



POLITICA E SANITÀ

Case salute, Chiari (Smi): dipendenza inevitabile per Mmg integrati nella rete

Screening dei pazienti "non urgenti", trattamento dei post-acuti, gestione di letti con infermieri ed assistenti sanitari: la casa della salute trasforma il lavoro dei medici di base, e regioni e sindacati elaborano nuovi modelli contrattuali. Se ne parla al convegno interregionale delle Cure primarie organizzato da Emilia Romagna e Toscana alla vigilia della ripresa delle trattative per la convenzione (appuntamento l'11 aprile in Sisac). Per **Alessandro Chiari** responsabile del Centro Studi Smi e segretario Smi emiliano, dalla suddivisione delle case della salute in tre livelli avvenuta nella sua regione a una convenzione diversa, almeno per il Mmg che organizza il suo lavoro in megastrutture, «il passo è breve e penso inevitabile. Affiancate da strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e residenziale, o esse stesse tali, le case della salute diventano il presidio fondamentale del territorio: le piccole/medie, edificate attorno ad una o più medicine di gruppo; le grandi, in grado di offrire tutti i servizi socio sanitari integrati ad un bacino di utenza ampio e di ospitare i Mmg dell'aggregazione funzionale territoriale (o nucleo di cure primarie). Nella CdS "grande", si dovrebbe prevedere una turnazione di tutti i Mmg afferenti (oltre a pediatri, specialisti e ambulatori di continuità assistenziale), ma anche letti a bassa intensità di cure, una farmacia e locali dedicati allo screening dei "codici bianchi", e più il Mmg sarà coinvolto in questi processi di gestione più il suo lavoro cambierà».

Per Chiari è un processo inevitabile, «nel quale si supporta un'evoluzione del concetto di ospedale di comunità, realizzando un vero General Hospital. Il Mmg in questo futuro che credo imminente potrebbe gestire la lungodegenza assistendo il suo paziente insieme ai colleghi ospedalieri, integrando day hospital ed altre modalità operative. Il paziente (degente o domiciliare) sarebbe accompagnato da un programma assistenziale misurato da indicatori basati sul concreto ritorno al cittadino in termini di resa personalizzata. Infine si eserciterebbe anche sul territorio un controllo di qualità e le convenzioni, come oggi i contratti dei dirigenti Ssn, sottoposti a verifica, andrebbero concesse a termine per garantire la necessaria qualità al cittadino mediante la continua verifica di medici e strutture. Ma tale formula contrattuale comporta una modifica dell'attuale convenzione e l'inizio di un processo orientato al passaggio a dipendenza dell'intera area della medicina convenzionata».

Mauro Miserendino

Patto salute, Coletto: risparmi sanità restino alle Regioni

Chiudere il Patto per la salute in tempi brevi, «tre settimane o un mese al massimo». Ma solo «dopo aver avuto la conferma di quanto promesso nei giorni scorsi dal Governo, ovvero che i risparmi della sanità resteranno nel settore», anzi, volendo essere precisi, «alle regioni stesse che li producono». A chiarirlo è Luca Coletto, assessore alla Sanità della Regione Veneto e coordinatore degli assessori alla Sanità, in vista del prossimo 4 aprile, giorno in cui si riapriranno i lavori del Patto per la salute.

Dopo un ristagno dovuto al cambio di governo, regioni e ministero torneranno a sedersi intorno a un tavolo per ridefinire i contorni del Servizio Sanitario "che verrà". Il primo appuntamento però, servirà sostanzialmente a fare il punto della situazione e sondare gli animi. «Venerdì - spiega all'Ansa Coletto - capiremo il ricollocamento del Patto, ora che è cambiato il governo. Vorremmo rassicurazioni su quanto sino ad ora concordato, innanzitutto su valore del fondo di 109 miliardi per il 2014, 113 per il 2015 e 117 per il 2016. In secondo luogo sul fatto che la spending review ci consentirà di mantenere i risparmi ottenuti attraverso la razionalizzazione della spesa, nelle disponibilità del settore e delle regioni che li producono». Superato il primo step si riprenderà la marcia interrotta. Tra i temi all'ordine del giorno la spesa farmaceutica e i possibili risparmi derivanti dalla costituzione di centri regionali per gli acquisti di farmaci e dispositivi, «solo così ovvieremo alla famosa siringa che costa 5 euro in una regione e 50 centesimi in un'altra», sottolinea Coletto. Però, conclude, «se è vero che possiamo migliorare i costi è anche vero che un caso come Avastin non deve esistere e ci dimostra che non è giusto far ricadere sempre la colpa degli sprechi solo sulle regioni» (M.M.)

Anticoagulanti orali poco diffusi sul territorio, serve formazione

Migliaia di morti in meno e risparmi per milioni grazie ad anticoagulanti orali di ultima generazione? Nel caso della fibrillazione atriale - tra le prime cause dei 200 mila ictus annui in Italia - la coincidenza è possibile. Lo afferma uno studio del Centro ricerca valutazione tecnologie sanitarie dell'Università Cattolica di Roma. La fibrillazione degli atri cardiaci è causa di ictus in 36 mila italiani circa. «L'ictus - spiega **Silvio Capizzi**, Istituto Sanità Pubblica della Cattolica - costa al Ssn in media euro 3391 a ricovero cui va aggiunta la riabilitazione che nei casi di danni estesi, quali quelli scatenati da fibrillazione, porta a un costo/paziente di 23 mila euro. Vanno poi aggiunti costi diretti per le famiglie in media di 6 mila euro e di mancata attività lavorativa per altri 20-23 mila euro. Si arriva a oltre 50 mila euro, da moltiplicare per i pazienti a rischio». La fibrillazione è diffusa nel 2% degli italiani, e nell'anziano a volte è quasi asintomatica né sempre l'ecg la rileva: ripetendo l'esame si hanno incidenze crescenti. «Tra i pazienti diagnosticati, lo studio italiano ATA-AF evidenzia poi che solo il 55% è trattato con anticoagulanti orali, il 35% è trattato impropriamente con aspirina e un 10% non è trattato», spiega **Giuseppe Di Pasquale** direttore dell'UO di Cardiologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

«Nei pazienti trattati sul territorio da medici di famiglia la percentuale di chi segue terapie anticoagulanti orali scende al 46% e qui occorre formazione, 9 italiani su 10 (dato Censis) temono che sia a rischio il cuore e non il cervello. Infine non è facile mantenere l'aderenza alla terapia, che in due anni crolla mediamente al 24% perché gli anticoagulanti di vecchia generazione pur efficaci, richiedono dosi diverse a seconda del tempo di protrombina, e prelievi ematici ravvicinati». In pratica, solo un 25-30 % dei pazienti è ben coperto; la letteratura valuta un'incidenza di ictus del 5% l'anno oltre i 65 anni e fino all'8% oltre i 75 anni in assenza di terapia anticoagulante, e lo studio della Cattolica calcola risparmi fino a 32 milioni annui con circa 11 mila stroke evitati, ipotizzando una quota di mercato del 30% per un principio di nuova generazione (rivaroxaban). Le terapie sono una parte del problema ictus. «Chi ne è colpito spesso non ne riconosce i segni, solo il 20% dei pazienti è trattato in una stroke unit e solo il 20% riceve una riabilitazione precoce», esemplifica **Marco Volpe** di Business Integration Partners, autore di un'indagine in quattro regioni che rivela gravi diseguaglianze organizzative. «Sempre più le regioni dovrebbero ragionare come il Board of Medicine Usa quando varò il programma Choosing Wisely, in cui ogni società scientifica deve dire le cinque pratiche utilizzate più inutili per abbandonarle in favore delle cinque più indispensabili», dice **Gianfranco Gensini** vicepresidente I sezione Consiglio superiore di Sanità. «Certo, prassi seguite in una regione possono essere molto meno diffuse in un'altra ma il rimedio per salvare vite e gestire i malati con appropriatezza passa da qui».

Classifica dei farmaci a maggiore incasso, avanzano i biologici

Dieci farmaci per 75,6 miliardi di dollari: anche quest'anno la Evaluate Pharma/Ep Vantage ha stilato la classifica dei best seller e al primo posto per il 2013 c'è Humira, un antireumatico e antinfiammatorio prodotto dalla Abbvie. I medicinali non sono ordinati per il numero di confezioni vendute ma in base all'incasso e questo ha portato i prodotti realizzati con processi biologici, generalmente più cari di quelli ottenuti tramite sintesi, a scalare le prime posizioni della graduatoria. La nuova generazione di farmaci biologici ha un mercato più ristretto ma i prezzi possono essere elevatissimi, come il Sovaldi della Gilead Sciences, un nuovo trattamento dell'epatite-C che costa mille dollari per una sola pillola e 84mila per un trattamento completo.

Lisa Urquhart, editor della EP Vantage, ritiene questo fenomeno particolarmente interessante ma non sorprendente, perché «non solo le aziende farmaceutiche tipicamente dedicano a questi farmaci investimenti superiori, ma sono anche prodotti attualmente meno vulnerabili alla concorrenza dei generici».

Rispetto agli ultimi anni le novità non sono poche e la più evidente è l'uscita dalla top ten del Lipitor della Pfizer, il farmaco per abbassare il colesterolo che due anni fa era al primo posto e che è il farmaco ad aver generato il maggior incasso di tutti i tempi: 141 miliardi di dollari a partire dal 1996. Ma il brevetto del Lipitor è scaduto e i generici ne hanno abbassato le vendite.

Dopo Humira, la graduatoria vede altri due antireumatici, l'Enbrel della Pfizer/Amgen, e il Remicade della Johnson & Johnson/Merck; gli analisti, pur riconoscendo che gli antinfiammatori biologici hanno degli effetti collaterali, ne sottolineano l'efficacia e la soddisfazione dei pazienti. Seguono in classifica il Seratide/Advair, un antiasmatico della GlaxoSmithKline, il Lantus, un farmaco per il diabete della Sanofi e tre antineoplastici della Roche: Rituxan, Avastin e Herceptin.

Renato Torlaschi

L'aumento del Pil non migliora la malnutrizione infantile

La crescita economica riduce la malnutrizione infantile in termini di arresto della crescita, basso peso corporeo e deperimento? La risposta sembra negativa, a giudicare dai risultati di uno studio su The Lancet Global Health svolto su bambini di 36 paesi in via di sviluppo e coordinato da **Swamy Subramanian**, ricercatore della Harvard School of Public Health. In tutto il mondo, i piccoli morti per malnutrizione sono 2,6 milioni ogni anno, e le stime del 2011 dicono che 165 milioni di bambini nei paesi in via di sviluppo vengono colpiti da arresto della crescita, mentre 101 milioni sono sottopeso. La ricerca, svolta in collaborazione tra la Harvard School of Public Health, l'Università di Göttingen, l'ETH di Zurigo e l'Indian Institute of Technology Gandhinagar, ha esaminato i dati relativi ai bambini sotto i 3 anni di età riportati in 121 analisi demografiche e sanitarie effettuate in 36 paesi a basso e medio reddito tra il 1990 e il 2011. «E' stato misurato l'effetto delle variazioni del prodotto interno lordo pro-capite (PIL), corretto per l'inflazione e il potere d'acquisto nei diversi paesi, sull'arresto della crescita, il sottopeso e il deperimento organico su diverse coorti, ognuna formata da quasi cinquecentomila bambini» dice il ricercatore di Harvard.

I risultati? Nessun legame evidente tra crescita economica e tassi di malnutrizione a livello nazionale. «A livello individuale un aumento del 5 per cento del PIL pro capite si associa a una piccola riduzione del rischio di malnutrizione, ma non nei bambini più poveri a maggior rischio. «Ci sono tre possibili ragioni per la persistenza della malnutrizione nei paesi in via di sviluppo: le famiglie non possono spendere i maggiori guadagni per migliorare lo stato nutrizionale di figli; l'inequale distribuzione della crescita non coinvolge le famiglie più povere; l'aumento del reddito non garantisce i finanziamenti pubblici necessari a ridurre la malnutrizione infantile, come i servizi igienico-sanitari o la vaccinazione contro le malattie legate alla denutrizione. Conclude Subramanian: «Questi dati non significano che lo sviluppo economico non sia importante in senso generale, ma suggeriscono ai politici di non considerare il PIL un indicatore dello stato nutrizionale infantile. E in un editoriale di commento Abhijeet Singh dell'Università di Oxford, Regno Unito, scrive: «I risultati dello studio indicano la necessità di interventi mirati non solo al benessere economico generale, quanto direttamente a migliorare lo stato di salute e nutrizione».

[The Lancet Global Health, Volume 2, Issue 4, Pages e225 - e234, April 2014](#)