



POLITICA E SANITÀ

Case salute, per ridurre carichi dei Ps servono incentivi per Mmg

«È inutile creare case della salute per arginare il ricorso ai pronto soccorso per le diagnosi se poi continuano tutti a rivolgersi ai servizi ospedalieri. Più che domandarci se per fare le “case” è meglio riconvertire piccoli ospedali o far crescere le strutture dei medici del territorio, dovremmo far sì che i sanitari di queste strutture per le cronicità e lo screening dei “codici bianchi” abbiano dei compiti precisi: ai medici delle “case”, infatti, non si chiede semplice medicina di famiglia né prestazioni ospedaliere». La riflessione è di **Mauro Sorbi**, il consigliere Udc della Provincia di Bologna che ha reso noti i dati in base ai quali, dopo un anno e passa di case con progetti di H24, gestione delle urgenze, ambulatori infermieristici, esami di primo livello, anziché diminuire il ricorso dei cittadini al pronto soccorso si sarebbe consolidato. In realtà, gli accessi risultano stabili o in lieve calo. «Ma le prestazioni in Ps sono cresciute da 923 mila a un milione. Per inciso però, quelle pagate, cioè riferite ad attività offerte impropriamente in ospedale, restano un 10%, poche rispetto a una percentuale fisiologica dei “codici bianchi” bolognesi attorno al 25-massimo 30%».

I dati di Sorbi arrivano mentre le regioni accelerano sulle case della salute e la Lombardia annuncia il primo bando per costruirne l'equivalente, cioè i Presidi ospedalieri territoriali: strutture per le lungodegenze e l'assistenza a pazienti subacuti dimessi “precocemente” e in grado di offrire lo screening dei codici bianchi sulle 24 ore. Ogni ospedale lombardo avrà due mesi per presentare un progetto di ristrutturazione di un presidio già esistente, e ottenere finanziamenti (massimo tre milioni di euro). «Anche in Emilia Romagna si riparte dall'ospedale», ricorda Sorbi. «Si fa un grande sforzo per razionalizzare servizi per post-acuti, inserendo poi medici di medicina generale. Ma questi ultimi non hanno né incentivo né accordi per fare prestazioni diverse da quelle fin qui erogate: si trasferiscono e stop. Ergo, i servizi sanitari non si trasformano a differenza di quanto ci era stato detto».

Angelo Testa, presidente nazionale Snami, parla di flop annunciato delle “case”, già “fallite in altre nazioni”: «Non verranno finanziate e non potranno andare avanti, spariranno gli ambulatori dei medici di famiglia dai piccoli paesi, saranno super market della sanità», ma rispetto a queste osservazioni «abbiamo battuto il record dei “chi se ne frega”». Per Testa, se le “case” non funzionano non è certo colpa dei mmg: «E' sbagliato il progetto, pensato da incompetenti in sanità, e il fallimento ne è solo la logica conseguenza».

Mauro Miserendino

Iss, Del Favero: efficienza e sburocratizzazione al via un nuovo corso

Informatizzazione, struttura snella, sburocratizzazione, responsabilizzazione, modelli produttivi agili. Sono queste per **Angelo Del Favero**, all'indomani della nomina a direttore generale dell'Istituto superiore di sanità, le priorità da affrontare per aumentare l'efficienza dell'ente e renderlo uno strumento sempre più a servizio della sicurezza dei cittadini. «Come direttore generale» spiega Del Favero a DoctorNews «ho compiti gestionali da svolgere in sintonia con il presidente e il Cda che si occupano degli aspetti strategici. Il mio compito è di introdurre il concetto di efficienza e occuparmi degli aspetti contabili anche per aspetti legati alla competizione sullo scenario internazionale». Il nuovo corso dell'ente, che è confermato anche da uno statuto in via di approvazione, «guarda molto all'Europa a partire dal patrimonio scientifico-culturale di un'istituzione che ha 85 anni di storia» spiega il neo direttore generale. Dall'Ilva alla Terra dei Fuochi, dalle sigarette elettroniche al metodo Stamina, i temi sono quelli di sempre con un occhio di riguardo alla ricerca e al controllo ambientale. «Il compito che mi aspetta» conclude Del Favero, che presumibilmente ad ottobre lascerà la presidenza di Federsanità -Anci «è molto stimolante e sarà fondamentale la collaborazione con il ministero della Salute, di cui rappresentiamo una delle grandi braccia, insieme ad Agenas e ad Aifa».

Marco Malagutti

Rinite allergica, l'indagine: spesso banalizzata e diagnosticata tardi

La rinite allergica è una malattia cronica che incide pesantemente sulla vita quotidiana delle persone colpite. Lo sottolineano gli esperti intervenuti venerdì scorso alla presentazione di una ricerca Doxa Pharma, promossa da Siiac (Società di allergologia asma e immunologia clinica) e Aaito (Associazione allergologi immunologi territoriali e ospedalieri) e realizzata con il contributo incondizionato di Meda Pharma. Dall'indagine emerge chiaramente come la rinite allergica sia spesso banalizzata, alla stregua di un normale raffreddore stagionale, e venga diagnosticata in media a 5 anni dalla comparsa dei sintomi. Emerge inoltre una realtà che non lascia dubbi: più di 6 Mmg su 10 fanno personalmente la diagnosi e solo 1 su 10 invia al Centro di Allergologia per una visita specialistica (soprattutto nel Nord-Ovest). Nel 70% dei casi è il medico di famiglia ad impostare la terapia. È a partire da questi presupposti che è imminente il via alla campagna informativa “Etcìù! Rinite?” con un complesso di attività che terminerà a maggio con una due giorni (9 e 10 maggio) di visite gratuite nei centri di allergologia. In Italia, l'incidenza della Rinite allergica è in crescita grazie anche al diffondersi dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione. Si calcola che colpisca dal 10%al 20% della popolazione. «Quest'aumento è riconducibile all'irritazione delle mucose respiratorie causata dall'inquinamento che a sua volta provoca un aumento dell'effetto degli allergeni sulle vie respiratorie. Non solo, molti studi dimostrano che gli inquinanti atmosferici sono anche in grado di interagire direttamente con i pollini, rendendoli in qualche modo “più allergenici” – spiega **Maria Beatrice Bilò**, Presidente Aaito – Un'altra causa può essere ascritta ai cambiamenti climatici. Da non trascurare infine la incrementata presenza nelle città di piante molto allergeniche utilizzate come ornamento ambientale».

Oseltamivir: la terapia precoce riduce la mortalità per influenza grave

Il trattamento precoce con inibitori della neuraminidasi negli adulti ricoverati con influenza sospetta o accertata ha ridotto la mortalità di un quarto durante la pandemia H1N1 del 2009-2010, secondo uno studio su pubblicato su *The Lancet respiratory medicine*. «Risultati che dovrebbero essere utili ai medici per decidere le opzioni di trattamento in casi simili» esordisce **Stella Muthuri**, ricercatrice alla Divisione di epidemiologia e salute pubblica dell'università di Nottingham, Regno Unito, e prima firmataria dell'articolo, che ha raccolto dati da 78 studi svolti su oltre 29.000 pazienti ricoverati in 38 Paesi durante l'influenza H1N1. «Quel ceppo ha inizialmente alimentato i timori di una pandemia a elevata mortalità come quelle dei secoli passati» riprende Muthuri, ricordando che fortunatamente il virus si è rivelato molto meno letale del previsto, con tassi di mortalità simili a quelli dei comuni ceppi stagionali. «L'oseltamivir blocca le neuraminidasi, glicoproteine sulla superficie virale, inibendo la replicazione e la patogenicità del virus dell'influenza A e B. Un altro inibitore della neuraminidasi, lo zanamivir ha efficacia simile» prosegue la ricercatrice. Col nome commerciale di Tamiflu, il composto è stato brevettato da Gilead Sciences, che ha poi ceduto i diritti a Hoffmann-La Roche, finanziatrice dello studio dal quale emerge che i soggetti oltre i 16 anni di età trattati con Tamiflu in ospedale avevano una mortalità del 25% inferiore rispetto ai non trattati. Ma non solo: in un sottogruppo di pazienti trattati con oseltamivir nei primi due giorni di ricovero la mortalità era addirittura dimezzata. «Gli attuali orientamenti terapeutici dovrebbero incentivare l'uso empirico precoce degli inibitori della neuraminidasi negli adulti con influenza sospetta o confermata ricoverati in ospedale, anche se la maggioranza dei casi viene raramente ospedalizzata nelle prime 48 ore» continua Muthuri, consigliando l'inizio precoce della cura anche nei pazienti adulti ambulatoriali con sintomi particolarmente accentuati oppure ad aumentato rischio di complicanze. «Ulteriori studi, invece, sono necessari nei bambini per confermare l'adeguatezza degli attuali dosaggi e la durata della terapia in termini di efficacia clinica» conclude la ricercatrice.

[The Lancet Respiratory Medicine, 19 March 2014. doi:10.1016/S2213-2600\(14\)70041-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70041-4)