

CHIRURGI: NICOLA SURICO NUOVO PRESIDENTE CIC

(AGI) - Roma, 30 set. - Nicola Surico e' il nuovo Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC). Le elezioni si sono tenute a Roma lo scorso 26 e 27 settembre. Surico subentra al prof. Marco d'Imporzano che ha guidato il CIC negli ultimi due anni. Nato nel 1947, si e' laureato e specializzato in ginecologia e ostetricia all'Universita' di Bari. Ha conseguito una seconda specializzazione in oncologia clinica all'Universita' di Torino. Professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'Universita' del Piemonte Orientale a Novara, e' anche direttore della clinica ginecologica e ostetrica dell'azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carita' di Novara. Nel 2011 a Milano e' stato eletto Presidente della Societa' Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO), incarico che manterra' fino alla fine anno. "Lavorare con il bisturi in Italia e' molto difficile - ha affermato il Presidente Surico -. Sono diverse le problematiche urgenti da affrontare ma al primo posto c'e' il contenimento del contenzioso medico legale. Il 98,8% delle denunce di eventi avversi e' archiviata perche' inconsistente. La medicina difensiva costa 12 miliardi di euro l'anno e il 62,7% delle strutture sanitarie sono prive di assicurazione per colpa grave. Il mio primo impegno da Presidente CIC sara' quello di chiedere un incontro al Ministro della Salute per discutere dell'enorme aumento delle cause legali. Questo problema deve trovare una soluzione al piu' presto. Dobbiamo riappropriarci della nostra dignita' professionale e recuperare il rapporto medico-paziente". A Roma e' stato eletto anche il nuovo consiglio direttivo del Collegio Italiano dei Chirurghi che sara' composto da Filippo Latorre, Pierluigi Lelli Chiesa, Giuseppe Milano, Francesco Corcione e Marcello Lucchese. Il Presidente Eletto, che entrera' in carica tra due anni e' Luigi Presenti, gia' Presidente dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI).

NICOLA SURICO ELETTO PRESIDENTE DEI CHIRURGI ITALIANI

(ASCA) Roma, 30 set - Nicola Surico e' il nuovo Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC). Le elezioni si sono tenute a Roma lo scorso 26 e 27 Settembre. Surico subentra a Marco d'Imporzano che ha guidato il CIC negli ultimi due anni. Professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'Universita' del Piemonte Orientale a Novara, Surico (classe 1947) e' anche direttore della clinica ginecologica e ostetrica dell'azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carita' di Novara. Nel 2011 a Milano e' stato eletto Presidente della Societa' Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO), incarico che manterra' fino alla fine anno. "Lavorare con il bisturi in Italia e' molto difficile - ha affermato il neo Presidente -. Sono diverse le problematiche urgenti da affrontare ma al primo posto c'e' il contenimento del contenzioso medico legale. Il 98,8% delle denunce di eventi avversi e' archiviata perche' inconsistente. La medicina difensiva costa 12 miliardi di euro l'anno e il 62,7% delle strutture sanitarie sono prive di assicurazione per colpa grave. Il mio primo impegno da Presidente CIC sara' quello di chiedere un incontro al Ministro della Salute per discutere dell'enorme aumento delle cause legali. Questo problema deve trovare una soluzione al piu' presto. Dobbiamo riappropriarci della nostra dignita' professionale e recuperare il rapporto medico-paziente". A Roma e' stato eletto anche il nuovo consiglio direttivo del Collegio Italiano dei Chirurghi che sara' composto da Filippo Latorre, Pierluigi Lelli Chiesa, Giuseppe Milano, Francesco Corcione e Marcello Lucchese. Il Presidente Eletto, che entrera' in carica tra due anni e' Luigi Presenti, gia' Presidente dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI).

(AGENPARL) - Roma, 30 set - Il professore Nicola Surico è il nuovo presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC). Le elezioni si sono tenute a Roma lo scorso 26 e 27 settembre. Nicola Surico subentra al professore Marco d'Imporzano che ha guidato il CIC negli ultimi due anni. Nato nel 1947, si è laureato e specializzato in ginecologia e ostetricia all'Università di Bari. Ha conseguito una seconda specializzazione in oncologia clinica all'Università di Torino. Professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'Università del Piemonte Orientale a Novara, è anche direttore della clinica ginecologica e ostetrica dell'azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carità di Novara. Nel 2011 a Milano è stato eletto presidente della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO), incarico che manterrà fino alla fine anno. "Lavorare con il bisturi in Italia è molto difficile - ha affermato il presidente Surico -. Sono diverse le problematiche urgenti da affrontare ma al primo posto c'è il contenimento del contenzioso medico legale. Il 98,8% delle denunce di eventi avversi è archiviata perché inconsistente. La medicina difensiva costa 12 miliardi di euro l'anno e il 62,7% delle strutture sanitarie sono prive di assicurazione per colpa grave. Il mio primo impegno da presidente CIC sarà quello di chiedere un incontro al Ministro della Salute per discutere dell'enorme aumento delle cause legali. Questo problema deve trovare una soluzione al più presto. Dobbiamo riappropriarci della nostra dignità professionale e recuperare il rapporto medico-paziente". A Roma è stato eletto anche il nuovo consiglio direttivo del Collegio Italiano dei Chirurghi che sarà composto da Filippo Latorre, Pierluigi Lelli Chiesa, Giuseppe Milano, Francesco Corcione e Marcello Lucchese. Il presidente eletto, che entrerà in carica tra due anni è Luigi Presenti, già presidente dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI).

Il professor Surico eletto presidente del Collegio italiano dei Chirurghi



L'elezione nei giorni scorsi a Roma. È il primario della Clinica ostetrica dell'ospedale Maggiore di Novara

NOVARA

Il professor Nicola Surico è il nuovo presidente del Collegio italiano dei Chirurghi (Cic): è stato eletto di recente a Roma. Surico subentra al professor Marco d'Imporzano.

Nato nel '47, Surico si è specializzato in Ginecologia e ostetricia a Barie ha una seconda specializzazione in Oncologia clinica, conseguita all'Università di Torino.

Ordinario di ginecologia e ostetricia all'Università Avogadro di Novara, è anche direttore della Clinica ginecologica e ostetrica del Maggiore. Nel 2011 a Milano è stato eletto presidente della Società italiana di Ginecologia e ostetricia, carica che manterrà sino a fine anno.

<http://www.lastampa.it/2013/09/30/edizioni/novara/il-ginecologo-surico-presidente-nazionale-del-collegio-dei-chirurghi-dkAWBah9pyrbiPKGMz3ILL/pagina.html>

la Repubblica **RSALUTE**

Le terapie
Gli antibiotici
in pediatria
i forti danni
da utilizzo errato

SIMONIELLO

Antibiotici

Dal congresso degli specialisti Sipps una Consensus conference sull'impiego razionale dei farmaci che combattono i batteri ma che vengono utilizzati male. Mentre aumentano i casi di reazioni avverse e cresce la resistenza alle cure, creando un'emergenza sanitaria

Eccessi ed uso errato l'allarme dei pediatri

TINA SIMONIELLO

Gli antibiotici sono i farmaci più utilizzati in età pediatrica e in particolare per il trattamento delle infezioni delle vie respiratorie. Sono farmaci notevoli: hanno salvato e salvano milioni di bambini. Ma un uso eccessivo e inappropriato di queste medicine nuoce a tutti, ai singoli e alla comunità. Così Maurizio De Martino, direttore della Pediatria internistica del Meyer di Firenze e uno dei partecipanti al gruppo di lavoro della Consensus Conference sull'impiego razionale degli antibiotici nelle infezioni delle vie aeree in età evolutiva, al centro dei lavori del congresso della Società di pediatria preventiva e sociale (Sipps) che si è svolto recentemente a Bari.

Inappropriato. Eccessivo. Ma quali sono i principali errori che si commettono con queste medicine? Uno, classico, secondo gli esperti, è l'autoprescrizione da parte dei genitori: gli antibiotici devono essere prescritti dal pediatra, e dopo una visita.

Poi: non vanno utilizzati per ogni patologia respiratoria di qualsivoglia origine: gli antibiotici sono degli antibatterici, quindi non agiscono sui virus, che invece sono spesso causa delle comuni infezioni delle vie aeree. «Per le faringotonsilliti - entra nel dettaglio De Martino - patologie dovute a batteri nel 20 per cento dei casi, vanno prescritti dopo un tampone che ne accerti l'origine batterica. Nel caso di polmoniti, otiti e sinusiti, che hanno una ragione batterica nella gran parte dei casi, basta l'osservazione dei sintomi, che vanno riscontrati sempre dal pediatra. Gli antibiotici non sono antipiretici. Molti invece li usano, sbagliando appunto, contro la febbre. Che per altro, lo ricordiamo, è una reazione fisiologica dell'organismo».

Altri motivi dell'abuso: difficoltà di ottenere una diagnosi microbiologica dell'infezione, pressione da parte dei genitori sul medico, poca aderenza dei pediatri alle linee guida esistenti. Eppure gli antibiotici non sono privi di effetti collaterali. In

aumento le segnalazioni di reazioni avverse in pediatria proprio da antimicrobici. Ma l'effetto più importante dell'uso poco razionale che degli antibiotici è la resistenza batterica e la multiresistenza. L'Italia è tra i Paesi europei con i livelli più elevati di antibiotico-resistenza, soprattutto il Centro-Sud.

Che fare? Uno studio italiano che ha coinvolto oltre un milione di residenti della provincia di Modena e Parma (sul *British medical journal*) dimostra che campagne informative (brochure, opuscoli per tutti e news lettere ai medici e ai farmacisti) riescono ad ridurre sensibilmente l'uso e la prescrizione di antibiotici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





LA SCHEDA

 **LA DIAGNOSI**
Spetta solo al pediatra farla e decidere se e quale antibiotico utilizzare: nessuna autodiagnosi e auto prescrizione

 **LE CURE**
Gli antibiotici combattono i batteri, sono inutili nelle infezioni virali, anzi possono favorire quelle da batteri resistenti

 **L'INFLUENZA**
I vari farmac antibatterici non la curano poiché non agiscono contro i virus influenzali né sono utili contro il raffreddore

 **L'ADERENZA**
Il ciclo della terapia antibiotica non va mai interrotto e le dosi giornaliere vanno rispettate secondo l'indicazione del pediatra

I DATI ECONOMICI

Spesa e disavanzi in calo ma aumenta la forbice tra Nord e Sud

Una spesa che si conferma in calo non solo rispetto agli ultimi anni (nel 2011, per il secondo anno consecutivo, quella pubblica diminuisce dello 0,7%, contro lo 0,8% dello scorso anno e la privata cala più della pubblica), ma anche rispetto all'Europa. Sempre nel 2011 infatti la spesa sanitaria pro capite complessiva in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi Eu 14, a fronte di un Pil che è ormai inferiore del 9%. E anche la spesa sanitaria pubblica pro capite in particolare è inferiore ai Paesi Eu 14: la differenza è del 22,2% e dal 2008 si è sempre incrementata, mentre il gap della spesa privata si è ridotto.

Una situazione che ha permesso nel Def 2013-2017 di rivedere le previsioni per il prossimo quinquennio al ribasso, dal 7,1% di incidenza sul Pil nel 2012 al 6,7% nel 2017. Ma la crisi si fa sentire e la conferma nella Sanità è nel fatto che la spesa privata è cresciuta ancora meno di quella pubblica, a testimonianza, spiega il rapporto, della scarsa "disponibilità a pagare" delle famiglie italiane.

La variabilità regionale. Nel 2011 le Regioni con spesa inferiore (totale) sono soprattutto del Sud. E questo, spiega il rapporto, anche "pesando" la spesa per tenere conto delle differenze demografiche. Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata sono le Regioni in cui si spende meno, ma non per una maggiore efficienza, quanto «per il rischio di una significativa carenza di servizi».

Sul piano della spesa privata a livello regionale, il rapporto prende in considerazione quella per compartecipazioni o per acquisto privato di beni e servizi compresi nei Lea, che quantifica nel 30% della spesa privata complessiva. Le Regioni che in questo senso risultano avere una spesa minore sono Calabria, Abruzzo, Campania e Sicilia.

Ma anche la spesa sanitaria privata, come quella pubblica, presenta una forte, «anzi maggiore» secondo il rapporto, variabilità regionale. Il valore medio pro capite 2011 in Italia è stato di 485 euro: nel Nord 599 euro, nel Centro 520,7 euro, nel Sud solo 313,4 euro.

Le Regioni con spesa privata pro capite maggiore sono Trentino Alto Adige (738,5 euro) e Veneto (702,4 euro), mentre quelle con spesa privata per abitante minore sono Campania (238,1 euro) e Sicilia (287,8 euro), in stretta correlazione al reddito pro capite e con un differenziale tra la Regione con spesa

massima e quella con spesa minima di 3 volte.

La spesa sanitaria privata, spiega ancora il rapporto, nel quinquennio 2006-2011, si è incrementata in media dell'1,1% annuo, ma l'aumento maggiore è nelle Regioni del Nord (2,3%) e del Centro (1,7%), mentre al Sud la spesa si è addirittura ridotta (-2,1%), allargando ulteriormente la forbice tra le Regioni.

I disavanzi. La risposta regionale alla crisi è stata «più virtuosa di quanto normalmente riconosciuto» secondo il rapporto. Il disavanzo è passato dai 5,736 miliardi del 2005 a 1,352 miliardi nel 2011 e nel 2011 risultano in avanzo: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo.

Anche valutando l'impatto sull'impoverimento a livello regionale, secondo il rapporto il quadro che emerge promuove (con riserva) le Regioni, in particolare quelle in piano di rientro: «Non si osservano, infatti, scarti sistematici rilevanti nell'impatto sull'impoverimento nelle diverse Regioni».

Considerando solo le Regioni che hanno presentato un risultato negativo (in tutto nel 2011 con una perdita complessiva di circa 1,611 miliardi), il rapporto evidenzia che soprattutto negli ultimi due anni si è modificata la composizione del disavanzo: cresce la quota di quello delle Regioni settentrionali (dal 4,64% del 2010 all'8,27% del 2011); cresce anche quella delle Regioni centrali (+4,35% tra il 2010 e il 2011, era 45,48% nel 2010 e 49,82% nel 2011); diminuisce invece quella delle Regioni del Sud: -7,98%, dal 49,88% del 2010 al 41,90% del 2011.

Nelle 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2011 (Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna), si concentra oltre l'87% del deficit nazionale, con un decremento del 2,89% rispetto al 2010 quando il disavanzo delle prime 5 Regioni "meno virtuose" (Liguria, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna) era il 90,10% del totale (considerando solo le Regioni con risultato di esercizio negativo).

Il rapporto sottolinea che nel 2011 al risultato hanno contribuito soprattutto tre Regioni: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2010 e il 2011 del 5,22%, Sardegna con il +4,56% e la Liguria che, nonostante nel 2010 abbia concluso il proprio piano di rientro, ha contribuito nell'ul-

timo anno per l'8,27% al deficit complessivo con un incremento del 4,37% rispetto al 2010.

Sono soprattutto le Regioni in piano di rientro a migliorare il risultato: passano da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 a uno di circa 2,5 miliardi nel 2010 (-12,44%). La situazione migliora ulteriormente tra il 2010 e il 2011. Nell'ultimo anno, spiega il rapporto, il disavanzo di queste Regioni scende ancora fino a poco più di 1,5 miliardi con una contrazione del 39,58% rispetto al 2010. E nell'ultimo anno, prima delle coperture, solo cinque Regioni sono in avanzo: Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e Abruzzo.

Ultima osservazione del rapporto: il contenimento della spesa e del finanziamento non è stato «indolore».

Un ulteriore aspetto emerso è «la relazione inversa tra deficit in alcune delle Regioni con piano di rientro e andamento della spesa sanitaria privata: il disavanzo è discendente ma la spesa privata è in crescita».

Investimenti. Nel 2011 l'Italia ha destinato agli investimenti pluriennali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di Eu 14. Rispetto al 2001, mentre il dato Eu 14 è poco aumentato (+0,1%), l'Italia registra un +0,7%.

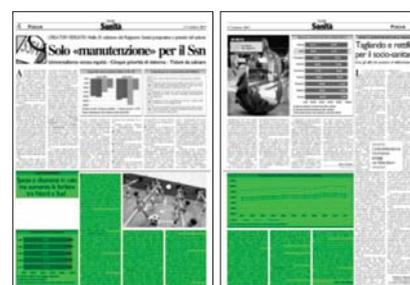
Ma l'Italia è l'unico Paese (con l'Irlanda) ad avere un finanziamento di tipo pubblico per gli investimenti inferiore al 50% (pari al 38,8%) e il trend è in discesa dal 2008 dal 57,7% al 50,4% nel 2009 e al 42,7% nel 2010.

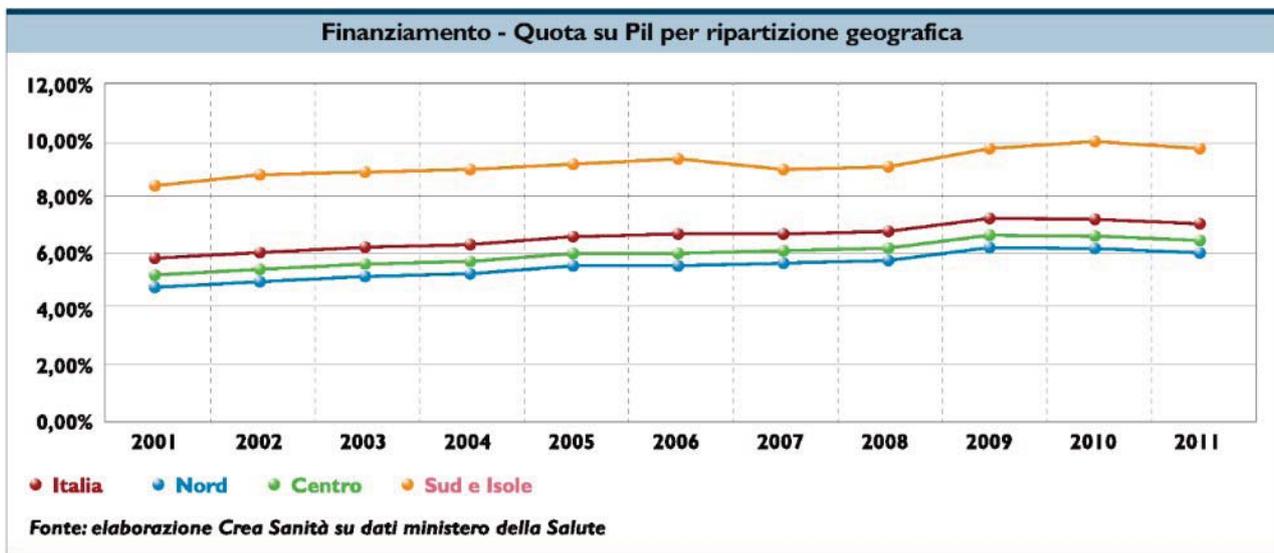
Se si considera la percentuale di investimenti fissi sulla spesa corrente, suddivisa per la parte pubblica e per la privata, secondo il rapporto si conferma una propensione italiana a investire concentrata nel settore privato: l'Italia per 100 euro di spesa sanitaria corrente privata, ne spende quasi 17 in investimenti fissi privati (all'estremo opposto la Spagna, con 2,21 euro), mentre a fronte di 100 euro di spesa sanitaria corrente pubblica spende solo 2,7 euro per investimenti fissi pubblici (la Svezia arriva a oltre 6 euro).

A investire è dunque essenzialmente il settore privato: lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, a favore di un settore privato sempre più "attraente".

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA





RAPPORTO AIFA

Farmaci, rosso d'ospedale

Sotto almeno di 800 mln - Pani: «Aumentare il tetto»

La farmaceutica territoriale è al limite. L'ospedaliera secondo l'Economia sforerà di 800 milioni. E l'Aifa avverte: «Il tetto va adeguato». Il dato nel Rapporto nazionale Osmed presentato da Aifa con il ministro Lorenzin, che dice: «Più stimoli alle imprese».



A PAG. 14-15

RAPPORTO OSMEDI/ Presentata l'analisi annuale 2012 sull'uso dei farmaci in Italia

Aifa: «Più budget alle cure H»

Pani: «La territoriale non compensa più» - Lorenzin: «Stimoli all'industria»

L'ipotesi "ufficiale" sul possibile buco della spesa farmaceutica pubblica ospedaliera a fine 2013 resta quella di 800 milioni di euro già avanzata dall'Economia. E l'Agenzia italiana dei farmaci (Aifa) avverte: i tetti di spesa vanno senz'altro aumentati, perché il budget della farmaceutica territoriale, vicina al limite di tenuta (11,35% del Fondo sanitario nazionale) non consentirà ulteriori "compensazioni" tra i due capitoli di spesa.

Il dato è emerso martedì scorso in occasione della presentazione in casa Aifa del «Rapporto nazionale Osmed 2012 sull'Uso dei farmaci in Italia». Dalla dettagliatissima analisi qualitativa e quantitativa emerge l'aumento dei consumi farmaceutici a carico del Ssn (+ 0,6% di confezioni dispensate rispetto al 2011) a fronte della riduzione della spesa territoriale pubblica (-8%) e della crescita contestuale degli acquisti farmaceutici da parte delle strutture (+12,6%).

Pur tra mille criticità, insomma, la spesa 2012 è rimasta ancora una volta sotto controllo. Secondo il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenuta alla presentazione del Rapporto, il merito va attribuito all'attività di negoziazione dell'Aifa, oltre che all'aumento del consumo di generici e all'acceleratore premuto sull'appropriatezza delle prescrizioni.

«C'è stata una forte contrazione di spesa senza compromettere l'appropriatezza dei medicinali in commercio: l'Italia è assolutamente all'avanguardia e competitiva in questo comparto

e il settore farmaceutico è un pilastro del sistema», ha dichiarato, annunciando tra l'altro la prossima riconvocazione del tavolo della farmaceutica al ministero dello Sviluppo, in partnership con l'Economia.

«L'industria farmaceutica è un settore di punta che continua a investire, a impiegare personale qualificato e a innovare - ha aggiunto la Lorenzin - per questo la lotta agli sprechi deve proseguire non con l'accetta, ma con il bisturi, entrando nel merito delle questioni. E la contrazione di spesa deve accompagnarsi a uno stimolo per questa industria che in maggior parte esporta all'estero».

E la prima delle questioni su cui dovrà essere indirizzato il bisturi della Lorenzin è la disomogeneità regionale, protagonista di primo piano nel Rapporto presentato dal presidente Aifa, Sergio Pecorelli e dal direttore generale, Luca Pani e coordinato da Pierluigi Russo e Paolo Siviero.

Sulla roulette dei consumi farmaceutici locali la variabilità dei consumi registrati da Osmed non sembra infatti necessariamente corrispondere ad acclerate peculiarità epidemiologiche territoriali. Per la convenzionata Ssn, a esempio, i valori più alti si registrano in Sicilia (1.110 dosi giornaliere ogni mille), seguita da Lazio (1.097,3 Ddd/1.000 ab. die), Sardegna (1.082,5) e Puglia (1.081,9). All'estremo opposto (e probabilmente ben curati) i cittadini di Bolzano (743,1 Ddd/1.000 ab. die), Trento

(864,9), Liguria (881,9) e Valle d'Aosta (896,1).

Il maggiore incremento del consumo di farmaci si riscontra in Sardegna e in Lombardia (+2%). Dall'altro lato, le maggiori riduzioni nei consumi si sono verificate in Liguria (-2,5%) e in Basilicata (-2,2%).

Variabilità altrettanto rilevanti si rintracciano entrando nel dettaglio delle scelte prescrittive per categorie di prodotti. In Sicilia - a esempio - si consumano oltre 120 dosi di antiacidi e antiulcera al giorno ogni mille abitanti; in Valle d'Aosta 61: la media nazionale è di circa 70. I Fans in Puglia viaggiano alla media di 39 dosi ogni mille abitanti al giorno; in Liguria a 16,2: la media nazionale è di circa 23. E così via. Nel via vai delle ricette rosa, insomma, qualcosa non quadra. E qualcosa non quadra anche sul fronte della spesa.

Curati con 30 scatolette e 430 euro a testa di spesa. Per il 2012 il bilancio Osmed totalizza una spesa pubblica e privata complessiva pari a 25,5 miliardi di euro, il 76% rimborsato dal Ssn: ogni cittadino ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private (oltre 1,8 miliardi di confezioni, -0,4% sul 2011) e ha assorbito una spesa pari a 430 euro.

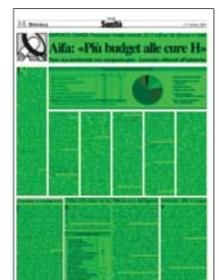
La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è ridotta rispetto all'anno precedente del 5,6% ed è stata pari a 19.389 milioni di euro, mentre le dosi giornaliere prescritte ogni mille abitanti a

carico del Ssn in regime di assistenza convenzionata sono state 985 (in aumento rispetto all'anno precedente del 2,3%), corrispondenti a oltre 1 miliardo di confezioni dispensate (18,4 confezioni pro capite), con un incremento dello 0,6% rispetto al 2011.

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso è stata pari al 61%, con i più alti livelli nella popolazione pediatrica e nella popolazione anziana: il 50% dei bambini e oltre il 90% della popolazione anziana con età superiore ai 75 anni hanno ricevuto almeno una prescrizione durante l'anno. Un anziano (con età superiore ai 74 anni) presenta consumi e spesa rispettivamente 22 e 8 volte superiori a quelli di un paziente con età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Territoriale: variabilità allo scapicollo. Anche la spesa a carico dei cittadini ha registrato una riduzione dell'1,5% rispetto al 2011. Risulta inoltre ridotta (-8%) la spesa territoriale a carico del Ssn, pari a 11.823 milioni di euro.

A esplodere è stata, invece, la spesa per l'acquisto di medici-



nali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, Asl, Irccs) che ha toccato quota 7,9 miliardi di euro (132,9 euro pro capite), assorbendo il 31% della spesa farmaceutica totale pubblica e privata nel 2012 e ha fatto registrare nel corso dell'anno un incremento del +12,6% rispetto al 2011.

Le Regioni in cui sono stati registrati i valori di spesa più elevati per i farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche sono Puglia (159,7 euro pro capite), Sardegna (156,0) e Toscana (155,8). I valori più bassi si

registrano invece in Valle d'Aosta (101,3), Lombardia (113,5) e a Trento (113,6). A livello macroregionale, è il Nord a registrare la spesa media pro-capite ospedaliera più bassa (124,7 euro), seguito dal Sud (136,4) e dal Centro (146,3). Un dato vale per tutte le Regioni: l'ospedaliera è cresciuta ovunque e continuerà a crescere. Perché è in ospedale che approda l'innovazione. Pani lo ha ribadito con chiarezza: «L'innovazione sarà il motore che determinerà dinamiche e composizione della spesa: i farmaci con

forti contenuti innovativi che arriveranno sul mercato costeranno moltissimo e non potranno che essere sottoposti a procedure distributive centralizzate». Come dire che il bubbone del tetto incongruo dell'ospedaliera dovrà prima o poi essere curato.

E questo per le aziende resta un "codice rosso", visto che un pugno di aziende sarà tenuto a sanare il 50% dell'extratetto (di 800 o più milioni è presto per dirlo). «Senza un tetto di spesa tarato sui consumi reali e senza adeguate metodologie di calcolo ci sono aziende che ri-

schieranno di chiudere» - commenta il presidente **Farmindustria**, **Massimo Scaccabarozzi**. «Qualcuna sarà costretta a ripianare per prodotti importanti 60-70 milioni di euro: questo con il regime fiscale italiano non è sostenibile; la crisi rischia di essere amplificata. Cosa accadrà alle aziende leader se saranno costrette a ripianare è un problema che il Tavolo della **farmaceutica** non potrà non affrontare».

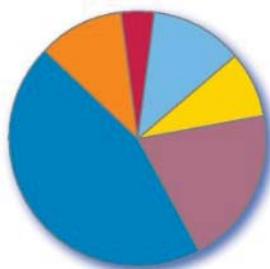
a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Composizione della spesa farmaceutica 2012

	Spesa	%
Spesa convenzionata lorda	11.488	45,0
Distr. diretta e per conto di fascia A	2.837	11,1
Classe A privato	1.032	4,0
Classe C con ricetta	3.000	11,8
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.128	8,3
Asl, Aziende ospedaliere, Ria e penitenziari *	5.055	19,8
Totale	25.540	100,0

* Al netto della spesa per distribuzione diretta e per conto di medicinali di classe A



- Spesa convenzionata lorda
- Distr. diretta e per conto di fascia A
- Classe A privato
- Classe C con ricetta
- Automedicazione (farmacie pubbliche e private)
- Asl, Aziende ospedaliere, Ria e penitenziari

Overdose di antidepressivi

Loie de vivre a tasso zero nel Belpaese: il Rapporto Osmed 2012 conferma che il consumo di **farmaci** per il sistema nervoso centrale è in costante crescita (+4,5% dal 2004). Lo scorso anno questa categoria di prodotti si è classificata al quarto posto come voce di spesa complessiva, per un totale di 3.310 milioni di euro, il 43% come spesa convenzionata a carico del Ssn, il 40% come spesa privata sostenuta direttamente dal cittadino, per una spesa pro capite totale di 55,7 euro a testa. Il dato è preoccupante e destinato ad aggravarsi in futuro: studi internazionali pronosticano che nel 2020 la depressione sarà la seconda grande patologia - dopo le malattie cardiovascolari - responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute. In termini di spesa e consumi Ssn, la spesa per **farmaci** del Snc si è attestata a quota 1.979 milioni, risultando quasi invariata rispetto all'anno precedente, nonostante il moderato aumento dei consumi (+1,4%).

Tutto sommato, però, ce la caviamo meglio degli altri Paesi Ue e restiamo il Paese a più bassa incidenza di spesa pubblica e privata per i **farmaci** Snc nel canale farmacia (14,2%). L'analisi evidenzia il costante incremento dei consumi in rapporto all'età e una prevalenza d'uso più alta nelle donne a partire dai 35 anni. Riflettori accesi, infine, sull'appropriatezza d'uso. Le linee guida raccomandano per la depressione un trattamento di almeno sei mesi, per contrastare l'alto rischio di recidiva: i dati mostrano invece che quasi il 50% dei pazienti sospende il trattamento nei primi 3 mesi di terapia; oltre il 70% nei primi 6 mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Orfani: 670 milioni dal Ssn, 900mila euro dall'Agencia

Antineoplastici e immunomodulatori (38%), farmaci del metabolismo e del tratto alimentare (23%), farmaci del sistema nervoso centrale (11%): appartengono a queste 3 categorie i farmaci orfani che assorbono il 72% della spesa di categoria, attestata per il 2012 a quota 670 milioni di euro (8% della spesa farmaceutica delle strutture sanitarie pubbliche).

Gli "orfani" autorizzati dall'EmA ammontano al 2012 a un totale di 65: di questi prodotti, 47 sono

autorizzati e commercializzati in Italia (72%), altri 10 sono in corso di negoziazione ma già resi disponibili per i pazienti privi di alternativa terapeutica (L. 648/1996). Dei 47 farmaci orfani commercializzati, (74 confezioni), il 92% è di classe A e H (a carico del Ssn), mentre l'8% è disponibile in classe C ma fornito ai pazienti a carico del Ssn in quanto utilizzato in ambito ospedaliero.

L'autorizzazione centralizzata non è tuttavia l'unico canale di accesso per i pazienti ai farmaci orfani: in alternativa, in caso di assenza di Aic del farmaco orfano indicato per una malattia rara, un paziente può accedere al farmaco attraverso una delle seguenti procedure: la citata legge 648/1996, su base nazionale; il Dm 8 maggio 2003 (uso compassionevole) e la legge 94 del 1998 (ex Legge Di Bella) che disciplinano la prescrizione sul singolo paziente, ovvero su base nominale. E per finire la legge 326 del 2003 che ha istituito il Fondo Aifa, finanziato con il 5% delle spese promozionali sostenute annualmente dalle farmaceutiche.

Dotato nel 2012 di un budget di circa 32 milioni di euro, il Fondo ha erogato nello stesso anno 901.130 euro per il trattamento di 19 pazienti con patologie oncologiche avanzate già sottoposti ad altri trattamenti terapeutici. Il 50% del Fondo è dedicato alla ricerca indipendente sull'uso dei farmaci.

Nel 2008 l'Aifa ha contribuito al bando sulle malattie rare effettuato dalla Salute con un finanziamento pari a 3 milioni di euro per 12 studi.

I numeri degli "orfani"

Farmaci orfani autorizzati dall'EmA	65
Farmaci orfani autorizzati anche in Italia	47
• in classe A e H	92%
• in classe C (uso ospedaliero)	8%
Confezioni di farmaci orfani autorizzati anche in Italia	74
Farmaci orfani in negoziazione	10
Spesa 2012 per i farmaci orfani	670 mln
Spesa sostenuta dal Fondo Aifa per farmaci orfani	901mila
Incidenza farmaci orfani su spesa ospedaliera	8,4%

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Antibiotici, 20% di troppo

Ventuno dosi al giorno di antibiotici ogni mille abitanti a carico del Ssn sono ancora troppe: «Nel 20% dei casi, in tutte le condizioni cliniche, la prescrizione - avverte il Rapporto Osmmed 2012 - è inappropriata» e dunque potenzialmente anche dannosa. Anche se le campagne informative Aifa e l'allarme ripetuto da parte della comunità scientifica internazionale sulla crescita esponenziale delle farmacoresistenze sembrano aver ottenuto un qualche effetto - in Italia consumi e spesa sono diminuiti rispettivamente del 6,1 e del 16,3% rispetto al 2011, per una spesa pro capite pubblica convenzionata di 11,86 euro - l'inappropriatezza resta. Con punte del 48,6% per la laringotracheite e del 37% per la cistite non complicata.

Il classico dell'inappropriatezza restano le infezioni acute delle vie respiratorie: colpiscono ogni anno almeno metà della popolazione, ma in oltre l'80% dei casi le infezioni delle vie respiratorie hanno causa virale e non batterica, dunque gli antibiotici non sono utili al trattamento. Da un punto di vista geografico, invece, la patente di inappropriatezza su influenza e raffreddore spetta secondo l'Osmmed alle Regioni del Centro Italia, mentre dal punto di vista anagrafico i peggiori iper-trattati sono gli anziani, che si vedono curare l'influenza con gli antibiotici in quasi il 60% dei casi, contro il 24% degli under 45.

A estrinsecare al meglio il gradiente Nord-Sud i dati relativi alla Campania (31 dosi giornaliere ogni mille abitanti), alla Puglia (27,8) e alla Calabria (26,6). All'estremo opposto Friuli Venezia Giulia (14,6 dosi giornaliere ogni mille abitanti), Liguria (14,3) e Bolzano (12,6).

Spesa e consumi farmaceutici pubblici: la variabilità regionale (valori pro capite 2012)



Regioni	Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A-Ssn 2012 (popolazione pesata) e variabilità regionale della spesa pro capite (*)			Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e variabilità regionale della spesa pro capite (**)		
	Spesa lorda pro capite *	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite	Spesa lorda pro capite *	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite
Piemonte	170,3	-11,8	16,8	128,7	-3,1	6,9
Valle d'Aosta	167,9	-13,0	16,1	101,3	-23,8	5,7
Lombardia	185,1	-4,1	16,1	113,5	-14,6	5,6
Pa Bolzano	132,5	-31,3	12,8	135,7	2,2	9,9
Pa Trento	153,9	-20,3	15,9	113,6	-14,5	6,9
Veneto	168,6	-12,7	16,7	127,0	-4,4	9,1
Friuli V.G.	171,4	-11,2	16,8	133,6	0,5	8,7
Liguria	166,8	-13,6	16,0	128,2	-3,5	7,4
Emilia Romagna	153,3	-20,6	17,0	138,5	4,3	10,6
Toscana	153,4	-20,5	17,3	155,8	17,2	8,0
Umbria	172,3	-10,8	18,9	141,0	6,1	6,3
Marche	176,5	-8,5	17,9	140,7	5,9	7,2
Lazio	220,1	14,0	20,7	142,1	6,9	5,8
Abruzzo	206,5	7,0	18,6	123,3	-7,2	5,6
Molise	190,3	-1,4	18,2	123,8	-6,8	7,0
Campania	231,2	19,8	20,7	136,4	2,7	6,3
Puglia	220,3	14,1	21,3	159,7	20,2	6,6
Basilicata	180,3	-6,6	18,4	150,8	13,5	6,4
Calabria	223,0	15,5	21,2	126,3	-4,9	4,3
Sicilia	245,2	27,0	21,5	117,5	-11,6	5,3
Sardegna	229,4	18,9	20,4	156,0	17,4	7,6
Italia	193,0	-	18,4	132,9	-	6,9
Nord	171,2	-11,3	16,4	124,7	-6,2	7,6
Centro	188,2	-2,5	19,0	146,3	10,1	6,8
Sud e Isole	227,6	17,9	20,8	136,4	2,7	6,0

* Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (25 milioni euro)
 Fonte: elaborazione OsMed su dati Assr/Assessorati regionali; (***) elaborazione OsMed su dati Nsis relativi alla tracciabilità del farmaco (Dm 15 luglio)

La variabilità delle scelte prescrittive regionali

Classe di farmaci	Ddd/1.000 ab. die media nazionale	Ddd/1.000 ab. die pesate in assistenza convenzionata per farmaci di classe A-Ssn - 2012
Farmaci per ipertensione e scompenso	358,4 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Umbria (440 dosi), Lazio (382,6), Campania (374,9) e Sicilia (374,5). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (279,9 dosi), Trento (314,2), Valle d'Aosta (327,7), Liguria (327,2) e Basilicata (331,5).
Antiacidi e antiulcera	76,9 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Sicilia (120,3 dosi), Calabria (100,5), Lazio (93,8) e Sardegna (93,3). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (32 dosi), Toscana (57,2), Lombardia (57,5), P.a. di Trento (58,6) e Valle d'Aosta (61).
Antiaggreganti anticoagulanti	76,2 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Abruzzo (87,6 dosi), Molise (84,9), Puglia (84,3), Friuli Venezia Giulia (83,8) e Sardegna (83,3). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (62,7 dosi), Campania (63,3), Liguria (67) e Piemonte (72,4).
Ipolipemizzanti	71,8 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Sardegna (90,1 dosi), Sicilia (84,6), Lazio (81,1) e Puglia (78,1). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (51,4 dosi), Valle d'Aosta (52,3), Liguria (60,3) e Piemonte (60,8).
Antidiabetici	53,2 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Sicilia (78,5 dosi), seguita da Calabria (63,5), Campania (61,7) e Puglia (60,7). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (33,9 dosi), Trento (38,7), Liguria ed Emilia Romagna (39,7).
Antidepressivi	36,8 dosi	Al primo posto per prescrizioni la Toscana (55,1 dosi), seguita da Liguria (46,2), Bolzano (45,7), Umbria (44,6) e Sardegna (43,6). Il numero minore di prescrizioni in Campania (29,1 dosi), Basilicata (29,2), Friuli Venezia Giulia (29,5) e Puglia (29,7).
Fans	22,9 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Puglia (38,9 dosi), seguita da Calabria (36,1), dalla Sardegna (35,8) e dalla Campania (32,7). Il minor numero di prescrizioni in Lombardia (12,8 dosi), Emilia Romagna (14), Bolzano (15,1), Trento (15,8) e Liguria (16,2).
Antibiotici	21,1 dosi	Il maggior numero di prescrizioni in Campania (31 dosi), Puglia (27,8), Calabria (26,6), Sicilia (26,1) e Lazio (24,2). Il minor numero di prescrizioni a Bolzano (12,6 dosi), in Liguria (14,3), Friuli Venezia Giulia (14,6) e Veneto (15,9).

Cure off patent a passo di carica: ai consumi senza brevetto il 37% del mercato

A atorvastatina, irbesartan, candesartan, rabeprazolo, donepezil, quetiapina: sono queste le star dei risparmi farmaceutici 2012, ovvero i principi attivi ad alto impatto sulla spesa di settore che hanno perso la copertura brevettuale durante l'anno. Tanto per fare un esempio, l'atorvastatina si colloca al quinto posto tra i primi venti principi attivi a maggior spesa con 156 milioni di euro.

Ed è così che la salute quotidiana degli italiani diventa sempre più off patent nel 2012 i medicinali a brevetto scaduto (branded ed equivalenti) hanno costituito il 62,1% dei consumi e circa il 37,7% della spesa netta convenzionata, collocando l'Italia al terzo posto, dopo Grecia e Irlanda, per spesa su prodotti che hanno goduto della copertura brevettuale. Sono invece Inghilterra, Germania e Francia i Paesi dove a essere baciati dalle preferenze sono gli equivalenti.

Nell'ottica Ssn fa poca differenza, il risparmio c'è comunque - è stato detto nel corso della presentazione del Rapporto Osmed - ma per i produttori di equivalenti il mercato resta a crescita lenta, totalizzando appena il 13,4% del totale.

Le Regioni in cui le cure a brevetto scaduto sono più gettonate sono l'Umbria (65,5%), la Toscana (63,9%) e il Veneto (63,8%), mentre l'incidenza più bassa è stata rilevata in Sardegna (58,3%), Basilicata (58,6%) e Molise (58,8%). La Toscana è la Regione con la mag-

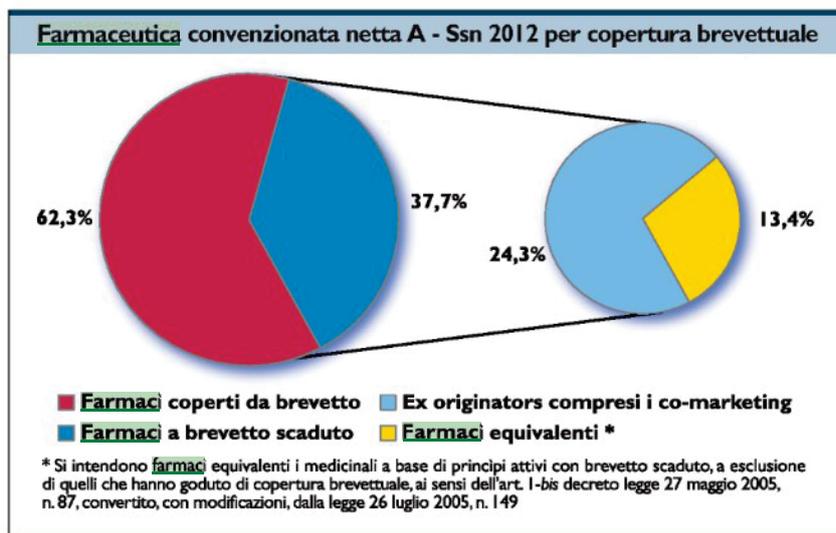
giore incidenza della spesa per farmaci a brevetto scaduto sulla spesa farmaceutica convenzionata netta regionale (43,5%), seguita da Umbria (42,6%) ed Emilia Romagna (42,3%).

L'incidenza più bassa è stata registrata invece in Lombardia (32,6%), Sardegna (34,5%) e Sicilia (36,0%). A subire maggiormente il fascino dell'ex-brand sono infine Calabria e Basilicata, con una incidenza di circa l'80% dei farmaci che hanno goduto di pregressa copertura brevettuale (prossi-

me all'80%); equanimi Trento e Lombardia, dove ex-brand ed equivalenti condividono al 50% il relativo mercato.

Ancora limitato, infine, il mercato dei biosimilari, anche se nel 2012 sono stati registrati incrementi consistenti per almeno due molecole: epoetina alfa cresciuta del 231% per la spesa e del 103% per i consumi e i biosimilari del filgrastim che hanno guadagnato rispettivamente il 414% e il 104%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Appropriatezza

Non bastano antibiotici e antidepressivi a esaurire il capitolo dell'inappropriatezza nell'uso dei medicinali. Il Rapporto Osmed propone anche per il 2012 l'analisi della rispondenza ai trattamenti effettuata sui database della Medicina generale (e degli specialisti per quanto riguarda la malattia diabetica).

Tra le patologie sotto la lente l'ipertensione, da cui risulta affetto il 27% della popolazione assistibile in carico ai medici di Medicina Generale, pari a circa 16 milioni di italiani: la maggior parte (circa 10 milioni, pari al 64,7% degli ipertesi) è affetto esclusivamente da ipertensione arteriosa, e di questi poco meno di 8 milioni assume antipertensivi. Dall'analisi dei dati Asl emerge che il trattamento viene assunto con continuità in poco più della metà dei pazienti (53,7%) indice di bassa aderenza sia pure in lento miglioramento: dal punto di vista geografico emerge un minor livello di aderenza al Sud (50,8%) rispetto al Nord (54,2%) e Centro (55,3%).

Analoghe osservazioni riguardano l'utilizzo dei farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie: asma e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), che evidenziano dati di prevalenza pari rispettivamente a 6,3% e al 3,1%. Anche in questo caso dai dati delle Asl risultano bassi livelli di aderenza al trattamento (14,9%), in riduzione rispetto agli anni precedenti, con la più bassa percentuale nella popolazione con età inferiore ai 45 anni (5%) rispetto alle fasce di età superiori, e al Sud (13,4%) rispetto al Nord (16,1%) e al Centro (15,2%).

Netto miglioramento, invece, nell'assistenza specialistica del diabete mellito: il Rapporto Osmed evidenzia un'intensificazione dei trattamenti e anche un moderato miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. La una percentuale di pazienti aderenti al trattamento con farmaci antidiabetici è pari al 60,3% e pressoché costante rispetto agli anni precedenti, con una certa variabilità tra le aree geografiche (Nord 61,5%; Centro 62,5%; Sud 56,2%) e tendenza al miglioramento all'aumentare dell'età (38,3% fino a 45 anni, 61,0% nella fascia 46-65 anni, del 65,0% nella fascia 66-75 anni e del 57,9% negli over 75).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L INCUBO «SHUTDOWN» Nel '96 costò 2 miliardi

La guerra sulla sanità mette l'America a rischio «chiusura»

*Obama punta a un accordo in extremis sulla finanziaria
Ma è proprio la sua riforma a spaccare Camera e Senato*

1 Già 17 in passato, l'ultimo con Clinton. L'ultimo dei 17 «shutdown» risale all'era Clinton, durò 27 giorni e costò 2 miliardi di dollari

2 Quanto costerà alla capitale. Washington sarà la più colpita: la chiusura di musei, parchi e siti costerà 200 milioni al giorno

3 Personale ridotto alla Casa Bianca. Sarebbero subito congelati 436 impiegati, poi altri 1265: Obama resterebbe con 129 persone



Il repubblicano John Boehner

Lo speaker repubblicano alla Camera ha ottenuto un testo che blocca l'Obamacare, ma rischia i voti degli elettori



Il democratico Harry Reid

Il leader della maggioranza democratica in Senato è il fautore della «linea dura» del partito sulla finanziaria



PREOCCUPATO Il presidente Obama dopo un discorso sul budget americano

Eleonora Barbieri

■ Ieri, giorno del conto alla rovescia per lo shutdown americano, i commentatori politici erano piuttosto d'accordo (a differenza dei due rami del Congresso): più che a negoziare, si pensava a chi dare la colpa. Anche se Obama ha detto di puntare a un accordo in extremis, in pratica si dava già per scontato che lo shutdown fosse cosa fatta. Pronto a scattare a mezzanotte, con la «chiusura»

parziale di attività federali e del governo e quindi, di fatto, con centinaia di migliaia di lavoratori a rischio di *furlough*, cioè di essere lasciati a casa senza stipendio. Il fatto è che nel weekend della Camera, a maggioranza repubblicana, ha approvato una legge finanziaria da 986 miliardi di dollari, per continuare a sostenere le attività del governo fino a metà novembre; solo che quel testo rimanda di un anno l'Obamacare,



lariforma del presidente, che entra in vigore esattamente oggi.

Il Senato, in mano ai democratici, si è riunito ieri per decidere se rimandare alla Camera un testo che includa i fondi per l'Obamacare (e che potrebbe essere di nuovo bocciato), oppure approvare la finanziaria così com'è, chiedendogli il veto del presidente, che permetterebbe di rimandare lo shutdown. Ma più che dei duecento milioni di dollari al giorno che perderebbe soltanto il District of Columbia, visto che Washington sarebbe la città più penalizzata dalle chiusure di parchi, musei, monumenti e siti federali, con circa il sessanta per cento dei 377 mila dipendenti statali che perderebbero il lavoro; più che degli ottocentomila, forse un milione (su 2,1 milioni) di impiegati federali che resterebbero senza stipendio; più che del rischio, insomma, di perdere fino a due miliardi di dollari, come successe nel 1996, anno dell'ultimo shutdown, in piena era Clinton, che durò ventisette giorni, pare che dalle parti del Congresso l'interesse sia più che altro al gioco politico. Lo dicono i due volti della battaglia: quello di John Boehner, lo speaker repubblicano alla Camera, e quello di Harry Reid, leader della maggioranza democratica al Senato. Boehner ha assaporato il sapore della vittoria, con un testo che mette a nudo ancora una volta le difficoltà del presidente e di fatto lo «ricatta» su uno dei temi a lui più cari, la riforma della sanità e, insieme, presentito l'odore di una possibile sconfitta, o per lo meno di una ritorsione al livello elettorale: perché, secondo i sondaggi, la maggioranza degli americani dà la colpa ai repubblicani del mancato accordo sul budget, e li giudica addirittura dei «bambini viziosi». Il malessere c'è, tanto che Bill Clinton ha suggerito a Obama di «smascherare il bluff del Gop». Anche se Boehner accusa Reid di avere cercato lo scontro, rifiutando il negoziato, rimandando fino all'ultimo il voto al Senato. E in effetti, secondo *Politico*, sarebbe lui l'artefice della «linea dura» dei democratici, nessun compro-

messo, nessun cedimento del presidente, in vista di un altro obiettivo: non dover concedere troppo per avere l'ok all'innalzamento del tetto del debito, fermo a 16.700 miliardi di dollari.

Entro il 17 ottobre (quando i fondi saranno esauriti) il Congresso dovrà approvare la manovra di innalzamento. Altrimenti, anziché lo shutdown, l'America rischia il default: e chissà che cosa potrebbero chiedere in cambio, allora, i repubblicani. Quello che è certo, è che il giochino potrebbe costare caro: tanto che Obama (dopo avere ascoltato i consigli di Reid) ieri ha cercato di smarcarsi, ricordando che «il dollaro è la valuta di riserva del mondo», che non si rassegna, e che la chiusura del governo americano è qualcosa su cui «non si può scherzare».

blog.ilgiornale.it/barbieri

L'ALCOLISMO

**CON FARMACO
E PSICOTERAPIA
UNA SVOLTA
SENZA BISOGNO
DI ASTINENZA**

L'alcolismo rappresenta in Italia il fenomeno di dipendenza più diffuso e socialmente dannoso. Si tratta di circa 1 milione di persone ma solo circa 58mila si rivolgono ai Servizi sociosanitari. Il consumo inizia in modo subdolo e socialmente accettato. Un nuovo approccio terapeutico che non richieda l'immediata astinenza da alcol è oggi offerto da un nuovo farmaco, il Nalmefene, il primo autorizzato in Europa per la riduzione del consumo di alcol in pazienti con dipendenza grave. Secondo gli esperti questa nuova molecola, agendo sul sistema nervoso, riesce ad attenuare le sensazioni di piacere dato dal bere e a controllare quegli stati di ansia e malessere che spingono a cercare nell'alcol il senso di benessere. Il farmaco deve essere prescritto solo congiuntamente a una terapia di supporto psicosociale. Gli studi dimostrerebbero che il farmaco è sicuro e che di effetti collaterali - nausea, vertigini, cefalea e insonnia - sono di lieve intensità, transitori e coincidenti con l'inizio del trattamento.

(silvia baglioni)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RICHIESTA DEI GOVERNATORI**«Subito conferme su ticket e finanziamenti»**

«Chiediamo sia confermato ufficialmente dal Governo l'impegno a recuperare i due miliardi per evitare l'introduzione del ticket dal 2014». È questa la prima richiesta delle Regioni perché possa andare avanti il lavoro avviato sul Patto per la salute. Richiesta formalizzata la scorsa settimana dopo il seminario in cui i governatori hanno fatto il punto su tutti i principali temi che li coinvolgono: riforme, abolizione delle Province e al primo posto per le questioni finanziarie, Sanità.

Ma anche se non regna ottimismo tra le Regioni per quanto riguarda le soluzioni economiche, sul Patto si continua a lavorare. E dopo gli incontri dei dieci tavoli sugli argomenti principali che lo costituiranno, il coordinamento dei vari gruppi sta stilando un primo documento sui singoli punti che dovrà essere condiviso da tutte le Regioni nel giro di quindici giorni. Poi a metà ottobre le commissioni Sanità e bilancio delle Regioni dovranno esaminarlo e, a seguire, il documento dovrà approdare alla conferenza dei presidenti per la lettura politica e una eventuale, prima approvazione su cui poi dovrà esserci la condivisione con il Governo. Il tutto quindi, come già previsto, a ridosso della presentazione della legge di stabilità 2014 che dovrà comunque fissare paletti certi di finanziamento.

«Confidiamo nell'impegno preso dal Governo per il reintegro delle risorse - ha detto il presidente dei governatori **Vasco Errani** -. Vogliamo poi spingere, grazie al Patto per la salute, sui punti fondamentali come la **farmaceutica**, l'innovazione, i piani di rientro, per fare il salto di qualità necessario e per garantire un sistema universalistico efficiente. Ma vogliamo avere prima queste conferme».

Sul nuovo Patto per la salute, nel corso del seminario tra i presidenti delle Regioni del 25 settembre, sono state comunque sollevate «moltissime criticità» dai governatori. «Manca la certezza dei finanziamenti, delle regole e del ruolo stesso delle Regioni», ha detto il presidente della Regione Lombardia, **Roberto Maroni**. «Vedo un disegno del Governo - ha aggiunto - per svuotare le Regioni

partendo dalla cancellazione del livello democratico, che è l'elezione dei presidenti di Provincia, e sottrarre risorse. È un disegno chiaro che va contrastato. Io spero che gli altri colleghi se ne rendano conto e lo contrastino. Mi attiverò affinché almeno gli esponenti del centrodestra nel Parlamento si attivino. Anche l'incertezza delle risorse per la Sanità - ha concluso - non è fatta a caso: fa parte del disegno che porta a un indebolimento delle Regioni attraverso una mancata definizione dei fondi per il Patto per la salute: poiché la competenza e la responsabilità della Sanità è delle Regioni, poi saremo noi a dovercela vedere».

«Il Governo nazionale vorrebbe proporre uno stanziamento del fondo sanitario nazionale non quantificato, ma fissando una percentuale sul Pil», ha spiegato il presidente dell'Abruzzo **Gianni Chiodi**. Che ha aggiunto: «Così le Regioni però non conoscerebbero con esattezza l'importo per i vari anni e non sarebbero messe in grado di gestire programmi operativi». «La Sanità - ha proseguito Chiodi - è in gran parte un investimento e per programmare gli investimenti e i costi di struttura, c'è necessità di conoscere quello su cui si può contare».

E i presidenti di questo vogliono parlare direttamente con il Governo: «Le Regioni chiedono ai ministri della Salute, degli Affari regionali e dell'Economia - ha detto il presidente del Molise, **Paolo di Laura Frattura** - un tavolo politico per comprendere quale è l'esatta dotazione finanziaria per la Sanità e per discutere in merito alle Regioni sottoposte ai piani di rientro dal deficit sanitario».

Un tavolo con il Governo, quindi. Che è probabilmente la vera incognita fino al momento in cui non si chiarirà la vicenda della decadenza di Silvio Berlusconi, verso la quale il Pdl ha minacciato dimissioni in massa e, quindi, crisi. E finché non ci sarà - se ci sarà - la verifica di maggioranza a cui pensa Enrico Letta per capire se il suo Governo può andare avanti.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Progetto per accesso equo ai farmaci

Un Manifesto dei diritti e dei doveri dei cittadini per un accesso sostenibile, equo, uniforme e tempestivo ai farmaci, ispirato al contenuto della Carta europea dei diritti del malato. Questo l'obiettivo del progetto di Cittadinanzattiva attraverso le reti del Coordinamento nazionale Associazioni malati cronici e del Tribunale per i diritti del malato (Tdm). "Le difficoltà di accesso alle terapie trovano l'ennesima conferma nei dati dal Rapporto Osmed", ha dichiarato il responsabile Tonino Aceti. "Lo sfioramento del 101% rispetto al tetto fissato per la farmaceutica ospedaliera nel 2012 certifica infatti l'inadeguatezza del tetto rispetto al reale fabbisogno di salute, che si dimostra essere una delle principali fonti di ritardi per l'approvazione a livello nazionale di farmaci già approvati a livello europeo, nonché dei mancati o ritardati inserimenti dei farmaci approvati a livello nazionale all'interno dei Prontuari terapeutici regionali". Anche il 2013 "sembra andare nella stessa direzione, con una spesa farmaceutica ospedaliera che si sta attestando al 4,5% sul Fsn rispetto al 3,5% che è la disponibilità finanziaria prefissata. Una situazione che andrà ad aggravare le già esistenti differenze di accesso ai farmaci ospedalieri innovativi tra le Regioni, delineando di fatto cittadini di serie A e di serie B".