

# Sanità

Anno VIII - n. 18  
Poste Italiane Sped. in A.P.  
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004.  
art. 1, c. 1, DCB Roma

10-16 maggio 2005  
www.24oresanita.com

Il check 2003 sull'organizzazione del Ssn nell'ultimo rapporto annuale del ministero della Salute

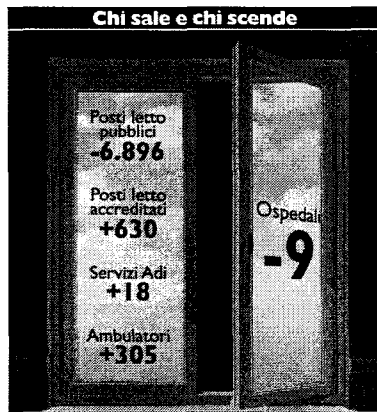
## Ospedali, una finestra sul cortile

Si riducono strutture (e posti letto) di ricovero e si guarda sempre più al territorio

**S**empre meno ospedale e più territorio. Si riducono le strutture di ricovero (nove ospedali in meno nel 2003 rispetto al 2002) e i posti letto (ne sono stati tagliati da un anno all'altro quasi 7mila). Crescono invece il numero di ambulatori e laboratori (+2,2% in media rispetto al 2002) e i servizi di assistenza domiciliare integrata (+10,5% rispetto al 2002). Che puntano soprattutto all'assistenza agli anziani: degli oltre 315mila pazienti che nel 2003 hanno usufruito dei servizi di Adi, quasi l'83% sono over-65, contro l'80% del 2002.

L'ultimo check sulle strutture del Ssn è tracciato nell'Annuario sulle attività delle aziende sanitarie 2003, elaborato dal ministero della Salute, che lo ha appena pubblicato.

SERVIZI A PAG. 2-5



**Atlante 2004**  
**Dove sono i Centri per l'alta specialità**  
A PAG. 6-8

**Decreto ripiani**  
**Ircs e Policlinici: 550 mln per il 2001-2003**  
A PAG. 10-11

**DIRIGENZA & CONTRATTI**  
**Medici, è tempo di no-stop**

È buio sul secondo biennio  
La firma alla preintesa sul quadriennio normativo e il primo biennio economico dei contratti di medici e dirigenti non medici è prevista - tranne sorprese dell'ultima ora - per mercoledì 11 maggio. Dopo una tre-giorni di trattative per sistemare gli ultimi nodi ancora irrisolti. Ma all'orizzonte le nubi si addensano sul secondo biennio economico.

SERVIZIO A PAG. 33

**Esclusiva violata, Asl screditata**  
Lavorare in una clinica senza l'autorizzazione della propria Asl significa danneggiare casse e immagine del Ssn. Parola della Corte dei conti, che ha condannato un primario.  
SERVIZIO A PAG. 31

**SPECIALE ICT**

**Sanità**  
L'e-health buona alla porta del Ssn

In allegato

**FORUM P.A.**  
**Se c'è la qualità c'è tutto**  
«Premio 2005»: aziende sanitarie e Regioni in gara

Un «ospedale senza carta» grazie all'Ict. E uno dei progetti che ha conquistato il premio «Salute 2005» al Forum della pubblica amministrazione in corso a Roma. La gara ha visto partecipare quasi un centinaio di progetti realizzati da aziende sanitarie, ospedaliere, Ircs, case di cura, Policlinici e Regioni che hanno deciso di puntare sull'Ict per trovare la difficile quadra tra maggiore efficienza e risparmi.

IN ALLEGATO

**PRIORITÀ**  
**Storace dixit: cura Di Bella**

Storace ha deciso: l'inchiesta sulle liste d'attesa sarà estesa a tutte le Regioni. E per la cura Di Bella il discorso dovrà riprirsi, magari con la possibilità di mettere la somatostatina a carico del Ssn.

SERVIZIO A PAG. 11

**IN VETRINA**  
**Competitività: fiducia al Senato, il federalismo fiscale va al 2006**

Voto di fiducia, al Senato, sul Dl competitività che proroga le scadenze del Dlgs 56/2000 al 2006 e recepisce le richieste delle farmacie sulle procedure di monitoraggio della spesa di settore: i presidi potranno continuare a inviare i dati tramite le proprie associazioni di categoria. (Servizio a pag. 13)

▼ **Nuove Giunte: fuoco di nome per gli assessori**  
Raffiche di nomine per i nuovi assessori alla Sanità, dopo lo stallo di un mese seguito alle elezioni regionali del 3-4 aprile scorsi. (Servizio a pag. 24)

▼ **Fisco: le regole per le spese in comune negli studi**  
Negli studi condivisi da più medici le spese sono sostenute da un solo professionista che poi provvede a riaddebitarle agli altri colleghi. (Servizio a pag. 32)

▼ **E.Romagna: infezioni, test sulle terapie intensive**  
Indagine conoscitiva dell'Agenzia sanitaria regionale sulle Unità di terapia intensiva: requisiti strutturali, personale e gestione dell'igiene. (Servizio a pag. 28)

▼ **Campania: telemedicina, un progetto per i privati**  
Un progetto cofinanziato con fondi europei punta a implementare nel privato l'innovazione tecnologica per scopi riabilitativi, di cura e assistenza. (Servizio a pag. 24)

**PREVENZIONE**  
**Bimbi obesi, stop allo spot**

Conclusa la prima fase del progetto europeo «Bambini e obesità», coordinato in Italia dall'Associazione per la lotta alla trombosità: ecco le colpe del marketing alimentare nella diffusione di diete non salutari.

SERVIZIO A PAG. 16-17

**AIFA & RICERCA**  
**Ecco i farmaci indipendenti**  
Orfani e malattie rare: le regole dell'Agenzia sulla R&S

Pronte le regole Aifa per far decollare la ricerca farmaceutica indipendente. Un documento appena trasmesso al parere della commissione R&S dell'Agenzia fissa le procedure per trasformare l'Aifa in sponsor degli studi meno appetibili dalle aziende

nonché titolare dei relativi risultati. Dal Cda dell'Authority anche le procedure per l'accesso ai 23,5 milioni di euro destinati all'acquisto di farmaci per le malattie rare e prodotti fuori commercio.

SERVIZIO A PAG. 18-19

**Prezzi e ticket, parola di Cerm**

«Quanto maggiore è il coordinamento Stato-Regioni sull'applicazione del reference pricing tanto maggiore può divenire l'autonomia regionale sull'applicazione del copayment».

A PAG. 20-21

**GUIDA ALLA LETTURA**

Primo Piano	a pag. 2-8
Dal Governo	10-11
In Parlamento	13
Mercati&News	14
Dibattiti	16-17
Speciale	18-21
Medicina	22
Aziende/Territorio	24-28
La Giurisprudenza	30-31
Lavoro/Professione	32-33
Servizi	34
In Europa	35

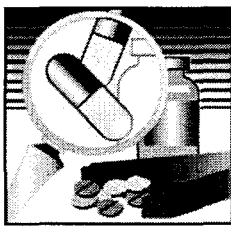
**A PAG. 30**  
**Ctp Udine**  
**La riduzione Irpeg del 50% spetta solo alle Ao e non alle Usi: il dibattito si riapre**

**A PAG. 31**  
**Cassazione**  
**Il nesso causale non è la colpa: la prova al paziente poi il dottore si dimostri innocente**

**A PAG. 35**  
**In Europa**  
**Da Strasburgo il monito ai 25 della Ue: assistenza garantita a tutti solo se si spende bene**

**MedicAir**  
Ossigeno e Servizi Terapeutici ALZAMO.IT

per voi, con voi, da voi



PILLOLE&SPESA/ Il prezzo di riferimento applicato a prodotti a elevatissima sostituibilità

# Farmaci: l'unità sul reference

La lista unica a livello nazionale garantirebbe lo zoccolo duro d'efficienza

I reference pricing e il copayment sono i due più diffusi strumenti di regolazione applicati ai farmaci e quelli su cui anche il legislatore italiano si è indirizzato per riprodurre le proprietà positive del libero mercato, in un contesto in cui l'efficienza e il controllo della spesa devono necessariamente costruirsi all'interno dell'obiettivo di equità sociale.

Nell'applicazione che i due strumenti stanno avendo all'interno del sistema sanitario italiano sembrano non sufficientemente comprese e utilizzate alcune caratteristiche specifiche che, al contrario, potrebbero risultare decisive nella costruzione dell'impianto federalista.

Le caratteristiche operative del reference pricing e la sua stessa applicazione sono nella sostanza demandate alle Regioni. Per quanto riguarda il ticket, dal 2001 a oggi, le Regioni hanno adottato decisioni diverse, trovandosi accomunate soltanto dalla scelta di preferire le compartecipazioni a somma fissa a quelle proporzionali al prezzo, con-

trariamente alle indicazioni che la teoria economica suggerisce sulla base delle proprietà di efficienza ed efficacia. I due strumenti di regolazione sono stati di fatto integralmente assegnati alle Regioni (formalmente e de facto) prima ancora che fosse divenuto chiaro il nuovo assetto di regole a presidio della trasformazione federalista (regole del resto ancora in fieri), mentre il legislatore nazionale sembra aver completamente ignorato le diverse proprietà economiche di reference pricing e copayment, che invece sarebbero importanti guide per la suddivisione di funzioni e responsabilità tra Stato e Regioni.

Quando applicato sulla base di una definizione di equivalenza tra farmaci dettagliata (come quella chimico-terapeutico-biologica adottata dal legislatore), il reference pricing si rivela uno strumento esclusivamente "tecnico",

senza ricadute distributive e, quindi, senza contenuto di natura politica.

Esso ha una proprietà che raramente si verifica in economia, cioè la capacità di separare l'obiettivo dell'efficienza e segnala le offerte efficienti tra prodotti a elevatissima sostituibilità e, esteso a tutti i farmaci, anche l'offerta efficiente complessiva del settore farmaceutico (come invidia delle prime). Perché, quindi, frammentarne l'applicazione a livello regionale?

I vantaggi diretti dell'applicazione uniforme del reference pricing possono esplicitarsi senza limitazioni della nuova più ampia sfera di autonomia fiscale e organizzativa che le Regioni hanno acquisito in materia sanitaria, garantendo una base di "pura" efficienza nel funzionamento dei sistemi farmaceutici regionali (un "guadagno secco" senza ricadute equitative né in termini

finanziari né di salute individuale) e rendendo assai più elastica l'autonomia applicativa del copayment da parte dei governi locali (si vedano tabelle).

Le proprietà reciproche dei due strumenti di regolazione permettono infatti di affermare che quanto maggiore è il coordinamento Stato-Regioni sull'applicazione di quello dei due di natura più tecnica, cioè il reference pricing, tanto maggiore può divenire l'autonomia regionale per quanto riguarda l'altro di più forte contenuto politico, cioè il copayment.

Se tutte le Regioni si impegnano a mantenere quello "zoccolo duro" di efficienza tecnica nella spesa farmaceutica pubblica ottenibile dando diffusione ai prodotti equivalenti più economici e fissando il livello di rimborso al loro prezzo, allora le politiche farmaceutiche regionali possono trovare una loro sfera autentica di autonomia decisionale, perché da un lato si affrancano in maniera sostanziale dall'obiettivo sinora prioritario del contenimento

## I vantaggi sul fronte delle scelte

1 La scelta del copayment potrebbe essere utilizzata in maniera più autonoma dalle singole Regioni, perché alleggerita di una parte sostanziale delle pressioni derivanti dalla necessità di garantire la sostenibilità di lungo periodo dei sistemi sanitari locali

2 Le modalità di applicazione del copayment si amplierebbero, divenendo più facilmente applicabili schemi di tipo proporzionale, conformi alle indicazioni teoriche di un'aliquota moderata e omogenea su tutti i prodotti, con l'ausilio di esenzioni per classi di reddito o situazioni sanitarie soggettive

della spesa, dall'altro guadagnano la razionalità e la trasparenza necessarie per integrarsi in un sistema federalista coeso e solidale.

Il reference pricing, infatti, quando applicato su prodotti a elevatissima sostituibilità (criterio chimico-terapeutico-biologico), ha una valenza prettamente tecnica e non coinvolge, come invece il copayment, la sfera di autonomia politica e fiscale delle Regioni.

Questa differenza suggerisce che la lista di trasparenza

sulla cui base è applicato il reference pricing dovrebbe diventare unica a livello nazionale (quella stilata dal ministero della Salute), in modo tale da commisurare il finanziamento pubblico al consumo dei farmaci, in qualsivoglia Regione, all'offerta efficiente di tutte le varietà farmaceutiche ammesse in commercio sul territorio nazionale.

Il "guadagno secco" di efficienza che un simile reference pricing permetterebbe è la base migliore su cui costruire una reale autonomia deci-

## I risultati di una sperimentazione biennale al «Brotzu» di Cagliari

# Risparmi del 30% con la dose pesata

Nel 2002 il servizio di farmacia dell'azienda ospedaliera «G. Brotzu» di Cagliari ha avviato un progetto pilota per preparare e distribuire le terapie personalizzate in dose unitaria ai pazienti. Il processo centralizzato - realizzato da un team di cinque persone - prevede i seguenti passaggi:

- in farmacia, in un'apposita area, i farmaci in confezioni multiple vengono sconfezionati dal personale addetto e quindi riconfezionati in singole dosi utilizzando bustine di polietilene che riportano il nome del farmaco, il dosaggio, il lotto di preparazione e la data di scadenza; i medicinali riconfezionati vengono immagazzinati in apposite cassette che costituiscono il magazzino dei farmaci in dose unitaria;
- dal reparto i medici inviano in farma-

cia, tramite la rete informatica, una scheda di terapia in cui sono riportati: dati del paziente, patologia, terapia con posologia, orario, modalità di somministrazione e durata del trattamento;

● il farmacista controlla le terapie ed estrapola i dati che saranno usati dagli operatori di farmacia per l'allestimento delle terapie;

● gli operatori in base ai documenti validati dal farmacista preparano le terapie personalizzate attingendo dal magazzino di farmaci dose unitaria.

Le terapie vengono allestite per le 24 ore a eccezione del fine settimana in cui vengono preparate per 72 ore. In reparto è presente un armadio che contiene i farma-

ci d'urgenza, sempre in dose unitaria, il cui utilizzo è segnalato quotidianamente in appositi moduli al farmacista per un completo controllo delle terapie e il ripristino delle scorte.

La sperimentazione - che ha coinvolto nell'arco di due anni i reparti di Ortopedia, Medicina, Nefrologia, Neurologia e Terapia intensiva per un totale di 131 posti letto - ha evidenziato che il coinvolgimento della farmacia nel processo di cura del paziente, produce notevoli vantaggi qualitativi ed economici.

Il nuovo processo infatti oltre a garantire una maggiore sicurezza per il paziente ha permesso di ridurre notevolmente le scorte in reparto con conseguente riduzio-

ne degli sprechi. Dal confronto tra i 12 mesi immediatamente precedenti all'introduzione della dose dose unitaria e i primi 12 mesi della sua introduzione è emerso che l'incidenza del costo dei farmaci nei Drg è inferiore dello 0,5% rispetto alla distribuzione dei farmaci col metodo tradizionale.

Il vantaggio è ancora più evidente se si calcola il costo medio della terapia farmacologica per caso clinico: la riduzione è di circa il 30%. L'esperienza effettuata unita alla visione di sistemi di gestione analoghi in altre realtà ospedaliere, ha confermato la volontà dell'azienda a investire in tecnologia, estendendo la metodologia di gestione centralizzata delle terapie in dose

unitaria a tutti i posti letto dell'ospedale.

L'obiettivo dell'azienda è di arrivare a fine 2005 con la maggior parte dei reparti gestiti in dose unitaria, prevedendo anche l'utilizzo di un sistema informatico per la prescrizione delle terapie via computer.

Il sistema permetterà di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni (il supporto on line fornirà informazioni su interazioni, controindicazioni, effetti collaterali) e di puntare alla qualità totale, ottenendo sia risultati economici, con l'incremento di efficienza nella gestione dei farmaci, sia risultati clinici, con la drastica riduzione degli eventi avversi dovuti agli errori di terapia.

Franco Meloni

Direttore generale Azienda ospedaliera G. Brotzu (Cagliari)

## Dopo aver fatto gli interessi della struttura il Governo penserà anche alle aziende?

# «Umberto I: una storia tutta italiana»

Con un colpo di spugna, che non tiene conto di decreti ingiuntivi, sentenze e pignoramenti intrapresi, un emendamento proposto dal Governo e approvato dal Parlamento senza che si levasse una sola voce di indignazione ha fatto piazza pulita dei debiti della vecchia gestione del Policlinico Umberto I di Roma.

Stiamo parlando di una struttura che nel 1998 aveva registrato 61 mila ricoveri e 31 mila assistiti in day hospital: un mastodonte per la cui gestione liquidatoria il Governo aveva stanziato tre anni fa, a titolo di acconto, 156 milioni di euro. Soldi stanziati per pagare solo i debiti contratti prima del 1999, e chissà dove finiti, dato che neanche un centesimo è stato speso per

pagare le aziende fornitrici del vecchio Policlinico.

Dal 1999 l'azienda universitaria - travolta dal degrado, dai debiti e da ripetuti episodi di malasanità - è stata trasformata, per decreto, nella nuova Azienda Policlinico Umberto I, con l'obiettivo di rilanciare la più imponente e importante struttura ospedaliera del Centro-Sud, facendola ripartire da una situazione libera e sana, separando la gestione del pregresso e lasciandola a carico della struttura soppressa. Venne perciò prevista la nomina di un commissario per l'accertamento dei debiti del vecchio Umberto I e per la definizione

di un piano per il pagamento delle passività. I fondi necessari furono poi solo in parte stanziati nel 2002 ma mai effettivamente utilizzati per estinguere i debiti del vecchio Umberto I, perché nel frattempo la nuova struttura, che avrebbe dovuto essere libera e sana, aveva già accumulato debiti per oltre 200 milioni di euro.

Ora, in nome della «salvaguardia dei legittimi interessi del Policlinico Umberto I», si è dato un bel colpo di spugna a tutta questa vecchia vicenda. Poco importa se i «legittimi interessi del Policlinico» sono in netta contrapposizione con gli interessi altrettanto legittimi di

tutti i fornitori del vecchio ospedale, che in virtù di contratti regolarmente stipulati hanno atteso per anni di vedere saldate le loro fatture. Si apre così uno scenario nuovo e molto inquietante.

I crediti vantati nei confronti del Policlinico dovranno essere inseriti a bilancio fra i crediti inesigibili, non potranno essere più considerate entrate future. Ce la faranno tutti - anche i molti piccoli fornitori - ad assorbire il colpo? Speriamo. Sarebbe interessante sapere se qualcuno si stia preoccupando anche degli interessi legittimi delle aziende.

Ma la preoccupazione più gran-

de riguarda il futuro. Sono molte le strutture ospedaliere che versano nelle medesime condizioni del Policlinico di Roma, prima fra tutte il «Mauriziano» di Torino, per il quale, nel novembre dello scorso anno, è entrato in vigore il decreto che costituisce la Fondazione Mauriziana che succede alla vecchia struttura nelle situazioni debitorie e creditizie a qualsiasi titolo maturate anteriormente. La stessa storia dell'Umberto I, insomma. L'azzeramento dei debiti di questa struttura sembra solo questione di tempo. E poi a chi toccherà? Molte altre sono le strutture ospedaliere che navigano in brutte acque.

Non dobbiamo più domandarci dunque quando lo Stato pagherà, ma se pagherà. E la prospettiva è ben diversa da prima. In un mercato normale non si vendono merci a chi non paga: neanche se le merci sono mediche. Si rischia un paradosso: ovvero che le aziende rifiutino le forniture alle strutture ospedaliere a rischio di insolvenza. A questo punto vogliamo sapere dal Governo, dopo aver giustamente salvaguardato gli interessi del Policlinico Umberto I, come pensa di salvaguardare anche quelli del sistema imprenditoriale e del sistema sanitario del Paese?

Enrico Monaco

Vicepresidente Assogenera, Responsabile gruppo ospedaliero

