



ELSEVIER 5 Febbraio 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Nuovi Lea, sempre più controlli per arginare gli sprechi

Prescrivere solo in base a un preciso sospetto diagnostico da indicare nella ricetta. È questa la strada indicata dai nuovi Lea ai medici per ridurre gli interventi ad alto rischio e garantire significativi risparmi, secondo le anticipazioni del Sole 24 Ore Sanità. Il testo definitivo è al momento fermo al ministero dell'Economia ed è altamente probabile che, visti anche i freni posti dalle Regioni, sia il nuovo Governo. Nel frattempo alle indiscrezioni già circolate su 110 malattie rare in più, 6 nuove patologie croniche esenti e altrettante che perdono l'esenzione, ludopatie e analgesia epidurale, se ne sono aggiunte di nuove. Il capitolo più significativo riguarda i controlli per arginare gli sprechi e l'inappropriatezza delle prestazioni e degli esami specialistici, dalle Tac alle risonanze magnetiche. Secondo le anticipazioni sulle ricette scatteranno controlli sempre più mirati con l'esame di almeno il 5% per accertare che siano state seguite le indicazioni prioritarie messe a punto dal ministero. Si prevedono risparmi di almeno il 10% della spesa calcolata in base alle prestazioni erogate in quattro Regioni campione (Veneto, Piemonte, Lombardia e Marche). Poco meno di 27 milioni di risparmi al netto dei ticket secondo la relazione tecnica. Poi c'è il capitolo ludopatie che saranno considerate come una nuova "droga" e andranno curate dai Sert, mentre per l'epidurale saranno le Regioni a dover organizzare percorsi ad hoc per garantire la prestazione alle gestanti. In entrambi i casi a costo zero per lo stato e con ricadute solo per le Regioni. Ora si tratta di attendere che il testo arrivi in porto ma i tempi dovrebbero essere piuttosto lunghi (M.M.)

Sviluppo farmaci anticancro. Ema: dal 1° luglio nuove regole

Entreranno in vigore il 1° luglio di quest'anno le nuove "Linee guida sulla valutazione dei farmaci antitumorali" emanate dall'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema), in cui vengono fornite indicazioni su tutte le fasi di sviluppo clinico di un farmaco anticancro. «Il documento risponde alla necessità di mettere ordine in un settore delicato» afferma **Roberto Labianca**, presidente Cipomo (Collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri), che considera rilevante il paragrafo sull'impiego dei biomarcatori. «Per ottimizzare il rapporto rischio-beneficio è necessario identificare il target da trattare» spiega Labianca «ed è fondamentale ricorrere ai biomarcatori, alla base della cosiddetta "medicina personalizzata", in cui si sa in quale tipo di paziente può funzionare un farmaco caratterizzato a livello biomolecolare» Spesso i dati sono esplorativi e non definitivi, in fase iniziale, ma sono importanti per mirare il trattamento. «Negli studi confermativi» sottolinea Labianca «i biomarcatori - come indicano le guidelines - devono invece essere rigorosamente validati per poter riportare i dati in modo standardizzato, così da poter confrontare tra loro studi diversi». Un altro paragrafo decisivo, secondo Labianca, è quello dedicato agli obiettivi per definire l'efficacia di un farmaco antitumorale. «Anche qui» spiega il presidente del Cipomo «non c'è chiarezza di regole. A volte è posta come outcome primario la sopravvivenza, altre volte la risposta al trattamento, o ancora la qualità di vita. La scelta dipende anche dal fatto di avere o meno a disposizione terapie successive ed è sul beneficio complessivo dei vari trattamenti che si calcola la grandezza del vantaggio della terapia». Per il documento l'endpoint clinicamente più persuasivo è la sopravvivenza globale, ma si afferma che anche la sopravvivenza libera da progressione e quella libera da malattia sono di beneficio per il paziente. «Ma schematizzare è difficile: la scelta dell'endpoint è infatti articolata e dipende dal tipo di farmaco, di neoplasia e di paziente».

Er, tensione tra Mmg e Ausl per la spesa sui farmaci

Il clima è molto teso, tra i medici di famiglia emiliani. In una recente assemblea della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) sono emerse forti critiche nei confronti di un'iniziativa dell'Azienda unità sanitaria locale di Bologna, avviata allo scopo di ridurre la spesa per i farmaci. L'Ausl avrebbe stilato un elenco di 120 medici accusati di spendere troppo in farmaci brand e avrebbe iniziato a organizzare dei colloqui per discutere le loro modalità di prescrizione, invitandoli a prediligere il ricorso ai medicinali con brevetto scaduto. I medici di medicina generale non hanno gradito la decisione dell'azienda sanitaria, che giunge in un momento già critico e delicato. Allo scopo di ottenere un risparmio per la sanità dell'Emilia Romagna di 260 milioni di euro entro il 2013, sono infatti in corso trattative con la Regione e si temono tagli alle indennità contrattuali dei medici di medicina generale. Questi ultimi fanno rilevare che, da qualche anno, sono già state portate avanti numerose azioni allo scopo di ridurre le spese farmaceutiche. È proprio un documento della Regione Emilia Romagna a fornire cifre sulla diminuzione già raggiunta relativamente ai costi dei farmaci: solo l'Ausl di Bologna ha risparmiato lo scorso anno 14 milioni e mezzo di euro, spendendo l'11,16% in meno rispetto al 2011. Le conseguenze sono ricadute sui bilanci familiari delle famiglie, che hanno aumentato la loro compartecipazione alla spesa farmaceutica; nel 2012, i cittadini bolognesi hanno speso oltre 12 milioni di euro, quasi mezzo milione in più rispetto all'anno precedente. Inoltre, nell'agosto del 2011, sono stati istituiti ticket aggiuntivi che hanno portato all'esborso di 3milioni e 600mila euro.

Accordo Regione medici per riorganizzare la sanità toscana

Nei giorni scorsi, l'assessore al diritto alla salute della Regione Toscana **Luigi Marroni** ha stipulato una serie di accordi con i rappresentanti dei medici: ieri è stata la volta dei medici di medicina generale. L'intesa prevede la realizzazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e delle Unità complesse di cure primarie (Uccp), l'estensione progressiva della sanità di iniziativa e del Chronic care model e il contenimento delle liste di attesa. Si tratta dei primi accordi raggiunti in Italia sulla base della legge varata dal ministro Balduzzi in tema di cure primarie e sono parte di un ampio progetto in atto che mira a riorganizzare profondamente il sistema sanitario della Regione. Aft e Uccp saranno i pilastri dell'organizzazione della sanità sul territorio, a cui il progetto assegna un ruolo essenziale. Le Aft sono costituite da gruppi di medici, della stessa professionalità, che si interfacciano con le aziende sanitarie per il governo delle cure primarie sul territorio e i rapporti con gli ospedali; a loro verrà affidata la tutela della salute della popolazione di riferimento, in tutto circa 30.000 abitanti per ogni Aft. La continuità assistenziale sarà garantita dalle Aft nelle ore diurne, mentre tra la mezzanotte e le 8 del mattino le urgenze saranno gestite dal 118. Le Uccp sono invece aggregazioni multi-professionali comprendenti, oltre ai medici e ai pediatri di famiglia, altri operatori come infermieri, specialisti, amministrativi e personale sociale, con l'obiettivo di affrontare in modo integrato le cronicità. In questi ambiti, i Mmg verranno pagati in base al raggiungimento di obiettivi prestabiliti. L'organizzazione è già stata sperimentata negli ultimi anni ed è destinata, entro il 2015, ad estendersi a regime per tutta la popolazione toscana. I risultati raggiunti finora sono giudicati positivamente: il 67% dei pazienti ha dichiarato di aver riscontrato benefici sul proprio stato di salute e l'86% di aver ricevuto un'assistenza complessivamente migliore.