



POLITICA E SANITÀ

Fimmg: calo sconcertante di specializzandi in medicina generale

Calo del 5,8%, rispetto allo scorso anno, nel contingente di medici corsisti che accedono alla specialistica in medicina generale. A denunciare il dato è **Silvestro Scotti**, vice segretario nazionale della Fimmg, che lo definisce «una riduzione sconcertante e assolutamente in contrasto con la pianificazione delle esigenze della medicina territoriale che lamenta continuamente difficoltà alla copertura di ambiti di medicina generale per insufficienza dei medici». Dal monitoraggio dei bandi di concorso, condotto da Fimmg Formazione Emilia Romagna, e segnalato da un comunicato della Federazione, si apprende che il contingente di corsisti composto da 981 unità disponibili per il triennio 2012/2015 è sceso a 924 arruolabile per il triennio 2013/2016. Scorrendo il dato per regione emerge che, per esempio, in Sicilia il taglio è del 50% dei corsisti, che passano da 100 a 50, in Friuli Venezia Giulia del 20% (da 25 a 20) e in Emilia Romagna del 17,64% (da 85 a 60). A fronte di questa riduzione, però, fa notare Scotti, non è cambiata la somma che il Fondo sanitario nazionale destina alle regioni per la formazione in medicina generale, «lasciando il sospetto» aggiunge «che la riduzione di spesa per le borse di studio, piuttosto che essere utilizzate per aumenti di numero dei partecipanti o per il miglioramento retributivo e fiscale della borsa di studio, verrebbero utilizzate per i costi gestionali e organizzativi del Corso stesso». E lancia un invito: «Forse qualcuno, piuttosto che ridurre, potrebbe pensare a investire, se non in numero, almeno in motivazione sui giovani medici. Si potrebbe utilizzare la riduzione di spesa per migliorare la condizione retributiva del corso». Un appello in linea con quello di Federspecializzandi Messina rivolto al presidente della Regione Sicilia, **Rosario Crocetta**, in cui si denuncia la sospensione, da diversi mesi, delle borse di studio regionali: «Investa sui giovani, sulla istruzione e sulla sanità. Non lasci morire la speranza» scrive Dario Buccheri, segretario generale dell'associazione, «le nostre borse di studio sono anticipate attingendo dai fondi, già esigui, delle nostre università. Oggi che le nostre università non possono più far fronte a questo onere ci vediamo sospeso il corretto accreditamento delle nostre mensilità».

(S.Z.)

I medici prescrivono meno esami se ne conoscono i costi

Talvolta il risparmio passa attraverso una maggiore informazione. È il caso dei medici di un ospedale statunitense, che hanno prescritto il 9% di esami in meno quando sono stati messi a conoscenza dei loro costi. Lo studio che lo dimostra è stato condotto tra novembre 2009 e maggio 2010 presso il Johns Hopkins Hospital di Baltimora. I ricercatori hanno compilato una lista di alcuni tra i più comuni e più costosi test di laboratorio e hanno modificato il software di prescrizione in modo che, accanto alla metà degli esami, comparisse anche il loro costo. I medici non sono stati messi al corrente del motivo per cui all'improvviso sono stati visualizzati i costi, tuttavia gli autori dello studio riportano che, per questi esami, il numero medio di prescrizioni per paziente al giorno è sceso a una media di 3,4 rispetto al 3,7 degli anni precedenti. **Leonard Feldman**, che ha coordinato lo studio, ha dichiarato che si assisteva a una gran quantità di sprechi: «abbiamo osservato la prescrizione di molti test di laboratorio di cui non c'era alcun bisogno». Secondo i ricercatori, una delle ragioni stava nella mancanza di conoscenza di quanto fossero costosi questi approfondimenti diagnostici. Durante il periodo dello studio, il minor numero di prescrizioni ha comportato un risparmio superiore ai 400.000 dollari; rapportata a tutti gli Stati Uniti, si deduce la rilevanza del fenomeno. Del resto lo stesso Feldman ha scritto, sulla rivista *Jama Internal Medicine*, che si stimano complessivamente in 226 miliardi di dollari i costi, che nel solo 2011, sono stati sostenuti per trattamenti eccessivi e approfondimenti diagnostici non necessari. Oltre allo spreco di risorse, gli autori fanno notare che in questo modo si sottopongono i pazienti a rischi connessi sia agli esami stessi che alle cure effettuate in caso di esiti falsi positivi. La dottoressa **Minal Kale**, della scuola di medicina dell'ospedale Mount Sinai di New York, non ha partecipato allo studio ma ha commentato che «potrebbe trattarsi di uno degli approcci da adottare per ridurre le prescrizioni eccessive».

Antibiotici, educazione e informatica contro l'uso improprio

Mediante un programma di 'quality improvement', un ospedale pediatrico americano è riuscito a dare un taglio netto alla prescrizione inappropriata di antibiotici. Lo ha rivelato **Lillian Ambroggio**, ricercatrice presso il Cincinnati Children's Hospital Medical Center, in uno studio in cui ha evidenziato come, entro 6 mesi dall'introduzione di nuovi strumenti elettronici ed educativi, il personale medico seguiva nel 100% dei pazienti le linee guida per il trattamento della polmonite pediatrica acquisita in comunità. Le raccomandazioni, stilate nel 2011 dalla Pediatric infectious diseases society (Pids) e dalla Infectious diseases society of America (Idsa), stabiliscono che si debba prescrivere in prima linea l'ampicillina, tranne in rari casi. Questo perché l'ampicillina, a spettro ristretto, se usata per prima con costanza aiuta a prevenire l'antibioticoresistenza, dovuta invece al subitaneo ricorso agli antibiotici ad ampio spettro. Se, infatti, si crea una resistenza all'ampicillina, restano ancora molte opzioni disponibili, ma ciò non avviene se la resistenza si instaura verso un antibiotico ad ampio spettro. Il team di Ambroggio, pertanto, ha agito istruendo i medici-senior sulle nuove regole prescrittive e creando una guida rapida per i tirocinanti. Sono state inoltre aggiornate le cartelle cliniche elettroniche in modo che segnalassero automaticamente, in presenza di una diagnosi di polmonite, gli antibiotici appropriati. Si è così visto che nei 6 mesi prima dell'intervento i medici raramente seguivano le linee guida, all'incirca il 30% delle volte.

Subito dopo l'adozione del metodo educativo, l'adesione è però balzata all'80% o al 90%, fino a raggiungere il 100% in pochi mesi (dopo 9 lo studio è terminato). Un risultato oltre le attese, e di particolare rilievo considerando che - come ha reso noto un rapporto Ilsa - sono solo sette, in questo momento, gli antibiotici che le aziende farmaceutiche mondiali (alle prese con la crisi economica) stanno studiando contro i microrganismi più pericolosi, ossia i superbatteri Gram negativi, tra cui l'Escherichia Coli, e gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi.

Terapia statinica: ragioni e modalità per ripristinarla

Quando un paziente coronaropatico smette di assumere una statina a causa di una reazione avversa (aumentando così il rischio di eventi cardiovascolari ed exitus), il curante dovrebbe considerare la prescrizione di una dose più bassa o di un diverso tipo di statina. La decisione di riavviare il trattamento statinico dovrebbe basarsi sulla gravità dei sintomi del paziente e sulla probabilità che tali sintomi siano causati dal farmaco. È la tesi di un gruppo di ricercatori cinesi e americani coordinati da **Alexander Turchin**, della Harvard Medical School di Boston, che precisa: «Non tutti i pazienti devono tornare a prendere una statina, ma in molti casi vale la pena provare». Il team ha esaminato i dati clinici di 107.835 adulti che avevano ricevuto - nell'arco di 9 anni - almeno una prescrizione di statine al Brigham and Women Hospital o al Massachusetts General Hospital, entrambi a Boston. I ricercatori hanno sviluppato un software per analizzare i dati strutturati e le note del medico nelle cartelle cliniche elettroniche. Il programma ha quindi identificato i pazienti con potenziali effetti collaterali da statina, indicando se il paziente aveva smesso di assumere il farmaco dopo tali eventi. L'applicazione ha infine identificato le persone che, in seguito, avevano ripreso la terapia statinica, indicando ciò che era accaduto. Dall'analisi è emerso che il 17,4% degli adulti aveva avuto un evento documentatamente correlato alla statina durante il periodo di studio. Più della metà di questi soggetti aveva interrotto la terapia almeno temporaneamente. Gli eventi statina-correlati più frequenti sono stati mialgie e miopatie; altri problemi comuni sono risultati disturbi muscolo-scheletrici e del tessuto connettivo, gastrointestinali e a carico del sistema nervoso. Tra i pazienti che avevano interrotto la terapia, il 59,1% la aveva ripresa entro un anno. Oltre il 90% di questi individui stava ancora prendendo il farmaco 12 mesi dopo che era stato riportato l'evento statina-correlato. Se l'intolleranza è reale, si legge nell'editoriale di **Scott M. Grundy**, dell'University of Texas (Dallas), il ripristino della terapia può essere molto difficile, in quanto si deve spesso ricorrere a dosi subterapeutiche; in questi casi è meglio cambiare tipo di statina.