



11 settembre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Agenas, al palo cure primarie e riordino ospedali

«Il risultato che doveva arrivare dalla riorganizzazione dei servizi, non è arrivato. Sono al palo cure primarie e riordino ospedaliero. Il Patto per la salute dovrebbe intervenire su questo». È quanto dichiarato dal presidente dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), Giovanni Bissoni, davanti alle Commissioni riunite Affari sociali e Bilancio della Camera, durante l'audizione nell'ambito dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

«La spending review ha avuto effetto di contenimento della spesa sanitaria per quanto riguarda alcuni fattori come il personale, ma su beni e servizi ha funzionato molto meno», ha spiegato Bissoni, puntando l'attenzione sulla necessità di affrontare alcune spese sanitarie «secondo una logica di mercato», ovvero con «una migliore organizzazione della domanda» e con «capitolati d'appalto in grado di mettere in relazione qualità e costi». Serve «una regia per definire l'esigenza di beni e servizi ed evitare, per la stessa siringa, prezzi diversi in diverse regioni». Il presidente dell'Agenas difende la scelta di rinunciare all'aumento dei ticket per 2 miliardi. Gravare sul ticket «non sempre produce un vantaggio all'altezza delle aspettative». «Con la precedente manovra da 800 milioni, l'incremento si è fermato alla metà, determinando una fuoriuscita dal pubblico verso il privato. Occorre però lavorare sul sistema esenzioni». Quanto ai Piani di rientro, vanno superati perché hanno portato poche azioni di riordino e «nelle regioni sottoposte, non sono migliorati i livelli assistenziali, anzi sono spesso peggiorati». Il «maggior problema italiano», d'altronde, è «che siamo il paese europeo con maggiori dislivelli» ha concluso Bissoni citando un'elaborazione Oasi di dati Censis: «l'82% dei cittadini del Nord Est è soddisfatto del servizio, mentre al sud e nelle isole lo è solo il 37%».

Consiglio superiore di sanità, ecco i 40 nuovi nominati

Beatrice Lorenzin ha nominato il nuovo Consiglio superiore di sanità, che resterà in carica per i prossimi tre anni. Scorrendo l'elenco dei nomi scelti si incontrano solo tre donne e 37 uomini, ma tutti hanno un prestigio e una professionalità riconosciuta e alcuni sono noti anche al grande pubblico, come il genetista e direttore scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Ircss **Bruno Dallapiccola** o il farmacologo **Silvio Garattini**, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano.

Con una storia più lunga di quello dello stesso Stato italiano (essendo stato istituito nel lontano 1847 nel Regno di Sardegna) il Consiglio superiore di sanità è l'organo consultivo del ministero della Salute e il prossimo 13 settembre si insedierà ufficialmente, con i membri di fresca nomina che, ha spiegato Lorenzin, è stata effettuata basandosi «su requisiti di altissima professionalità e sulle competenze maturate nelle diverse discipline di interesse per la sanità pubblica italiana».

Oltre ai già citati Dallapiccola e Garattini, ecco i nomi del nuovo Consiglio. **Giuseppe Banderali, Rocco Bellantone, Roberto Bernabei, Francesco Bove, Placido Bramanti, Massimo Candiani, Adelfio Elio Cardinale, Massimo Castagnaro, Luigi Chiarello, Massimo Fini, Enrico Garaci, Gianfranco Gensini, Roberto Iadicicco, Andrea Lenzi, Gabriel Levi, Giulio Maira, Mauro Marchionni, Maria Cristina Messa, Giovanni Muto, Pier Carlo Muzzio, Giuseppe Novelli, Anna Teresa Palamara, Giuseppe Paolisso, Corrado Perricone, Fabio Pigozzi, Eleonora Porcu, Giovanni Prosdocimo, Adriano Redler, Gualtiero Walter Ricciardi, Francesco Romeo, Francesco Rossi, Eugenio Santoro, Giovanni Scambia, Francesco Schittulli, Giuseppe Segreto, Giovanni Simonetti, Mario Stirpe, Alberto Zangrillo.**

Uso inappropriato antibiotici, un semplice protocollo può ridurlo

«È fondamentale che si continuino a cercare nuovi metodi per combattere la resistenza agli antibiotici. È una delle raccomandazioni-chiave del libro bianco europeo sull'apparato respiratorio (European Lung White Book, ndr), che è stato pubblicato questa settimana». A sottolinearlo è **Francesco Blasi**, presidente dell'Ers (European respiratory society) - il cui congresso annuale si è concluso oggi a Barcellona - commentando un protocollo di prescrizione che potrebbe ridurre significativamente l'uso inappropriato di antibiotici e quindi raggiungere l'obiettivo. L'innovativa strategia è stata messa a punto da un gruppo di ricercatori coordinati da **Matthew Lloyd** dell'università di Dundee (Scozia), i quali hanno seguito per un anno 500 pazienti con infezioni del tratto respiratorio inferiore. Nei primi 6 mesi dello studio è stato condotto un monitoraggio dell'effettiva durata dei trattamenti, mentre nella seconda parte del trial si è passati al nuovo schema. Il team ha stabilito date predefinite di sospensione della terapia, con limiti di tempo di somministrazione a seconda della gravità dell'infezione, in ciò supportati dalla farmacia ospedaliera che assicurava che i pazienti seguissero scrupolosamente le indicazioni. In entrambe le fasi dello studio sono stati monitorati gli effetti collaterali dell'antibioticoterapia, inclusi i sintomi di nuova insorgenza potenzialmente correlati

alla stessa, la durata della degenza ospedaliera e la mortalità. Seguendo queste modalità, si è registrata una riduzione del 20% dell'uso di antibiotici, associata a una diminuzione del 40% degli effetti collaterali correlati al loro impiego. «La minaccia rappresentata dal crescente fenomeno dell'antibioticoresistenza è in parte attribuibile a periodi eccessivamente prolungati di somministrazione delle molecole» spiega Lloyd. «L'assunto del nostro studio è stato quello di realizzare un sistema semplice per prevenire che i pazienti assumano gli antibiotici per più tempo del necessario. I risultati sono stati promettenti, evidenziando come le prescrizioni con date di sospensione prestabilite e il lavoro multidisciplinare con i colleghi aiutino sia a prevenire il problema dell'antibioticoresistenza sia a evitare disturbi al paziente».

Ers annual congress, Barcellona (7-11 settembre)

Responsabilità sociale, Gsk la multinazionale più attenta

Glaxo SmithKline si conferma la multinazionale più attenta al tema della responsabilità sociale, mentre Johnson & Johnson e Sanofi - che la seguono da vicino nella speciale classifica - hanno fatto progressi enormi nell'ultimo biennio: è quanto emerge da un articolo appena firmato sul New England Journal of Medicine da Hans V. Hogerzeil, del Dipartimento di Salute Globale dell'Università di Groningen, in Olanda, che descrive questo indicatore complesso, che tiene conto della media pesata di ben 101 indicatori relativi alle 20 multinazionali più grandi a livello mondiale.

Si chiama Indice dell'accesso alle medicine (Access to medicine index), ed è uno strumento sintetico ideato per quantificare oggettivamente l'impegno delle multinazionali farmaceutiche nell'area della cosiddetta "responsabilità sociale", e in particolare gli sforzi concreti realizzati per rendere più facilmente accessibili i propri farmaci anche nei paesi meno sviluppati.

«I metodi sono stati sviluppati tra esperti di salute globale, investitori e Big Pharma» spiega Hans V. Hogerzeil. «L'indice, che è pubblicato ogni due anni, ha lo scopo di stimolare le società a fare di più offrendo loro una migliore conoscenza delle politiche e delle pratiche adottate da tutte le concorrenti per migliorare l'accesso alle medicine». I dati sono di provenienza aziendale, ma vengono verificati su tutte le fonti pubbliche: «I dati del 2012 mostrano che le società si stanno sempre più organizzando nel loro approccio all'accesso globale ai farmaci» commenta il ricercatore olandese, che in conclusione sottolinea che numerose aree continuano ad avere bisogno di miglioramenti sostanziali: dalla trasparenza sulle pratiche di lobbying e conduzione dei trial clinici all'applicazione di schemi di prezzi specifici per differenti paesi: «Le best practices delle compagnie leader sono la prova vivente dei risultati che è possibile ottenere» conclude.

[N Engl J Med 2013; 369:896-899 September 5](#)