



ELSEVIER 20 Dicembre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Stabilità in dirittura ma opposizione agita spettro Consulta

Conferma del turn over e limatura dei fondi per gli straordinari nel servizio sanitario, qualche soldino per mille specializzandi in più, medicinali innovativi nelle farmacie convenzionate, pochi fondi a pioggia per istituti scientifici: il governo Letta ha chiesto la fiducia sul maxi-emendamento uscito dalla commissione bilancio, che non presenta grosse novità in materia sanitaria, e contestualmente alla blindatura si tirano le somme sulla futura legge di stabilità, da approvare in Senato a partire da lunedì. Per allora il clima è di attesa, ma tra i senatori si registra la convinzione che non ci dovrebbero essere grossi cambiamenti. Sulla legge però si addensano le prime ombre. La Lega Nord e Fratelli d'Italia contestano la procedura utilizzata e per la prima volta nella storia delle leggi di Stabilità oltre a invocare il controllo di compatibilità del Capo dello Stato minacciano il ricorso alla Corte Costituzionale per questione di illegittimità. Lo stesso fanno i Comuni con l'Associazione Anci che contesta la riduzione dell'impegno statale in alcuni tributi a partire dalla futura imposta unica comunale. In ogni caso, sembrano destinati al tavolo governo-regioni gli argomenti più spinosi: riparto tra le regioni del Fondo sanitario – ieri la prima ipotesi ufficiale di stesura -ed eventuali aggravii per ovviare al "giallo" dei 2 miliardi di ticket mancanti al Fondo sanitario nazionale, nonché formalizzazione degli atti d'indirizzo per le convenzioni dei medici.

Mauro Miserendino

Silvestro: infermieri pronti a dare cure più appropriate

«Gli infermieri non hanno mai visto il Ssn come un diversivo; assistenza domiciliare e compiti da cui i medici di famiglia chiedono di essere liberati li facciamo da sempre con la massima casistica e con maggiore appropriatezza e qualità. Certo non verremo sul territorio a fare solo prestazioni; intendiamo prendere in carico i pazienti e i loro processi di assistenza in ottica di medicina d'iniziativa e chronic care model». Annalisa Silvestro presidente dei collegi infermieristici Ipasvi risponde ad Angelo Testa leader del sindacato Snam che invoca una collaborazione mmg-infermieri ma s'interroga sulla disponibilità di personale ex ospedaliero a praticare schemi di lavoro del territorio. Secondo la ricerca Censis "Costruire la buona sanità del futuro", malgrado il calo di oltre 20 mila unità tra 2001 e 2010, la professione di infermiere in Italia è reputata appetibile, l'85% degli intervistati la consiglierebbe. «Avevamo annusato la percezione positiva della nostra immagine e abbiamo commissionato lo studio che ci conforta nei nostri progetti. Gli italiani sanno che non siamo troppi in rapporto alla domanda ma siamo vittime del mancato turn-over nel Ssn e di un'impostazione economicistica, anche nelle regioni non in piano di rientro. I fenomeni demografici in corso richiedono un nostro diverso coinvolgimento – afferma Silvestro - e confido in un cambio di rotta rapido». L'interpretazione del calo occupazionale è controversa. Una ricerca del Cres di Tor Vergata afferma che se partissimo dai costi standard oltre a 18 mila medici Ssn si dovrebbero tagliare 20 mila infermieri. Magari dai piccoli ospedali sotto i 120 letti, il cui personale approderebbe alle cure primarie. «Contestiamo la modalità con cui sono stati costruiti i dati Cres», ribatte Silvestro. «Siamo penultimi in Europa per rapporto infermieri-cittadini. Peraltro, da anni diciamo che il baricentro dell'assistenza va spostato nell'assistenza a domicilio o residenziale per dare risposte a fragili e anziani con patologie degenerative. Mi fa piacere che oggi i mmg approvino il nostro coinvolgimento. Anche noi lo vediamo bene, come loro».

Mauro Miserendino

Anti-Flu: serve più copertura ma anche maggiore efficienza

Nella prima settimana di dicembre l'influenza ha colpito 81 mila italiani, secondo l'ultima rilevazione Influnet elaborata presso l'Istituto superiore di sanità, e dall'inizio della sorveglianza le persone già infette sono circa 365 mila, con maggiore incidenza in Campania, Emilia-Romagna e Piemonte. Eppure si potrebbero avere molti meno casi se le ripetute raccomandazioni dell'Aifa a sottoporsi alla vaccinazione anti-Flu fossero recepite più ampiamente dalla collettività. Lo dimostrano i dati riportati dai Centers for diseases control (Cdc) di Atlanta (Usa). L'agenzia americana stima che il vaccino per l'influenza stagionale 2012-2013 abbia evitato 79 mila ricoveri ospedalieri e prevenuto 6,6 milioni casi di influenza. Questi risultati, sicuramente positivi, avrebbero potuto però essere di gran lunga migliori se si fosse vaccinato un numero maggiore di persone, sostengono gli esperti dei Cdc. Infatti, in quella stessa stagione solo il 44,7% della popolazione statunitense si era sottoposta a immunoprofilassi. Secondo i calcoli dell'agenzia Usa, se il tasso di copertura vaccinale avesse raggiunto il 70% (uno degli obiettivi che si era prefissato la Healthy People 2020 Initiative) si sarebbero evitati ulteriori 4,4 milioni di infezioni e 30 mila ospedalizzazioni. Proseguendo nell'analisi, si sottolinea come i tassi siano stati ampiamente differenti a seconda delle fasce d'età: 69,3% tra 6 mesi e 4 anni, 66% da 65 anni in poi, 48,5% tra i 5 e i 19 anni, 35,8% tra i 20 e i 64 anni. Si fa notare peraltro come l'alto tasso di copertura negli anziani abbia compensato la ridotta efficacia del vaccino, che negli over 65 si attesta al 32% (contro il 51% in tutte le altre età).

Dato che sono proprio i pazienti anziani a beneficiare maggiormente da una mancata ospedalizzazione per sopraggiunta comorbidità influenzale, gli Usa puntano in questa fascia a potenziare l'efficacia del vaccino piuttosto che ad ampliare i tassi di immunizzazione. A tale proposito Anne Schuchat, direttore del Cdc's national center for immunization and respiratory diseases, raccomanda agli anziani che, pur essendo disponibili specifici vaccini a dosaggio maggiore a compenso della loro minore risposta immune, «il miglior vaccino da prendere è quello che ha il tuo medico o il tuo farmacista».

Arturo Zenorini

MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2013;62(49):997-1000.

Ingiustificati timori dietro bassa copertura vaccinale Hpv

L'Italia è ancora lontana dall'obiettivo del 95% di copertura vaccinale contro il Papillomavirus (Hpv), obiettivo da raggiungere entro il 2015. La realtà nazionale si rispecchia a livello di singole aree geografiche. «Per esempio la Regione Lazio, che ha attivato dal 2008 la chiamata attiva per la vaccinazione gratuita delle ragazze nel 12° anno secondo le linee guida Oms. Tuttavia dopo 4 anni dall'avvio la copertura vaccinale non risulta ancora ottimale». Lo ha riferito Antonella Mongelli, della scuola di specializzazione in Farmacia ospedaliera dell'Università "La Sapienza" di Roma, coautrice di una ricerca di farmacovigilanza i cui risultati sono stati esposti sempre a Roma, all'Istituto superiore di sanità (Iss), durante il XXII seminario nazionale "La valutazione dell'uso e della sicurezza dei farmaci: esperienze in Italia". Secondo Mongelli, tra i fattori che hanno condizionato negativamente i risultati della campagna di prevenzione vaccinale occorre includere i dubbi su efficacia e sicurezza del farmaco, la scarsa informazione, e il parere di medici ancora scettici. Data la limitata esperienza post-marketing, si è ritenuto utile monitorare le reazioni avverse (Adr) segnalate dopo somministrazione di vaccino quadrivalente (sierotipi 16, 18, 6 e 11), confrontando le segnalazioni pervenute al servizio di Farmacovigilanza della Asl Rmc nel periodo 2008-2013 con quelle presenti sulle Rete nazionale. «Dall'inizio della campagna vaccinale la Asl ha introdotto in Rete 27 schede ADR, contribuendo all'attività di segnalazione nazionale per il 4,2%» afferma Mongelli. «Principalmente le segnalazioni risultano di natura non grave e interessano per circa il 50% patologie del SNC (sincope, perdita di coscienza e cefalea a regressione spontanea) e per il 45% patologie sistemiche e relative alla sede di iniezione (dolore e febbre >38,5°C)». Tali risultati non rilevano segnali preoccupanti, commenta Mongelli, evidenziando la sicurezza del vaccino a fronte della sua efficacia nel prevenire lo sviluppo del tumore della cervice.

Sindrome rosolia congenita, Iss: aumentano i casi in Italia

La rosolia non è ancora sconfitta. Secondo un rapporto del Centro di epidemiologia e sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità (Iss), tra il 2005 e 2012, nel nostro Paese sono stati 97 i casi confermati di rosolia in gravidanza e 61 quelli di sindrome di rosolia congenita (Src), con un'incidenza pari, rispettivamente, a 5 e 3 per 100mila nuovi nati. L'infezione del virus responsabile della rosolia può trasmettersi al feto durante la fase viremica per via trasplacentare e può portare a morte intrauterina, aborto o, appunto, Src, malattia che provoca gravi difetti congeniti nel nascituro, come ritardo mentale, difetti dell'udito, difetti oculari e cardiaci. Il rapporto mostra che la Src, negli ultimi cinque anni, in Italia è addirittura in crescita. Eppure, l'Organizzazione mondiale della sanità si è posta l'obiettivo di arrivare alla sua eliminazione entro il 2015. Come si può ottenere questo risultato? L'Iss spiega che bisogna migliorare le coperture vaccinali per il vaccino morbillo-parotite-rosolia nei bambini e adottare strategie mirate all'identificazione e immunizzazione delle donne in età fertile ancora suscettibili, incluse quelle ad alto rischio professionale e le immigrate, prima di una eventuale gravidanza, attraverso la chiamata attiva. Le donne straniere appaiono infatti come una fascia a rischio: dall'indagine emerge che l'età media dei casi di rosolia nelle donne in gravidanza in Italia, tra il 2005 e 2012, è stata di 27 anni e il 20% si è verificato in donne immigrate. Lo screening degli anticorpi prima della gravidanza è ancora poco effettuato: solo dal 28% delle donne. Secondo gli esperti dell'Istituto superiore di sanità, bisognerebbe anche verificare lo stato immunitario verso la rosolia di tutte le donne ricoverate per parto o interruzione di gravidanza, vaccinare quelle suscettibili alla malattia nel post-partum e dopo un'interruzione di gravidanza e migliorare la sorveglianza con la collaborazione di medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche.

Renato Torlaschi