

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

9 SETTEMBRE 2014

## LA NUOVA SARDEGNA

### **SASSARI Donne e tumori, casi in aumento Nel nord Sardegna statistiche superiori alla media nazionale In crescita le patologie respiratorie. Calano le altre neoplasie**

La buona notizia è che in generale nella popolazione del Nord Sardegna alcuni tumori tra i più diffusi sono in diminuzione. Si parla del cancro alla prostata, al colon, al fegato e alla mammella. Quella cattiva è che le malattie all'apparato respiratorio sono la terza causa di morte nel nostro territorio (un dato peggiore rispetto alla media nazionale) e in particolare la sopravvivenza al tumore polmonare è peggiorata nelle donne negli ultimi dieci anni rispetto al decennio precedente. Anche alcune altre malattie ci danno filo da torcere, come ad esempio il diabete giovanile che purtroppo caratterizza la nostra isola non solo rispetto al resto d'Italia ma anche in Europa. Sono dati contenuti nel rapporto sullo Stato di salute della popolazione prodotto dalla Struttura di Governo Clinico della Asl di cui fa parte il Centro Epidemiologico Aziendale diretto da Ornelia Sechi. Del team fanno parte anche Rosaria Cesaraccio e Daniela Pirino. Le dottoresse studiano da anni, anche attraverso il Registro Tumori, l'andamento epidemiologico di alcune gravi malattie con l'obiettivo di collegare la genesi dei tumori a fattori specifici e con lo scopo finale di puntare su una prevenzione più possibile mirata. Le cause. Grandi accusati per quanto riguarda la salute degli utenti della Asl n.1, che copre un vasto territorio nel Nord dell'isola, sono l'inquinamento atmosferico e il fumo di sigaretta. Il rapporto, allegato alla relazione gestionale relativa al 2013, infatti elenca le possibili fonti inquinanti presenti nel territorio: un polo petrolchimico, una centrale elettrica, un porto industriale, una discarica e un inceneritore (ormai chiuso da molti anni. «Si sottolinea - si legge nella relazione - che l'insorgenza di tumori avviene a distanza di 20-30 anni dalla prima esposizione agli agenti inquinanti, con l'eccezione dei tumori del sistema linfematopoietico ( leucemia e linfomi), per i quali è sufficiente un periodo di latenza di 5 anni». In sostanza i responsabili del Cea affermano che nonostante le emissioni nel tempo siano diminuite oggi paghiamo le conseguenze del pesante inquinamento atmosferico, sia da parte delle fonti industriali che a causa della circolazione di automezzi e della presenza di caldaie per riscaldamento nei centri abitati. La maggior parte dei tumori polmonari però è da attribuire al tabagismo. Ecco perché nonostante una generica diminuzione del tasso di incidenza relativamente a

tutti i tumori, per quanto riguarda le donne è peggiorato il dato sulla sopravvivenza al cancro al polmone. Dal confronto tra due periodi, uno compreso tra il 1992 ed il 2001, l'altro compreso tra il 2002 ed il 2010 emerge che la sopravvivenza a 5 anni è diminuita: per le donne per il tumore polmonare dal 18,1 al 15% e per il tumore del corpo dell'utero da 78,4 al 76%. La sopravvivenza è invece aumentata per tutti i tumori, passando negli uomini dal 41 al 51% e nelle donne dal 59 al 63%. Il dato positivo. Insomma, a quanto pare, sia grazie all'eliminazione delle fonti inquinanti e dei fattori di rischio, sia grazie alle diagnosi precoci alcune gravi malattie fanno un po' meno paura. Restano però accesi alcuni campanelli d'allarme: la prima causa di morte nella Provincia di Sassari è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (32%) valore più basso rispetto alla media nazionale del 36,8%, seguita dalla mortalità per tumori (29%) sovrapponibile alla media nazionale. Al terzo posto però risulta la mortalità per malattie del sistema respiratorio con il 7,6%, valore superiore alla media nazionale (6,7%). Nella fascia di età 0-34 le cause di morte più frequenti sono rappresentate da incidenti e atti auto-e/o etero lesivi, seguiti da malattie del sistema nervoso, tumori e malattie del sistema circolatorio. Nella fascia degli over 65enni le cause di morte più frequenti sono le malattie dell'apparato circolatorio (il tasso di età specifico è pari a 860 decessi per 100mila residenti), seguite dai tumori (il tasso di età specifico è pari a 656 decessi ogni 100mila residenti) e dalle malattie del sistema respiratorio (il tasso di età specifico è pari a 203 decessi per 100mila residenti). Stili di vita. «Come si può notare - spiega Ornelia Sechi - ci sono aree di criticità che possono essere contenute in primo luogo con un adeguato stile di vita che in fluisce tantissimo sui vari fattori di rischio nell'insorgenza delle malattie. Altra grande arma a disposizione per migliorare lo stato di salute della popolazione è la prevenzione attraverso controlli individuali e con gli screening sulla popolazione che negli ultimi anni hanno già dato indicazioni e risultati importanti».

## **ASL1 Un'azienda "gigante" con tanti punti deboli Nel rapporto sulla gestione 2013 i numeri di un'attività che copre metà dell'isola Tagliati i posti letto ma sono troppi i ricoveri impropri che sovraffollano i reparti**

La Asl è in pratica l'azienda più grande del Nord Sardegna se si considera che si rivolge a una popolazione di 329.551 persone distribuite nei tre distretti sanitari di Sassari, Alghero e Ozieri e in 66 Comuni di residenza. Conta inoltre 3791 dipendenti tra dirigenti medici, infermieri, ausiliari, operatori sociosanitari, comparto amministrativo e tecnico al lavoro fra il territorio e i presidi ospedalieri. Nel 2013 inoltre la popolazione seguita dalla Asl n.1 ha registrato un incremento di 1800 persone. Naturalmente sono le donne a costituire la maggioranza degli utenti (51,34 per cento) mentre gli over 65 anni sono pari al 19,55 per cento del totale, un dato in costante aumento visto l'invecchiamento costante della popolazione. Anche gli stranieri che possono usufruire dei servizi sanitari sono aumentati nell'ultimo anno: l'incremento è pari a 932 persone (sono in tutto 6.432) perlopiù giovani visto che la

fascia d'età più numerosa va dai 25 ai 50 anni. Non bisogna dimenticare che tutti gli utenti della Asl usufruiscono anche dei servizi dell'Azienda ospedaliero universitaria con le sue cliniche di viale San Pietro e del Policlinico Sassarese convenzionato con il sistema sanitario pubblico. Negli ultimi anni la gestione manageriale della Asl, come viene evidenziato nella relazione allegata al bilancio di esercizio 2013 (che adesso comincerà l'iter finalizzato all'approvazione definitiva), ha puntato, così come prevedevano le linee guida regionali, a una rivoluzione nella distribuzione dei posti letto ma soprattutto alla loro diminuzione. Oggi i posti letto per acuti sono 397 al Santissima annunciata, 177 ad Alghero e 114 al Segni di Ozieri. Questi numeri sono appunto il risultato delle direttive regionali che richiedevano di raggiungere un tasso di occupazione dei letti per acuti del 75 per cento. Ciò ha comportato la disattivazione di 79 posti letto: 11 sono stati eliminati al Civile di Sassari e altrettanti ad Alghero, 17 sono stati quelli disattivati a Ozieri e 20 rispettivamente negli ex ospedali di Ittiri e Thiesi. Risulta però che i letti per acuti effettivamente utilizzati sono 76 in meno. «Questi posti letto - si giustificano i dirigenti della Asl - non sono in uso sia a causa delle ristrutturazioni in corso negli stabilimenti ospedalieri, sia per effetto del non completo adeguamento dei reparti ai requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale». Questo aspetto è strettamente legato alle difficoltà che si riscontrano tutti i giorni in alcuni reparti, come le Medicine, costantemente sovraffollate: «L'analisi della tipologia di posti letto evidenzia in effetti - si legge nella relazione - lo squilibrio esistente tra i letti dedicati agli acuti e quelli dedicati alle lungodegenze, nonché l'utilizzo di prestazioni assistenziali non congrue rispetto al profilo dell'assistito che comportano, data la non adeguatezza della risposta a livello territoriale, l'erogazione di ricoveri a rischio di appropriatezza nonché il sovraffollamento dei reparti di Medicina aggravato dall'utilizzo di spazi assegnati ad altre discipline». Si parla in sostanza del disordinato rapporto tra la Medicina d'Urgenza e i vari reparti di destinazione dei ricoverati. Troppi gli accessi impropri al pronto soccorso, come lamentano da tempo gli operatori del settore presi letteralmente d'assalto dalle urgenze e troppi i pazienti per i letti effettivamente disponibili nei reparti. Con il poco edificante risultato della collocazione di barelle e relativi pazienti nei corridoi in attesa di una sistemazione. Problema al quale dovrà porre mano il manager Marcello Giannico nei prossimi mesi.

## **SASSARI Malattie infettive Il reparto di degenza pronto nella nuova palazzina, in fase di trasloco gli ambulatori e i laboratori**

Gli unici due pazienti del reparto di Malattie Infettive delle cliniche universitarie sono già stati trasferiti nel nuovo reparto. Il trasloco nella palazzina a tre piani che si trova in mezzo ai parcheggi, a fianco alla stecca bianca, è cominciato la settimana scorsa. La degenza, con i suoi ventidue posti letto, è già operativa, così come sarebbero pronti all'uso, in caso di emergenza, le otto stanze con livello di isolamento quattro, utilizzabili in presenza di virus particolarmente aggressivi. L'apertura della struttura appena ultimata è stata sicuramente accelerata dallo spettro di Ebola. Nel

nord Sardegna infatti non esisteva un reparto in grado di ospitare un eventuale paziente affetto da questo tipo di patologie. Così su impulso del Ministero nelle scorse settimane l'assessorato alla Sanità ha svolto una ricognizione delle strutture presenti nell'isola e dei punti di riferimento in caso di contagio da Ebola. Si è fatto in modo che il nuovo reparto di Malattie Infettive dell'Aou potesse avere le carte in regola per entrare in funzione nell'arco di una settimana. Sotto il profilo logistico era già tutto pronto da un mese, ma mancava l'accredimento da parte della Regione. Ai primi di settembre la commissione tecnica ha svolto a Sassari il sopralluogo, e in un paio di giorni l'accredimento definitivo dovrebbe essere formalizzato. Oggi intanto proseguirà il trasferimento al piano terra degli ambulatori e dei laboratori. Invece il reparto di Ematologia che dovrebbe trovare posto al primo piano, sarà traslocato solo a fine anno. Al terzo piano della struttura invece sono allestiti i locali che serviranno per il day hospital e due stanze per un isolamento sicuro di pazienti affetti da virus contagiosi. Infine il primo sottopiano sarà riservato all'Università con le aule destinate alla didattica degli studenti. Per l'equipe medica è un grande sospiro di sollievo, perché il reparto di Malattie Infettive sino ad ora era ubicato al sesto piano del Palazzo Rosso di viale san Pietro, all'interno di locali fatiscenti e inadeguati al loro uso. Ora lo standard di qualità si innalza parecchio. Il progetto della nuova struttura nasce addirittura nel lontano 1990. Ma tra fallimenti delle ditte appaltatrici e altre disavventure, solo dopo 25 anni il reparto ha aperto i battenti.

## **TEMPIO Le cure palliative si fanno a domicilio Anche gli oncologi e i neurologi del distretto di Tempio a casa dei pazienti. Anna Manconi: «Assistenza più adeguata»**

Si estende il servizio delle cure domiciliari anche nel distretto di Tempio. Dopo fisiatri, psicologi e assistenti sociali, anche gli oncologi e i neurologi (da ieri) vanno nelle case degli ammalati. «Quello appena decollato è un progetto importante per la nostra popolazione, fortemente voluto dalla direzione aziendale della Asl di Olbia e finanziato dall'assessorato regionale della Sanità - spiega Anna Manconi, direttore del distretto di Tempio -. Non si tratta solo di assistenza sanitaria, ma di un approccio sociale alla salute, con la valorizzazione delle cure domiciliari territoriali. Le quali, oltre a elevare il livello dei servizi sinora garantiti, consentiranno un buon utilizzo delle risorse sanitarie, una riduzione dei ricoveri impropri e una più adeguata personalizzazione dell'assistenza». Un'assistenza che non verrà mai interrotta. Nel senso che ci sarà un passaggio organizzato dall'ospedale al domicilio del paziente, «con l'assicurazione - precisa la Asl - di una presa in carico continuativa grazie alla collaborazione tra il Distretto, le unità operative ospedaliere e in particolare di Oncologia e Neurologia». Il servizio è rivolto ai pazienti affetti da: patologie oncologiche in fase avanzata, ai quali adesso verranno garantite le cure palliative domiciliari; patologie neurologiche-muscolari gravi, come quelli affetti da Sla. Pazienti, questi, che riceveranno anche le visite domiciliari del neurologo. E ancora: pazienti la cui patologia richiede la nutrizione artificiale; pazienti provenienti da dimissione protetta (come quelli colpiti da ictus cerebrale). «Prevediamo di seguire,

mediamente, un centinaio di pazienti l'anno», chiude la Manconi, che è anche coordinatrice del progetto. Per accedere al servizio, il paziente deve fare richiesta di cure al proprio medico di medicina generale, il quale provvederà a inoltrare domanda al Punto unico di Accesso (Pua) del distretto di competenza; ogni caso verrà poi valutato da una équipe multidisciplinare. In seguito al parere favorevole, il paziente verrà preso in carico, in un'ottica di intervento di tipo multidisciplinare alla quale parteciperanno sia i servizi territoriali che quelli ospedalieri, con la preziosa collaborazione della rete del volontariato. Per informazioni i pazienti o i loro parenti possono contattare il Punto unico di accesso del Distretto di Tempio (079 678354 - 379-374).

SOLE 24ORE SANITA'

## **Sangue e plasma, il testo all'esame delle Regioni con gli obiettivi e il riparto 2014**

Mantenimento della complessiva autosufficienza nazionale e riqualificazione del Sistema trasfusionale italiano, da sottoporre a monitoraggio costante in linea con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sull'accreditamento dei servizi trasfusionali. Sono queste le direttrici del Programma nazionale per il 2014 all'esame della Conferenza Stato-Regioni di giovedì prossimo. «Con il presente Programma - si legge nel testo che qui anticipiamo - la rete trasfusionale conferma la propria capacità complessiva di garantire sistematicamente un equilibrio quantitativo adeguato fra produzione e fabbisogno di emocomponenti ad uso trasfusionale e di perseguire l'obiettivo dell'autosufficienza di medicinali plasmaderivati».

La premessa è che per raggiungere questi target vadano messi in campo anche strumenti come l'analisi dei fabbisogni e altri «percorsi innovativi». E che, soprattutto, «gli obiettivi di autosufficienza non possano essere considerati in modo disgiunto dal processo di adeguamento qualitativo del Sistema trasfusionale al dettato normativo comunitario». In sintesi, non solo la quantità ma anche la qualità va sempre più decisamente perseguita, in modo uniforme, sul territorio nazionale. Per questo occorre stringere i tempi rispetto alla deadline del 31 dicembre 2014, quando dovrà essere concluso il percorso di accreditamento istituzionale dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta. E non solo: per i servizi trasfusionali la soddisfazione dei requisiti relativi al plasma rappresenta la «condicio sine qua non per l'accesso al sistema di lavorazione del plasma nazionale. «Il mancato conseguimento di tale obiettivo nei tempi previsti, ormai prossimi alla scadenza - si legge nel Programma 2014 - comporterà a carico dei servizi trasfusionali inadempienti (e dei relativi servizi regionali) l'impossibilità di utilizzare il plasma per la produzione di medicinali plasmaderivati, inficiando in tal modo il percorso verso tali prodotti». Eventualità, è il monito, che comporterebbe «un'importante perdita di

risorse, un rilevante aggravio di spesa, la perdita di una preziosa parte del patrimonio etico del dono, oltre a configurarsi una inaccettabile situazione di disparità dei livelli qualitativi e, conseguentemente, della sicurezza, degli emocomponenti labili ad uso trasfusionale nei confronti dei cittadini assistiti».

**I fondi disponibili.** La proposta di riparto 2014 elaborata dal Centro nazionale sangue (Cns) sulla base della legge 219/2015 (funzionamento delle strutture regionali di coordinamento), del Dlgs 207/2007 (attuazione della direttiva 61/2005 sulla rintracciabilità e notifica degli eventi avversi) e del Dlgs 208/2007 (attuazione direttiva 62/2005 sul sistema qualità dei servizi trasfusionali) mette a disposizione 870.409 euro. La proposta del Cns prevede che le risorse siano destinate al raggiungimento di un unico obiettivo e ripartite tra le regioni sulla base di criteri, già adottati negli anni precedenti, che tengano conto della complessità ed efficienza del sistema, basati su indici correlati alla popolazione residente, all'efficienza del sistema regionale nella gestione dei consumi di globuli rossi in relazione ai ricoveri totali per acuti e all'efficienza relativa all'attività di raccolta nella regione, ai quali è stata attribuita rispettivamente la pesatura pari al 25%, 50% e 25% delle risorse stanziare. Che saranno effettivamente erogate sulla base del monitoraggio effettuato dal Cns. Per le attività connesse alle finalità dei decreti 207/2007 e 208/2007, la proposta di stanziamento è rispettivamente di 596.188 euro e di 706.688 euro. Il 100% dei fondi verrà ripartito tra le regioni e, dopo l'erogazione, le stesse renderanno disponibili il 20% della somma erogata al Cns per l'implementazione del Sistra, il Sistema informativo dei servizi trasfusionali, divenuto un tassello cruciale ai fini della scadenza del 31 dicembre prossimo.

## **Formazione Mmg: proroga di 60 giorni per gli idonei**

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, proroga a 60 giorni il termine per l'utilizzo delle graduatorie degli idonei al corso di formazione in Medicina Generale. Il decreto del 28 agosto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 settembre scorso e modifica il testo del comma 5, articolo 9 del decreto datato 7 marzo 2006, che disciplina proprio la formazione in Medicina Generale.

DOCTOR33.IT

## **Certificati sport. Allarme cardiologi: ok linee guida ma deve refertare specialista**

I cardiologi danno il benvenuto “con riserva” alle linee guida del Ministero della Salute sul rilascio dei certificati sportivi per l'attività non agonistica, che dovrà avere cadenza annuale, e soprattutto sull'elettrocardiogramma da effettuare annualmente nei soggetti a rischio e almeno una volta nella vita prima dei 60 anni.

Nulla da dire sui criteri, ispirati a una mediazione della Fnomceo tra esperti e società scientifiche, ma alcune associazioni mettono le mani avanti. «Dev'essere il cardiologo o il medico dello sport a certificare, altrimenti si rischia una diagnosi imperfetta o "inutile". Questo la circolare non lo dice aprendo un problema di chiarezza che ci spero ci voglia poco a risolvere con una specifica ad hoc, una circolare, un'aggiunta» dice **Francesco Fedele**, presidente della Fondazione Italiana Cuore e Circolazione "il cuore siamo noi". Fedele, ordinario di cardiologia all'Università la Sapienza di Roma, osserva che, mentre in precedenza l'obbligo di fare refertare l'Ecg al cardiologo era scritto dalla legge Balduzzi, nella circolare ministeriale si parla di "elettrocardiogramma debitamente refertato", facendo intendere che la validità del documento sta nell'atto della refertazione. «Invece la Legge Balduzzi parlava di Ecg refertato "secondo competenze specifiche", non lasciando dubbi su quale fosse la figura professionale preposta, con competenze di cardiologia o medicina sportiva». Il timore per Fedele è che a refertare siano medici privi di competenza o che l'iter per la pratica sportiva si trasformi in "fabbrica di referti". «Con le apparecchiature odierne – ricorda Fedele - la diagnosi può essere scritta in automatico e al camice non occorre che firmare. In questa materia, ricordo, si possono nascondere pazienti falsi positivi e falsi negativi, è fondamentale avere un refertatore adeguato». I pediatri di Fimp sostengono che non è necessario l'Ecg fino a 12 anni che per l'appunto può dare falsi positivi e falsi negativi, il costo dell'esame annuale moltiplicato per i giovani sportivi non vale il beneficio. «Il ragionamento è condivisibile ma non bisogna sventolare questi rari casi che l'Ecg non vede come una ragione per non praticare l'esame tutte le volte che affiori il minimo sospetto: un esame "ad abundantiam" offre comunque informazioni importanti; le professionalità per refertare correttamente ci sono e vanno allertate tutte le volte che occorre».

## **Enpam, scatta possibilità pagare i contributi a rate**

L'addebito diretto sul conto corrente taglia le file allo sportello bancario: i medici e gli odontoiatri hanno tempo fino al 15 settembre prossimo - rende noto I Enpam sul proprio sito – per scegliere la domiciliazione bancaria per pagare i contributi sulla libera professione dovuti nel 2014. Oltre ad evitare file in banca e il rischio di dimenticare le scadenze, chi sceglie la domiciliazione bancaria ha anche la possibilità di rateizzare il pagamento. La richiesta di addebito diretto può essere fatta in qualsiasi periodo dell'anno. Tuttavia - spiega ancora la Cassa di previdenza della categoria - per gli iscritti che la faranno dal 16 settembre in poi la domiciliazione bancaria partirà dal 2015, mentre quest'anno continueranno a pagare i contributi di Quota B in unica soluzione con i bollettini Mav che saranno inviati prima della scadenza, il 31 ottobre 2014. Per chiedere l'addebito diretto su conto corrente (Sdd) basta accedere all'area riservata e utilizzare l'apposito modulo online. La scelta dell'addebito automatico tramite banca permette anche di risparmiare: per ogni operazione si paga meno di 50 centesimi (contro circa un euro di chi pagherà con i bollettini Mav). Inoltre, non essendo prevista l'emissione di bollettini di carta, si elimina ogni rischio legato al mancato o tardivo recapito. Infatti, una volta attivato

l'addebito diretto, i contributi dovuti saranno riscossi l'ultimo giorno utile, senza il rischio di incorrere in sanzioni. Per le richieste successive al 15 settembre, la domiciliazione bancaria e la rateizzazione partiranno solo dal 2015.

## **Pagano (Fimmg): medici di famiglia assicurati al 90%**

«Per i medici di medicina generale non ravvisiamo nessuno slittamento dell'obbligo di assicurare la responsabilità civile neanche dopo il decreto sulla Pubblica Amministrazione che impone alle aziende sanitarie di coprire i dipendenti. La nostra categoria è di liberi professionisti, ancorché convenzionata e questo dato di fatto è un elemento di tutela professionale, al punto che Fimmg ha chiesto d'inserirlo all'articolo 1 primo comma della prossima convenzione». **Franco Pagano** medico di famiglia esperto di temi assicurativi e presidente di Prassis, l'organo di Fimmg preposto a facilitare le convenzioni della categoria con le compagnie assicurative, sgombra i dubbi sull'interpretazione del decreto Pa secondo cui le aziende sanitarie sarebbero tenute a coprire dalla responsabilità civile anche i medici convenzionati. «Gli stessi dipendenti delle case di cura private convenzionate – aggiunge Pagano - non sono immuni dall'obbligo assicurativa. Peraltro, la nostra categoria è arrivata preparata. Ormai, almeno il 90% dei medici tra assistenza primaria e continuità assistenziale è coperto. Merito anche dei sindacati che hanno un ruolo nel proporre coperture a misura di professionista e in particolare di Fimmg che da sempre sottolinea come la polizza Rc vada vista come elemento di tutela e non come vincolo».

I medici di famiglia non hanno difficoltà d'accesso alle polizze; i premi oggi si aggirano sui 500 euro all'anno sul margine superiore. «La polizza che Fimmg ha disegnato con Unipol Sai oscilla tra i 300 e i 500 euro a fronte di un massimale danni che può andare dai 500 mila euro ai 5 milioni e dell'inclusione della tutela giudiziaria (spese per avvocato, periti etc nei contenziosi). La stessa polizza, disegnata differentemente a seconda il medico sia di assistenza primaria o di continuità assistenziale, estende le coperture Rc al sostituto, al personale di studio e al tirocinante nello studio del tutor. Inoltre – ricorda Pagano – si prevede una tutela per i futuri coordinatori di Aggregazione funzionale territoriale, in capo al quale sussiste una responsabilità organizzativa diversa da quella degli altri medici Aft».

## **Diagnosi delle apnee ostruttive del sonno: linee guida dell'Acp**

Per la diagnosi delle apnee ostruttive del sonno, l'American college of physicians (Acp) ha sviluppato delle linee guida, pubblicate su Annals of internal medicine per presentare le nuove prove e fornire le raccomandazioni cliniche per la diagnosi, con due raccomandazioni rispetto allo studio del sonno nei pazienti. «Lo scopo di questa linea guida dell'Acp è affrontare lo screening e la diagnosi delle apnee ostruttive del sonno presentando un confronto dell'efficacia dei metodi diagnostici disponibili. Il pubblico di riferimento cui si rivolge questa linea guida include tutti i medici e come popolazione di pazienti comprende tutti gli adulti con sospette apnee ostruttive del

sonno» scrive **Amir Qaseem**, dell'AcP di Philadelphia, primo firmatario dell'articolo. I membri dell'AcP hanno basato le linee guida sulla letteratura in lingua inglese identificata da Medline (1966-maggio 2013), Cochrane central register e Cochrane database of systematic reviews. Come risultati clinici sono state incluse tutte le cause di mortalità, mortalità cardiovascolare, malattia cardiovascolare non fatale, ictus, ipertensione, diabete di tipo 2, esiti postchirurgici e qualità di vita. Altri esiti dei test diagnostici considerati sono stati sensibilità, specificità e probabilità. Il lavoro ha portato a due raccomandazioni. Innanzitutto l'AcP raccomanda uno studio del sonno per pazienti con sonnolenza diurna non spiegata (grado: raccomandazione debole, prove bassa qualità). Inoltre, gli esperti statunitensi raccomandano la polisonnografia per test diagnostici in pazienti con sospetta apnea ostruttiva del sonno e monitor del sonno portatili in pazienti senza gravi comorbidità come alternativa alla polisonnografia quando la polisonnografia non è disponibile per test diagnostici (grado: debole raccomandazione, evidenze di qualità moderata).

*Ann Intern Med. 2014 Aug 5;161(3):210-20. doi: 10.7326/M12-3187*

## **DIRITTO SANITARIO** Responsabilità d'equipe: l'apporto casuale non la esclude

Una ginecologa è stata condannata, insieme ad un altro collega ed alla ostetrica, per avere procurato ad un neonato la paralisi totale del plesso brachiale destro, con rottura extraforaminale delle radici C5, C6 e C7, ed avulsione delle radici C8 e D1, conseguita a distocia di spalla, per non aver posto in essere le prescritte manovre di disimpegno della spalla ed aver incitato reiteratamente la partoriente, nonostante l'evidenziata distocia, a spingere per far uscire il feto. La difesa della dottoressa ha rilevato che la stessa era casualmente presente in sala parto e aveva solo incitato la partoriente, escludendo si fosse in presenza di un intervento d'equipe; in ogni caso, se anche lo si fosse ritenuto tale, la ginecologa ha fatto legittimo affidamento sulle competenze del collega, medico di maggiore esperienza. I giudici hanno considerato destituita di fondamento la proclamazione d'innocenza sul presupposto che la ricorrente non componesse l'equipe, in quanto ciò si pone in contrasto con i fatti, proponendo una ricostruzione paradossale, secondo la quale in una struttura sanitaria pubblica la ripartizione dei compiti e il dovere di prestare la propria opera (ovviamente secondo le necessità del caso) sfugge allo schema operativo dell'equipe, sfumando in una non meglio precisato spontaneo aiuto solidaristico. Ugualmente esclusa è la possibilità di invocare l'affidamento sull'operato dell'altro ginecologo, avendo entrambi la stessa specializzazione, per cui avrebbe dovuto essere ben in grado di valutare, e se necessario contrastare, l'attività del sanitario. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**Addetto stampa - Maria Antonietta Izza**

**ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584**