



ELSEVIER 9 Aprile 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Stati generali salute, Renzi: tagli a dirigenti Ssn, risparmi verso la prevenzione

È evidente che la spending review vada fatta. È una priorità, e il criterio è che chi in questi anni ha speso troppo deve restituire quello che ha avuto in più, a beneficio delle famiglie che prendono meno di 1.500 euro lorde al mese. Tagli anche alla sanità, così indispensabili? Il criterio è che per nessun manager della pubblica amministrazione vi sia la possibilità di superare un certo tetto». Con queste parole il premier **Matteo Renzi** (foto) agli Stati generali della Sanità anticipa il Documento di riforma in fase di presentazione e gela la platea di medici ospedalieri e tra loro i sindacati (Anaa Assomed) che rifiutano abbattimenti di reddito oltre i 70 mila euro annui. Renzi poi spiega alle Regioni che nella riforma del titolo V che rivede i poteri dello stato non si intende punire nessuno, né lo Stato vuol riprendersi competenze, ma si prende atto di un fatto: ci sono problemi sia a livello centrale, cui ovviamo con la riforma del bicameralismo, sia a livello di rapporti con le regioni la cui credibilità è stata messa alla prova in questi anni portando all'allentamento del vincolo tra cittadino e istituzione locale.

Beatrice Lorenzin accusa: «Al patto per la salute, di cui abbiamo appena ripreso la discussione, un 60% di quanto deliberato non è realizzato, questa tendenza non è tollerabile; occorre trovare nel Servizio sanitario pubblico le risorse per garantire l'accessibilità universale alle prestazioni sanitarie, ci sono margini di risparmio e di efficientamento, possiamo recuperare 900 milioni di euro per rifare i livelli essenziali di assistenza che sono fermi a 12 anni fa». Il ministro della Salute svela le priorità dei prossimi mesi: «C'è un farmaco che farà guarire dall'epatite C da registrare e avrà un impatto di oltre un miliardo, c'è la ricerca da garantire c'è l'attenzione agli stili di vita da mobilitare, che nel diabete può far risparmiare fino a 3 miliardi di euro, e c'è un grande piano di prevenzione da attivare sugli anziani per le malattie neurologiche degenerative, per i giovani, bombardati da impulsi scorretti (è obeso il 12%, ndr) e per le donne dalle quali passa la salute di una famiglia e di una società».

Mauro Miserendino

Lorenzin: rivedremo il sistema dei ticket. Attriti con Regioni su tagli

L'imminente revisione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria porta con sé anche quella del ticket. Lo anticipa il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** a una tavola rotonda agli Stati generali della Sanità, a Roma. «Oggi c'è un 50% di esenti ticket, metà per malattia e metà per reddito; stiamo rifacendo i conti su un progetto di revisione dei ticket per riequilibrarli all'interno delle fasce sociali e dei carichi familiari». Lorenzin chiede che dagli Stati generali uscisse una nuova programmazione stato-regioni e una revisione della sanità digitale capace di incrociare i dati di piano esiti, Fse: «Dati incrociabili ci potranno dare quantità e qualità delle prestazioni; l'unico modo per sconfiggere la mala gestione è l'accesso ai dati, ogni ritardo nel dare dati nel 2014 non è casuale ma doloso». Lorenzin non torna invece su una cifra sibillina data durante il discorso quando ha parlato di un Fondo sanitario nazionale "da 110 miliardi", due-tre in meno del Fondo concordato dalle regioni per il 2014. Ha arrotondato o tagliato? **Stefano Caldoro** governatore della regione Campania mette le mani avanti: «Sento dire di una possibile riduzione del Fondo ma un conto è parlare di razionalizzazioni organizzative e riforme condivise tra regioni, un conto è tagliare ancora in regioni come la Campania che sono passate da un disavanzo di 800 milioni a un pareggio di bilancio, questo è il secondo anno, utilizzando sempre meno gli aumenti Irpef e nel contempo scendendo da 438 a 168 giorni di ritardo nei pagamenti delle Asl ai fornitori». Per Caldoro però c'è poco da "grattare" ancora, la Campania è "troppo giovane" e riceve meno dai trasferimenti del Fondo sanitario rispetto ad altre regioni, «e ciò ha contribuito a creare un sotto finanziamento complessivo che oggi tocca il 15% della dotazione del Fondo a noi attribuita, mentre ci sono fasce di popolazione che vivono in media un anno in meno delle stesse fasce di altre regioni». **Emilia Grazia De Biasi** presidente Commissione sanità senato ricorda come il rapporto Ocse giudichi insostenibile la spesa sanitaria tendenziale italiana del 5,25% del Pil, e ricorda: «Un ulteriore taglio ai Lea non è compatibile con il Ssn universalistico esistente ma dirige il paese verso un sistema assicurativo».

Mauro Miserendino

Medicina fai-da-te, Codacons: sempre più italiani vi ricorrono

In caso di problemi di salute non gravi, quando si manifesta un disturbo o il primo sintomo di una malattia, più di un italiano su tre (35,8%) ricorre al fai-da-te, percentuale che sale, fino a sfiorare il 50%, nella fascia d'età tra i 18 e i 30 anni. E, per i più giovani, questo significa sempre più spesso affidarsi a Internet. Il fenomeno è fotografato da un'indagine Codacons condotta su un campione di 2.500 persone, in base alla quale il medico di famiglia resta il riferimento nel 52,4% dei casi e il farmacista nell'11,6%.

Il vicepresidente della Società italiana di medicina generale **Ovidio Brignoli** ammette la difficoltà di modificare questa tendenza, ma ritiene fondamentale diffondere la consapevolezza dei rischi. «Se ci si cura da soli partendo dal concetto di intensità del sintomo, si commette un grave errore. – precisa Brignoli – Caso mai è il riconoscere un sintomo già avuto che potrebbe permetterne la gestione con l'autocura invece di rivolgersi all'operatore sanitario, ma molto spesso questa conoscenza non c'è. Invece, qualunque sia l'entità del sintomo, è fondamentale la certezza della diagnosi, che solo un medico può offrire».

Sulle cause del fenomeno, Brignoli non concorda con le ipotesi di Codacons, secondo cui influirebbero la crisi economica e le liste d'attesa nella sanità pubblica: «rivolgersi al medico di famiglia è gratuito, mentre l'acquisto di farmaci su Internet, oltre che pericoloso, ha un costo». Ma i giovani hanno molta dimestichezza con gli strumenti dell'informazione dematerializzata, si rivolgono a Internet per reperire informazioni e lo fanno anche in campo sanitario senza valutarne i rischi.

Brignoli ritiene che il fenomeno sia lo specchio di una pessima educazione sanitaria, ma anche di una cattiva gestione dei servizi sanitari: «talvolta c'è una difficoltà a reperire il medico di famiglia e in genere si dedicano poco tempo e attenzione per affrontare i problemi di salute, e il fastidio di fare la coda o attendere per l'appuntamento induce la gente a saltare il primo approccio diagnostico».

Renato Torlaschi

Fare meno, scegliendo con saggezza

L'iniziativa per l'appropriatezza clinica lanciata negli Stati Uniti con il nome di «Choosing Wisely» (scegliere con saggezza) è partita con i piedi ben piantati nell'evidence, ovvero nei risultati delle ricerche cliniche: è questa la conclusione di uno studio pubblicato sulla rivista Jama da **Catherine Gliwa** e **Steven Pearson** dei National Institutes of Health di Bethesda.

Mentre il progetto – che ha un analogo italiano promosso dall'associazione Slow Medicine – continua a raccogliere adesioni da parte di società scientifiche di ogni disciplina, i due ricercatori hanno voluto verificare in che misura gli elenchi con i 5 più significativi atti medici da evitare fossero appunto basati su solide dimostrazioni di assenza di benefici ulteriori, oppure di uno sproporzionato aumento dei rischi o della spesa rispetto alle altre opzioni disponibili. «Con l'obiettivo di ridurre gli sprechi nell'assistenza medica, l'iniziativa promossa dalla fondazione dell'American Board of Internal Medicine chiede alle principali società scientifiche specialistiche di creare una lista "Top 5" degli atti che nella gran parte dei casi non offrono complessivamente benefici ai pazienti» scrive Gliwa.

Lo studio ha registrato la situazione alla data del 25 agosto del 2013, quando le società specialistiche partecipanti erano 25 (attualmente sono oltre 50) e ciascuna aveva prodotto almeno una lista "Top 5" per una specifica situazione o condizione clinica, con un totale di 135 atti o procedure sconsigliati ai colleghi: «Mentre il progetto continua a crescere, per assicurare la complessiva credibilità dell'iniziativa occorre la massima chiarezza sulla solidità delle liste» spiega Gliwa. Per questo l'analisi ha preso in esame la documentazione fornita dalle società scientifiche per valutare nel dettaglio la quantità e qualità degli studi usati per quantificare rischi e benefici, costo e rapporto costo-efficacia anche in confronto con le altre opzioni terapeutiche disponibili.

Dei 135 elementi individuati, il 36% riguardava diagnosi e monitoraggio, il 34% la terapia e il 30% lo screening di popolazione. La maggioranza degli atti medici è stato inserito in un elenco sulla base di studi che dimostravano un beneficio equivalente ma non superiore rispetto alle alternative, ma con un costo più elevato in termini economici e di maggiori rischi. La seconda motivazione più usata era l'assenza di adeguate dimostrazioni di benefici per un uso al di fuori delle indicazioni raccomandate quanto a frequenza, intensità o dosaggio. «I nostri dati mostrano che il costo è stato quasi sempre citato nel contesto di un servizio giudicato di qualità confrontabile alle altre opzioni, ma più caro» concludono i ricercatori. «Crediamo che le società scientifiche specialistiche dovrebbero trovare più spesso l'opportunità di includere nelle liste delle pratiche sconsigliate quelle che offrono solo modesti benefici incrementali a un prezzo molto più elevato».

[JAMA. 2014;311\(14\):1443-1444](#)

[Elenco delle pratiche a rischio di inapproprietezza in Italia \(Progetto "Fare di più non significa fare meglio" di Slow Medicine\)](#)

Hiv: insuccesso per farmaci di inversione della latenza

«Nessuno dei composti che abbiamo testato su cellule Hiv-infette ha attivato il virus latente». È negativo l'esito di uno studio condotto da un gruppo di ricercatori della Johns Hopkins University di Baltimora (Maryland, Usa) guidato da **Robert F. Siliciano**, che da tempo ha focalizzato la propria attenzione sull'Hiv nei linfociti T a lunga memoria, latente per molti anni e inattaccabile dai farmaci attualmente disponibili, ma pronto a ripresentarsi in caso di sospensione della terapia. Se si fosse riusciti a mettere a punto, come era nelle intenzioni, un agente in grado di riattivare i serbatoi di Hiv dentro le cellule T, ciò avrebbe permesso di riportare l'Hiv in circolo rendendolo vulnerabile ai farmaci, facendo registrare un decisivo passo in avanti verso la definitiva guarigione dei pazienti. «Al momento» ricorda **Giampiero Carosi**, professore emerito di Malattie infettive e tropicali dell'Università di Brescia «abbiamo una ventina di farmaci efficaci contro l'Hiv, suddivisi in famiglie a seconda della fase di replicazione del virus che colpiscono. Tutti questi farmaci, usati in varie associazioni, inibiscono la replicazione del virus, ne eliminano la presenza nel sangue e la diffusione nell'organismo, ma non "eradicano" il virus che persiste in condizioni di latenza nelle cellule a lunga memoria, pronto a riattivarsi quando tale terapia "soppressiva" venga interrotta. L'ipotesi è quindi di usare composti che invertano la condizione di latenza del virus nei serbatoi del paziente in terapia antiretrovirale. In tal modo il virus "slatentizzato" si renderebbe riconoscibile dal sistema immune dell'ospite e le cellule infarcite di virus verrebbero eliminate. In più il virus riattivato diverrebbe sensibile ai farmaci». I composti sperimentati dagli scienziati di Baltimora non hanno superato le prove di laboratorio condotte su globuli bianchi prelevati direttamente da pazienti infetti. «Un'ipotesi formulata per spiegare l'insuccesso» osserva Carosi «sta nella possibilità che una sola molecola non basti per determinare l'inversione della latenza e si debbano impiegare più farmaci, così come per esempio se ne usano 3 (triplice terapia) per bloccare la replicazione del virus». In ogni caso, un lato positivo c'è, secondo **Greg Laird**, coautore dello studio: gli esperimenti hanno permesso di sviluppare test più sensibili per testare la riattivazione del virus. Si potrà così disporre di uno strumento più sensibile per valutare l'efficacia delle combinazioni che ora si intendono mettere alla prova in un nuovo tentativo di "stanare" il virus latente.

Arturo Zenorini