

MENO POLITICA PIÙ CRITERI DI MERITO PER LE SCELTE NELLA SANITÀ PUBBLICA

 Merito, qualità, trasparenza sono valori semplici, ma nel Paese dell'arte di arrangiarsi sembra impossibile applicarli. In sanità, dove riconoscere il merito è già di per sé complicato, proprio non se ne parla. In Lazio si litiga ormai da mesi sulla scelta di chi dovrebbe succedere agli attuali due sub-commissari alla sanità: difficoltà di selezione? Certo che sì, ma solo politica. In Lombardia il riassetto politico del Pdl con la nascita del Nuovo centrodestra ha sbilanciato gli equilibri della giunta regionale mentre le elezioni europee si avvicinano, con una chiara conseguenza: tempesta sulla riconferma dei direttori generali di Asl e ospedali e sugli avvicendamenti previsti per i prossimi mesi. Merito? Non se ne parla, il problema è solo l'appartenenza politica. Intanto gli ospedali sono paralizzati e mentre si aspetta che si definisca qualcosa, si traccheggia. Trasparenza? Parliamone.

La proposta di questi giorni del Consiglio regionale della Lombardia di mettere online i curricula dei medici di medicina generale ha scatenato un vespaio di polemiche. Non va certo meglio in campo universitario, dove la recente pubblicazione dei risultati delle prime commissioni per l'Abilitazione

scientifica nazionale per professori ordinari e associati lascia poche speranze di cambiamento di un mondo ancora molto autoreferenziale: professionisti di chiara fama internazionale con curricula scientifici di gran lunga superiori a quelli dei commissari che li dovevano valutare sono stati bocciati con risibili motivazioni, solo per la colpa di essere sgraditi al mondo accademico, mentre si consumavano i consueti nepotismi a favore dei soliti noti, figli di rettori compresi.

Esistono molte ricette per risparmiare e fare meglio in sanità, una però è trasversale e certamente efficace: applicare criteri di merito, trasparenza, competenza. È semplice ma cominciamo a pensare come farlo davvero, come spingere fuori dal suo pascolo preferito la politica, come lasciarci alle spalle le nostre resistenze a qualsiasi cambiamento in un mondo che invece ogni giorno corre e si trasforma. E impariamo a misurare i risultati delle persone che scegliamo, delle strategie che sviluppiamo. Facciamolo partendo proprio dal settore che più ci tocca nel profondo.

Sergio Harari
sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

**Antidolorifici,
attenzione
all'abuso
di farmaci**

ATTENZIONE a non esagerare con gli antidolorifici per contrastare artrosi e acciacchi vari, specie se avete problemi di cuore. A raccomandarlo sono gli esperti cardiologi, anche in considerazione dell'ampio consumo che si fa di questi farmaci a tutte le età, ma soprattutto negli anziani, sempre più colpiti dalla malattia del "cuore stanco", ovvero dallo scompenso cardiaco. Secondo i dati del Registro europeo pubblicati nel 2013 oggi nel vecchio continente circa il 30 per cento della popolazione fa uso di antidolorifici. «Ci vuole sicuramente attenzione, soprattutto quando il paziente è particolarmente anziano e, oltre al dolore a ossa, muscoli e articolazioni presenta problemi cardiaci specifici, come ad esempio uno scompenso oppure ha già avuto un infarto -

spiega Leonardo Bolognese, Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia - Il nostro compito è ovviamente di contrastare il dolore, ma anche di prestare attenzione all'impiego dei medicinali quando questo si associa ad una cardiopatia. Ad esempio si consiglia cautela nell'impiego dei classici antiinfiammatori non steroidei, che possono interagire con l'acido acetilsalicilico riducendo la capacità di limitare l'aggregazione delle piastrine». Seguendo la scala dell'Oms, nei casi di dolore cronico si può quindi passare anche a

**ACCUMULO
DI PATOLOGIE**

**Nella
terza età
si registrano
i problemi
maggiori**

medicinali più impegnativi negli anziani con problemi cardiaci. Al secondo posto ci sono i cosiddetti oppiacei deboli, il cui impiego può tuttavia creare una forte stitichezza. «Si può ricorrere anche a farmaci come gli oppiacei forti, che possono essere efficaci e ben tollerati a basse dosi come accade ad esempio con la combinazione tra ossicodone e naloxone, che migliora di molto la tollerabilità per quanto concerne i problemi intestinali», spiega Bolognese. L'importante è fare in modo che anche ai pazienti che soffrono di scompenso cardiaco, in costante aumento per l'invecchiamento progressivo della popolazione e per le migliori cure dell'infarto, che purtroppo possono avere come esito una minor capacità del cuore a pompare il sangue, sia possibile offrire una valida qualità di vita.

F. ME.



stampa | chiudi

METABOLISMO OSSEO

Un'iniezione ogni sei mesi contro l'osteoporosi

*Un anticorpo monoclonale riservato
finora alle 70enni ora diventa erogabile
anche alle 50enni dal SSN*

NOTIZIE CORRELATE

Una novità per il 30% delle donne italiane ultracinquantenni che soffrono di osteoporosi in arrivo una nuova possibilità. È stato infatti reso noto a Bologna durante il XIII Congresso nazionale della SIOMMMS (Società Italiana Osteoporosi, Metabolismo Minerale e Malattie dello Scheletro) che del trattamento farmacologico con denosumab, passato dal Servizio Sanitario Nazionale in classe A, possono usufruire le donne che hanno compiuto 50 anni d'età. Senza dover più aspettare i 70. E senza che si siano verificate contemporaneamente diverse e importanti fratture, come la legge stabiliva finora.

ADERENZA ALLE TERAPIE - La molecola previene e riduce le fratture vertebrali, del femore e di altri "siti scheletrici" non vertebrali. La modalità di somministrazione prevede un'iniezione sottocutanea ogni sei mesi, che rappresenta un vantaggio per l'aderenza alla terapia nel tempo. Proprio la mancata aderenza alle terapie è infatti uno dei motivi per i quali diverse donne, pur in trattamento con vari farmaci, incorrono ugualmente in una frattura: la percentuale di abbandono delle terapie tradizionali arriva al 50% entro il primo anno. Spesso è proprio la modalità di somministrazione (quotidiana, settimanale o mensile) a causare l'abbandono delle cure. I dati del recente studio DAPS (uno studio randomizzato, durato 2 anni, condotto su un campione di 250 donne in menopausa di età uguale o superiore a 55 anni, con accertata ridotta massa ossea) hanno invece dimostrato che il 92,5% delle donne aderisce al trattamento semestrale, il 97,2% persiste nel periodo prescritto dallo specialista e la compliance registrata è del 93,4% delle pazienti.

ANTICORPO MONOCLONALE - Spiega la professoressa Maria Luisa Brandi, ordinario di Endocrinologia e Malattie del metabolismo presso l'Università di Firenze: «La molecola è un anticorpo monoclonale interamente umano che riduce il rimodellamento osseo e aumenta la densità minerale ossea nelle donne in postmenopausa, con ridotta massa ossea e osteoporosi. Inoltre, si rivelato ben tollerato, con un'incidenza di eventi avversi (incluse le infezioni e le neoplasie), in genere simile a quella osservata in pazienti trattati con placebo o con alendronato».

INDICAZIONI- Il trattamento farmacologico dell'osteoporosi e l'aderenza alle terapie da parte dei pazienti garantiscono al SSN un risparmio di milioni di euro l'anno, mostrando uno studio pubblicato ad aprile 2011 sulla rivista « Clinical cases in mineral and bone metabolism», condotto su 5167 donne over 65 con osteoporosi post menopausale che hanno subito una frattura di femore tra il 2006 e il 2008. Dalla ricerca, che analizza i database delle ASL italiane, emerge che oltre il 60% delle pazienti "fratturate" non aveva mai assunto farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, e che solo il 4,5% delle donne risultava in cura prima dell'evento.

stampa | chiudi

TRAPIANTI: TECNICA ITALIANA PER STAMINALI MIDOLLO DA GENITORI

(AGI) - Roma, 9 dic. - Leucemie acute e tumori del sangue: una risposta importante per tutti i pazienti pediatrici che hanno bisogno di un trapianto di midollo arriva dal Bambino Gesù'. Un'innovativa procedura di trattamento cellulare, sperimentata con successo già su 50 pazienti, rende sicuro - in mancanza di un donatore completamente compatibile - il trapianto di cellule staminali da uno dei due genitori. Lo studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù' - messo a punto dall'equipe del prof. Franco Locatelli, responsabile di Onco-ematologia pediatrica e Medicina Trasfusionale - è stato selezionato dalla Società Americana di Ematologia (American Society of Hematology, ASH) tra oltre 2000 contributi ricevuti da tutto il mondo e presentato per la prima volta al Congresso di New Orleans. Il trapianto di cellule staminali del sangue è una terapia di comprovata efficacia e, addirittura, salvavita per un elevato numero di pazienti pediatrici affetti da leucemia o da altri tumori del sangue, così come per bambini che nascono senza adeguate difese del sistema immunitario o con un'incapacità a formare adeguatamente i globuli rossi (malattia talassemica). Per tanti anni, l'unico donatore impiegato è stato un fratello o una sorella immunogeneticamente compatibile con il paziente. Tuttavia, la possibilità che due fratelli siano identici tra loro è solamente del 25%. Per ovviare a questa limitazione, sono stati creati i Registri dei Donatori Volontari di Midollo Osseo che arruolano ormai più di 20 milioni di donatori e le Banche di Raccolta e Conservazione del Sangue Placentare, le quali rendono disponibili circa 600.000 unità nel mondo. A dispetto di questi numeri, esiste un 30-40% di pazienti che non trovano un donatore idoneo o che hanno un'urgenza di essere avviati al trapianto in tempi non compatibili con quelli necessari a identificare un donatore al di fuori dell'ambito familiare. Una risposta a questo tuttora irrisolto problema medico può essere rappresentata dall'impiego di un genitore che, per definizione, è immunogeneticamente compatibile per il 50% con il proprio figlio. Tuttavia, se si impiegasse senza nessuna particolare accortezza un genitore come donatore, esisterebbe un alto rischio di complicanze anche fatali associate al trapianto. Negli anni scorsi, per ovviare a questo problema, si impiegavano cellule staminali purificate (selezionate) che permettevano di prevenire l'aggressione delle cellule immunocompetenti del donatore sull'organismo del ricevente, ma che, sfortunatamente, non consentivano un'adeguata difesa, almeno per i primi 4 mesi dopo un trapianto, rispetto a infezioni o alla ricrescita di cellule tumorali. Come risultato finale, i trapianti da uno dei due genitori avevano una probabilità di successo significativamente inferiore a quella ottenibile impiegando come donatore un fratello o una sorella, o un soggetto identificato al di fuori dell'ambito familiare. Una nuova metodica messa a punto all'Ospedale Bambino Gesù' consente oggi di ottenere risultati di grande efficacia anche nel trapianto da uno dei due genitori. Infatti, i ricercatori dell'Ospedale Bambino Gesù' hanno sviluppato un approccio che permette di eliminare selettivamente le cellule del donatore che aggrediscono i tessuti del ricevente (linfociti T che portano sulla loro superficie le catene alfa e beta del recettore antigenico), lasciando, tuttavia, in ciò che si andrà a iniettare nel paziente, oltre alle cellule staminali, anche altri elementi come le cellule natural killer e i T linfociti che portano sulla loro superficie le catene gamma e delta del recettore antigenico, in grado di proteggere adeguatamente i bambini trapiantati dal rischio di infezioni e dal rischio di ricrescita delle

cellule tumorali. I risultati relativi ai primi 50 pazienti pediatrici con una leucemia acuta sottoposti a questo tipo innovativo di trapianto sono particolarmente buoni, con una probabilita' di cura che sfiora l'80%, e verranno presentati in una sessione del Congresso della Societa' Americana di Ematologia (American Society of Hematology, ASH), che si terra' a New Orleans dal 7 al 10 Dicembre p.v. La rilevanza dei dati ottenuti al Bambino Gesu' e' anche testimoniata dal fatto che l'ASH ha selezionato questo studio assieme ad altri 19 fra i piu' di 2.000 contributi ricevuti per una presentazione ufficiale alla Stampa Scientifica nella Conference Press Release di inizio Congresso.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

GENTE SALUTE SEMPRE PIÙ PERSONE SOFFRONO DI "CONGIUNTIVITE DA UFFICIO"

**ORE DAVANTI
AL PC, POLVERE E
POCA AERAZIONE
PROVOCANO
ROSSORI, PRURITI
E BRUCIORI. LA
SOLUZIONE? NIENTE
LENTI A CONTATTO E
LACRIME ARTIFICIALI**

COMPUTER E MOQUETTE I NEMICI DEGLI OCCHI

di Camilla Tagliabue

I nuovi nemici dell'occhio sono: computer, moquette e aria condizionata, tutti componenti imprescindibili di qualsiasi ufficio o studio. Senza contare che il luogo di lavoro è spesso ricettacolo di germi, batteri e sporcizia, altri importanti fattori che causano alcune patologie oftalmiche. La più diffusa e in aumento tra i "colletti bianchi" è la congiuntivite, che tecnicamente è un'infiammazione o infezione della congiuntiva, la membrana traspa-

rente che riveste l'occhio. «In questi casi possiamo parlare di una vera e propria "congiuntivite da ufficio o da lavoro", spiega il professor Francesco Loperfido, oculista dell'ospedale San Raffaele di Milano e oftalmologo della Commissione difesa vista. «Stare per troppe ore a occhio fisso davanti al pc diminuisce gli ammiccamenti (chiusure veloci e involontarie delle palpebre), che a loro volta riducono il film lacrimale, che idrata, nutre e protegge la cornea da eventuali germi e batteri. L'occhio così è meno salvaguardato, e

quindi soggetto a infiammarsi o infettarsi. Altri fattori di rischio sono sicuramente la polvere della moquette, la scarsa aerazione dei locali, magari in presenza di filtri sporchi dei condizionatori, siano essi d'aria fredda o calda, lo smog, oppure le diffusissime allergie: oltre agli acari, bisogna prestare attenzione a quelle di tipo alimentare.

Alcune forme di celiachia, ad esempio, favoriscono la congiuntivite, come pure l'uso di certi farmaci come gli anticoncezionali e farmaci ansiolitici. Insomma, le cause sono tante, spesso as-

È FONDAMENTALE STRUCCARSI OGNI SERA Per non irritare la membrana trasparente che riveste l'occhio è meglio scegliere cosmetici anallergici, che vanno rimossi (a sinistra) prima di coricarsi. Le lacrime artificiali (foto sotto) tengono ben umettate le congiuntive. Consigliati i lavaggi con acqua corrente.



sociate tra loro». Come tante sono le tipologie di congiuntivite, che si suddividono in infettive (causate da virus o batteri), allergiche e irritative (provocate, ad esempio, da sfregamenti della cornea, da granelli o polveri nell'occhio, dall'uso scorretto o troppo prolungato di lenti a contatto).

Per preservare la salute dell'occhio occorre tenere idratata la congiuntiva che, in condizioni normali, è protetta dalle ciglia, dal film lipidico che la mantiene umida e dalle lacrime. Tuttavia, in casi di particolare debolezza immunitaria, anche le difese naturali dell'occhio si riducono, favorendo l'insediamento di virus e batteri: «Tutti almeno una volta nella vita ci prendiamo la congiuntivite», sdrammatizza il dottore, «ma è importante innanzitutto capirne l'origine, cioè diagnosticare se si tratta di un problema infettivo, di allergia, di cause meccaniche o

per condizioni ambientali sfavorevoli, come l'insalubre ambiente di lavoro descritto prima. In altri casi, è colpa della semplice disattenzione o trascuratezza: ad esempio, quando non si indossano gli occhiali da sole in presenza di forte luce solare, una dimenticanza che può costare la cosiddetta "congiuntivite da raggi Uv".

I sintomi sono piuttosto facili da individuare: arrossamento dell'occhio, iperlacrimazione, bruciore, fastidio e prurito, secrezione di muco. Se questi disturbi non passano entro 2-3 giorni, «è bene recarsi dal medico, piuttosto che tentare di curarsi con rimedi casalinghi, che spesso rischiano di irritare ulteriormente la congiuntiva, alterarne il ph o innescare reazioni allergiche. Io consiglio sempre di usare le lacrime artificiali, di preferire gli occhiali alle lenti a contatto e, alle donne, di scegliere cosmetici anallergici e di struccarsi bene, tutti i giorni. E per tenere puliti gli occhi, basta semplicemente sciacquarli sotto acqua corrente».

TUTTI MIOPI TRA 30 ANNI

ORIZZONTI SFUOCATI

Piccoli miopi crescono: recenti studi presentati al convegno "Videocatarattarefrattiva" sostengono che tra 30 anni potrebbe scoppiare un'epidemia di miopia (visione a distanza sfuocata), causata dall'attuale abbuffata di gadget elettronici, dai telefonini ai tablet, dalle Tv digitali ai computer. I più colpiti sono gli adolescenti e tutti coloro che abusano di tecnologia: infatti, appena tre decenni fa, la miopia colpiva un europeo su cinque, oggi più di uno su tre. Il primo problema di smartphone e affini è che affaticano gli occhi, costringendoli alla messa a fuoco da vicino e disabituandoli alla distanza. Altro danno alla vista viene dalla poca esposizione alla luce naturale, insieme con la cattiva abitudine di rimanere a occhi sbarrati sugli schermi di televisioni, computer, telefonini, e-reader... Infine, è pericolosa anche la luce led, quella spia blu o rossa diffusa da tutti gli apparecchi elettronici.



ABUSO DI TECNOLOGIA

Smartphone e pc costringono l'occhio a una continua messa a fuoco ravvicinata, disabituandolo a "guardare lontano".

**MAI CURARSI
CON RIMEDI
CASALINGHI:
SPESSE
PEGGIORANO
I DISTURBI**

giuntivite», sdrammatizza il dottore, «ma è importante innanzitutto capirne l'origine, cioè diagnosticare se si tratta di un problema infettivo, di allergia, di cause meccaniche o

quotidianosanita.it

Venerdì 06 DICEMBRE 2013

Vaccinazione. Siti: “Eliminare l’obbligo avvicina anche gli scettici”

A 5 anni dalla sospensione dell’obbligo vaccinale nella Regione Veneto, la Società Italiana di Igiene traccia un bilancio. “Non è utile né necessario disporre di uno strumento coercitivo per ottenere coperture vaccinali soddisfacenti”.

La sospensione dell’obbligo vaccinale, introdotta dal primo gennaio 2008 nella Regione Veneto, non ha comportato variazioni nell’adesione della popolazione all’offerta vaccinale attiva e gratuita promossa dal servizio sanitario regionale. A sottolineare il bilancio positivo dei 5 anni di sospensione dell’obbligo vaccinale da parte della Regione Veneto (2008-2013) è stata la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) Sezione Triveneto in collaborazione con SItI nazionale, nel corso di un convegno promosso Verona. Scopo dell’incontro, che ha visto riuniti esperti di igiene, responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione, istituzioni locali, regionali e nazionali, era stimolare una riflessione tra stakeholder istituzionali e società civile su una scelta “strategica, importante non solo per il Veneto ma per tutte le regioni italiane”.

“La sospensione dell’obbligo vaccinale – ha spiegato l’assessore alla Sanità della Regione Veneto, **Luca Coletto** - è uno dei tanti settori della sanità nei quali il Veneto è leader o pioniere. Quando fu decisa questa sperimentazione, fu fatto un consapevole e scientificamente supportato atto di coraggio che oggi, alla luce dei risultati ottenuti, attesta che avevamo ragione. A 5 anni di distanza - aggiunge Coletto - non abbiamo rilevato alcuna variazione significativa nell’adesione della gente, il che vuol dire che la decisione si rivolse a persone consapevoli e che continuano a mantenere la consapevolezza di quanto sia rilevante la decisione di vaccinare o meno i propri figli”.

L’Indagine sui Determinanti del Rifiuto dell’Offerta Vaccinale nella Regione Veneto, progetto coordinato dall’Azienda Ulss 20 di Verona e conclusosi dopo due anni di lavoro nel 2011, ha infatti evidenziato che l’adesione all’offerta vaccinale nel Veneto non è stata influenzata dalla sospensione dell’obbligo vaccinale, che viene ritenuta dai genitori “sostanzialmente ininfluenza” sulle loro scelte.

“Questa scelta non ha causato modifiche sostanziali nella copertura vaccinale dei nuovi nati - afferma **Massimo Valsecchi**, Direttore del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 di Verona -; sotto questo aspetto si è trattato dunque di un intervento ben progettato e ben condotto che ha documentato la solidità del lungo lavoro di preparazione che era stato fatto prima di assumere questa scelta impegnativa”.

Non solo. La scelta operata in Veneto ha fatto registrare un miglioramento del rapporto con la popolazione di genitori in genere ed in particolare con quella parte (da sempre inferiore al 5%) che rifiuta le vaccinazioni. “Evitare di utilizzare criteri di intervento repressivi nei confronti di queste famiglie ha aperto uno spazio di dialogo che è utile in ogni caso e che consente di spostare questo tema dall’ambito delle discussioni ideologiche a quello, molto più concreto, del reale interesse di nuovi nati”.

“Questo ‘esperimento’ ha permesso di ideare e di provare sul campo un tipo di rapporto condiviso far Regione e ministero della Salute circa una sperimentazione su vasta scala che – ha aggiunto Valsecchi - servisse da campo di prova per tutto il Paese. Noi riteniamo che la sperimentazione possa

ormai ritenersi conclusa e che ci siano ormai tutti i dati perché anche le altre regioni ne traggano le loro conclusioni”.

“Crediamo che la sospensione dell’obbligo vaccinale debba essere il futuro di tutte le regioni italiane” ha commentato **Michele Conversano**, Presidente Nazionale della SItI. “L’insieme di queste osservazioni conferma come – ha sottolineato **Antonio Ferro**, Vice Presidente della SItI Triveneto -, in presenza di un servizio vaccinale regionale ben organizzato, non sia né utile né necessario disporre di uno strumento coercitivo per ottenere coperture vaccinali soddisfacenti. La SItI guarda tuttavia con preoccupazione ad alcune iniziative che si profilano all’orizzonte per quanto concerne la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl, che tendono a disgregare l’assetto organizzativo dei Servizi delle Asl dedicati alla prevenzione nel Veneto, che costituisce un modello osservato e ammirato da molte regioni italiane”.

Chiudere i piccoli ospedali? "Anche i grandi devono cambiare"

Il docente di Economia sanitaria: "Nel Lazio i 6 centri trapianti lavorano meno di quello di Torino"

il caso

ROBERTO GIOVANNINI
ROMA

Sono 175 i piccoli ospedali a rischio chiusura. Un rischio, dicono gli addetti ai lavori, che in realtà è un'opportunità per gli italiani: non solo perché queste strutture che hanno meno di 120 posti letto hanno un costo spropositato, ed esistono soltanto per ragioni di campanile o di potere locale. Ma perché in queste strutture locali si viene curati male.

Secondo i dati della Fiaso, la federazione dei manager della sanità pubblica, in media, una giornata di degenza in un posto letto nel nostro paese costa ben 800 euro al giorno. «La questione - spiega il professor Francesco Saverio Mennini, docente di Economia sanitaria nell'Università di Roma Tor Vergata - è che l'indicatore del costo del posto letto non è quello corretto: bisogna considerare caso per caso il costo complessivo di ogni singola struttura ospedaliera, che comprende il costo degli infermieri, dei medici, dei clinici, del personale amministrativo». In alcuni casi, come l'ormai famigerato ospedale di Acquapendente, in provincia di Viterbo, si arriva a numeri semplicemente paradossali: nel 2010 questa struttura per far funzionare soltanto 8 posti letto

aveva a disposizione la bellezza di 130 tra medici e infermieri. «Al di là dei singoli quanto clamorosi casi - continua Mennini - lasciare aperta una struttura come questa non è corretto dal punto di vista economico e finanziario, ma neanche etico ed equitativo dal punto di vista dell'assistenza sanitaria. Anche perché tutte queste persone possono essere usate fuori dall'ospedale per garantire assistenza e servizi ambulatoriali, strutture di assistenza infermieristica, strutture di assistenza a domicilio. Tutti servizi che non solo costerebbero infinitamente meno al Sistema sanitario nazionale, ma che garantirebbero un livello di assistenza molto migliore ai cittadini che abitano in questi centri».

Senza contare che ci sarebbe un risparmio enorme sui costi generali

delle strutture ospedaliere, che per quanto siano di piccola dimensione moderne, sono molto elevati, perché un ospedale tenderà a disporre di macchinari sempre moderni e aggiornati che per definizione sono sottoutilizzati. E dunque non saranno mai adeguatamente ammortizzati nel costo.

Come spiegano gli esperti, al di là delle prescrizioni delle tabelle ministeriali che stabiliscono i rapporti «teorici» tra personale e posti letto, in questi piccoli centri in realtà non c'è una vera necessità di ospedali «generalisti», ma di presidi sanitari e di ambulatori; laddove il cittadino abbia bisogno di cure specifiche ospedaliere, sarebbe molto più sensato - e soprattutto «sicuro» dal punto di vista delle garanzie di una cura effettuata nel modo migliore - trasferirlo nei grandi

centri ospedalieri, sia pure in elicottero. A parte le motivazioni di campanile - avere un ospedale mette un paese «sulla carta geografica» - molte sono le ragioni della tradizionale resistenza di istituzioni e popolazioni locali alla trasformazione degli ospedali in strutture di assistenza territoriale. Ci sono quelle meno nobili, come l'utilizzo dei miniospedali come ammortizzatore sociale e luoghi dove creare occupazione.

Oppure il desiderio di favorire affari e commesse più o meno pulite. Ma di norma la paura è di perdere posti di lavoro. «Un timore infondato - spiega Mennini - tutto il personale potrebbe essere tranquillamente riconvertito nell'assistenza territoriale o spostato

nelle strutture ospedaliere (e ce ne sono) che hanno bisogno di personale. L'occupazione resterebbe quella, dividendo un monolite che ha costi pazzeschi e spezzettandolo in servizi mirati, più utili e meno costosi».

Tutti discorsi che non necessariamente riguardano i piccoli ospedali.

valgono Un esempio? «Nel Lazio ci sono almeno sei centri per i trapianti - ricorda il docente universitario - ma tutti insieme

effettuano meno trapianti di quanti ne faccia il solo ospedale delle Molinette a Torino. Non sarebbe meglio, in quella Regione, creare un polo unico che si occupi solo per i trapianti, invece di tenerne aperti sei, moltiplicando i costi?».

L'OCCUPAZIONE

«Il personale può essere riconvertito nell'assistenza o spostato dove serve»

Ieri su La Stampa



Il piano del ministero della Salute, che prevede la chiusura di 175 ospedali sono meno di 120 posti letto, è stato pubblicato ieri da La Stampa. Adesso, si attende entro Natale il parere del governo e delle Regioni per il via libera definitivo.

175

piccoli ospedali

Numero di strutture sanitarie italiane che il ministero vuole chiuderle o trasformare

800

euro al giorno

Il costo medio giornaliero per un ricoverato in un ospedale italiano: obiettivo del ministero è ridurre la spesa

LA DISECONOMIA

Nel 2010 in un presidio sanitario per otto pazienti c'erano 130 tra medici e infermieri

L'EFFICIENZA

«Nei piccoli centri urbani le cure di base possono essere garantite dagli ambulatori»



GIORGIO NOTAREPORTERS

