

# Potenziamento delle cure primarie: tante belle parole, ma pochi fatti

*Nonostante le mille promesse e le migliaia di autorevoli assicurazioni, il tavolo per trattare il nuovo ACN della medicina generale ancora non si apre. Eppure le categorie, anche dopo la più recente riunione intersindacale, hanno ribadito coralmemente che lo sviluppo e il potenziamento dell'assistenza primaria nel Ssn "assume carattere di urgenza" per garantire ai cittadini, nell'ambito del diritto costituzionale alla tutela della salute, risposte appropriate ed economicamente sostenibili alla sfida emergente dell'invecchiamento della popolazione ed all'aumento delle malattie croniche.*

**L**a preoccupazione emersa nel recente documento intersindacale dei medici e professionisti convenzionati aleggiava già da tempo nella categoria. Il carattere di urgenza assunto dalla necessità di potenziare lo sviluppo dell'assistenza delle cure primarie sul territorio, passando dalle grandi quantità di belle parole ai fatti, era già stato sottolineato di recente e con grande enfasi anche al 3° Congresso dei "Dialoghi di Palermo Medica", dedicato alle nuove forme di assistenza territoriale. Nell'incontro palermitano serpeggiava il timore, che pervade l'intera categoria, che mentre i medici discutono di organizzazione sanitaria territoriale, il Ssn venga lentamente, ma inesorabilmente, depauperato e reso meno competitivo, scontornando sempre più il ruolo del medico di famiglia prima perno, poi sportello di un sistema in grande agonia che si alimenta di cure palliative.

## ■ Quell'innovazione che nasce dal basso

Tutti i medici convenzionati, come è stato anche sancito dal più recente documento unitario dell'intersindacale della medicina generale, vogliono essere i protagonisti principali di quello che hanno definito l'"improcrastinabile progresso" delle cure primarie. In particolare, i Mmg e i pediatri di libera scelta hanno maturato la disponibilità a

significativi cambiamenti della loro organizzazione per consentire la migliore e più completa espressione del loro potenziale assistenziale, arrivando a formulare proposte articolate, aperte al confronto con le istituzioni del Ssn. Il dibattito che ha impegnato negli ultimi anni gli addetti ai lavori del settore sanitario ha fatto emergere, per esempio, la necessità di strutturare l'offerta di servizi sanitari secondo una nuova logica che consentisse di superare la visione del sistema ospedaliero quale centro privilegiato dell'assistenza.

I Mmg siciliani, ha sottolineato a riprova di questa realtà **Ignazio Morgana**, segretario provinciale della Fimmg di Caltanissetta, nella sua relazione ai Dialoghi di Palermo Medica, hanno trovato una propria interpretazione locale alle proposte alternative a livello nazionale, ritagliando un profilo specifico alla "Casa della Salute". L'esigenza del cambiamento scaturisce dal bisogno dei cittadini di percepire un Ssn capace di prendersi carico del "problema salute" dando delle risposte complessive, conducendo l'utente in tutto il percorso assistenziale socio-sanitario fino alla soluzione della domanda complessiva di salute. "La Casa della Salute pertanto - ha precisato Morgana - più che un unico modello organizzativo per tutte le realtà, rappresenta innanzitutto una dimensione simbolica, che si può esprimere nel territorio in for-

me diverse a secondo delle esigenze e della disponibilità delle risorse". Questa struttura offre naturalmente "casa" a tutti i medici che desiderano trovarci lo spazio per i loro studi medici, ma non è obbligatorio che tutti i medici dell'area di riferimento vi trasferiscano il loro studio. La casa, infatti, costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici, sia che vi operino all'interno sia che mantengano il proprio studio. Un'innovazione "autoprodotta" dai Mmg - si sottolinea da Palermo - proprio come la peculiarità dell'Air siciliano che con le associazioni di medicina mista opera un distinguo territoriale significativo e più aderente alle necessità della professione "made in Sicily". Insomma se innovazione c'è stata, è chiaro che da Bolzano a Pantelleria lo si deve all'iniziativa della stessa professione che, per esempio, sulla creazione dell'ospedale di comunità si è dovuta scontrare con l'ottusità della politica e della pubblica amministrazione.

## ■ Una preoccupazione reale

I mali del nostro Ssn non sono tanto diversi da quelli di altri sistemi europei accomunati da un'unica preoccupazione: la sostenibilità. Dalla discussione tra i Mmg siciliani e i diversi intervenuti al congresso, il dato che è stato messo prima di tutto in evidenza è quello che la domanda di salute cresce, la popo-

lazione italiana ed europea invecchia e quindi le malattie croniche saranno le protagoniste del drenaggio delle risorse pubbliche. Chiunque verrà premiato dai risultati delle prossime elezioni e si ritroverà a governare il nostro sistema Paese, non potrà fare a meno di confrontarsi con questa realtà e forse non è un caso che nei programmi dei diversi schieramenti alla sanità si accenna appena e lo si fa dando peso a un'opera di moralizzazione di incarichi e nomine pubbliche soprattutto in ambito ospedaliero e universitario. Di medicina territoriale non si parla affatto.

I politici, tutti, hanno ben presente che il consenso passa attraverso l'efficienza e l'efficacia del servizio percepita dalla popolazione e non sulla natura pubblica o privata oppure mista che tale servizio eroga. Inoltre ci sono scenari premonitori che parlano da sé. In Inghilterra, per esempio, il Servizio sanitario nazionale ha aperto la strada del convenzionamento alle Medical Society, ovvero alle società tra generalisti professionisti, per garantirsi coperture e prestazioni territoriali inerenti la medicina primaria. E visto il federalismo pregnante del nostro Ssn non è certo una fantasia orwelliana pensare che sistemi sanitari regionali connotati da una forte esternalizzazione dei servizi possano puntare su questa soluzione. Se così fosse l'ACN per la medicina generale perderebbe la sua significanza contrattuale e il profilo economico-professionale dei Mmg sarebbe fortemente differenziato tra Regione e Regione.

### ■ Un contratto per la salute

Per contrastare la tendenza alla parcellizzazione c'è chi avanza scenari del tutto innovativi. **Claudio Cricelli**, presidente della Società italiana di medicina generale (Simg) sostiene, per esempio, che sia necessario mettere a punto, e firmare, un 'contratto sanitario' con gli italiani: "un documento che garantisca diritti e prestazioni ai cittadini su tutto il territorio. Questa è la strada da seguire - ha assicurato - se si vuole

davvero rilanciare la sanità e tutelare al meglio la salute".

Cricelli ha anticipato che la Simg, in condivisione con altre associazioni mediche, sta mettendo a punto un documento che va proprio in questa direzione.

Per il presidente della Simg, uno dei punti chiave che va certamente affrontato è quello relativo ai Livelli essenziali di assistenza, attualmente al riesame da parte della Conferenza Stato Regioni e del Consiglio dei Ministri. "Così come è concepito - spiega Cricelli - il sistema non garantisce l'erogazione del 100% delle prestazioni inserite nei Lea, dunque a carico del Ssn. Questo perché in molte Regioni alcune strutture ospedaliere non sono in grado di assicurarle ai cittadini. È per questo che il testo dei Lea andrebbe sostituito con una 'Carta di diritti dei cittadini' che garantisca, su tutto il territorio, l'assistenza, anche in strutture private". Migliorare il Ssn significa pure migliorare la condizione del personale sanitario. "È indispensabile - ha aggiunto Cricelli - premiare gli operatori utilizzando chiari e determinati criteri di valutazione. Parametri che peraltro già esistono. Basta applicarli". Anche per le società scientifiche c'è bisogno di un nuovo spazio e di nuove opportunità: "È arrivato il momento - ha sottolineato - di rivendicare lo stesso riconoscimento di cui già godono le associazioni e i sindacati di categoria. Il governo Prodi aveva iniziato un percorso in tal senso, ma la sua prematura caduta ha compromesso il lavoro che si era iniziato a fare".

### ■ Una rabbia che cresce

Dal cuore della Sicilia, infine, si ricorda un momento molto drammatico della storia recente d'Italia per connotare il passaggio presente del Ssn: "Mentre a Roma si discute, Sargento viene espugnata", denuncia dall'altare con voce ferma, ma commossa, il vescovo di Palermo, cardinale Pappalardo, celebrando i funerali del generale Carlo Alberto Dalla Chiesa, ucciso dalla mafia insieme a sua moglie e alla scorta.

Una frase richiamata alla memoria, durante l'assise palermitana da Ignazio Morgana. Una citazione che testimonia l'impressione che i medici ricavano sia a livello regionale sia nazionale dal dibattito presente, che sembra voler fotografare il fatto che mentre cresce il confronto di organizzazione sanitaria territoriale, il Ssn viene gradualmente, ma ineluttabilmente, depauperato e reso meno concorrenziale.

Come ha avuto modo di segnalare anche l'intersindacale nel documento congiunto - frutto del suo ultimo incontro che ha visto confrontarsi tutte le sigle più rappresentative - a fronte di tanta disponibilità e propositività la categoria, da anni impegnata a garantire un servizio che nelle indagini demoscopiche di enti terzi diversi risulta il più gradito dai cittadini italiani, in condizioni economiche ed operative fortemente demotivanti, deve prendere atto a tutt'oggi della mancata approvazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo che potrebbe riavviare un percorso concreto di ridisegno delle cure primarie attraverso gli articoli della Convenzione. Un passaggio fondamentale, hanno ricordato i sindacati, "per garantire l'avvio di quel cambiamento desiderato sia dai professionisti sia dalle Regioni e necessario alla migliore tutela della salute dei cittadini".

L'exasperazione della categoria, già alta perché l'Accordo Collettivo Nazionale è ormai scaduto dal 31 dicembre 2005, risulta aggravata dal ritardo nell'approvazione di un atto già riconosciuto al mondo della dipendenza pubblica. Le categorie annunciano battaglia e danno appuntamento a dopo le elezioni per forme di mobilitazione anche clamorose. Il trend avviatosi, tuttavia, sembra difficilmente differibile nei fatti: creatività locale nell'indifferenza intermittente nazionale. Resta da capire che cosa, a risorse bloccate, rimarrà tagliato fuori dalle reali possibilità "creative" dei Mmg ed entrerà a far parte di quelle prestazioni/diritti destinati a lasciar memoria di sé solo nel libro dei sogni del Ssn.

## Farmaci equivalenti: problemi e opportunità

La popolazione invecchia, le malattie croniche crescono e i presidi terapeutici deputati a curare sempre più le cronicità nel nostro Ssn saranno i farmaci equivalenti. Una prospettiva che però porta con sé una serie di problematicità.

Doveva essere la chiave della qualificazione delle cure e del risparmio del sistema, perché il Ssn riuscisse finalmente a premiare le specialità realmente innovative. E invece il farmaco equivalente in Italia cresce, ma faticosamente. Da Cernobbio, a Roma, a Palermo, il sistema fa il punto sul comparto e con una certa attenzione visto che nel 2008 sono in scadenza 12 brevetti importanti (tra i quali ramipril, amlodipina, omeprazolo, pravastatina, risperidone, bicalutamida, alfuzosina e sumatriptan) e c'è la possibilità, se le occasioni saranno adeguatamente colte a livello istituzionale, di allineare il mercato italiano a quello dei principali Paesi europei. Nel corso dei Dialoghi di Palermo Medica, infatti, **Walter Medda**, amministratore delegato di Teva Italia, ha spiegato che il tasso di crescita del mercato mondiale ha rallentato significativamente, ed è atteso stabilizzarsi attorno al 5-8% nel 2010. In Italia il comparto nel suo complesso, tuttavia, fattura oltre 2 miliardi di euro e conta circa 5.000 addetti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

**Nello Martini**, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, intervenendo al Forum Sanità Futura di Cernobbio (Como), ha annunciato che in questo anno il mercato dei farmaci equivalenti avrà un'incidenza sulla spesa farmaceutica complessiva del Servizio sanitario nazionale pari a circa il 24%. Nel 2001 si registrava al massimo un impatto dell'1% dei farmaci equivalenti sulla spesa e del 2.1% sul totale delle prescrizioni, ma le percentuali sono andate crescendo, passando al 13.1% e al 24.8% registrati rispettivamente nel 2006, e at-

testarsi al 18.7% sul totale di spesa e al 29.7% sulle ricette del 2007. E le 12 nuove molecole, ha assicurato Martini, "garantiranno risparmi per il Ssn per un totale di 411 milioni di euro".

### Ma non per tutti i conti tornano

I conti, però, a non tutti tornano nello stesso modo: secondo Assogenerici, infatti, gli equivalenti avrebbero un'incidenza reale di mercato pari al 4.8% per valori e all'8.5% per unità vendute. "La differenza di cifre - ha precisato Martini - è dovuta al fatto che, quando c'è un medicinale non più coperto da brevetto, i farmaci che appartengono a questa molecola possono avere un nome commerciale o uno chimico (quello del principio attivo). Per entrambi, il Ssn rimborsa il prezzo più basso. Se allora quantifichiamo - ha spiegato - tutta la spesa per farmaci fuori brevetto, con o senza nome commerciale, si arriva alla percentuale del 24%. Se al contrario, come fanno i produttori, si quantifica la spesa solo per i farmaci con nome del principio attivo, allora la percentuale si ferma al 4.8%. Per il Ssn però - ha concluso - una volta che il medicinale ha perduto il brevetto e viene rimborsato per una certa somma, che si chiami in un modo o nell'altro, non cambia nulla".

Sembra che tutto cambi, però, per le imprese se si pensa che secondo **Giorgio Foresti**, presidente di Assogenerici, è molto probabile che in Italia si assista a una fuga all'estero delle aziende produttrici di farmaci generici per colpa di un sistema che "non favorisce realmente l'utilizzo di questi medicinali". I risparmi ottenuti grazie ai generici, spiega Foresti "non hanno nessuna ricaduta sul nostro settore. Non solo. Non possiamo contare su alcuna forma di sostegno".

La Commissione Parlamentare di

Inchiesta sul Ssn, nel frattempo, ha pubblicato la relazione conclusiva delle sue indagini per la legislatura al termine, nella quale ha dedicato molto spazio ai farmaci equivalenti. Secondo la relazione, però, per favorire l'ampliamento dei generici, l'AIFA dovrebbe sviluppare tre azioni complementari. La prima è aumentare l'informazione agli operatori sanitari e la comunicazione ai cittadini sul concetto di generico e sulla sua equivalenza con la specialità medicinale, a fronte di un prezzo inferiore. Inoltre, gli equivalenti dovrebbero essere sottratti alle misure di contenimento della spesa come il pay-back da parte dei produttori e della distribuzione. Infine si solleva la questione dell'intervento sugli extrasconti garantiti dai produttori alle farmacie.

### Un'esclusione inquietante

Secondo i medici di medicina generale che si sono confrontati con decisori e aziende sia nei due simposi scientifici, sia nel corso delle audizioni della Commissione, la crescita rallentata degli equivalenti in Italia è provocata anche dal fatto che è il farmacista, nei fatti, a gestire la sostituibilità tra prodotto brand e generico, e che quindi il Mmg è di fatto escluso da questo filone della governance. Una questione di rilievo visto che sono proprio i Mmg a gestire le cronicità. Se ci si limita a considerare i risparmi che si possono conseguire grazie ai generici, con l'adozione delle molecole in scadenza quest'anno e di quelle scadute a dicembre 2007, si raggiunge una cifra di circa 720 milioni di euro. Da qui una nuova proposta avanzata da Assogenerici: "Queste somme possono essere reinvestite - ha spiegato il presidente Foresti - per esempio, in un fondo *ad hoc* da aprire alle associazioni di categoria di medici, farmacisti e cittadini che desiderino promuovere progetti di formazione senza tralasciare quelle aziende che credono nella ricerca, ma non dispongono di risorse sufficienti".