Chiara Sandrucci

FARMACI,

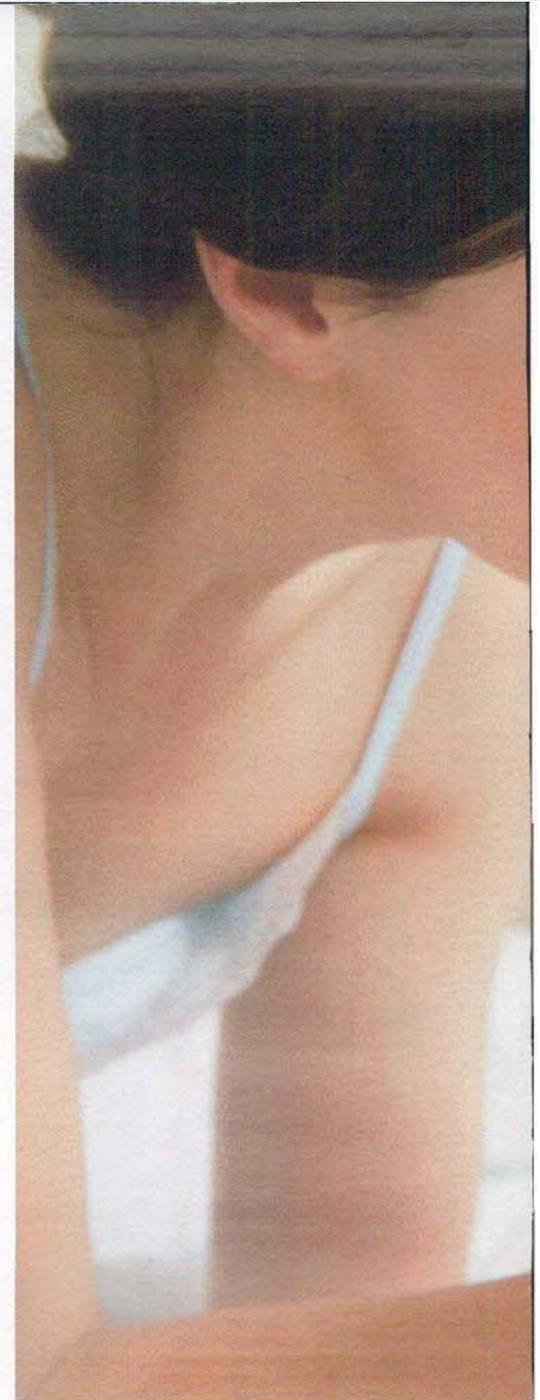
usare con cautela

Basta che il bambino abbia un po' di mal di gola o qualche linea di febbre per aprire subito l'armadietto dei medicinali. Si dà l'antipiretico anche se la temperatura non supera i 38,5°, il mucolitico per la tosse o peggio l'antibiotico se non passa tutto nel giro di tre giorni. Un uso troppo disinvolto, si direbbe, considerate le ultime raccomandazioni - più restrittive - relative a diversi farmaci ad uso pediatrico.

Il caso ibuprofene

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha registrato un aumento delle segnalazioni di **sospette reazioni avverse all'ibuprofene**, l'unico antinfiammatorio non steroideo (FANS) raccomandato in età pediatrica (oltre che per il ketoprofene, meno utilizzato nei bambini e solo da almeno 6 anni in su). Si è passati da 0,7 segnalazioni ogni 100 mila confezioni vendute nel 2005 a

1,7 nei primi nove mesi del 2010. Come per tutti i FANS, si tratta più che altro di **reazioni cutanee**, come orticarie ed eritemi, **oltre che dell'apparato gastro intestinale** (con sanguinamenti) **e renale**. L'ibuprofene è un farmaco indicato per il trattamento della febbre e del dolore. Come tutti gli antinfiammatori non steroidei (FANS) ha un'azione antipiretica e analgesica. Rispetto al paracetamolo (che ha le stesse indicazioni), si è dimostrato leggermente più rapido nell'abbassare la febbre, con un effetto un po' più duraturo. Ma **non è raccomandato prima dei 6 mesi** ed è **da evitare con la varicella** (come tutti gli antinfiammatori, per scongiurare la Sindrome di Reye) o in caso di disidratazione (perché si ha un maggior rischio di problemi renali). "L'aumento degli effetti collaterali è una conseguenza del boom delle vendite di ibuprofene



per bambini negli ultimi cinque anni, ma il Working Group pediatrico dell'AIFA raccomanda in ogni caso un uso più attento e consapevole", spiega il pediatra Leo Venturelli, che ha rilanciato l'appello a nome della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale. "L'ibuprofene va **usato solo nel caso in cui alla febbre si associ un forte malessere generale o dolore** ad esempio alla gola o alle orecchie e per



IN ARRIVO MEDICINE A PROVA DI BIMBI

brevi periodi. Inoltre non va mai usato in modo alternato con altri farmaci, come il paracetamolo, perché raddoppia la possibilità di avere effetti collaterali”.

Paracetamolo: no agli eccessi

Il caso era già emerso qualche anno fa, legato a ripetuti episodi di sovradosaggio nella somministrazione. Ora il paracetamolo, il farmaco

Secondo l'AIFA, il 60% dei farmaci attualmente utilizzati per curare i bambini non è stato sottoposto a studi appositi. Una percentuale che supera l'80% nel caso di neonati. Ma questa situazione è destinata a cambiare. “Dal 2007 è in vigore in Europa un regolamento che prevede obblighi e incentivi per stimolare le aziende farmaceutiche a sperimentare i farmaci per bambini se è prevista l'indicazione pediatrica”, spiega Antonio Clavenna, ricercatore dell'Istituto Mario Negri di Milano. “**Il bambino non è un mini adulto:** assorbe, metabolizza, elimina i farmaci in un modo che varia a seconda dell'età. Anche la risposta alla terapia e gli effetti indesiderati possono essere diversi ed è perciò **necessario condurre studi specifici**”. In Italia sono già in corso 70 sperimentazioni ed entro il 2020 ne sono attese 3 mila in tutta Europa. Perché i bambini non siano più “orfani” di terapia adatte a loro.



OCCHIO ALL'AUMENTO DEI CONSUMI

Ai bambini stiamo dando sempre più farmaci: secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), tra il 2004 e il 2009, il consumo per i piccoli tra zero e 4 anni è cresciuto del 29% e del 19% nella fascia d'età tra 5 e 14 anni. I dati dell'OsMed si riferiscono soltanto ai farmaci di classe A, quelli prescritti dal pediatra e rimborsabili dal Sistema Sanitario Nazionale. Oggi circa 8 bambini su 10 ricevono in un anno almeno una prescrizione, in particolare di antibiotici e antiasmatici (erano in media 7 nel 2004). Ma dal calcolo restano fuori i prodotti da banco o non rimborsabili, come i più comuni antipiretici. E la crescita del "numero medio di dosi giornaliere" potrebbe essere anche superiore. "L'aumento delle prescrizioni degli antibiotici è spiegabile con la pressione medico-legale: il pediatra fa la ricetta - come richiesto dai genitori - per evitare denunce in caso di un'eventuale complicazione batterica grave, evento peraltro rarissimo", osserva Nicola Principi, direttore della Clinica pediatrica I dell'Università di Milano, "Ma oggi il problema riguarda tutti i tipi di medicinali: **manca un'educazione sanitaria adeguata dei genitori**". Un eccessivo desiderio di protezione spinge mamma e papà a rivolgersi più spesso al medico, a correre in Pronto Soccorso al minimo problema. "Molti pazienti si comportano da consumatori, come se andassero al supermarket. E se non li si asseconda, cambiano medico", aggiunge il neonatologo Carlo Valerio Bellieni, "Alcuni genitori non sono preparati all'idea che il bambino si ammali, vogliono solo che guarisca in fretta e **spesso comprano farmaci ancora prima che ce ne sia bisogno**: non hanno più la pazienza di aspettare che il bambino guarisca e pensano che il pediatra abbia la bacchetta magica".

antipiretico di prima scelta per i bambini, è tornato a far parlare di sé negli Usa, dove la Food and Drug Administration ha segnalato **rischi di patologie a carico del fegato se assunto in dosaggi troppo elevati in associazione a farmaci oppiacei** (in Italia solo per adulti). Anche in Italia, già lo scorso anno, l'AIFA è intervenuta per modificare il foglio illustrativo. Il dosaggio non è cambiato, ma viene ora raccomandato di non

somministrarla per più di 3 giorni senza ricorrere al medico (contro i 10 di prima). Ed è stata eliminata la tabella iniziale con la posologia per semplici fasce d'età. Il Centro Antiveleni di Milano, infatti, registra centinaia di **errori di dosaggio** a carico dei bambini. Per questo, bisogna **sempre somministrarlo in base al peso**, seguendo scrupolosamente le dosi indicate sul foglietto. E solo se oltre alla febbre c'è malessere generale.

Antibiotici e farmaci da banco

Nel novembre scorso, l'intera classe dei **mucolitici** è stata **controindicata** dall'AIFA nei bambini **sotto i 2 anni di età**. Non avendo l'obbligo di ricetta, sono spesso i genitori a somministrarli ai bimbi in caso di tosse. Ma l'Ufficio di farmacovigilanza ha riscontrato un aumento dei casi di **ostruzione respiratoria**: i mucolitici aumentano il volume delle secrezioni per facilitarne l'eliminazione, ma nei più piccoli la capacità di espellere il muco bronchiale è ridotta. E continua anche l'**allarme antibiotici**, per cui le famiglie italiane spendono oltre un miliardo di euro all'anno. Nel corso del 2009, il 53% dei bambini ha ricevuto almeno una volta la prescrizione di un antibiotico. Sono dati dell'AIFA, che con l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute, ha lanciato la campagna "**Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela**". L'errore più comune è utilizzarli per curare malattie virali come l'influenza: non solo non servono (l'antibiotico elimina infatti i batteri, non i virus), ma peggiorano la situazione, sviluppando germi resistenti.

consulenza di

Antonio Clavenna ricercatore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano

Carlo Valerio Bellieni neonatologo presso l'Ospedale Le Scotte di Siena

Nicola Principi direttore della Clinica pediatrica I dell'Università degli Studi di Milano presso la Clinica De Marchi

Leo Venturelli pediatra di famiglia a Bergamo e membro del direttivo Società Italiana Pediatria Preventiva e Sociale

La nostra salute

di Umberto Veronesi
direttore scientifico,
Istituto Europeo di Oncologia di Milano



Testamento biologico: istruzioni per l'uso

Caro professore, come si redige il biotestamento? E poi: si può anticipatamente disporre che in caso di demenza si sia ricoverati in Casa di riposo? **Tiziana C., Deiva Marina**

Entambe le sue domande, cara amica, esprimono assai chiaramente la volontà di poter terminare la vita **secondo le proprie convinzioni**, nella libertà di decidere ciò nel pieno godimento delle facoltà fisiche e mentali. Infatti, lei arriva a prevedere che il ricovero venga effettuato anche se al momento, essendo non in grado d'intendere, lei lo rifiutasse. Io sono perfettamente d'accordo con questa sua impostazione, che estende la delicata tematica del fine vita anche alla **sopravvivenza in condizioni di sopravvenuto impedimento mentale**, e la estende in nome della libertà personale di decidere «prima» per ciò che avverrà dopo. Nel secondo quesito c'è anche una commovente attenzione ai suoi familiari, in cui lei esprime il desiderio che in questo caso i figli limitino le visite «allo stretto indispensabile».

Per il testamento biologico, ovvero per le **«disposizioni anticipate di trattamento» di fine vita**, lei sa bene che non si è ancora arrivati a una legge, e che quella in gestazione è largamente limitativa proprio della libertà del paziente, e disattende sia l'articolo 32 della Costituzione, sia la Convenzione di Oviedo ratificata dall'Italia.

Quindi il documento (per ora: la battaglia non è finita) non avrà valore legale, ma potrà costituire **un obbligo di coscienza** per i medici.

Dovrà essere interamente **scritto a mano e firmato**. Con tutti i dati personali (si può reperire un modello di dichiarazione sul sito www.fondazioneveronesi.it), deve riportare la formula seguente: *«Nel pieno delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta, dispongo che in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile, chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno (alimentazione e idratazione forzata)»*.

Nello stesso documento, occorre poi nominare un rappresentante di fiducia, di cui verranno riportati tutti i dati. Si può pure **depositare il documento presso un notaio** (e molti notai hanno aderito all'iniziativa).

In quanto al suo secondo quesito, *le consiglio di redigere un altro documento autografo*, in cui esprime la personale volontà, e di parlarne con franchezza e amore a tutta la famiglia. Avendo espresso il desiderio in questa forma pubblica, è ben difficile che qualcuno poi possa opporsi, se la condizione da lei temuta dovesse verificarsi.

Sanità 1 Piani anti liste d'attesa Fazio: «Subito. O niente premi»

ROMA. O le Regioni presenteranno Piani per abbattere le liste d'attesa nella sanità oppure rischieranno di non ricevere il premio del 3% derivante dai fondi aggiuntivi. Lo ha spiegato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**: «Non è detto che questo avvenga, ci sarà da discutere con le Regioni. Ma è possibile che per l'assegnazione della premialità venga considerata la problematica di non raggiungere certi obiettivi. Questo in quanto lo stesso comitato Lea, assieme alle Regioni, ha preso questa determinazione che comunque deve essere approvata».



Perfusione, batte un cuore di scorta

FIRENZE - Sono stati 45 mila gli interventi di cardiocirurgia tra il 2001 e il 2009. Un trend in crescita, che ha superato nel 2010 i novemila interventi, quasi tre al giorno. A questi si aggiungono quelli dei trapianti, gli interventi di cuore artificiale, e alcuni in oncologia. Per ognuno di questi

si utilizza la 'perfusione', ossia l'insieme di tecniche di circolazione extracorporea, che consentono di eseguire interventi a cuore aperto, mantenendo in funzione gli organi vitali. Sono circa 700 gli 'angeli custodi' del cuore in Italia, rappresentati dall'Associazione Nazionale Perfusionisti in Cardio-

angiocirurgia (www.anpec.it). «Per un'assistenza di qualità servono devices moderni e un loro corretto utilizzo, grazie alla presenza di personale altamente qualificato e preparato, anche perché da questa professionalità dipende la vita del paziente», sottolinea Erminia Mascitelli, presidente ANPEC.



Dalla soia ai computer “Per ora niente rischi”

ROMA Non solo pesce, ma anche soia, alghe e tè verde finiscono, dal Giappone, sulle nostre tavole. Per non parlare di tutti i beni di consumo che affollano le nostre case e i garage: elettronica, abiti, automobili e motociclette. Possiamo fidarci? Per ora sembra di sì. Da oltre due settimane, infatti, il **ministero della Salute** ha rafforzato i controlli in frontiera. La guardia, però, andrà tenuta alta ancora a

lungo. Il perché lo spiega Salvatore Barbera, responsabile della campagna nucleare di Greenpeace. «Non possiamo sapere come e quanto la contaminazione si insinuerà nella catena alimentare. Quanto ai prodotti di consumo, quella di Fukushima è una zona agricola, le grandi industrie sono altrove. Ma c'è bisogno di uno studio che verifichi quali attività umane l'incidente ha compromesso». ● G.SAL.



MANOVRA AIFA**Off patent, tagliati i prezzi***Da generici e originator subito 625 milioni di risparmi*

Brutale giro di vite per gli introiti delle aziende produttrici di off patent, chiamate a lasciare sul tappeto 625,3 milioni di introiti dalla manovra varata giovedì scorso dall'Aifa in attuazione del decreto legge 78/2010 (manovra di primavera).

La complessa operazione di riallineamento dei prezzi alle medie Ue ha messo a confronto i listini italiani con quelli di 4 Paesi Ue (Francia, Spagna,

Germania e Regno Unito).

La manovra ha coinvolto tutti i 4.188 prodotti inclusi nelle liste di trasparenza Aifa, colpiti da tagli con punte massime del 40% e con una ulteriore riduzione dell'8% applicata alle confezioni già in linea con i prezzi medi, per raggiungere l'obiettivo assegnato. Esenti da ritocchi solo i prodotti che costano fino a 2 euro.

A PAG. 7

VIA LIBERA DAL CDA DELL'AGENZIA ALLA STRETTA PREVISTA DAL DL 78/2010**Aifa apre la valanga dei tagli che pesano 600 milioni sui listini degli off patent***Riduzioni fino al 40% esenzione sotto i 2 euro - Taglio dell'8% anche a chi è in linea con l'Ue*

Brutale giro di vite per gli introiti delle aziende produttrici di off patent, chiamate a contribuire ai bilanci pubblici di settore con un sacrificio che da qui a fine anno vale 625,3 milioni di euro. Giovedì scorso, con una accelerazione inattesa (e forse a malincuore) il Cda dell'Aifa ha rispettato al millimetro i termini di legge, dando seguito alla norma prevista dalla manovra di primavera (Dl 78/2010) che lascia «nelle disponibilità regionali» il frutto dei tagli ai listini dei fuori brevetto realizzati sul confronto con i prezzi medi europei.

Nel tritacame dell'operazione - giocata con tagli massimi fino al 40% ai listini e concedendo l'immunità alle confezioni che costano fino a 2 euro - sono finiti tutti i 4.188 prodotti inclusi nelle liste di trasparenza Aifa. La complessa procedura di calcolo della percentuale d'abbattimento dei listini si è tradotta in una riduzione fino al 10% per 2.298 farmaci, dal 10 al 20% per 768 prodotti, dal 20 al 30% per altri 251 e, infine, dal 30 al 40% per altri 703 farmaci, per un totale di 304 milioni su base annua, pari al 56,7% della cifra desiderata (228 da aprile a fine anno). Altri 232 milioni (43,3%; 173 fino a dicembre) sono stati recuperati immonen-

do un taglio fisso dell'8% anche ai 1.702 prodotti risultati già in linea con il prezzo medio individuati nei 4 Paesi di riferimento (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito).

Ai 536 milioni di tagli vanno aggiunti - sempre su base annua - i 73,9 milioni (55,4 nel 2011) derivante dalle negoziazioni sui nuovi generici autorizzati in seguito all'entrata in vigore del Dl 78/2010, trattate alla luce della stangata programmata: in tutto 610 milioni. Anzi qualcosa in più, visto che per permettere alle Regioni di intercettare pienamente i risparmi derivanti dalla ridefinizione dei prezzi attuata dalla manovra, sono state anche aggiornate le tabelle di raffron-

to con indicatori di programmazione e controllo per tutte le categorie terapeutiche che ospitano farmaci generici tenendo conto dei nuovi prezzi e servendo su un piatto d'argento ai Governi locali possibilità di risparmi da 225,2 milioni di euro (168,9 milioni da aprile a dicembre).

Un'operazione con l'accetta, eseguita mentre sui banchi del Cda circolava già un preconsun-

tivo gennaio-dicembre che documenta 100 milioni di avanzo rispetto al tetto della farmaceutica territoriale (attestata a 13.865 milioni di euro: 13,2% del Fsn contro il 13,3% programmato grazie anche al pay back) e un'ospedaliera che va 1.695 milioni oltre il budget, totalizzando esborsi da 4.215 milioni contro i 2.520 disponibili (4,0% di incidenza contro un tetto del 2,4%). Manovra inevitabile quella di giovedì.

«Abbiamo cercato di limitare al massimo i danni», ha spiegato il Dg dell'Aifa, **Guido Rasi**, dicendosi «preoccupato per la penetrazione dei generici sul mercato». Per i produttori non è certo un'iniezione di gioventù: «Nel resto d'Europa i generici hanno prezzi particolarmente contenuti a fronte di volumi che in Italia non sono assolutamente accessibili» commenta **Giorgio Foresti**, presidente Assogenerici. «Alcune aziende italiane, magari le più piccole, con pochi prodotti e fortemen-

te interessate da questa manovra, rischiano di non riuscire a rimanere sul mercato, e questo determinerà inequivocabilmente come conseguenza ultima una risalita dei prezzi. Ma questa manovra avrà un impatto notevole anche sulle azien-

Preconsuntivo 2010: disavanzo complessivo da 1.594 milioni

de degli originator che hanno sempre mantenuto i volumi».

Diagnosi più che condivisa dal presidente **Farmindustria Sergio Dompè**: «Così si colpiscono i livelli produttivi degli stabilimenti italiani: con livelli di rimborso così bassi per riuscire ad avere equilibrio economico è necessario andare a produrre in Paesi che hanno costi



inferiori. **Farmindustria** è preoccupata per la sostenibilità delle industrie che producono generici ma anche per gli off patent: per molti non esiste l'equivalente, così rischiamo di veder sparire qualche prodotto oltre che qualche impresa. Ma il danno più grosso è la rarefazione degli stabilimenti cui è collegato il nostro 60% di export: la delocalizzazione automaticamente annulla quella quota».

E a spezzare una lancia per le imprese sono stati anche **Annarosa Racca** (presidente Federfarma) e **Andrea Mandelli** (presidente Fofi), preoccupati soprattutto delle ricadute sui margini dei presidi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato (gen.-dic. 2010)

	Valori (€)	Fsn	Tetto spesa programmata (2,4%)	Scostamento assoluto	% su Fsn
A - Spesa ospedaliera *	4.354	105.003	2.520	+1.834	4,1%
B - Spesa ospedaliera *, al netto del pay back	4.215	105.003	2.520	+1.695	4,0%

(*) Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in fascia A e la spesa per vaccini (251,0 mln euro)

Verifica rispetto tetto di spesa programmato (13,3%) (gen.-dic.2010, mln €)

	Spesa territoriale	Fsn	Tetto spesa programmata (13,3%)	Scostamento assoluto	% su Fsn
A - Territoriale (€) *	14.008	105.003	13.965	+43	13,34%
B - Territoriale *, al netto del pay back 5%	13.865	105.003	13.965	-100	13,20%

(*) Spesa al netto del pay-back dell'1,83% relativo al periodo 31 luglio 2010-31 dicembre 2010 e versato dalle aziende **farmaceutiche** alle Regioni ai sensi della Determinazione Aifa del 18 febbraio 2011

Federalismo fiscale al traguardo dopo il varo finale del Consiglio dei ministri - Ora tocca al Dlgs su premi e sanzioni

Costi standard, non si scherza più

Beni e servizi: stretta in vista - Nel mirino anche i farmaci - No da categorie e industria

Non si torna indietro: dal 2013 scatteranno i costi standard da costruire in base alle performance di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, tra queste una di piccola dimensione) scelte in una rosa di cinque che dovranno aver dimostrato di aver i conti in regola. Ma nuove partite si aprono: dalla stretta in arrivo sugli acquisti delle Asl a colpi di «reference price» e di centralizzazioni da inserire nel prossimo decreto su premi e sanzioni fino a un molto difficile giro di vite sui farmaci targati Ssn da dispensare per posologia.

A PAG. 2-5

Le partite ancora aperte dopo il via libera al Dlgs sui costi standard

Dai farmaci ai beni e servizi: rischi di stretta del federalismo

Il fisco regionale è legge. Dopo l'ultimo passaggio formale al Consiglio dei ministri di giovedì scorso non si torna più indietro: dal 2013 i nuovi totem della Sanità saranno gli attesi quanto temuti costi standard. Loro finanzieranno i livelli essenziali di assistenza senza sprechi e sperperi, almeno questa è l'ambiziosa promessa, perché saranno costruiti in base alle performance di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, tra queste una di piccola dimensione) scelte in una rosa di cinque che dovranno aver dimostrato di aver i conti a posto e di saper garantire allo stesso tempo qualità e appropriatezza delle cure.

«Si tratta di una vera e propria rivoluzione copernicana - ha spiegato il ministro per la Semplificazione e "padre" della riforma, **Roberto Calderoli** - perché da oggi il cittadino saprà perché paga un tributo, a chi lo paga, dove vanno a finire i suoi soldi e per quale servizio vengono utilizzati».

Ma nuove partite agganciate al treno del federalismo si stanno già aprendo: si va da una molto probabile stretta sugli acquisti delle Asl a colpi di «reference price» e di centralizzazioni regionali fino a un più complicato giro di vite sui farmaci targati Ssn da dispensare per posologia «secondo la quantità e il periodo ritenuto adeguato dal medico», senza più scatole e blister impiegati solo a metà. Due strade queste indicate dalla bicameralina sul federalismo fiscale, lo scorso 25 marzo, quando ha dato il suo via libera al Dlgs sui costi standard con alcune «osservazioni» e suggerimenti al Governo. Che invece di recepirli nel testo finale del fisco regionale, come si pensava alla vigilia, dovrebbe recepirli nel prossimo decreto su «premi e sanzioni», il sesto tassello del puzzle federalista, che è pronto ad approdare in Parlamento nei prossimi giorni.

Le indicazioni dei parlamentari della bicameralina sono precise e non piacciono o non convincono del tutto medici, operatori e industrie come dimostra

la "levata di scudi" che riportiamo in queste pagine. Si va, come detto, dall'introduzione dei «prezzi di riferimento» per le prestazioni e i beni del settore sanitario alla promessa degli incentivi per le Regioni che istituiranno «centrali uniche» per i loro acquisti. Due misure, queste, a cui tiene molto il ministro Calderoli che ha promesso nei giorni scorsi di ripescarle prima del completamento di tutto l'edificio federalista.

In realtà i prezzi di riferimento per i prodotti sanitari non sono affatto una novità. Negli anni ci sono stati tanti tentativi, tutti poi finiti nel nulla. A dimostrazione di quanto sia complicato



mettere in piedi un sistema di «reference price» per prodotti che vanno dalla semplice garza fino alla Tac. Già nel 1995 la legge finanziaria aveva previsto che l'Istat individuasse i migliori prezzi di mercato per orientare negli acquisti le pubbliche amministrazioni. Un obbligo disatteso, poi ribadito nel 2006 dal Codice dei contratti pubblici, mediante la previsione di un «osservatorio dei contratti pubblici» gestito dall'Authority sui contratti, con il compito di definire annualmente i «costi standardizzati» per ogni tipo di servizio o fornitura. Ma anche in quel caso alla fine nulla accadde. Fino alla Finanziaria 2007 che ha previsto l'individuazione, da parte del ministero della Salute, dei prezzi di riferimento (prezzi minimi di mercato da porre a base d'asta) per i dispositivi medici. Una via, questa, abbandonata definitivamente nel 2009. E sostituita nel 2010 da un percorso più light che, con il concorso delle Regioni, punta al monitoraggio dei consumi (e dei prezzi di acquisto).

Ora il federalismo fiscale li prova a riportare in auge. E la sfida, anche stavolta, sembra davvero difficile da vincere.

Ancora più difficile se possibile è infine la partita sui farmaci, specie all'indomani di un ennesimo pesante giro di vite sul settore (si veda pag. 7) e soprattutto quando a essere rispolverate sono «ipotesi di lavoro» accarezzate e rimaste inavve per decenni.

Correvano gli anni Novanta quando

una Finanziaria prima e un «misure urgenti» poi provavano a introdurre ripetutamente la teoria della dispensazione al bancone in confezioni bulk, con relativo spaccettamento e distribuzione a dosi da parte del farmacista ovvero a tracciare il percorso delle confezioni ottimali. Queste ultime, in particolare, sono state materia d'esercizio prima in casa Cuf poi all'Aifa. Per alcuni prodotti ci si è riusciti: le confezioni

per il trattamento di patologie croniche da una media di 15 dosi sono passate a contenerne una trentina. Per altri - che avrebbero richiesto scatolette diverse in rapporto alla destinazione d'uso - non ci si è riusciti. In altri casi ancora si è giudicato che la modifica delle confezioni avrebbe avuto costi troppo alti rispetto al recupero del possibile spreco. Difficile pensare che la situazione sia cambiata. E ancora più difficile ipotizzare che gli attori del sistema siano disposti a subire altre misure in materia.

pagine a cura di
Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

Le richieste della Bicameralina

- Valuti il Governo, al fine di favorire la riduzione complessiva delle spese regionali, l'opportunità di prevedere, all'interno dello schema di decreto legislativo concernente le misure premiali e sanzionatorie per gli enti territoriali disposizioni premiali in materia di spesa sanitaria e, in particolare, concernenti incentivi per le Regioni a statuto ordinario che istituiscano centrali uniche per l'acquisto di beni e servizi
- Valuti il Governo l'opportunità di inserire disposizioni concernenti forme di verifica e monitoraggio dei prezzi di riferimento per le prestazioni e i beni del settore sanitario, in ambito regionale, valorizzando la responsabilizzazione delle amministrazioni
- Individui il Governo gli strumenti più idonei per assicurare che nella revisione ogni due anni dei criteri per definire i costi standard si tenga conto di indicatori epidemiologici territoriali
- Valuti il Governo l'opportunità di prevedere che il Servizio nazionale sanitario concorra alla spesa farmaceutica esclusivamente per i farmaci prescritti per posologia degli stessi secondo la quantità e il periodo ritenuto adeguato dal medico e che i costi e i fabbisogni standard regionali riferiti alla spesa farmaceutica siano così determinati, a partire dal 2015

Bankitalia: i servizi sanitari al centro dei problemi del Sud

Il decentramento «può essere lo strumento per servizi più efficaci e standard migliori» anche in una situazione in cui si registra per il Sud «un contesto di bassa crescita», ha detto Daniele Franco, del Servizio studi di Bankitalia, la scorsa settimana in un'audizione alla bicamerale sul Dlgs «Disposizioni in materia di risorse aggiuntive e interventi speciali per la rimozione degli squilibri economici e sociali».

Due le aree che sono indietro secondo Franco: scuola e Sanità. In particolare nella Sanità «gli ospedali sono molto piccoli, con effetti sulla qualità dei servizi, bisognerebbe fare una ristrutturazione come è avvenuto al Nord con gli

accorpamenti. Ma le strutture pubbliche spesso sono utilizzate per supplenze occupazionali: negli ospedali e in Sanità questo accade più fortemente».

Gli altri problemi del Sud sono una mobilità negativa «che riflette la qualità delle cure e la capacità produttiva delle strutture sanitarie» e fa da specchio a «una minore soddisfazione degli utenti». Anche gli indicatori di inappropriatazza delle cure ospedaliere (Drg medici in chirurgia e parti cesarei a esempio) secondo Franco «mostrano che i servizi sanitari nel Sud sono peggiori che nel resto del Paese».

SERGIO DOMPÉ (Farmindustria)

«Una soluzione rischiosa a fronte di prezzi bassi e spese non riducibili»

«**Q**uella della prescrizione per posologia è una vecchia questione senza contenuto. E viene proposta senza valutare i livelli di sicurezza garantiti dalle confezioni e senza ipotizzare le conseguenze dell'eventuale spaccettamento delle confezioni sotto il profilo della sicurezza: è una soluzione che non è perseguibile se non dopo dieci anni di training e con una differenziazione dell'interno delle confezioni che oggi non c'è». È il giudizio di **Sergio Dompé**, presidente di Farmindustria, che ricorda anche che «nel nostro Paese la spesa farmaceutica per cittadino è la più bassa in Europa e che tutte le terapie costose sono proposte in confezione monodose».

«Non è così scontato - aggiunge - che la confezione da 20 bustine debba costare meno di quella da 30: ci sono costi incompressibili che gravano comunque sul confezionamento, sull'organizzazione e che diminuiscono la progressività del prezzo in rapporto alla diminuzione delle dosi. La farmaceutica è vicina al collasso: l'87% dei prodotti è ormai fuori brevetto e non c'è nient'altro che costi così poco».

Dompé spiega che Ci sono terapie che costano 3-5 euro al mese e servono al trattamento di patologie gravi a volte addirittura salvavita con costi pari a due caffè alla settimana. Non c'è nulla di altrettanto

importante che costi così poco. Molti farmaci costano la metà o un terzo di quanto costi acquistare un pacchetto di caramelle in tabaccheria. «Altro che confezioni standard... Il fondo del barile lo abbiamo già pulito anche con l'acido».

La farmaceutica territoriale oggi, aggiunge, costa qualcosa in meno rispetto al 2001: ciò significa che in 10 anni è stato finanziato l'aumento dei volumi e tutta l'inflazione.

«Nel frattempo - prosegue - tutti gli altri settori sono saliti più del 60%. Come ha scritto recentemente anche il ministro Calderoli, il nostro

è l'unico settore privato dove si è preso a man bassa per 10 anni: dal 2001 a oggi è stato considerato un bancomat. Ora il bancomat è scarico. E quando vedremo gli stabilimenti spostarsi altrove capi-

L'87% dei prodotti è fuori brevetto: non c'è null'altro che costi così poco

remo che si è trattato di un gravissimo errore strategico. La razionalizzazione in campo sanitario è una scelta obbligata: la salute degli italiani ha un'importanza che va oltre l'interesse delle imprese. Ma non deve essere una razionalizzazione totalmente strabica, che dedica il 300% dell'attenzione a un settore che è già il 30% sotto la media europea. Ora - conclude - bisogna agire su tutti i settori tenendo presente che ormai è a rischio la tenuta di molte aziende che fanno generici e di moltissimi stabilimenti in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANNAROSA RACCA (Federfarma)

«Meglio razionalizzare la consegna dei farmaci distribuiti dal pubblico»

«La raccomandazione della Commissione sul federalismo sembra voler sottolineare l'esigenza di tenere conto dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto e mirato uso dei farmaci nell'individuazione delle prestazioni farmaceutiche da porre a carico del Ssn e del relativo finanziamento», sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma.

«Da molti anni - spiega - si parla di correlare il numero delle unità posologiche alla durata delle terapie. Sono tante le norme inserite nelle varie leggi finanziarie per promuovere le confezioni ottimali per ciclo di terapia. Molto è stato fatto su questo fronte. Le confezioni dei farmaci per le patologie croniche negli anni sono diventate più ampie e le stesse

prescrizioni dei medici si sono spostate su confezioni con un numero maggiore di unità posologiche, soprattutto per agevolare i pazienti. Quello che ancora manca sono le confezioni starter, cioè le confezioni ridotte per testare l'efficacia del farmaco sul singolo paziente prima di avviare una cura prolungata nel tempo ed evitare, così, di dover buttare confezioni avviate e non più utilizzate a causa di intolleranze, effetti collaterali, scarsa efficacia sul singolo paziente».

Secondo racca l'idea di introdurre un sistema di rimborso e di

finanziamento basato sull'appropriatezza d'uso è positiva. Tuttavia, va detto che già oggi la spesa farmaceutica convenzionata è monitorata e controllata nel minimo dettaglio grazie ai dati rilevati e trasmessi dalle farmacie alla pubblica amministrazione, dati che consentono di valutare l'appropriatezza dell'uso dei farmaci. Al contrario, nel caso dei farmaci consegnati direttamente agli assistiti da ospedali e Asl, la necessità di evitare al paziente di tornare continuamente al presidio pubblico distante da casa, per avere i farmaci di

cui ha bisogno, induce le strutture a consegnare grandi quantitativi di medicinali, necessari spesso per mesi e mesi di terapia.

«Nel caso in cui il paziente debba sospendere, modificare o

correggere le terapie, molte confezioni finiscono nella spazzatura. È in questo ambito che il tema dell'appropriatezza andrebbe posto con forza. La soluzione - conclude - dovrebbe essere quella di far distribuire alle farmacie convenzionate i medicinali oggi erogati dalle strutture pubbliche, agevolando il cittadino e consentendo un puntuale monitoraggio di tutte le confezioni dispensate, che sarebbero assoggettate al massimale convenzionale di due pezzi per ricetta.

Oggi si agevola il cittadino dando grandi quantità per mesi di terapia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GIACOMO MILILLO (Fimmg)

«No a pillole secondo posologia, sì agli indicatori epidemiologici»

«**R**ispetto ai farmaci è scritto nelle osservazioni della bicamerale, che eventualmente dovranno essere recepite in uno dei Dlgs che mancano per l'attuazione del federalismo fiscale, che il Ssn deve prevedere la spesa solo per i farmaci prescritti per posologia secondo la quantità e il periodo ritenuto adeguato dal medico. Il riferimento quindi è all'appropriatezza non solo della qualità della prescrizione, ma anche della sua quantità e questo è veramente difficile da valutare a priori», sostiene **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg, commentando la proposta della bicamerale.

Secondo Milillo il medico prescrive, ma non può governare la compliance del cittadino: se questo consumerà di più, con i costi standard si troverà "intimazioni" a

non prescrivere una scatola extra rispetto a quelle previste dalla posologia. «Si arriva così a una contabilità che può essere gestita solo per approssimazione - spiega - perché entrando nel dettaglio diventerebbe un carico burocratico spaventoso per il medico. È un'ipotesi negativa quindi - afferma - non c'è dubbio. Mi sembra si arrivi a un livello di dettaglio inopportuno, che costerebbe tantissimo calcolare e credo quindi non sia proponibile. Spero anzi che il Governo non lo prenda nemmeno in considerazione».

Diverso è invece secondo Milillo

il discorso di implementare gli indicatori epidemiologici territoriali «che sarebbero molto più efficienti ed efficaci per dimostrare il carico dei servizi e anche la loro qualità a livello di accessibilità e non di offerta come avviene ora. Nel momento in cui saremo automatizzati (se ci mettessimo ora a compilare le schede "a mano" diventeremmo pazzi) e informatizzati con un livello di e-health corretto - sottolinea - da quei valori si potrà dedurre una serie di dati che possono davvero essere riferiti ai Lea da erogare anche tenendo conto di situazioni locali differenziate.

In una Regione in cui certe prestazioni - previste dai Lea si forniscono solo a metà, a esempio, non si possono valorizzare chiedendo di raggiungere il massimo perché nel giro di un anno non ce la si

Troppe teorie non funzionano mai: servono verifiche e modifiche sul campo

può fare, ma si può procedere con questi dati in base a obiettivi temporali, di qualità ed efficienza reali».

«Il federalismo - conclude Milillo - è tutto da verificare. Non credo che in un settore come quello sanitario si possano fare previsioni: si deve procedere per sperimentazioni e soprattutto con verifiche reali, come nei Paesi più avanzati. Si tratta di un sistema che più raffinato diventa più è efficace, ma ora si può solo stare a guardare e aspettare di uscire da una teoria che in economia non funziona mai».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGELO FRACASSI (Assobiomedica)

«Idee che provocano danni a cittadini e imprese»

«Non mi piacciono affatto gli inviti della bicamerale che riguardano interventi su cui Assobiomedica ha già manifestato nettamente il suo dissenso, per i danni che possono provocare a cittadini e imprese e l'inutilità ai fini dell'obiettivo di risparmiare. Mi riferisco alla richiesta di istituire premi e incentivi alle Regioni che metteranno in piedi centrali uniche, sottolineo uniche, per l'acquisto di beni e servizi. Mi auguro che non si pensi ai dispositivi medici, perché ciò significherebbe un peggioramento rispetto agli esperimenti in atto. Così come, sempre nella stessa ipotesi, è sorprendente anche la riemersione dei prezzi di riferimento, questa volta addirittura a livello regionale, con richiesta di valorizzare le

amministrazioni che vi si adegueranno. Alla luce di queste appendici, ove messe in atto, i timori sull'esito del federalismo fiscale in sanità aumenterebbero». Parla chiaro **Angelo Fracassi**, presidente di Assobiomedica, l'associazione delle industrie produttrici di biomedicali. Che aggiunge: «Non sono mai stato un entusiasta sostenitore del federalismo in Sanità. Penso che i principi generali e i poteri d'indirizzo e controllo dello Stato dovrebbero semmai essere rinforzati. Il giudizio di Assobiomedica a conclusione del processo federativo, e parliamo del 2018, potrà essere positivo solo se si verificherà un'effettiva responsabilizzazione delle Regioni, se si ridurranno gli squilibri sul territorio nella qualità e accessibilità delle

prestazioni e se cittadini e imprese non dovranno subire aggravii nel già elevatissimo carico tributario. Ma il quadro normativo che si va componendo tra complesse formulazioni e clausole di salvaguardia, fa temere situazioni opposte».

Secondo Fracassi oggi mancano dati analitici e confrontabili sulle spese di Asl e ospedali e un quadro epidemiologico regionale che «avrebbero consentito un lavoro più accurato. Costi e fabbisogni regionali calcolati in base alle Regioni virtuose servirebbero a stabilire solo la percentuale per il riparto nazionale. E non sono del tutto chiari i meccanismi perequativi: speriamo di non dover dire, tra qualche anno, tanto rumore per nulla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricerca medica

**L'Istituto
Mario Negri
compie 50 anni**

Il Mario Negri compie mezzo secolo. «Cinquanta anni fa veniva firmato dal Presidente della Repubblica il Decreto riguardante il riconoscimento dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri come Ente morale, l'equivalente dell'attuale Fondazione». Si apre così la lettera che il suo fondatore e direttore, Silvio Garattini, ha inviato ai ricercatori del centro per celebrare il compleanno della struttura *(nella foto i primi 29 ricercatori)*

