



2 agosto - 2 settembre 2013

# DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

## POLITICA E SANITÀ

### L'Italia non è il Canada, non serve il farmacista prescrittore

L'Italia non è il Canada, le cure all'anziano vanno potenziate ma l'asse su cui contare non è quello medico-farmacista, ma quello medico-infermiere». Antonio Panti presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze commenta così le nuove disposizioni nelle Province canadesi che consentono ai farmacisti di prescrivere farmaci ed esami diagnostici. Nel 2007 la Canadian medical association aveva detto no ma adesso apre a beneficio dei pazienti polipatologici: troppe prescrizioni affastellate creano ricoveri e incidenti da evitare. Analogo problema è stato segnalato in Italia dalla recente indagine dell'Agenzia del farmaco che calcola in decine di migliaia gli over 65 anni a rischio di sanguinamento, aritmie ed altri eventi avversi da cure inappropriate. Imitare il Canada? «E' vero che la legge sulla farmacia dei servizi fa del farmacista la 'portaerei' dell'assistenza domiciliare, ma l'assistenza è sempre avviata dal generalista e organizzata dall'infermiere; è quest'ultimo il partner dei mmg nel verificare le cure», osserva Panti. «Anni fa la medicina generale italiana bocciò l'ipotesi di dare al farmacista compiti sul percorso di diagnosi e cura per il timore non irragionevole che l'accesso diretto in farmacia avrebbe potuto incrementare le spese del Ssn e perché già i medici di famiglia si scambiavano informazioni sui pazienti complessi. Oggi lo fanno nelle aggregazioni funzionali, dove si fa affidamento sull'infermiere per verificare l'aderenza del paziente alle terapie ed eventuali ostacoli, e se c'è questo non serve un secondo prescrittore. Il Canada è grande e per creare un circuito di cura efficace evidentemente vede nel farmacista il terzo attore».

### Progetto Valore, Cricelli: le aggregazioni devono cambiare

Davvero un medico che lavora in gruppo non porta valore aggiunto alle cure dei pazienti cronici? Sulle polemiche suscitate dagli esiti del Progetto Valore, Doctornews ha sentito Claudio Cricelli, leader della Società italiana di medicina generale tra gli autori della ricerca. Che dice: «L'associazionismo è la strada ma bisogna cambiare modelli com'è infatti avvenuto». Promosso da Agenas, Valore ha valutato in sei regioni per quattro patologie (insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica, diabete e bpc) se fossero omogenei i dati sui percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti immessi nei database amministrativi e in quelli dei medici di famiglia. «Lo studio dice che la concordanza c'è» dice Cricelli «la medicina generale produce dati affidabili misurandosi con la specialistica e le cure ospedaliere». «Si è poi valutato se l'aderenza dei medici alle linee guida cresce operando nelle "vecchie" aggregazioni. I risultati, pur settoriali, mostrano che la differenza c'è solo se il paziente è preso in carico per obiettivi. Per ottimizzare l'intervento sulle patologie croniche, su numeri crescenti di pazienti urgono le nuove forme associative. Per dimostrare la compliance a una terapia, presupposto di migliori condizioni di salute, non ci si può limitare ad attendere l'assistito in studio, ma si deve intervenire a tutto tondo, valutare se e come si cura, dirgli di prendere le pasticche. Gruppi e reti ci han fatto dialogare» dice Cricelli «ma per i nuovi compiti servono modelli che uniscano competenze e professioni e mettano realmente il medico in grado di gestire gli obiettivi di salute insieme al suo assistito».

### Regioni, slitta a settembre decisione su benchmark sanità

Rinvitata a settembre la scelta delle tre Regioni di riferimento per la determinazione del fabbisogno sanitario standard. È questo l'esito della Conferenza delle Regioni, tenutasi nella mattinata di ieri, una scelta motivata con la necessità di «approfondimenti tecnici». L'incontro è stata anche l'occasione per rilanciare anche sul Patto per la Salute, per il quale i rappresentanti delle Regioni hanno chiesto che i gruppi di lavoro siano dieci invece che otto, con l'ingresso in agenda dei temi dei ticket e del sociosanitario. Ma è sulla questione benchmark sanitario che si è scatenata la bagarre tra le Regioni. Le regioni in lizza al momento sono cinque: Umbria, Marche, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto nell'ordine. Ma al di là dei motivi tecnici non sono da escludere questioni legate alle rivalità esistenti tra le Regioni in lizza e ai malumori di chi è stato escluso come la Toscana. «Si escluderebbe dalle tre Regioni benchmark l'unica con i conti in regola, che non ha mai sfiorato e non ha mai avuto alcun piano di rientro: la Lombardia» ha detto il governatore lombardo Roberto Maroni che ha promesso che a settembre chiederà nuovamente «che la Lombardia sia la prima» in questa graduatoria. «Attualmente» conclude Maroni «Umbria, Marche ed Emilia Romagna, che sono ai primi tre posti, hanno avuto dei piani di rientro. Noi mai, siamo la Regione benchmark per eccellenza, ma veniamo esclusi per ragioni politiche a favore di regioni del centrosinistra» ha concluso. Pronta la replica delle tre Regioni incriminate che in coro dichiarano di non aver mai avuto piani di rientro. Per Carlo Lusenti, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna Maroni deve dire «in quale anno abbiamo avuto piani di rientro dal debito sanitario. Detto questo, dico no a pregiudizi e dati falsi». Sulla stessa linea Gian Mario Spacca, presidente delle Marche, per il quale «sono ormai cinque anni che a ogni verifica degli Osservatori nazionali le Marche presentano costantemente un quadro di equilibrio finanziario e di efficienza nell'erogazione dei servizi». Infine il presidente della Regione Umbria Catiuscia Marini parla di «dichiarazioni sorprendenti».