



ELSEVIER 3 febbraio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Tagli piccoli ospedali, Fiaso: organizzare in contemporanea i territori

Ospedali appena ristrutturati che in Piemonte e Lombardia sono stati appena soppressi; altri, in Puglia, da riconvertire quando la struttura appena più grande a fianco non ha le sale operatorie a norma; altri ancora – Subiaco - da azzerare quando il servizio più vicino, a Tivoli, dista un'ora e mezza di viaggio dalle valli più interne. Sono i danni generati dalla soppressione dei 175 ospedali con meno di 120 letti prevista nel Patto per la Salute tra stato e regioni e ora in corso. Ne cita un po' un rapporto di Cittadinanzattiva, che poi in un "ottalogo" suggerisce le regole da seguire per non buttare via servizi e risorse efficienti insieme ai rami secchi: valutare prima i fabbisogni del territorio, l'offerta di servizi sostitutivi (urgenze, domiciliarità), la priorità di tagliare i doppioni "sbiaditi", la necessità di rispettare le esigenze di popolazioni sparse in territori impervi, il dovere per Regioni ed Asl di informare passo passo la popolazione su quanto si fa. **Valerio Fabio Alberti**, presidente della Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie, replica: «La chiusura dei piccoli ospedali è un'operazione in linea di massima corretta, ma il rischio di un'applicazione "aritmetica" c'è».

Alberti vede due problemi. «Primo, in questo paese dai processi decisionali lunghi accade di realizzare 25 anni dopo strutture programmate quando la popolazione aveva esigenze diverse e che ora risultano obsolete, ancorché nuove di zecca. In secondo luogo, le decisioni sui piccoli ospedali sono figlie di decisioni prese in chiave intraregionale, di accorpare intere catene di ospedali, dal più piccolo al più grande, in una logica di rete o gerarchica in questa logica entra in gioco la dismissione o riconversione di servizi che a livello locale appaiono ancora efficienti. Ma se si riconverte un ospedale generale in uno di comunità vicino alle esigenze del territorio, dismissione dei servizi precedenti e avvio dei nuovi devono essere allineati, contestuali e gradualmente. La programmazione ospedaliera non può avvenire senza quella per il territorio. E se le decisioni sul cosa fare sono figlie di una programmazione regionale, quelle sul come agire e come informare la popolazione e interrelarsi con i medici, toccano al direttore generale».

Mauro Miserendino

Vito De Filippo (Pd) nuovo sottosegretario alla Salute

È **Vito De Filippo** (Pd) (foto), ex presidente della Regione Basilicata dal 2005 al 2013, il nuovo sottosegretario al ministero della Salute, sostituisce nell'incarico **Paolo Fadda** (Pd). La sua attività politica si è svolta finora in ambito provinciale e regionale, dove ha ricoperto la carica di assessore provinciale alla Sanità e di vicepresidente della Provincia. Nel 1995 è consigliere regionale della Basilicata con la carica di capogruppo e di assessore regionale all'Agricoltura. Nel 2000 si conferma consigliere regionale; diventa vicepresidente della Giunta Regionale e assessore regionale alla Sanità. Dal 2002 al 2003 è capogruppo in Consiglio Regionale della Margherita, a dicembre 2003 diventa presidente del Consiglio regionale della Basilicata. Vince le elezioni del 17 e 18 aprile 2005, guidando una coalizione di centrosinistra. Nel 2007 si candida alle primarie del Partito Democratico nel collegio di Lauria in una lista a sostegno di Enrico Letta. Nel marzo 2010, con circa il 60 % dei voti, viene riconfermato alla guida della regione Basilicata.

Nell'aprile 2013 la Giunta De Filippo è interessata provvedimenti della Procura di Potenza dopo i quali viene nominata una nuova Giunta, la terza della legislatura con il compito di traghettare la Regione al voto dopo i numerosi scandali. Nello stesso anno De Filippo formalizza le dimissioni e il 19 novembre 2013 gli succede alla carica di presidente il collega di partito **Marcello Pittella**. Dal settembre 2013 è segretario regionale Pd Basilicata.

Costi ospedalieri, Agenzia Usa stila la graduatoria. Sepsi prima

La setticemia guida la classifica delle condizioni più costose trattate negli ospedali degli Stati Uniti. Riferite al 2011, le cifre sono state elaborate dalla Agency for healthcare research and quality (Ahrq) e fissano in 20,3 miliardi di dollari i costi conseguenti a questa grave infezione, che risultano in crescita rispetto agli anni precedenti.

«Medicare sta pagando molto più di quanto abbia fatto in passato per la sepsi. – dice l'urologo ed economista sanitario newyorkese **Alex Shteynshlyuger** – Questo è parzialmente dovuto al fatto che il Cms (Centers for medicare & medicaid services) permettono agli ospedali di definire come setticemia episodi meno gravi rispetto al passato». Ma ovviamente non si tratta tanto di stabilire come deve essere definita la sepsi, quanto di adottare accorgimenti e modi di operare che possano ridurla al minimo; Shteynshlyuger segnala un utilizzo eccessivamente "disinvoltato" dei cateteri, causa potenziale di setticemia: «le pratiche consolidate sono difficili da modificare da parte dei medici e non vengono dati incentivi agli ospedali perché investano in prevenzione, compensandoli soltanto per i "trattamenti" che erogano ai pazienti». Dopo la sepsi, l'osteoartrosi compare come voce di costo più gravosa per gli ospedali americani, per un totale di 14,8 miliardi di dollari: oltre il 90% dei ricoveri per osteoartrosi si associa a una sostituzione protesica d'anca o di ginocchio e c'è chi mette in dubbio la reale necessità di tutti questi interventi, come un recente articolo del New England Journal of Medicine che suggerisce di rivalutare alternative non chirurgiche. Le complicazioni dovute a trapianti o dispositivi di vario tipo innestati nel corpo umano costano complessivamente 12,9 miliardi di dollari e sono seguite, nella graduatoria dell'Ahrq, dai costi dovuti a gravidanze e parti, all'infarto acuto di miocardio, a spondilosi, ernie e altre patologie legate genericamente al mal di schiena, alla polmonite, all'insufficienza cardiaca congestizia, all'aterosclerosi coronarica e, infine, alle insufficienze respiratorie.

Renato Torlaschi

