



5 settembre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Piccoli ospedali, Coletto: riconvertirli libera risorse

«Aspettiamo che il piano di riordino degli ospedali arrivi al vaglio della politica. Indubbiamente è necessaria la definizione di dotazioni standard per gli ospedali, senza la quale non ci possono essere i costi standard. Da lì si inizia un percorso che servirà a limitare la mobilità passiva delle regioni del sud», lo dichiara l'assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore degli assessori alla Sanità, **Luca Coletto**. «Il Patto per la salute, in questo senso - prosegue - serve a individuare un minimo comune denominatore tra le regioni, così da evitare gli sprechi: ad esempio per quanto riguarda il rapporto infermieri, medici e posti letto, che in alcune regioni raddoppia rispetto alla media. Stesso discorso per i posti letto. Il Veneto ha approvato un piano sanitario che ne prevede 3,5 ogni mille abitanti, altrove se ne registrano oltre i 5: quindi indubbiamente dovremo tagliare meno di altre regioni». «Il piano sugli ospedali - aggiunge - probabilmente si baserà sui criteri di cui si è discusso in questi anni, ma si tratta di farli applicare. Ogni regione deve adeguarsi alle nuove direttive. Sessanta anni fa c'era un nosocomio per ogni campanile, ma non c'era l'elisoccorso e le ambulanze attrezzate che abbiamo ora». «Oggi - prosegue Coletto - salvo aree svantaggiate mantenere un presidio con 50 posti letto è una spesa inutile e un rischio. Un posto letto in acuzie costa fino a 700 euro al giorno, un posto letto 150 euro, cambiando la destinazione si mette in atto una Spending review che libera fondi per altri servizi». «Come abbiamo fatto in Veneto - conclude - dove senza nessun aumento di spesa, siamo riusciti a trovare i 30 milioni necessari per avviare l'erogazione di visite ed esami notturni in tutti gli ospedali pubblici, così da agganciare pazienti che in genere fanno riferimento al privato. È un'idea che stavo perseguendo da tre anni, per andare incontro a chi ha situazioni famigliari difficili e non può prendere permessi di lavoro».

Anaa, modello ambulatori no stop condizionato da risorse

Il sindacato dei medici dirigenti Anaa Assomed plaude all'iniziativa della Regione Veneto di prolungare l'orario degli ambulatori in alcuni ospedali della Regione, fine settimana compresi, per abbattere le liste d'attesa, anche se questo «esperimento», afferma, «sarà inevitabilmente condizionato dalle risorse finanziarie a disposizione». «Siamo infatti convinti - sottolineano i responsabili Anaa - che le ragioni economiche rendono questo modello non esportabile in tutte le realtà del Paese; si pensi per esempio alle Regioni in piano di rientro, e dove in passato è stato sperimentato, si è dovuto chiudere per mancanza di finanziamenti». Se un aspetto positivo di questa iniziativa sta nel cercare una soluzione al fenomeno delle liste di attesa all'interno delle strutture, poiché è possibile controllare e garantire la qualità delle risposte senza dover ricorrere ad appalti esterni, questo però, prosegue il sindacato medico, «non risolve i nodi strutturali del problema». Per l'Anaa, infatti, il Governo e le Regioni «devono farsi carico di migliorare l'impianto della sanità nel suo complesso: le dotazioni organiche sono falcidiate per motivi di cassa; il turn over è bloccato e l'età media dei medici ospedalieri aumenta in modo preoccupante; non viene applicata la normativa europea sull'organizzazione del lavoro e sull'orario di lavoro; i servizi vengono erogati con turni di lavoro già massacranti e accumulo di ore di straordinario che non verranno mai retribuite con rischi sempre crescenti di sicurezza per i professionisti e per i pazienti. Queste sono le risposte - conclude - che il Governo ha il dovere di dare per garantire la sopravvivenza del sistema pubblico».

Vaccino antipneumococcico: prima si inizia, meglio è

L'uso di quattro diversi programmi neonatali di immunizzazione con il vaccino antipneumococcico genera diversi livelli di anticorpi per quasi tutti i sierotipi. Parola di Judith Spijkerman, immunologa al Wilhelmina Children's Hospital dell'Università di Utrecht, Paesi Bassi, e primo autore di uno studio su Jama. «Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre 800.000 bambini sotto i 5 anni sono morti per malattia pneumococcica nel 2000, facendo dell'infezione la prima causa di morte evitabile con un vaccino» spiega la ricercatrice. Dall'esordio, nel 2000, del primo vaccino antipneumococcico polisaccaridico coniugato (PCV) 7-valente per i neonati, molti paesi lo hanno aggiunto ai loro programmi di immunizzazione, che tuttavia differiscono tra loro per numero di dosi, intervallo ed età di vaccinazione. «Il calendario ottimale dovrebbe fornire ai neonati la massima protezione con un numero minimo di dosi» riprende Spijkerman, che assieme ai colleghi ha messo a confronto 4 diversi programmi con PCV 13-valente per valutare il regime più efficace nell'induzione di anticorpi. Lo studio clinico randomizzato su 400 neonati a termine si è svolto tra il 2010 e il 2011, con un follow-up fino all'età di 12 mesi. I partecipanti, divisi in quattro gruppi in modo casuale, sono stati assegnati a ricevere PCV13 a 2,4 e 6 mesi (2-4-6); a 3 e 5 mesi (3-5), a 2,3 e 4 mesi (2-3-4) oppure a 2 e 4 mesi (2-4).

Tutti i gruppi hanno ricevuto un richiamo a 11,5 mesi . «I dati indicano la superiorità del programma 2-4-6 rispetto ai 3-5 , 2-3-4 , e 2-4 per 3 , 9 e 11 sierotipi rispettivamente, con differenze che persistono fino alla dose di richiamo» sottolinea l'immunologa.

E conclude: «Questi risultati dimostrano che un'età precoce combinata a intervalli più lunghi mantiene livelli di anticorpi ottimali nel periodo compreso tra ciclo primario e richiamo». In un editoriale di commento Katherine O'Brien, infettivologa della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora, scrive: «È bello sapere che ogni bambino è immunizzato con almeno 3 dosi di PCV, somministrate precocemente dopo la nascita. Ma l'immunogenicità è un effetto biologico che non andrebbe separato dal più ampio contesto della protezione individuale, dell'epidemiologia delle malattie da pneumococco, dell'efficienza del programma vaccinale e delle misure di outcome della malattia».

Jama. 2013;310(9):930-937.