



## POLITICA E SANITÀ

### Balduzzi: decreto modificabile, risorse da revisione spesa

Sul Decretone Sanità ci sarà il parere della conferenza Stato-Regioni e saranno possibili modifiche. Per quanto riguarda le risorse, poi, l'intervento si completerà con la spending review perché dalla ristrutturazione degli ospedali si libereranno risorse. A dirlo il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che spiega: «Porre il problema delle risorse a monte in questo momento è dare alibi a chi non vuole fare nulla. Il medico di medicina generale 7 giorni su 7 è un'esigenza avvertita da molti anni dagli italiani, ma non definiamolo una rivoluzione, perché questi principi già si avevano in parte nella normativa e in parte nelle Convenzioni nazionali. Ora auspichiamo che sia la volta buona per generalizzare questi principi su tutto il territorio nazionale. E ci aspettiamo che le risorse liberate dalla spending review siano molte e che si possano riversare sul territorio». «Non appena possibile» è il commento di **Luca Coletto**, coordinatore della Commissione salute degli assessori regionali alla sanità «con il testo approvato dal Consiglio dei ministri faremo una riunione e proporremo le nostre modifiche». E sull'ipotesi che le Regioni possano mettere mano al testo non è contrario **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg: «Siamo favorevoli a una collaborazione tra Ministero e Regioni e noi stessi siamo disponibili a dare il nostro contributo. Poi valuteremo il risultato. Abbiamo denunciato i comportamenti sbagliati delle regioni nei giorni scorsi. Certo, se per assurdo, magari si intervenisse sul tetto di spesa individuale del medico o sul rapporto di dipendenza, allora le nostre reazioni sarebbero immediate e valuteremmo l'ipotesi di uno sciopero».

### Ricciardi: medicina del territorio, ultimi in Europa

Siamo ultimi in Europa e anche con un bel distacco. Il grido di allarme è stato lanciato da **Walter Ricciardi**, della European public health association, e si riferisce alle organizzazioni complesse h 24 della medicina del territorio contenute nel Decreto Balduzzi. «In Gran Bretagna per esempio ormai da molti anni i general practitioner sono organizzati in gruppi che hanno un loro budget, che utilizzano per pagare il personale e acquistare materiale per allestire piccole sale operatorie o altro». Certo si tratta di esperienze che richiedono risorse: «Non si tratta solo di essere coequilibrati» continua Ricciardi. «I medici devono avere a disposizione delle risorse per gli strumenti e per il personale, altrimenti non riusciranno ad alleggerire i compiti del Pronto Soccorso, che è uno degli obiettivi della riforma». Sull'assenza di risorse è d'accordo anche **Claudio Cricelli**, presidente Simg, intervenuto nel dibattito: «In paesi come Portogallo, Spagna, Svezia e Norvegia, dove i medici dipendono dallo Stato, c'è comunque una forma di aggregazione. Dove invece possiamo essere innovativi è nella collaborazione con i medici specialisti, che è molto meno diffusa, e nel fatto che le aggregazioni da noi garantiscono che un medico di famiglia sia sempre disponibile, anche quando gli altri sono fuori magari per delle visite. Ma il nuovo sistema è molto di più che una semplice unione: i medici sono chiamati a definire degli obiettivi in relazione alla popolazione che devono seguire e alle patologie prevalenti. Si tratta di un'organizzazione complessa che da noi non era mai stata fatta a parte in alcune sperimentazioni. Serviranno risorse e penso che si potrà andare a regime nel 2015-2016, anche se entro un anno qualcosa inizierà a muoversi».

### Maculopatia, Soi all'Aifa: approvi la terapia meno cara

Il costo delle nuove terapie intravitreali per la maculopatia degenerativa senile (Dme), oggi approvate con tale indicazione, varia da 600 a 1.200 euro a fiala. Eppure se si usasse bevacizumab, che costa 20 euro a fiala, ma che non ha indicazione per la malattia, si spenderebbe molto meno. La denuncia è stata sollevata dalla Società oftalmologica italiana (Soi) che, durante il Congresso della Società europea di oculisti (Euretina), tenutosi a Milano, ha chiesto all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), in mancanza di una domanda di registrazione, di inserire bevacizumab nella lista dei «farmaci "off label" di uso consolidato e di documentata efficacia». Provvedimento che lo renderebbe ufficialmente utilizzabile, con notevole risparmio del Ssn e senza la responsabilità personale del medico. Attualmente, spiegano gli oculisti, tra i farmaci registrati per la patologia oculare, ci sono ranibizumab, che costa 1200 euro per fiala, pegaptanib 600 euro e desametasone 1.100 per trattamento. Il bevacizumab, l'alternativa sostenuta dalla Soi, in Italia è registrato per la cura dei tumori al colon, retto, seno e mammella, ma non per la maculopatia degenerativa senile, tuttavia veniva utilizzato con modalità "off label" quando mancavano le alternative. Oggi, però, non è più prescrivibile a totale carico del servizio sanitario perché i farmaci di recente introduzione possiedono l'indicazione registrata. Considerando che un trattamento necessita mediamente di 10-12 iniezioni a paziente, e che il numero di persone affette da questa patologia è elevato, è facilmente quantificabile la differenza di impatto in termini di costi a carico del Ssn. Al singolo specialista è lasciata la possibilità di utilizzare il farmaco meno costoso, a patto che lo faccia sotto la propria personale responsabilità per eventuali effetti indesiderati che dovessero insorgere nel paziente, anche in quelle regioni, come Toscana ed Emilia Romagna, che hanno raccomandato l'utilizzo di bevacizumab, per ragioni di risparmio sulla spesa. «Singolare» sottolineano gli oculisti «che entrambe le molecole più utilizzate (ranibizumab e bevacizumab) sono state sviluppate dalla stessa azienda farmaceutica, che non ha quindi interesse a far registrare l'indicazione per bevacizumab».