



POLITICA E SANITÀ

Lorenzin: spesa per farmaceutica e Lea inalterata

La spesa per la farmaceutica, i livelli essenziali di assistenza, i beni e servizi, in altre parole per il Fondo sanitario nazionale, rimane inalterata. Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, risponde alle notizie riportate dalla stampa secondo cui nella legge di Stabilità, che ha iniziato oggi l'iter Parlamentare, solo per il 2014 non sarebbero previsti riduzioni al Fondo sanitario nazionale, mentre nel 2015-16 ci sarebbe una diminuzione legata soprattutto alle norme sul personale dipendente e convenzionato del Ssn. «Il taglio» ha spiegato il ministro «è relativo al blocco del turnover della pubblica amministrazione da cui c'è un recupero di risorse - e quindi riguarda anche il comparto sanitario. Però non può essere contabilizzato sul fondo sanitario nazionale, che è un'altra partita: se per il blocco del turnover è stato conteggiato questo recupero di alcune risorse, non riguarda i beni e servizi, la spesa farmaceutica, le malattie o i livelli essenziali di assistenza». Insomma, «le cifre rimangono quelle previste dalla legge di Stabilità, così come in precedenza stabilite». «La riduzione del finanziamento al Servizio sanitario nazionale c'è e vale 1,1 miliardi di euro: 540 milioni nel 2015 e 610 dal 2016» è la replica di Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici e Cecilia Taranto, segretario nazionale Fp-Cgil. «Di questo importo, 800 milioni di euro vengono recuperati dalla retribuzione accessoria dei lavoratori della sanità, prima congelata fino a fine anno, e adesso fino al 2014, ma con la novità della decurtazione permanente a partire dal 2015. Uno schiaffo che si aggiunge a quelli ricevuti con il blocco dei contratti, il congelamento della retribuzione individuale anche per il prossimo anno, l'inasprimento del blocco del turnover, la mancanza di risorse per i precari e l'allontanamento della liquidazione con il diritto posticipato, anche di 4 anni, dal momento in cui si lascia per maturazione dei requisiti». Per questo, «ci batteremo con tutti gli strumenti sindacali utili, a partire dallo sciopero di 4 ore proclamato da Cgil, Cisl e Uil, affinché il Parlamento ponga fine a una stagione di accanimento contro chi è impegnato a offrire servizi di pubblica utilità». «Non si capisce perché aggredire la voce beni e servizi o farmaci avrebbe configurato un taglio al sistema delle cure, mentre colpire chi quelle cure è chiamato ad erogare, senza i quali nessuna organizzazione sanitaria reggerebbe, è un trascurabile effetto collaterale che nessuna ripercussione avrà sui Lea» aggiunge Costantino Troise, il segretario nazionale di Anao Assomed. «Continua il gioco a rimpiazzare prelude ad uno scaricabarile prossimo venturo».

Francesca Gianì

Rischi per ruolo medico nell'ospedale per intensità di cure

La Cimo Emilia Romagna pone un problema sull'organizzazione per intensità di cure delle unità operative che, dopo gli ospedali toscani, investe alcune strutture emiliane. I modelli fin qui sperimentati vanno verso «l'eliminazione della figura e delle funzioni dei Direttori di Unità Operativa con l'affidamento del paziente alla gestione non più di una équipe ma di singoli medici», recita un comunicato stampa del sindacato relativo alla riorganizzazione in atto all'Azienda ospedaliera Sant'Orsola di Bologna. Il rischio è duplice: da una parte una gestione senza discussione collegiale dei casi con il rischio di parcellizzare alcuni interventi. «Ma c'è pure il pericolo di un appiattimento della figura medica – ammette Carlo Cordella presidente Cimo Asmd Emilia Romagna – nel reparto per intensità di cure le vecchie divisioni specialistiche sono superate e i degenti sono divisi per livello di gravità, di acuzie, di necessità assistenziali manifestate». «Il nuovo modello supera le figure tradizionali di Direttore di unità operativa specialistica e realizza una presa in carico di ciascun paziente da parte di un medico del reparto». In altre parole, «si tende a equiparare i livelli gerarchici e ciò secondo noi non aiuta a organizzare le cure. Non vorremmo tornare ai baroni di 40 anni fa, ma il modello équipe ha ancora molto da dare in termini di gestione dei percorsi di cura e delle responsabilità dei componenti. Paradossalmente tra l'altro questa visione mentre livella i medici dall'altra parte tende ad attribuire competenze nuove all'infermiere specializzato che, anche per valore dimostrato, assume un ruolo centrale. Però, il background e il contratto degli infermieri sono diversi: la selezione avviene con criteri interni, fuori da regole concorsuali nazionali. Cimo Asmd- conclude Cordella -sta cercando di sensibilizzare colleghi e aziende ospedaliere e, a livello nazionale, punta a una sollecita riscrittura del ruolo medico. Atti che sei anni fa erano medici sono diventati infermieristici. La nostra professione deve riposizionarsi».

Mauro Miserendino

Gb, consigliare la farmacia contrario alla buona pratica medica

Un medico di famiglia che indirizza il suo paziente verso una specifica farmacia compie un atto contrario alla buona pratica medica. Questo tipo di suggerimento, infatti, può essere interpretato come "prescription direction". Lo sottolinea la British medical association, in un documento di sintesi sottoscritto con Pharmaceutical services negotiating committee (Psn) e Pharmacy voice, per ricordare ai medici e ai farmacisti che esiste una guida specifica sulla problematica. Il Psn lo scorso mese ha pubblicato un riassunto della questione, che ben esemplifica i possibili comportamenti equivoci, che possono compromettere il rapporto medico-paziente e danneggiare il rapporto di fiducia e cooperazione tra gli operatori sanitari, mentre qualsiasi accordo finanziario tra farmacie e medici di base deve essere trasparente.

Tra i comportamenti che il medico deve evitare, spiega il documento, offrire l'avvallo medico a una farmacia; permettere che la propria banca dati sia utilizzata a scopi promozionali da una farmacia o da qualsiasi altro attore; suggerire al paziente che si preferirebbe che si rivolgesse a una particolare farmacia; lasciare che il paziente creda che il livello di cure che può ricevere dal suo medico potrebbe dipendere dalla farmacia che intende scegliere; raccomandare al paziente di consegnare la prescrizione a una certa farmacia, diversa da quella che sceglie abitualmente; manipolare le procedure di prescrizione così da favorire una certa farmacia garantendole, per esempio, un accesso privilegiato alle proprie ricette. È ovvio che tutti questi comportamenti errati partono quasi sempre da una iniziativa del medico prescrittore, conclude il documento, tuttavia le farmacie sono direttamente coinvolte e anche a loro è esplicitamente richiesto di non incitare o farsi complici di tali azioni.

Elisabetta Lucchesini

Sicilia, mmg vaccinano a tappeto contro polmonite

Accanto alla campagna antinfluenzale sugli anziani sopra i 64 anni e sui soggetti a rischio (asmatici, cardiopatici, immunodepressi), parte a cura dei medici di famiglia siciliani la vaccinazione antipneumococcica su tutti i cronici over 54. L'antinfluenzale per l'anziano potrà essere adiuvato con M59 o virosomale, l'antipneumococcico è il nuovo 13 valente. «L'accordo raggiunto da Regione e sindacati e società scientifiche – sottolinea Fimmg e Simg – retribuisce ogni vaccinazione sui 6 euro come da accordo nazionale. Si arriva a 12-13 euro se il paziente è in entrambe le classi di rischio, ma se si alza la copertura per ciascun vaccino al 75% c'è un aumento simbolico a euro 7,20 a singolo vaccino per assistito», spiega Paolo Giarrusso, medico di famiglia e direttore di Palermo Medica, bollettino storico dei mmg siciliani. Le categorie da coprire sono quelle della circolare ministeriale 11/2001 in passato vaccinate con complesso 23-valente: diabetici, anemici, affetti da bpcp od epatite cronica, immunodepressi, cardiopatici. «Rivaccineremo i pazienti su cui abbiamo praticato l'antipneumococco oltre 2 anni fa, l'obiettivo è la massima copertura per risparmiare risorse oggi impiegate nel trattamento antibiotico delle complicanze broncopolmonari o in spese per ricoveri, da qualche anno mitigate dall'alta copertura ottenuta grazie all'attenzione dei mmg. Quest'anno potremo ottenere nei nostri studi le dosi da iniettare. Un medico con 1500 assistiti – conclude Giarrusso – arriva a praticare fino a 400 vaccini antinfluenzali e fino a 200 antipneumococcici».

Mauro Miserendino

Sovradiagnosi e screening oncologico: medici informano poco pazienti

I medici informano i loro pazienti sulla possibilità di sovradiagnosi e sovratrattamento derivanti da uno screening oncologico? Si direbbe di no, almeno a giudicare dai risultati descritti in una lettera di ricerca pubblicata su *Jama Internal Medicine* da Gerd Gigerenzer, ricercatore dell'Istituto Max Planck di Berlino, in Germania. «Lo screening dei tumori è in grado di produrre grandi benefici in molti tipi di cancro: trovare tempestivamente la neoplasia in agguato ed eliminarla definitivamente in una fase più precoce possibile» esordisce il ricercatore tedesco, puntualizzando però che lo screening ha anche dei punti deboli, tra cui spiccano i possibili danni da eccesso di diagnosi e di trattamento. «Per sovradiagnosi si intende il riscontro in fase di screening di anomalie che soddisfano la definizione patologica del tumore ma che in realtà non lo sono o sono a crescita lenta, e quindi non arriveranno mai a causare sintomi» dice Gigerenzer. La scontata e involontaria conseguenza della sovradiagnosi è il sovratrattamento, cioè la somministrazione al paziente di chirurgia, chemioterapia o radioterapia che non portano alcun beneficio, ma solo effetti avversi. «Per fare un esempio, ogni 2.000 donne sottoposte a una mammografia di screening nell'arco di 10 anni si evita un decesso per cancro al seno. Allo stesso tempo sono circa 10 le donne che invece ricevono una diagnosi errata di cancro al seno e vengono trattate inutilmente» spiega. «Alla luce di questi dati viene spontaneo chiedersi se i pazienti sono adeguatamente informati dai loro medici della possibilità di sovradiagnosi quando si parla di iniziare o proseguire uno screening per il cancro» Per rispondere i ricercatori hanno condotto un sondaggio online su 317 uomini e donne tra 50 e 69 anni. E i dati raccolti indicano che solo il 9,5% dei partecipanti era stato avvisato del rischio di sovradiagnosi. «Dai nostri risultati emerge che in fatto di consenso informato allo screening oncologico i medici non soddisfano ancora gli standard dei pazienti» osserva il ricercatore. «La maggioranza di loro voleva informazioni sui danni associati allo screening, che non sono stati forniti, e ha detto che nei casi in cui la sovradiagnosi è confrontabile a quella dello screening del seno o della prostata (uno o più casi per ogni vita salvata) non avrebbe accettato di partecipare allo screening».

JAMA Intern Med. 2013;173(22)