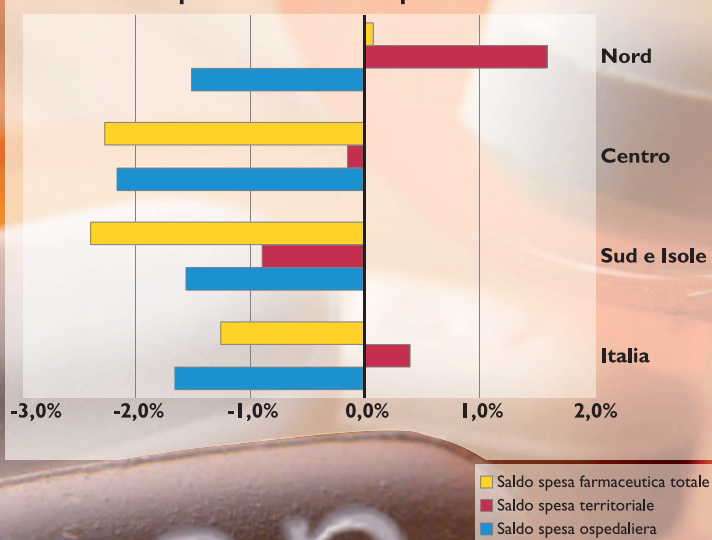


Spesa farmaceutica pubblica 2009



to, bilanciando i rischi dell'onere della verifica d'esito fra Ssn e produttore. A titolo esemplificativo, il farmaco potrebbe essere inizialmente fatturato a metà prezzo, con successivo conguaglio su base semestrale, suddividendo fra Ssn e industria il rischio finanziario dei casi di mancato follow-up in base ad accordi specifici.

Un'alternativa all'accorpamento centrale dei tetti di spesa potrebbe essere la conduzione di gare d'acquisto regionali (*misura peraltro inserita per gli equivalenti nella manovra estiva varata martedì dal Governo, ndr.*).

Tutti i ragionamenti fin qui fatti e le alternative proposte possono essere più o meno condivisibili, condizionate come sono dalla perdurante non chiarezza della ripartizione dei ruoli fra Stato e Regioni anche in questo settore. Ciò che diviene invece sempre più impellente è il rispetto del tetto di spesa, alla luce della grave situazione finanziaria italiana (aggravata ulteriormente da quella generale europea).

In base a quanto un qualificato revisore dei conti (www.ilrevisoreweb.it) ci ha recentemente mostrato, dal 2003 al 2008 lo Stato ha erogato fondi aggiuntivi (c.d. "fondini") pari a circa 6,5 miliardi di euro per coprire sette anni di disavanzi di spesa sanitaria, al cui interno ricade anche quella farmaceutica.

L'attuale crisi economica ci permetterà ancora di mantenere simili abitudini nei prossimi anni? Alla luce degli ultimi avvenimenti potrebbe proprio di no. Quindi, il mantenimento dei livel-

Farmaci: il disavanzo 2009 Regione per Regione

Regione	Deficit - 2009		
	Spesa ospedaliera *	Spesa territoriale	Spesa totale
Nord	-1,5%	1,6%	0,1%
Pa Bolzano	-0,5%	3,8%	3,3%
Emilia Rom.	-1,7%	1,3%	-0,4%
Friuli V.G.	-1,8%	1,6%	-0,2%
Liguria	-1,0%	0,3%	-0,7%
Lombardia	-0,9%	1,9%	0,9%
Piemonte	-2,1%	1,2%	-0,9%
Pa Trento	0,8%	2,6%	3,4%
Valle d'Aosta	-0,7%	2,2%	1,4%
Veneto	-2,6%	1,8%	-0,7%
Centro	-2,2%	-0,1%	-2,3%
Abruzzo	-1,1%	-1,1%	-2,2%
Lazio	-1,5%	-1,9%	-3,3%
Marche	-3,2%	1,5%	-1,6%
Toscana	-2,7%	1,7%	-1,1%
Umbria	-3,6%	1,1%	-2,5%
Sud e isole	-1,6%	-0,9%	-2,5%
Basilicata	-1,3%	0,5%	-0,8%
Calabria	-1,8%	-0,5%	-2,4%
Campania	-1,2%	-0,1%	-1,4%
Molise	1,3%	-0,3%	1,0%
Puglia	-2,0%	-1,7%	-3,7%
Sardegna	-3,2%	-0,4%	-3,5%
Sicilia	-1,2%	-1,6%	-2,8%
Totale Italia	-1,7%	0,4%	-1,3%

* Al netto del payback

li attuali di servizio dovrà necessariamente passare per un controllo più efficiente della spesa farmaceutica in tutte le Regioni, ipotesi sicuramente praticabile e più realistica di un impopolare innalzamento dei livelli di pressione fiscale; manovra, quest'ultima, in-

visa per definizione a tutti i politici, figuriamoci poi a quelli appena eletti nelle regioni del Centro e del Sud alle prese pure con l'assillo del federalismo fiscale.

Livio Garattini
Cesav, Istituto Mario Negri

PROVE DI RIORGANIZZAZIONE PER GLI ANTICOAGULANTI

Quando la terapia taglia tempi e costi

Ormai per i principali farmaci oncologici, che rappresentano circa il 35% della spesa farmaceutica ospedaliera, Aifa prevede sempre un rimborso legato all'efficacia. Se il RFom fosse applicato correttamente ovunque, potremmo recuperare una quantità di risorse rilevante. Si sta parlando molto dello sfondamento della farmaceutica ospedaliera del 2,4%, per un disavanzo pari a 1,7 miliardi di euro.

È noto che si tratta di una situazione frutto del disallineamento tra previsioni di spesa e allocazione di risorse: in questo clima è importante non fare ricorso a misure che non incentivano la qualità delle cure e il loro equo accesso.

Strumenti come il RFom sono un valido supporto. E volendo, esistono flussi informativi che, benché perfettibili, potrebbero rivelarsi utili: disponiamo del flusso Farmed e dei dati di vendita forniti dalle aziende farmaceutiche all'Aifa - che danno conto dei farmaci ad alto costo impiegati - e abbiamo i dati inseriti nel RFom.

Dallo scostamento tra queste grandezze si potrebbe evincere l'entità dell'impatto che l'applicazione dei rimborsi legati all'efficacia attraverso il registro potrebbe avere.

Agenzie come Aifa e Agenas, inoltre, potrebbero rafforzare l'importante ruolo di analisi dei flussi generati e questo meccanismo potrebbe essere applicato anche ad altri farmaci innovativi, non soltanto a quelli oncologici.

Diciamo che sarebbe auspicabile che il tavolo della farmaceutica prendesse in considerazione questi elementi. Credo, infatti, che si tratti di ipotesi coerenti con un futuro che vuole superare la logica della spesa storica, per passare a un funzionamento a costi standard.

Francesco Bevere

Direttore generale Istituto nazionale tumori Regina Elena e Istituto dermatologico San Gallicano Iccs Roma

Stop ai monitoraggi obbligati e continui. Stop alle spedizioni ricorrenti nei centri dedicati per la taratura della terapia (Tao). Stop alle troppe limitazioni derivanti dalle possibili interazioni del trattamento con cibi, bevande e farmaci. Per i pazienti con fibrillazione atriale in terapia anticoagulante per la prevenzione dell'ictus è in arrivo una rivoluzione, che promette una migliore qualità di vita per pazienti e famiglie e circa tremila ictus al giorno risparmiati.

La novità è che è pronta a entrare in pista una nuova categoria di prodotti che agiscono in maniera specifica, bloccando l'azione dell'enzima responsabile della formazione dei trombi (trombina) senza rischi di interazioni e senza necessità di sottoporre il paziente a estenuanti controlli. L'irruzione sul mercato delle nuove specialità - che manderanno in pensione la terapia anticoagulante standard in uso da 50 anni - obbligherà anche le strutture a riorganizzarsi, rendendo di fatto superflua l'attività di controllo svolta dai centri Tao e liberando risorse - economiche e di personale - da destinare ad altre urgenze.

Il singolare crocevia di attese, emergenze e urgenze legate al prossimo ingresso sul mercato farmaceutico del primo di questi nuovi anticoagulanti è stato al centro di un workshop organizzato pochi giorni fa a Napoli nell'ambito del 36° Congresso nazionale Anmco (direzioni ospedaliere), con il patrocinio della Boehringer Ingelheim, titolare della molecola (dabigatran) che per prima taglierà il traguardo della registrazione europea per questa specifica indicazione. «Come direttori sanitari e responsabili della clinical governan-

ce siamo intenzionati a seguire con estrema attenzione tutte le novità diagnostiche, cliniche e terapeutiche che possono determinare modificazioni significative nell'offerta di assistenza», ha spiegato Ugo Aparo, direttore sanitario dell'Ircs dermatologico Idi di Roma e segretario scientifico dell'Anmco motivando l'inserimento del focus farmacologico nell'ambito del congresso. A documentare le possibili ricadute delle nuove terapie anche

	Costo annuo per paziente Centri Tao			
	Monitor. Inr	Dirig. medica	Totale	Costo per pz.
Padova	1.323.000	300.000	1.623.000,00	231,86
Firenze	264.600	225.000	489.600,00	349,71
Roma	161.973	51.750	213.723,00	249,39
Pisa	137.403	225.000	362.403,00	498,49
Bentivoglio (Bo)	332.262	75.000	407.262,00	231,66
Totale	2.219.238	876.750	3.095.988,00	263,67

	Costo personale			
	Centro Tao	Pazienti in carico	N. dirigenti medici dedicati	Costo per paziente/anno
Padova		7.000	4,00	42,76
Bentivoglio (Bo)		1.758	1,00	42,57
Firenze		1.400	3,00	160,35
Roma		857	0,69	60,25
Pisa		727	3,00	308,79
Totale		11.742	11,69	74,50

	Organico		
	Centro	Medici/pazienti	Infermieri/pazienti
Firenze		0,0021	0,0036
Padova		0,0006	0,0009
Bologna		0,0006	0,0006
Pisa		0,0041	0,0000
Roma		0,0008	0,0012
Totale		0,0010	0,0011

Fonte delle tabelle: F. Spandonaro (Univ. Roma-Tor Vergata) - 36° Congresso nazionale Anmco

sull'organizzazione del lavoro all'interno delle strutture sanitarie sono i numeri messi a disposizione dagli esperti, a partire dagli aspetti epidemiologici illustrati da Marco Comaschi, responsabile del Dipartimento d'emergenza dell'Aou S. Martino di Genova e da Maria Luisa Sacchetti, neurologa vascolare del Policlinico Umberto I di Roma e presidente della Federazione Alice Italia Onlus. La fibrillazione atriale - hanno spiegato - è la più comune patologia del ritmo

cardiaco: riguarda circa l'1% della popolazione e ben il 10% degli ultraottantenni, espone al rischio di coaguli e aumenta di sette volte il rischio di stroke, evento di cui sono vittime ogni anno circa 3 milioni di persone con conseguenze devastanti. Metà dei pazienti muore entro il primo anno; per chi sopravvive i costi della disabilità sono pesanti e altrettanto lo sono gli oneri per il Ssn. Ma a sottoporsi alla terapia anticoagulante tradizionale è solo il 50% dei pazienti affetti da

fibrillazione atriale. I costi sono comunque ingenti: circa 3mila euro l'anno a paziente per un totale di oltre 13 miliardi in Europa per la fibrillazione atriale; 38 miliardi per lo stroke. Delle dimensioni essenziali del problema dà conto una ricerca realizzata da Health Innovation e presentata da Federico Spandonaro (Università di Roma «Tor Vergata»). I 359 centri Tao censiti in tutta Italia - ha spiegato - sono distribuiti in modo disomogeneo, penalizzati dai rimborsi incapaci in molti casi di sostenere la domanda e si ritrovano a fare da punto di riferimento a una media di oltre 66mila over 50.

Le novità organizzative prospettate dalle nuove opportunità terapeutiche in pista rappresenteranno una chance anche per i centri meglio organizzati. A confermarlo è Walter Domeniconi, dirigente medico dell'Ospedale Bentivoglio di Bologna, portavoce di una rete (Bon-Tao) dotata di 40 punti prelievo, 33 punti domiciliari e una rete totalmente automatizzata e standardizzata: tra attese e spostamenti - ha detto - l'attuale modello di assistenza costa 20mila anni di vita, un migliaio di anni di chiacchiere, 360 milioni l'anno di spese, 24 milioni di ore di lavoro e 480 milioni di reddito persi. Tutto per quei controlli e quelle procedure che tra poco sarà possibile gettare alle ortiche. Concluso l'iter registriativo all'Enea, i nuovi trattamenti dovrebbero entrare in commercio in Italia entro la primavera prossima con tutte le carte in regola anche sul fronte dell'efficacia e della sicurezza. I dati di riferimento sono quelli illustrati da Maria Grazia Franzosi (Istituto Mario Negri) responsabile per l'Italia dello studio "Rely" che ha coinvolto 18mila pazienti in 44 Paesi: il dabigatran riduce significativamente il rischio di ictus ed embolismo nel 34% dei pazienti con fibrillazione atriale senza aumentare il rischio di sanguinamenti e garantendo ampia sicurezza e facilità d'uso. E la ricerca su questo argomento non ha ancora detto l'ultima parola.