



ELSEVIER 24 settembre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Le Pera (Fimmg Emilia Romagna): le case della salute non siano mini-ospedali

Ben 54 case della salute in Toscana a fine 2013, 48 in Lazio presto attive, decine ai nastri in Emilia Romagna e qualcuna pure in Umbria: il medico di famiglia cambia casa, ma c'è il rischio che le nuove strutture più che al suo studio somiglino a piccoli ospedali riconvertiti e, magari coordinate da ospedalieri, diano agli assistiti risposte meno appropriate o più burocratiche. I medici Fimmg dell'Emilia Romagna preparano per ottobre un documento per la Regione, che è stata tra le prime a scommettere su questa formula assistenziale. «Molte case della salute qui sono a regime grazie al lavoro dei gruppi di cure primarie di mmg – dice Renzo Le Pera segretario Fimmg regionale - eppure la Regione non ha dettato un modello gestionale né ha mai discusso con nostre rappresentanze ufficiali. Le vie sembrano due: o far perno sul valore aggiunto della medicina generale o avvalersi di personale dipendente. La tentazione di limitarsi a riconvertire piccole strutture e dirottare personale Ssn potrebbe prevalere. Per noi, la casa della salute non è un "ospedale leggero"; deve piuttosto fare medicina d'iniziativa per i pazienti cronici e coordinare cure domiciliari, integrandosi con infermieri e specialisti del territorio. Speriamo di poterci confrontare». Per Le Pera, le Case possono convivere con gli studi decentrati dei medici di famiglia, i quali si distribuirebbero tra impegni. «Il sistema delle cure primarie è l'unico a non aver subito incrementi di costo grazie a due plus che non dovremo mai perdere: il rapporto fiduciario con l'assistito, per noi non trasferibile, e la capillarità dei nostri studi, che può convivere con la nostra partecipazione da protagonisti negli organici delle Case». Mauro Miserendino

Aumenta spesa Usa, in Italia rischio maggior esborso privati

L'Affordable Care Act, la riforma sanitaria fortemente voluta dal presidente americano Barack Obama, presenterà presto il conto e inciderà in modo significativo sulla spesa sanitaria negli Stati Uniti a partire dal 2014. Lo afferma un report pubblicato su Health Affairs, che comunica le proiezioni della spesa per la salute nel prossimo decennio. Secondo il documento, già quest'anno il governo, le imprese e le famiglie spenderanno 2.900 miliardi di dollari, circa il 18% dell'economia americana, ma la spesa è destinata a lievitare sia in valore assoluto che in percentuale, fino a sfiorare il 20% del Pil tra dieci anni. Il presidente Usa ha dichiarato che la riforma farà diminuire i costi delle assicurazioni e innalzerà la qualità del servizio sanitario, ma già nel 2014 inciderà sull'aumento della spesa sanitaria per l'1,6%. Come spiega Claudio Iommi del Cergas Bocconi, «la riforma Obama non stravolge il sistema, ma cerca di risolvere il problema specifico della fascia di popolazione più povera, che non riesce ad accedere alle cure». In Italia, il sistema sanitario è completamente diverso e la spesa sanitaria è appena dell'8,9% (7,2% pubblica e 2,7% privata). «Come in Gran Bretagna e in Francia, - ricorda Iommi - il nostro modello intende fornire una copertura universale, anche perché la salute è riconosciuta come diritto costituzionalmente garantito. Eppure i sistemi europei spendono molto meno di quello americano, si va dal 8,9% dell'Italia all'11,3% della Germania». E i risultati? «In base alle classifiche stilate qualche anno fa dall'Oms, l'Europa è posizionata meglio degli Stati Uniti e, in particolare, Francia e Italia si collocano ai vertici». C'è dunque una maggiore efficienza e un migliore controllo della spesa rispetto ai sistemi sanitari di tipo assicurativo, come quello americano. Ma il futuro, che cosa ci riserva? «In prospettiva - risponde Iommi - c'è il rischio che la componente privata della spesa sanitaria aumenti per effetto della limitazione delle risorse pubbliche, ma non credo che questo comporti una rinuncia alla filosofia universalistica». Renato Torlaschi

In arrivo biologico contro ca ovarico. Rimborso Ssn solo se funziona

A quasi due anni dall'approvazione europea sembra imminente, non oltre la fine dell'anno, la disponibilità sul mercato italiano di un trattamento per il tumore dell'ovaio. Si tratta di bevacizumab, uno dei primi farmaci biologici, che ottiene dall'Aifa l'indicazione per il quinto tipo di tumore dopo averla ottenuta con quelli di colon-retto, mammella, polmone e rene. Si tratta come hanno spiegato gli esperti in conferenza stampa a Milano, della prima novità terapeutica per questo tipo di tumore da 15 anni a questa parte. Quella dell'ovaio è ancora oggi una delle forme tumorali più aggressive, ma è anche subdola perché asintomatica nelle fasi iniziali, tanto che sono 4900 le donne italiane che ogni anno si scoprono ammalate (con disturbi come gonfiore e dolori addominali, difficoltà digestive e problemi intestinali) ma nel 70% dei casi sono già in uno stadio già avanzato della malattia. Le indicazioni dettate dall'Aifa per il bevacizumab, prodotto da Roche, riguardano per il momento solo il suo utilizzo, in associazione alla chemioterapia, come farmaco di prima linea: per un carcinoma ovarico metastatico (al 3/o o 4/o stadio).

Non potranno usufruirne le pazienti con malattia non metastatica (su queste non è ancora stato sperimentato) né quelle che hanno una recidiva, per le quali la domanda di approvazione è già stata inoltrata e ci si attende il benessere entro la fine del 2014.

L'accordo dell'azienda con l'Aifa stabilisce, primo caso in Europa, che il suo costo, anticipato dalla casa produttrice, venga rimborsato dal Servizio Sanitario solo in caso di beneficio del farmaco, rilevato a 8 mesi dalla somministrazione. Quali sono i benefici del bevacizumab? Nonostante l'80% delle pazienti risponda positivamente ai farmaci chemioterapici» spiega Nicoletta Colombo, Direttore della Divisione ginecologica dell' Istituto Europeo di Oncologia «la malattia si ripresenta con una recidiva nella maggior parte dei casi entro due anni. Gli studi effettuati dimostrano che bevacizumab aggiunto alla chemioterapia e somministrato in fase di mantenimento, è in grado di ritardare la recidiva di alcuni mesi».

Ma Colombo sottolinea che il grande problema di questo tumore è nella difficoltà di fare prevenzione. «Non disponiamo ancora» spiega «di un precursore che ci informi sul processo tumorale in atto, come per altri tumori. Si sa poco anche della sua origine: si pensa che nel 50% dei casi esso nasca a livello della tuba e che le cellule tumorali sgocciolino immediatamente nell'ovaio e fuori di esso. In pratica, è come se nascesse metastatico. Per questo si diffonde molto velocemente all'addome».

Marco Malagutti

Qualità delle cure: un mondo da migliorare

Oltre 43 milioni di persone l'anno riportano danni per cure mediche di scarsa qualità, secondo le stime della Harvard School of Public Health presentate in uno studio su BMJ Quality and Safety. «Questo è il primo tentativo di quantificare le sofferenze derivate da errori medici per cui milioni di persone al mondo restano ferite, disabili o perdono la vita» dice Ashish Jha, professore di politica sanitaria ad Harvard e primo autore dell'articolo. I ricercatori statunitensi, in collaborazione con i colleghi del programma Patient Safety della Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) a Ginevra e del programma Health Care Quality and Outcomes dell'Rti International, un istituto di ricerca no-profit a Durham, North Carolina, hanno passato in rivista più di 4.000 articoli pubblicati sugli eventi avversi negli ospedali, come pure numerosi studi epidemiologici commissionati dall'Oms per stimarne i danni sui pazienti. «Dai dati raccolti emergono le sette patologie che più spesso complicano le cure ospedaliere: lesioni da farmaci, infezioni da catetere urinario, infezioni ematiche da catetere centrale, polmoniti ospedaliere, trombosi venose, cadute e piaghe da decubito» riprende il ricercatore, sottolineando che nei paesi ad alto reddito gli eventi avversi legati ai farmaci sono i più comuni, con un'incidenza del 5%, mentre nei paesi in via di sviluppo sono in testa le trombosi venose, che arrivano al 3%. «Se i sette eventi avversi fossero considerati una singola malattia sarebbero al ventesimo posto tra le cause di morbidità e mortalità al mondo, escludendone tuttavia altri tra cui l'uso di aghi infetti, la contaminazione degli emoderivati o i danni da farmaci contraffatti» conclude Jha, ricordando che la grande maggioranza dei danni si verificano nei paesi a basso e medio reddito. «Tutte le parti interessate, tra cui medici, politici, dirigenti sanitari, ricercatori, rappresentanti dei pazienti, finanziatori e organizzazioni di accreditamento sanitario dovrebbero porre maggiore enfasi non solo nel migliorare l'accesso alle cure, ma anche nel garantirne la sicurezza» commenta in un articolo di accompagnamento Hardeep Singh, professore associato di medicina al Baylor College of Medicine di Houston, in Texas.

BMJ Qual Saf 2013;22:809-815.