

**RASSEGNA STAMPA Martedì 2 Luglio 2013**

Corte dei Conti. Sull'altalena della spesa SSN  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Tariffe ospedaliere ancora in standby  
**ITALIA OGGI**

Farmaci, un rosso da 1,5 miliardi  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Governo clinico. Tre nuovi manuali Ecm per medici, infermieri e farmacisti  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Manora. Le "mosse di Saccomanni. Mercoledì audizione alle Commissioni Bilancio  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Domani audizione Fimmg. Milillo alla Camera su nuove sfide SSN  
**FIMMG**

Pensioni, Enpam: avanzo gestione 1,29 miliardi di euro  
**DOCTORNEWS**

Enpam approva bilancio consuntivo 2012: + 1,29 miliardi di avanzo. La Fondazione va verso la riforma dello Statuto  
**FIMMG**

Sanità: in Italia 1 medico su 7 si aggiorna e informa su DOCTOR'S LIFE  
**ADN KRONOS**

Europa. Approvata la Direttiva professioni. La pharmaceutical care è competenza del farmacista  
**QUOTIDIANO SANITA'**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**



CORTE DEI CONTI/ Analisi dei trend registrati nel 2012 per singoli fattori di costo

# Sull'altalena della spesa Ssn

## Personale sempre al top - Farmaci in discesa, ma si può fare di più

**L**a spesa per il personale è sempre al top delle Regioni, ma nel 2012 rispetto al 2011 frena, al contrario di quella per beni e servizi che, secondo le ultime elaborazioni della Corte dei conti, aumenta del +2,1%. La Corte, analizzando le singole voci, sottolinea che non sempre le Regioni con le spese maggiori confermano questo dato per tutte le voci, ma in alcuni casi e per singole voci si alternano nella relativa graduatoria, nelle posizioni di vertice, anche Regioni che complessivamente gestiscono ed erogano una minore quantità di risorse oppure che hanno fatto registrare minori aumenti se non diminuzioni di spesa.

**Personale.** Con una percentuale sostanzialmente analoga alla precedente (31,5%, a fronte del 32,2% del 2011; 33,1% del 2010, 33,0% del 2009, 33,1% del 2008), l'aggregato di spesa che ha maggiore incidenza sui costi sostenuti dal Ssn resta quello relativo al personale che lo scorso anno ha fatto registrare una diminuzione di circa 495 milioni (-1,4%) rispetto al 2011 e in controtendenza rispetto agli aumenti degli ultimi anni (2008-2010).

I maggiori costi si sono concentrati, nell'ordine, in Lombardia, Emilia Romagna, Campania, Sicilia, Lazio, Piemonte e Veneto. Un ordine che non corrisponde a quello generale di spesa. Gli aumenti maggiori dei costi si sono registrati a Bolzano (+4,2%), Trento (+2,3%) e in Sardegna (+0,7%); la diminuzione più significativa è in Campania (-4,3%), Puglia (-3,2%), Liguria (-2,9%), Lazio (-2,8%) e Calabria (-2,7%). Stabili Veneto (+0,1%), Friuli Venezia Giulia (+0,2%) e Valle d'Aosta (+0,3%), si contraggono quelli di Lombardia e Sicilia (entrambi -0,6%), Emilia Romagna (-0,8%) e Abruzzo (-0,9%).

**Beni e servizi.** La voce, anche se meno degli scorsi anni, è ancora in aumento (+2,1%) che nel 2012 vale 35,159 miliardi con un incremento in valore assoluto di circa 737 milioni e rappresenta la seconda voce di maggior peso sul comparto con un'incidenza del 31,1%. Il maggior volume di costi si è registrato in Lombardia, Lazio, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia e Sicilia. Rispetto al 2011 l'aumento maggiore è a Trento (+4,9%), in Campania (+3,9%), Sicilia (+3,8%) e Puglia (+3,5%). Le riduzioni maggiori invece in Valle d'Aosta (-5,7%), Toscana (-4,8%), Liguria (-2,7%), Emilia Romagna (-2,0%) e Basilicata (-1,7%). Riduzioni minori anche in Calabria e Friuli Venezia Giulia (circa l'1%).

**Farmacologica convenzionata.** Nuovo risparmio anche nel 2012 e un decremento rispetto al 2011 di -8,6% (rispetto al -9,6% del 2011). L'incidenza sul comparto scende così all'8,0% (in precedenza 8,8% nel 2011; 9,9% nel 2010; 10,0% nel 2009 e 10,5% nel 2008). «Si tratta di uno dei settori del Ssn - commenta la Corte - sul quale si è prestata maggiore attenzione e si è più inciso normativamente negli ultimi anni, sia a livello centrale, sia a livello regionale.

I maggiori costi sono in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte; i minori, in valore assoluto, in Valle d'Aosta, Bolzano e Molise. La spesa è diminuita di più a Bolzano (-16,3%), nel Lazio (-14,1%), Basilicata (-13,8%), Liguria (-12,9%), Emilia Romagna (-12,1%) e Veneto (-12,0%), mentre i minori risparmi si sono avuti in Sardegna (-1,1%), Valle d'Aosta (-3,1%), Lombardia (-4,0%), Umbria (-4,4%) e Trento (-4,7%).

La farmaceutica convenzionata, sottolinea la Corte, è l'unica voce di spesa che ha fatto registrare un trend in costante diminuzione «circostanza che fa valutare positivamente i numerosi tentativi di contenimento dei costi e di ricerca di più affidabili strumenti di governo e di controllo dell'andamento della relativa dinamica».

E tra le misure che la Corte giudica efficaci ci sono i ticket. «È tuttavia da ritenere - aggiunge però la Corte - che esistano ancora spazi di ulteriore miglioramento, se si pensa che anche nello scorso anno si sono avute sentenze delle Sezioni regionali della Corte dei conti riguardanti episodi, peraltro diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse ovvero di loro sostanziale inappropriata terapeutica, per i quali sono stati condannati a risarcire il relativo danno alcuni medici di base convenzionati».

Poi, la relazione segnala la necessità di una maggiore sensibilità verso i farmaci equivalenti «che pure a parità di validità terapeutica consentirebbero altri apprezzabili risparmi di spesa».

Altro possibile intervento potrebbe riguardare una più appropriata dimensione delle confezioni dei farmaci «talvolta non sempre adeguate alla durata delle terapie».

E la Corte segnala con preoccupazione il mercato parallelo dei farmaci falsificati «alquanto favorito dalle opportunità offerte dalla globalità della rete informatica, che denota la sussistenza non solo di una molteplicità di offerte quasi sempre truffaldine, ma anche la

resistenza di una domanda invero anomala, che danneggia il regolare commercio e, in definitiva, anche l'immagine del settore».

**Assistenza ospedaliera accreditata.** Stabile il dato. Invertendo la tendenza alla diminuzione registrata l'anno precedente (-2,4%), questa voce ha fatto registrare nel 2012 un lieve incremento (+0,2%), comunque ben più contenuto di quelli degli anni precedenti. I maggiori costi si sono concentrati, come negli anni scorsi, in Lombardia, Lazio e Campania (che messe insieme raggiungono già da sole il 50% del totale), seguite da Sicilia, Puglia ed Emilia Romagna. I minori costi si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta e Basilicata, dove si registrano gli aumenti più significativi, addirittura del 36,1% per la Valle d'Aosta e del 3,9% per la Basilicata, con anche la Toscana in sensibile aumento del 9,7%.

Quasi tutte le Regioni hanno fatto (finora) registrare valori sostanzialmente analoghi a quelli dell'anno precedente, «così da lasciar ritenere che si tratti di una voce di spesa abbastanza sotto controllo», commenta la Corte.

**Medicina generale.** L'aumento dello 0,6% è ben più contenuto di quelli 2009 e 2010, quando si sono scontati gli effetti del ritardato rinnovo della convenzione per il 2006-2007, perfezionata solo a luglio 2009. I maggiori costi si sono registrati in Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia, Veneto, Emilia Romagna e Puglia. Valle d'Aosta (+2,5%), Umbria ed Emilia Romagna (entrambe con +1,8%), hanno fatto registrare l'aumento percentuale maggiore del 2012, seguite da Trento (+1,4%), Marche (+1,2%), Lombardia e Puglia (entrambe +1,1%). A riequilibrare la media nazionale hanno contribuito in particolare i risparmi di Basilicata (-3,7%), Friuli Venezia Giulia (-1,9%), Molise (-0,8%) e Abruzzo (-0,3%). Tutte le altre regioni hanno avuto incrementi contenuti, abbastanza prossimi alla media nazionale (+0,6%).

**Altra assistenza convenzionata e accreditata.** Si tratta di cure termali e quelle destinate alle categorie più deboli (anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, psicotrofici ecc.). Il costo totale di 6,627 miliardi con un'incidenza del +5,9%, ormai stabile nell'aggregato, effetto di un aumento del +4,0% rispetto al 2011, comunque ben più che contenuto rispetto ai precedenti, risultato che ne conferma tuttavia la decisa tendenza a un costante incremento e sconta le conseguenze derivanti dalle esigenze connesse al prolungamento della vita e dalle necessità, evidentemente anch'es-





se in costante aumento, emergenti dalle classi sociali più deboli, pur con tutti i limiti del nostro sistema di assistenza socio-sanitaria.

I maggiori costi sono in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Toscana. Significativi gli aumenti nelle Marche (+19,4%), Trento (+18,5%), Friuli Venezia Giulia (+14,4%), Puglia (+12,1%) e Lazio (+11,7%). Elevati anche gli incrementi in Sicilia (+8,5%) e Molise (+5,6%), mentre la diminuzione più sensibile è in Valle d'Aosta (-4,5%), Liguria (-3,4%) e Calabria (-2,4%).

**Specialistica convenzionata e accreditata.** In aumento dello 0,7%: molto meno dell'anno precedente quando era stato del +3,6%. L'incidenza è ormai sostanzialmente stabile al 4,2% del comparto. I maggiori costi si sono registrati anche stavolta in Lombardia, seguita dalla Campania, dalla Sicilia, dal Lazio e dal Veneto. Si va dagli incrementi, a doppia cifra di Valle d'Aosta (+24,6%), Molise (+15,9%) e Toscana (+14,3%), alle diminuzioni della Calabria (-4,4%), Abruzzo (-3,7%), Liguria (-2,8%), Friuli Venezia Giulia (-2,4%) e Lombardia (-2,3%).

**Riabilitativa accreditata.** In linea con la tendenza 2011 (quando era diminuita del -0,8%), questa voce di spesa ha confermato il trend in diminuzione (-2,9%). Nel 2012, la spesa per la riabilitativa accreditata mantiene l'1,7% di incidenza assolutamente stabile nel comparto (a conferma dell'identico dato del triennio precedente), che costituisce una delle due incidenze percentuali più basse.

I maggiori costi si sono concentrati in Campania (che mantiene così la prima posizione già "conquistata" e confermata negli anni precedenti), Lombardia, Lazio, Puglia e Sicilia. Rispetto all'anno precedente, aumentano le Regioni Sardegna (+7,8%), Sicilia (+6,6%) e Calabria (+5,9%), seguite dagli incrementi più contenuti di Campania (+4,5%) e Valle d'Aosta (+4,2%). Numerose invece le Regioni che hanno fatto registrare diminuzioni. Quelle più significative sono avvenute a Trento (addirittura -90,7%, dato da approfondire), Puglia (-25,2%), e Molise (-19,3%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Le spese del Ssn 2012 per voci (miliardi)

Voci	2011				2012			
			+ / -				+ / -	
			Anno	Pro capite			Anno	Pro capite
	Composizione	Preced.	Euro		Composizione	Preced.	Euro	
	%	%			%	%		
Spesa <sup>(1)</sup>	112,809	100,0	1,3	1.899	113,683	100,0	0,8	1.914
Pil e spesa Ssn/Pil	1.578,497	7,1	1,7	26.577	1.565,916	7,3	-0,8	26.365
Regioni e Pp.Aa.	112,169	100,0	1,3	1.889	113,036	100,0	0,8	1.903
Personale	36,101	32,2	-1,6	608	35,606	31,5	-1,4	599
Beni e altri servizi	34,422	30,7	4,0	580	35,159	31,1	2,1	592
Medicina generale convenzionata	6,626	5,9	1,3	112	6,664	5,9	0,6	112
Farmaceutica convenzionata	9,862	8,8	-9,6	166	9,011	8,0	-8,6	152
Specialistica convenzionata e accreditata	4,668	4,2	3,6	79	4,700	4,2	0,7	79
Riabilitativa accreditata	1,954	1,7	-0,8	33	1,898	1,7	-2,9	32
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1,935	1,7	1,1	33	1,841	1,6	-4,9	31
Altra assistenza convenzionata e accreditata	6,372	5,7	1,3	107	6,627	5,9	4,	112
Ospedaliera accreditata	8,641	7,7	-2,4	145	8,659	7,7	0,2	146
Saldo gestione straordinaria	-0,089				0,147			
Saldo intramoenia	-0,078				-0,176			
Saldo svalutazioni/rivalutazioni					0,044			
Mobilità verso Bambin Gesù <sup>(2)</sup>	0,167		2,6		0,167		0,0	
Mobilità verso Smom <sup>(3)</sup>	0,035		2,2		0,035		0,0	
Ammortamenti	1,553				2,654			
Altri enti del Ssn <sup>(1)</sup>	0,641		13,9		0,647		1,0	
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato								

(1) Per spesa del Ssn si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Per il 2011 e 2012 sono compresi gli ammortamenti (A).

(A) Dal 2011 sono stati inclusi tra la spesa, gli ammortamenti secondo le regole dettate dal Tavolo di verifica di cui ai verbali del 24 marzo 2011 e 4 novembre 2011. In particolare per l'anno 2011 per le Regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise e Basilicata sono stati indicati i valori degli ammortamenti riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010-2011 (analogamente dal lato dei ricavi sono stati considerati i costi capitalizzati che sterilizzano i medesimi ammortamenti). Per le restanti Regioni, invece, il valore degli ammortamenti considerato è quello risultante dal modello Ce (analogamente, dal lato dei ricavi i costi capitalizzati sono stati valorizzati così come risultanti da Ce). Dal 2012 gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello Ce, analogamente dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.

(2) Le spese relative al B. Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "specialistica convenzionata e accreditata" e "ospedaliera accreditata".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Dd Pp (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'art. 17 comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.

Fonte: Corte dei conti su dati ministero della Salute: Nsis, dati di consuntivo a eccezione dell'ultimo anno. Per il consuntivo 2011 aggiornamento alla data del 2 maggio 2013. Per l'ultimo anno: dati del IV trimestre 2012 aggiornati al 2 maggio 2013. I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di spesa. Per il calcolo del pro-capite relativo all'anno 2011 e l'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1° gennaio 2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente la popolazione presa come riferimento negli ultimi due anni risulta la medesima.

## *La commissione tecnica al lavoro*

# *Tariffe ospedaliere ancora in standby*

**L**a commissione tecnica creata ad hoc lo scorso gennaio non ha ancora concluso i lavori per rivedere le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale. Lo precisa il ministero della Salute, dopo le indiscrezioni secondo cui il ministro Beatrice Lorenzin avrebbe già firmato il decreto per la revisione del tariffario nazionale. «In attuazione delle previsioni del decreto legge n. 95 del 2012 (c.d. Spending review) - si legge in una nota del ministero - il ministro della salute pro-tempore ha emanato il decreto 18 ottobre 2012 per determinare le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale valide sino al 31 dicembre 2014». «Come previsto dal medesimo provvedimento legislativo», prosegue la nota,

«al fine di predisporre l'aggiornamento delle predette tariffe, con decreto del ministro della salute pro-tempore del 29 gennaio 2013 è stata istituita una commissione tecnica con il compito di formulare proposte nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. Tale commissione, nella quale siedono rappresentanti della Conferenza delle regioni e province autonome, si è insediata il 14 febbraio 2013 e non ha ancora concluso i lavori. Soltanto alla conclusione dei lavori della commissione, come previsto dal dl n. 95 del 2012, il ministro della salute potrà mettere a punto il provvedimento di revisione del tariffario nazionale».

### **Stamina**

Intanto il ministro ha firmato il decreto di nomina del comitato scientifico della sperimentazione sul metodo «Stamina». La commissione è presieduta da Fabrizio Oleari, presidente dell'Iss (Istituto superiore della sanità).



Le previsioni tendenziali dell'Aifa sulla base dell'andamento della spesa nel primo trimestre dell'anno

# Farmaci, un rosso da 1,5 miliardi

Per la territoriale stima di 420 mld in più - E per l'ospedaliera extratetto da 1,15 mld

**L**a farmaceutica pubblica potrebbe registrare nel 2013 uno sfondamento complessivo di oltre 1 miliardo e mezzo.

La previsione tendenziale sul possibile (e drammatico) extratetto delle pillole è dell'Aifa, che quota in 420.768 milioni lo sfondamento del tetto della spesa territoriale per una incidenza dell'11,7% sul Fsn contro il previsto 11,35%, mentre l'ospedaliera esploderebbe per 1,150 milioni di troppo, assorbendo il 4,6% del Fsn invece del prefissato 3,5%.

Il dato - da trattare con le pinze, ma comunque inquietante anche se rivedibile al ribasso - è contenuto nel documento di «Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale per il trimestre gennaio-marzo 2013», approvato all'esame del Cda dell'Authority il 20 giugno.

A PAG. 6-7

*AIFA/ La proiezione della spesa regionale effettuata in base ai dati del primo trimestre 2013*

## Farmaci sulle montagne russe

**Buco tendenziale di 1,5 mld - Territorio a -420 milioni, esplode l'ospedaliera**

**L**a farmaceutica pubblica potrebbe registrare nel 2013 uno sfondamento complessivo di oltre 1 miliardo e mezzo.

La previsione tendenziale sul possibile (e drammatico) extratetto delle pillole è dell'Aifa, che quota in 420.768 milioni lo sfondamento del tetto della spesa territoriale per una incidenza dell'11,7% sul Fsn contro il previsto 11,35%, mentre l'ospedaliera esploderebbe per 1,150 milioni di troppo, assorbendo il 4,6% del Fsn invece del prefissato 3,5%.

Il dato - da trattare con le pinze, ma comunque inquietante anche se rivedibile al ribasso - è contenuto nel documento di «Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale per il trimestre gennaio-marzo 2013», approvato all'esame del Cda dell'Authority il 20 giugno.

Per quanto riguarda il primo trimestre dell'anno, il mix dei dati (rilevazioni Osmed, Dcr acquisite dall'Agenas, dati della tracciabilità e della distribuzione diretta e modelli Ce trasmessi dalle Regioni) evidenzia per la territoriale (convenzionata+distribuzione diretta in Fascia A+ticket ricetta) un avanzo rispetto al tetto programmato, al netto dei pay back, pari a 99 milioni: avanzo che potrebbe però essere eroso

a fronte dei dati reali dell'incidenza della distribuzione diretta, per ora stimati per almeno metà delle Regioni.

Diverso il caso dell'ospedaliera che risulta in "rosso" già dal primo trimestre, sia utilizzando come base di calcolo i flussi informativi ministeriali (da cui risulterebbe un extratetto di 129,1 milioni) che i Ce regionali: quest'ultima modalità, prevista dalla "spending review" (L. 135/2012), evidenzia un disavanzo assoluto di 241,6 milioni di euro.

Effettuata invece sulla banca dati della tracciabilità del farmaco - alimentata dai dati di fatturazione delle aziende sugli acquisti effettua-





ti dalle strutture pubbliche - l'analisi qualitativa sulla spesa non convenzionata, da cui emerge che le prime 30 categorie terapeutiche assorbono il 71,4% dell'intero capitolo di spesa. Primi in classifica per entità dell'esborso (154,5 milioni, 8,2% del totale) gli anticorpi monoclonali; secondi gli inibitori del fattore di necrosi tumorale (Tnf alfa) (129,0 milioni; 6,8%).

Entrando nel dettaglio, emerge che sono solo 7 le Regioni in extratetto per la territoriale. Il dato più elevato in Sardegna, con una incidenza del 13,9% sul Fsn, rispetto all'11,35 programmato. Seguono la Sicilia al 12,9%, il Lazio al 12,4%, la Calabria (12,3%), la Campania (12,3%), l'Abruzzo (12%) e le Marche (11,5%).

Débaclé generalizzata, invece, sull'ospedaliera: la tracciabilità darebbe 7 Regioni in regola rispetto al tetto del 3,5% (Sicilia, Calabria, Molise, Lombardia, Campania, Trento e Valle d'Aosta) stando invece all'analisi sui Ce sarebbero solo in tre a salvarsi (Lombardia, Valle d'Aosta e Trento).

Complessivamente, comunque, l'extratetto del trimestre si è attestato a un totale di 142,5 milioni di euro, corrispondente a un'incidenza 15,4% sul Fsn, contro il 14,85% programmato.

Obiettivo raggiunto solo da 9 realtà territoriali, tutte del Nord (Liguria, Friuli, Emilia Romagna; Lombardia; Veneto; Bolzano; Valle d'Aosta e Trento): la miglior performance a Trento, con un avanzo di 9,3 milioni e una incidenza di appena l'11% sul Fsn; la prestazione peggiore in Sardegna, con un extratetto di 35,4 milioni e un'incidenza del 19,5%, 4,65 punti in più del dovuto.

**Brivido a fine anno.** Risultati già preoccupanti che fanno da preludio alla valutazione tendenziale annuale da brivido di cui si è detto: in base ai dati disponibili ben 11 Regioni (Sardegna, Sicilia, Puglia, Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo, Marche, Molise, Basilicata, Umbria) dovrebbero chiudere il 2013 con un extratetto della territoriale, anche se rivedibile al ribasso presa visione del pay-back a carico delle imprese. Peggio ancora per l'ospedaliera: nel tetto resisterebbero solo Valle d'Aosta e Trento.

Il restyling dettato dalla "spending review" - che ha operato la redistribuzione dei tetti di spesa di settore, riducendo dal 13,1% all'11,35% del Fsn quello della territoriale e incrementando dal 2,4% al 3,5% quello dell'ospedaliera - non sembra aver risolto i problemi contabili del comparto.

Soprattutto la territoriale, "incaprettata" dalla norma che ha incluso nel calcolo del tetto la distribuzione diretta di Fascia A e i ticket versa-

ti dai cittadini, rischia di rivelarsi un vero e proprio boomerang per le imprese: con il tetto all'osso, più ticket pagano i cittadini più aumenta l'extratetto e più cresce di conseguenza il ripiano, che è totalmente a carico della filiera (ai sensi della L. 222/2007, art. 5, c. 3, aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti contribuiscono in rapporto alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali, tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa complessiva, mentre il ripiano dell'extratetto dell'ospedaliera compete per il 50% alle aziende e per l'altro 50% alle Regioni, ndr.).

«Se queste stime saranno confermate si tratterebbe dell'ennesima, insostenibile tassa sull'industria farmaceutica: non più praticabile con l'ultima riduzione dei tetti di spesa oltre ogni ragionevole limite - commenta **Enrico Hausermann**, presidente Asso-generici -. Le aziende prima che qualcuno possa porre rimedio a questa stortura avranno già chiuso o ridimensionato drasticamente la propria presenza in questo Paese, che si tratti di genericiste o meno». «Inoltre proprio le genericiste, che contribuiscono a ridurre la spesa farmaceutica in virtù dei prezzi bassi imposti per legge - conclude Hausermann - sarebbero esposte al paradosso del meccanismo di ripiano imposto dalla L. 222/2007, che assegna a tutte le aziende lo stesso tasso di crescita in rapporto alla spesa Ssn dell'anno prima».

Stesse ansietà dal fronte dei produttori di originator, che a inizio aprile - è il caso di ricordarlo - erano già state costrette a ingoiare l'amara sorpresa di una sforbiciata del 18,8% ai budget aziendali (circa 800 milioni in meno rispetto al 2012) come conseguenza del calcolo

del "budget company" annuale provvisorio della spesa farmaceutica ospedaliera fatto a norma di legge, ovvero utilizzando i Ce regionali che registrano valori di spesa decisamente più bassi rispetto alla tracciabilità dettata dai fatturati d'azienda.

«Sono esterrefatto da questi numeri: abbiamo chiesto l'accesso ai dati ma ci è stato negato, dunque non siamo in grado di capire quanto sono attendibili. Ne prendiamo atto e faremo le valutazioni del caso. Comunque è un modo per far pagare alle aziende altre inefficienze. Del resto ancora non ci sono stati dati i numeri puntuali della spesa su cui è stato calcolato il budget dell'ospedaliera, che rimane un argomento aperto» - dice **Massimo Scaccabarozzi**, presidente Farindustria -. «La stima sulla spesa tendenziale è inquietante. È una follia. Ed è una follia che ricomprendendo il ticket nel tetto di spesa si facciano pagare alle



aziende spese già sostenute dai cittadini e non dallo Stato - conclude Scaccabarozzi -. La convenzionata continua a scendere; e anche l'ospedale non cresce più, mentre lo Stato va in cassa due volte. Non vorrei che si passasse dall'assistenzialismo statale del passato all'assistenzialismo privato, facendo pagare alle imprese quello che lo Stato non riesce a dare alle Regioni».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## E il Prontuario resta un mistero

**M**entre esplode la ridda di calcoli e conteggi attorno al budget della farmaceutica pubblica 2013 c'è un convitato di pietra che contribuisce a tenere in fibrillazione i produttori del settore.

«Il nuovo Prontuario terapeutico - si chiedono - che faccia avrà?».

Stando all'articolo 11 del «DI Balduzzi» (DI 158/2012 - L. 189/2012) l'arcano doveva essere risolto entro il 30 giugno, data entro cui l'Aifa era stata incaricata di provvedere alla revisione straordinaria della lista dei prodotti concedibili a carico del Ssn, sposando in classe C (a pagamento) i farmaci terapeuticamente superati. Criterio guida dell'operazione, esclusivamente "l'obsolescenza" del medicinale che - se necessario e a insindacabile parere dell'Aifa - potrebbe continuare a essere fornito a carico del Ssn per il tempo strettamente necessario al completamento delle terapie in corso.

Dell'operazione - giudicata per lo più opportuna, visto che l'ultimo restyling risale al 1993 - non si sa per ora nulla. E non sanno nulla le aziende, che speravano di essere almeno consultate nel procedere dei lavori e che ora incrociano le dita. Il rischio è che togliendo il vecchio per il nuovo la spesa aumenti, inesorabilmente, ancora.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Previsione tendenziale della spesa territoriale 2013 \*

Regione	Spesa territoriale 2013 attesa **	Δ vs 11,35% Fsn	Incid. % Fsn	Δ % 2012
Piemonte	857.546.024	-50.143.103	10,7	1,5
Valle d'Aosta	23.410.689	-1.900.654	10,5	-0,1
Lombardia	1.876.627.300	-103.751.047	10,8	1,1
Pa Bolzano	68.755.289	-28.241.500	8,0	-2,7
Pa Trento	81.207.031	-21.638.806	9,0	-2,2
Veneto	882.311.689	-99.933.886	10,2	-0,4
Friuli V.G.	242.839.884	-5.471.048	11,1	-0,2
Liguria	340.394.540	867.675	11,4	-2,0
Emilia Romagna	811.767.733	-89.223.458	10,2	-0,3
Toscana	766.524.799	-928.377	11,3	0,7
Umbria	189.542.103	3.302.459	11,6	2,6
Marche	336.120.169	18.273.289	12,0	3,4
Lazio	1.300.559.599	159.801.556	12,9	0,1
Abruzzo	297.550.543	27.407.347	12,5	2,4
Molise	66.434.867	1.746.330	11,7	-1,1
Campania	1.273.832.583	152.323.405	12,9	1,7
Puglia	924.135.535	122.244.183	13,1	2,3
Basilicata	119.878.767	2.943.186	11,6	1,5
Calabria	449.242.120	52.938.807	12,9	3,5
Sicilia	1.170.824.145	187.149.689	13,5	-1,2
Sardegna	419.422.577	92.552.114	14,6	3,7
<b>Italia</b>	<b>12.498.927.985</b>	<b>420.768.163</b>	<b>11,7</b>	<b>0,8</b>

\* Spesa comparabile con la voce B.2.A.2 del modello Ce, al lordo del pay-back sulla spesa convenzionata a carico delle aziende farmaceutiche e dell'extrascotto a carico dei farmacisti (ex art. 15, c. 2, L. n. 135/2012).

\*\* La spesa annuale attesa è data dalla somma della spesa registrata nei mesi noti del 2013 e della spesa attesa nei mesi mancanti fino al 31 dicembre 2013. La spesa attesa è generalmente al netto di tutti i pay-back vigenti a carico delle aziende farmaceutiche.

### Previsione tendenziale della spesa farmaceutica 2013 nelle strutture pubbliche \*

Regione	Spesa ospedaliera 2013 attesa *	Δ vs 3,5% Fsn	Incid. % Fsn	Δ% vs 2012 **
Piemonte	451.614.984	171.710.848	5,6	9,8
Valle d'Aosta	5.624.311	-2.180.948	2,5	-23,8
Lombardia	629.452.620	18.763.262	3,6	-1,2
Pa Bolzano	43.558.675	13.647.772	5,1	16,1
Pa Trento	22.767.097	-8.947.478	2,5	-11,6
Veneto	350.679.041	47.783.929	4,1	4,2
Friuli V.G.	100.580.198	24.008.545	4,6	-0,7
Liguria	123.810.580	19.110.666	4,1	-4,2
Emilia Romagna	354.413.931	76.575.237	4,5	3,0
Toscana	404.835.838	168.176.268	6,0	22,3
Umbria	68.900.057	11.469.330	4,2	-7,9
Marche	135.518.085	37.642.395	4,8	-4,5
Lazio	4590.621.986	107.846.378	4,6	12,7
Abruzzo	99.753.849	16.449.780	4,2	-6,8
Molise	26.411.495	6.463.489	4,6	3,9
Campania	419.152.270	73.312.435	4,2	4,1
Puglia	467.076.576	219.797.305	6,6	39,2
Basilicata	42.311.662	6.252.232	4,1	-5,8
Calabria	149.903.751	27.695.681	4,3	2,7
Sicilia	351.762.359	48.426.624	4,1	8,6
Sardegna	167.628.393	66.831.334	5,8	5,7
<b>Italia</b>	<b>4.875.377.758</b>	<b>1.150.835.082</b>	<b>4,6</b>	<b>7,6</b>

\* Spesa farmaceutica ospedaliera definita ai sensi dell'art. 15, c. 4, del DI 95/2012 (L. n. 135/2012). La spesa annuale attesa è data dalla somma della spesa registrata nei mesi noti del 2013 e della spesa attesa nei mesi mancanti fino al 31 dicembre 2013. La spesa media mensile regionale del periodo noto del 2013 è stata corretta sulla base dei fattori mensili di stagionalità, per calcolare la spesa dei mesi mancanti.

\*\* Spesa 2012 confrontabile, al netto di tutti i pay-back vigenti a carico delle aziende farmaceutiche.



**Farmaceutica territoriale e ospedaliera: verifica tetto del 14,85% nel I trimestre 2013**

Regioni	Incidenza %	Regioni	Incidenza %
Sardegna	19,5	Piemonte	15,0
Puglia	17,3	Umbria	14,8
Lazio	16,7	Liguria	14,8
Sicilia	16,7	Friuli Venezia Giulia	14,8
Calabria	16,4	Emilia Romagna	13,9
Campania	16,3	Lombardia	13,7
Marche	16,1	Veneto	13,6
Abruzzo	15,7	Bolzano	12,5
Toscana	15,6	Valle d'Aosta	12,4
Molise	15,6	Pa Trento	11,0
Basilicata	15,0	Italia	15,4

**Farmaceutica convenzionata: confronto I trimestre 2013 vs. I trimestre 2012**

	Gen.-mar. 2013 (milioni)	Δ assoluta (milioni)	Δ %
Spesa lorda (€)	2.914,6	-145,7	-4,8
Spesa netta (€)	2.306,8	-103,9	-4,3
Ricette	157,3	+3,2	+2,1
Copayment totale * (€)	366,5	-2,7	-0,7

\* Ticket per ricetta + eventuale differenziale tra prezzo a brevetto scaduto e prezzo di riferimento.

**Farmaceutica territoriale: verifica tetto 11,35% nel I trimestre 2013 (milioni)**

	Spesa	Fsn	Tetto spesa programmata (11,35%)	Δ assoluto	% su Fsn	% su Fsn **
Territoriale	3.150	28.198	3.200	-50,6	11,7	
Territor. * (euro)	3.101	28.198	3.200	-99,0	11,0	11,25

\* Spesa farmaceutica al netto dei pay-back delle aziende farmaceutiche a beneficio delle Regioni:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento (art. 1, comma 796, lettera g) L. 296/2006, e successive proroghe) - (non ancora avviato).

2. Pay-back dell'1,83 per cento relativo a tutto il 2013 sulla spesa convenzionata in prezzi al pubblico al netto dell'Iva (art. 11, c. 6, Dl 78/2010, L. 122/2010 (non ancora avviato - stima impatto I trimestre 2013, 48,5 milioni).

3. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto (art. 48, c. 33 del Dl n. 269/2003, L. n. 326/2003), attribuiti per competenza della verifica (applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

\*\* Incidenza spesa farmaceutica territoriale (stime su base storica della spesa regionale per la distribuzione diretta di fascia A).

**Farmaceutica ospedaliera: verifica 3,5% nel I trimestre 2013 (milioni)**

Spesa ospedaliera	Spesa	Fsn	Tetto progr. (3,5%)	Δ assoluto	% su Fsn	% su Fsn ***
• da flusso tracciabilità *	1.129,5	28.581	1.000,3	129,1	3,95	4,13
• da modelli Ce *	1.241,9	28.581	1.000,3	241,6	4,35	
• da modelli Ce **	1.241,9	28.581	1.000,3	241,6	4,35	

\* Dalla spesa farmaceutica rilevata tramite della tracciabilità o tramite i modelli Ce (esclusi vaccini ed emoderivati di produzione regionale), è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta in fascia A, la spesa per vaccini (solo quando la fonte è la tracciabilità) e la spesa per i medicinali di fascia C e C-bis.

\*\*\* Spesa ospedaliera al netto dei pay-back versati dalle Aziende farmaceutiche a beneficio delle Regioni:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento (art. 1, comma 796, lettera g) L. 296/2006, e successive proroghe) - (non ancora avviato).

2. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto (art. 48, c. 33 del Dl n. 269/2003, L. n. 326/2003), attribuiti per competenza della verifica (applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

3. Pay-back versati dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-results, risk-sharing e cost-sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo (art. 48, c. 33, Dl 269/2003, L. n. 326/2003, applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

\*\*\* Calcolata sui valori di spesa regionale definiti sulla base della procedura di consolidamento del dato della Tracciabilità (Metodologia per la stima del valore economico mancante delle forniture a carico del Ssn).



**Governo clinico. Tre nuovi manuali Ecm per medici, infermieri e farmacisti** *Messi a punto dal ministero della Salute in collaborazione con la Fnomceo e l'Ipasvi. [Performance cliniche](#), [innovazione nei sistemi sanitari](#) e formazione per il [governo clinico](#): i tre titoli che complessivamente forniranno 20 crediti Ecm. Coinvolti anche i farmacisti.* **01 LUG** - Dal 15 giugno 2013 è attivo il III modulo del corso FAD sul **governo clinico**, accreditato ECM con 20 crediti ed elaborato sulla base di tre manuali tecnici focalizzati su:

- [il monitoraggio delle performance cliniche](#)
- [il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari](#)
- [la formazione per il governo clinico](#)

In totale, più di 1200 medici hanno già ottenuto i crediti. Il corso si inserisce nel programma di attività sulla qualità e la sicurezza delle cure del Ministero della Salute, che ha realizzato un piano di formazione pluriennale con l'obiettivo di offrire agli operatori sanitari, indipendentemente da ruolo, ambito professionale e setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito della clinical governance e della qualità delle cure, tramite iniziative specifiche condotte con i medici, gli infermieri, i farmacisti territoriali e quelli ospedalieri e i rispettivi organi di rappresentanza (FNOMCeO, IPASVI, FOFI e SIFO). Il programma è svolto in collaborazione con la Federazione degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) e dei Collegi degli Infermieri (IPASVI) ed ha avuto inizio nel 2007, con il Corso sulla "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico" - Sicure, erogato con modalità FAD, accreditato ECM e che ha visto la partecipazione di oltre 100.000 operatori sanitari. In considerazione del risultato conseguito e della positiva accoglienza da parte degli operatori, si è concordato di proseguire su un percorso di formazione interattivo, flessibile e facilmente accessibile su tematiche relative alla qualità e alla sicurezza dei pazienti; l'attuazione del programma di formazione ha previsto una prima fase di predisposizione di documenti tecnici da parte di gruppi di lavoro paritetici sui seguenti argomenti:

- [Root Cause Analysis- Analisi delle cause profonde](#)
- [Audit clinico](#)
- [Sicurezza dei pazienti e degli operatori](#)
- [Appropriatezza delle cure](#)

**Allegati:**

- [Il manuale sul governo clinico per il monitoraggio delle performance](#)
- [Il manuale sul governo clinico: innovazione nei sistemi sanitari](#)
- [Manuale governo clinico](#)



## **Manovra. Le "mosse" di Saccomanni. Mercoledì audizione alle Commissioni Bilancio**

*L'agenda dei lavori parlamentari della settimana. L'appuntamento clou è per dopo domani quando le Commissioni Bilancio di Camera e Senato, riunite a Montecitorio, avranno un faccia a faccia con il ministro dell'Economia. Per la sanità proseguono in Parlamento le indagini conoscitive sulla sostenibilità del Ssn.*

**01 LUG** - Mercoledì il ministro Saccomanni sarà ascoltato a Montecitorio dalle Commissioni Bilancio di Camera e Senato sulle linee guida generali del suo dicastero. Il faccia a faccia tra il ministro e il Parlamento servirà a chiarire come il governo intende muoversi tra necessità di nuove coperture e rilancio della crescita. Un incontro molto atteso dove dovrebbero essere illustrate le iniziative del Governo in tema di spesa pubblica e messi in chiaro gli interventi anticipati nei [giorni scorsi](#) dallo stesso Saccomanni. Per la sanità, prosegue alla Camera l'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. Questa settimana le due commissioni Bilancio e Affari Sociali audiranno i rappresentanti sindacali di categoria. Al Senato, l'omologa commissione, che sta svolgendo una simile indagine audrà invece l'**Agenas**. Sempre la commissione Sanità del Senato, mercoledì, audrà il ministro Lorenzin in replica sul suo programma di governo.

### **Approfondimenti:**

■ [D'Ambrosio Lettieri \(Pdl\): "No a tagli lineari, sì a rivisitazione selettiva della spesa"](#)



## Domani 2 luglio audizione Fimmg. Milillo alla Camera su nuove sfide SSN

lunedì 1 luglio 2013 13.55 - Notizie

Domani audizione del segretario nazionale della Fimmg Giacomo Milillo alla Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. A partire dalle 9 presso l'Aula della Commissione Trasporti, le Commissioni riunite Bilancio e Affari sociali della Camera, si svolgeranno le audizioni dei rappresentanti dei sindacati di categoria.



## Pensioni, Enpam: avanzo gestione 1,29 miliardi di euro

«Conti previdenziali migliori rispetto alle ipotesi che erano state alla base dell'ultima riforma delle pensioni». È quanto evidenzia, secondo una nota del Consiglio nazionale Enpam, il bilancio consuntivo del 2012. Il documento, continua la nota, registra «un avanzo di gestione di 1,29 miliardi di euro. Il risultato, superiore a quanto fatto segnare nel 2011 nonché alla stima del Bilancio di previsione, ha determinato un incremento del 10,3% del patrimonio netto, salito a 13,8 miliardi di euro, il livello più alto mai raggiunto nella storia dell'Enpam».

«Il risultato del saldo previdenziale registrato nel 2012, che misura la differenza tra entrate contributive e spese per le prestazioni previdenziali e assistenziali nell'anno, è stato superiore dell'8,9% rispetto a quanto era stato prefigurato nel bilancio tecnico predisposto dagli attuari per calcolare la nostra sostenibilità a lungo termine», ha precisato il presidente della Fondazione Enpam, **Alberto Oliveti**. «I conti dell'Enpam oggi sono migliori di quelli che, al momento di approvare l'ultima riforma delle pensioni, erano stati sufficienti a dimostrare una sostenibilità a oltre 50 anni».

L'Enpam va verso la riforma dello statuto. Le linee guida sono: la riduzione del numero dei componenti del Consiglio di amministrazione, un Consiglio nazionale formato sia da presidenti di Ordine sia da rappresentanti eletti dai contribuenti, separazione dei ruoli fra chi amministra e chi controlla. (M.M.)



## Enpam approva bilancio consuntivo 2012: +1,29 miliardi di avanzo. La Fondazione va verso la riforma dello Statuto

lunedì 1 luglio 2013 13.56 - Notizie

Il Consiglio nazionale dell'Enpam ha approvato il Bilancio consuntivo dell'anno 2012, mettendo in luce conti previdenziali migliori rispetto alle ipotesi che erano state alla base dell'ultima riforma delle pensioni. Lo ha reso noto l'Ente in un comunicato stampa.

Il documento registra un avanzo di gestione di 1,29 miliardi di euro. Il risultato, superiore a quanto fatto segnare nel 2011 nonché alla stima del Bilancio di previsione, ha determinato un incremento del 10,3 per cento del patrimonio netto, salito a 13,8 miliardi di euro, il livello più alto mai raggiunto nella storia dell'Enpam.

“Il risultato del saldo previdenziale registrato nel 2012, che misura la differenza tra entrate contributive e spese per le prestazioni previdenziali e assistenziali nell'anno, è stato superiore dell'8,9% rispetto a quanto era stato prefigurato nel bilancio tecnico predisposto dagli attuari per calcolare la nostra sostenibilità a lungo termine”, ha commentato il presidente della Fondazione Enpam Alberto Oliveti

I conti dell'Enpam - prosegue la Fondazione - oggi sono migliori di quelli che, al momento di approvare l'ultima riforma delle pensioni, erano stati sufficienti a dimostrare una sostenibilità a oltre 50 anni. Il bilancio consuntivo è stato approvato con 94 voti a favore, 10 contrari e nessun astenuto.

Da Enpam sostegno anche alla previdenza complementare. Misure in vista per i giovani



Promuoverà la previdenza complementare nei confronti dei giovani individuando apposite azioni di sostegno. Lo prevede una mozione approvata a maggioranza dal Consiglio nazionale della Fondazione.

Il documento - presentato dagli Ordini di Agrigento, Aosta, Bergamo, Catania, Chieti, Como, Cremona, L'Aquila, Lecco, Monza, Pavia, Venezia e Vercelli - impegna il Consiglio di amministrazione dell'Ente dei medici e degli odontoiatri a favorire l'adesione dei camici bianchi di età inferiore a 35 anni al fondo di previdenza complementare FondoSanità, che l'Enpam ha contribuito a istituire.

La Fondazione va verso la riforma dello Statuto. Riduzione del numero dei componenti del Consiglio di amministrazione, un Consiglio nazionale formato sia da Presidenti di Ordine sia da rappresentanti eletti dai contribuenti, separazione dei ruoli fra chi amministra e chi controlla: sono alcuni dei principi ispiratori della prossima riforma dello statuto dell'Enpam. Le linee guida, frutto del lavoro delle commissione paritetica Enpam-Fnomceo sono state illustrate al Consiglio nazionale dell'Ente previdenziale. La Commissione paritetica Enpam-Fnomceo è attualmente al lavoro per definire nei dettagli la proposta finale. Concluso l'iter preparatorio, il testo verrà sottoposto al voto dell'attuale Consiglio nazionale - formato dai presidenti o delegati dei 106 Ordini dei medici e degli odontoiatri d'Italia - e diventerà esecutivo dopo l'approvazione da parte dei ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia). L'obiettivo è che le nuove regole entrino in vigore nel luglio 2015, quando si insedierà il prossimo Consiglio di amministrazione.

La revisione dei compensi degli Organi collegiali dell'Enpam sarà invece all'ordine del giorno del prossimo Consiglio nazionale ordinario della Fondazione.

**Agenzia: Adnkronos****SANITA': IN ITALIA 1 MEDICO SU 7 SI AGGIORNA E INFORMA SU DOCTOR'S LIFE =**

SU 353 MILA CAMICI BIANCHI IN ATTIVITA' OLTRE 49 MILA ISCRITTI AL PORTALE Roma, 1 lug. (Adnkronos Salute) - L'aggiornamento professionale dei medici italiani viaggia via satellite. Nel nostro Paese 1 camice bianco su 7 segue i programmi e i corsi di Doctor's Life (canale 440 della piattaforma Sky), il primo canale tv al mondo, interamente gratuito, dedicato all'informazione e alla formazione medico scientifica (Ecm), edito da Adnkronos Salute. Su 353 mila medici e odontoiatri in attivita', oltre 49 mila, pari al 14%, e' infatti iscritto al portale. Praticamente un medico su sette. Fino ad arrivare a circa uno su cinque in regioni del Sud come la Calabria. E' quanto emerge da un'analisi elaborata dall'Adnkronos Salute, che mette a confronto il numero dei medici iscritti a Doctor's Life con quello dei camici bianchi attivi iscritti all'**Enpam**, l'Ente nazionale di previdenza, secondo il bilancio consuntivo 2012 della Fondazione. Questo il quadro dettagliato, regione per regione, dei medici che ad oggi hanno deciso di informarsi e aggiornarsi attraverso Doctor's Life: 66 camici bianchi sui 599 in attivita' della Valle d'Aosta; 364 su 4.697 in Trentino Alto Adige; 2.829 su 22.733 in Piemonte; 6.485 su 51.202 in Lombardia; 2.578 su 23.073 in Veneto; 783 su 6.790 in Friuli Venezia Giulia; 1.516 su 10.949 in Liguria; 3.502 su 26.031 in Emilia Romagna; 2.906 su 23.126 in Toscana; 859 su 5.913 in Umbria; 1.223 su 8.206 nelle Marche; 6.070 su 40.837 nel Lazio; 1.403 su 9.318 in Abruzzo; 308 su 2.013 in Molise; 5.452 su 34.883 in Campania; 3.276 su 22.219 in Puglia; 468 su 2.874 in Basilicata; 2.409 su 13.581 in Calabria; 5.098 su 32.930 in Sicilia; 1.834 su 11.618 in Sardegna. "Questo risultato - spiega il Cavaliere del Lavoro e presidente del Gruppo Gmc-Adnkronos, Giuseppe Marra - e' figlio dell'autorevolezza di Adnkronos Salute quale fonte primaria di informazione e provider. Ma anche di una scelta editoriale ben precisa: consentire ai medici di accedere gratuitamente a lezioni e corsi d'aggiornamento su misura. In modo semplice e veloce". Un cambio di rotta nel campo della formazione medica che ha ricevuto il plauso di importanti scienziati e premi Nobel come Luc Montagnier e Robert Gallo, tutti convinti che la formazione a distanza per i medici sia la tendenza del futuro. Oltre ai corsi Ecm, il canale, in onda da poco piu' di un anno e mezzo (ottobre 2011), offre un telegiornale quotidiano e due magazine settimanali di approfondimento sui principali fatti scientifici e di politica ed economia sanitaria. E ancora: inchieste, focus e reportage su le piu' importanti questioni mediche nazionali e internazionali. Inoltre ad arricchire il palinsesto anche diverse serie di documentari, con la partecipazione di grandi scienziati internazionali, e fiction medico-scientifiche. (Fed/Ct/Adnkronos)01-LUG-13 12:53NNNN

Questa notizia è stata riportata nei seguenti siti web

DIGITAL-SAT.IT del 01-07-2013

FEDERFARMA.IT (WEB) del 01-07-2013

ILFARMACISTAONLINE.IT (WEB) del 01-07-2013

INTRAGE.IT (WEB) del 01-07-2013

IT.PAPERBLOG.COM (WEB) del 01-07-2013

IT.YAHOO.COM del 01-07-2013

NOTIZIEDABRUZZO.IT (WEB) del 01-07-2013

REGIONI.IT (WEB) del 01-07-2013

SASSARINOTIZIE.COM (WEB) del 01-07-2013

STRETTOWEB.COM (WEB) del 01-07-2013



# quotidianosanità.it

Martedì 01 LUGLIO 2013

## Europa. Approvata la Direttiva professioni. La *pharmaceutical care* è competenza del farmacista

***Via libera alle modifiche all'art. 45 della Direttiva richieste dai farmacisti. Oltre ad introdurre il pharmaceutical care, vengono specificate le loro competenze in tema di management del paziente, farmacovigilanza e campagne di prevenzione. Attesa entro luglio in Commissione la ratifica definitiva.***

Un decisivo passo in avanti verso l'attivazione della farmacia dei servizi si è registrato con l'approvazione, da parte del Consiglio Europeo, della direttiva sulle professioni. In particolare, sono state accolte le 4 modifiche all'articolo 45 richieste con forza dai farmacisti. Come spiegato da **Maximin Liebl**, presidente del Pharmaceutical group of the european union (Pgeu), "è stato introdotto il tema del pharmaceutical care, ossia quei servizi offerti ai cittadini nelle farmacie, riconosciuti e rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, che, ad esempio, esistono da anni in Gran Bretagna con notevoli vantaggi anche in ottica di risparmio". "Sono state inoltre meglio specificate - ha proseguito Liebl - le competenze dei farmacisti in tema di farmacovigilanza, il loro ruolo nella gestione del paziente insieme al medico di medicina generale, e la loro partecipazione attiva nelle campagne di prevenzione".

In realtà, almeno due di queste quattro modifiche - quella sulla farmacovigilanza e quella sulle campagne di prevenzione - sono già attive da anni in Italia, ciononostante, come ha spiegato il presidente del Pgeu, "è importante che siano riconosciute a livello europeo e che, sempre in tale ambito, si sia impressa una spinta decisiva verso l'attivazione della farmacia dei servizi". Tra le novità apportate dalla direttiva, Liebl ha anche sottolineato l'importanza della norma che faciliterà il libero movimento dei professionisti a livello europeo.

La ratifica definitiva da parte della Commissione europea è attesa entro la fine del mese di luglio. A quel punto la palla passerà ai governi dei singoli Stati membri. "Sappiamo che in tema di sanità ogni Stato ha la sua autonomia - ha concluso Liebl - Per quanto riguarda l'Italia credo che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sia favorevole ad attivare questi nuovi servizi, anche alla luce delle esperienze di altri Stati che hanno dimostrato come questi possano produrre un risparmio notevole per il Servizio sanitario nazionale".

Giovanni Rodriguez