

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
14 APRILE 2014

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Agenda settimanale di Camera e Senato. Il Def in Parlamento**

*Il documento di Economia e Finanza 2014 attende il via libera da parte delle Camere entro venerdì prossimo, prima del Consiglio dei Ministri che deve approvare il Dl che contiene le misure attuative dei singoli capitoli. La Commissione Affari Sociali di Montecitorio ha in agenda anche il Dl Lorenzin, la Commissione Sanità del Senato discute sul superamento degli Opg.*

Settimana dedicata al documento di Economia e Finanza 2014 da parte di entrambe le Assemblee. Sia il Senato che la Camera devono concludere l'esame e la discussione del Def per giovedì 17 aprile. Per venerdì 18 è, infatti, previsto il Consiglio dei Ministri che deve approvare il Dl che contiene le misure attuative dei singoli capitoli.

La Commissione Affari Sociali di Montecitorio oltre al Def 2014 porta avanti, in sede referente, l'esame del Decreto legge 36/2014: "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al DPR 309/1990, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale".

La Commissione Igiene e Sanità del Senato invece, oltre al Def 2014, ha in sede referente l'esame dei Ddl su cellule staminali e donazione da cordone ombelicale, i Ddl sull'autismo e il Ddl "Disposizioni urgenti superamento ospedali psichiatrici giudiziari".

#### **Riforma bicameralismo e Titolo V. Il ddl "Renzi-Boschi" inizia l'iter al Senato. Per la sanità stop alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni**

*Al centro della riforma oltre alla trasformazione del Senato in camera non elettiva, c'è anche la revisione del Titolo V. Per la sanità la novità più grossa è il nuovo assetto della governance tra Stato e Regioni. Via la legislazione concorrente e netta divisione delle competenze. IL TESTO DEL DDL e LE SCHEDE DI SINTESI DEL CENTRO STUDI DEL SENATO.*

Porta la firma del Presidente del Consiglio **Matteo Renzi** e del ministro per le Riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento **Maria Elena Boschi** il ddl "Disposizioni per il

*superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte seconda della Costituzione".* Quella che potremmo definire la "riforma di tutte le riforme" al cui esito lo stesso Renzi ha agganciato il destino del suo Governo.

L'inizio dell'esame è previsto per martedì prossimo, 15 aprile presso la Commissione Affari costituzionali del Senato.

**Di seguito le schede di sintesi relative alla riforma del titolo V elaborate dal Servizio Studi del Senato:**

“Il disegno di legge reca, oltre alla riforma del Senato, la riforma del titolo V della Costituzione.

*E' ordine di disposizioni - non applicantesi alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome fino all'adeguamento dei loro Statuti, prevede espressa disposizione transitoria - che incide su plurimi versanti.*

In primo luogo, *scompare la previsione costituzionale delle Province*, quale articolazione territoriale della Repubblica.

Indi scompare, per le Regioni, la previsione (finora mai applicata) di una 'doppia velocità' autonomistica, quale disegnata dall'articolo 116, terzo comma della Costituzione vigente, che fu introdotto dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001.

*Sul versante regionale, soprattutto si incide sul riparto di competenze legislative, oggetto dell'articolo 117.*

*Scompare la legislazione concorrente.*

*La legislazione statale esclusiva si arricchisce di alcune nuove materie e funzioni, restando alle Regioni tutte le materie a quella non riservate.*

Le funzioni delle quali si arricchisce la *competenza statale esclusiva nella enumerazione espressa del novellato articolo 117*, secondo comma, sono:

- coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario;
- norme generali sul procedimento amministrativo e sulla disciplina giuridica del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;
- norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro;
- ordinamento scolastico, istruzione universitaria e programmazione strategica della ricerca scientifica e tecnologica;
- previdenza complementare e integrativa;
- ordinamento degli enti locali, comprese le loro forme associative, e degli "enti di area vasta" (*dei quali ultimi potrebbe così profilarsi indiretta costituzionalizzazione*);
- commercio con l'estero;
- norme generali sulle attività culturali, sul turismo e sull'ordinamento sportivo;
- ordinamento delle professioni intellettuali e della comunicazione;
- norme generali sul governo del territorio e sistema nazionale della protezione civile;
- produzione, trasporto, distribuzione nazionali dell'energia;
- infrastrutture strategiche e grandi reti di trasporto e di navigazione d'interesse nazionale e

relative norme di sicurezza; porti e aeroporti civili, di interesse nazionale e internazionale.

*Dunque parte significativa delle materie di legislazione concorrente 'migra' alla competenza statale, ancorché quest'ultima venga circoscritta in alcuni casi (tra cui viene ad essere ricompresa la disciplina giuridica del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) alla determinazione di "norme generali".*

Peraltro, legge statale (d'iniziativa solo governativa) può intervenire in materia non riservata, se si ponga l'esigenza di garantire l'unità giuridica o economica della Repubblica (e nel rispetto dei principi di leale collaborazione e sussidiarietà, pare doversi ritenere) o di realizzare programmi o riforme economico-sociali di interesse nazionale. E', questa, *una sorta di supremacy clause o di attrazione in sussidiarietà 'verticale' della competenza legislativa: sovviene il riferimento all'articolo 72 della Costituzione tedesca, che legittima la legislazione del Bund per fini di tutela "dell'unità giuridica o dell'unità economica" (la medesima formulazione ora richiamata).*

Ancora, la legge statale disciplina forme di coordinamento tra Stato e Regioni in materia di tutela, oltre che dei beni culturali com'è nell'ordinamento vigente, dei *beni paesaggistici*. La legge statale può delegare l'esercizio della funzione legislativa statale alle Regioni (anche solo alcune tra loro, ed anche per tempo limitato), previa intesa - salvo alcune materie non delegabili, specificamente indicate.

Per l'esercizio della funzione legislativa regionale, dunque loro propria, le Regioni sono chiamate - ai sensi di novello comma introdotto in questo articolo 117 - a salvaguardare "l'interesse regionale alla pianificazione e alla dotazione infrastrutturale del territorio regionale e alla mobilità al suo interno, all'organizzazione in ambito regionale dei servizi alle imprese, dei servizi sociali e sanitari e, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche, dei servizi scolastici, nonché all'istruzione e la formazione professionale".

Si conforma alla ripartizione della competenza legislativa tra Stato e Regioni, la ripartizione della competenza regolamentare. La legge statale può però delegare in una sua materia alle Regioni la potestà regolamentare.

In materia di funzioni amministrative degli enti territoriali, si dispone che esse siano esercitate in modo da assicurare semplificazione, trasparenza, efficienza, responsabilità degli amministratori.

Per quanto concerne ancora gli enti territoriali (Comuni, Città metropolitane, Regioni), è costituzionalizzata la previsione di una loro compartecipazione al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio, secondo quanto disposto con legge dello Stato a fini di coordinamento di finanza pubblica e del sistema tributario.

*Le risorse derivanti dall'autonomia finanziaria, dalla compartecipazione al gettito di tributi erariali, dal fondo perequativo statale, "assicurano" il finanziamento integrale delle funzioni pubbliche attribuite agli enti territoriali (nel testo costituzionale vigente, figura l'espressione "consentono", in luogo di "assicurano")."*

**Allergie. Troppe autodiagnosi sbagliate e così un paziente su due non è soddisfatto della terapia. Ecco i consigli degli allergologi. A colloquio col professor Canonica, neopresidente Siiac**

*Insoddisfazione ed equivoci legati spesso ad autodiagnosi, talvolta effettuata tramite internet. Focus sulla diagnostica molecolare per individuare l'allergene causale.*

*L'importanza in alcuni casi dell'immunoterapia specifica, che deve essere basata su una diagnostica corretta (specialistica). Di questo ed altro parla il neopresidente della Società italiana di allergologia, asma e immunologia*

Un paziente su due non è soddisfatto del trattamento farmacologico. Ma ben 6 su 10 non conoscono l'opportunità dell'immunoterapia specifica, il cosiddetto 'vaccino' antiallergico. Di questo e molto altro si è discusso durante il 4° Congresso Nazionale IFIACI e il 27° Congresso Nazionale della SIAAIC (Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia clinica), a Roma presso l'Ergife Palace Hotel, un evento che ha richiamato oltre 500 specialisti da tutta Italia e che si è chiuso ieri dopo 4 giorni di lavoro. Tra i temi principali, l'importanza di una diagnosi e terapia corretta, anche per evitare l'eventualità che l'allergia possa evolvere, l'inadeguatezza frequente dell'informazione su internet, l'opportunità in determinati casi dell'immunoterapia specifica, conosciuta solo da 4 pazienti su 10, e l'aumento nei prossimi anni dei casi di allergia. Un focus particolare su rinite allergica, asma bronchiale, allergie alimentari e professionali.

Tra i principali interventi del Congresso, quello del Prof. **Giorgio W. Canonica**, Neopresidente SIAAIC e Primario Clinica di Malattie Respiratorie nell'Università di Genova e quello del Prof. **Massimo Triggiani**, Presidente uscente SIAAIC e docente di Allergologia e immunologia clinica presso l'Università di Salerno.

Soltanto il 20% della popolazione soffre realmente di allergia, anche se il 30% crede di essere allergico. Ma a cosa è dovuto questo equivoco? "Soprattutto al fatto che i pazienti non effettuano una diagnostica corretta e all'automedicazione, scelta anche in base alle informazioni fornite dalla rete internet, talvolta non esatte", ha spiegato nell'intervista al nostro giornale il Prof. **Giorgio W. Canonica**, Neopresidente SIAAIC e Primario Clinica di Malattie Respiratorie nell'Università di Genova. "Tra l'altro si deve rimarcare che se la patologia non viene curata correttamente dall'inizio, l'allergia, che è una malattia infiammatoria, può andare avanti creando problemi, con la cronicizzazione; inoltre la malattia può evolvere, ad esempio la rinite allergica evolve verso l'asma. Una diagnosi corretta significa anche una terapia corretta".

Riguardo all'immunoterapia specifica, "il 'vaccino' antiallergico, senza un'accurata diagnostica, effettuata dallo specialista, non può essere prescritto. È necessaria, infatti, una precisa valutazione dell'allergene causale: in tal senso, come evidenziato durante il Congresso, risulta sempre più importante la **diagnostica molecolare** (che va ad indagare i singoli pezzi di molecola)", prosegue Canonica. "Oggi, abbiamo a disposizione strumenti molto più precisi per la definizione della diagnosi del paziente, questo tipo di analisi può svelare cross reazioni tra allergene inalante e cibo, tali da identificare qual è il vero allergene causale: infatti, dato che i pazienti sono 'polisensibilizzati', cioè hanno diverse sensibilità, in questo modo siamo in grado di selezionare al meglio qual è l'allergene che causa il disturbo, scartando gli elementi ininfluenti (questi ultimi elementi risultano positivi al test cutaneo perché hanno una componente che dà la reazione). Abbiamo delineato delle linee guida mondiali rispetto alle indicazioni, alla determinazione e all'interpretazione della diagnostica molecolare relativa alle allergie. Il documento è pubblicato\* sul *World Allergy Organisation Journal* ed è stato illustrato durante il Congresso dal Professor Ignacio J. Ansotegui, coautore della pubblicazione".

**Ma quali sono i principali allergeni nel nostro paese?**

“Essi variano non solo a seconda del paese, ma anche a seconda delle regioni. Tra i principali allergeni inalatori, l’acaro, diffuso ovunque, la parietaria, prevalente sulle coste (ad esempio Campania, Sicilia, Liguria, meno presente nelle regioni interne), le graminacee, piuttosto diffuse e l’olivo, presente in alcune zone. Gli allergeni emergenti sono il cipresso, l’ambrosia e la betulla”, illustra Canonica. “Tra le altre allergie, quella all’alternaria, un tipo di muffa, in aumento. Tale aumento è anche dovuto al cambiamento dello stile di vita: l’aria condizionata insieme ai moderni infissi, più efficienti nel sigillare le abitazioni, rendono talvolta l’ambiente più chiuso, creando un microclima particolare. L’ambiente in cui si vive è molto più ‘confinato’ di prima e i bambini spesso trascorrono gran parte del loro tempo giocando in casa”.

In generale, "le allergie alimentari sono più rare, ma possono avere delle manifestazioni più impattanti ed improvvise, come le anafilassi: se ci sono dei prodromi, queste allergie devono essere attentamente indagate". Le allergie alimentari dipendono anche dall’età: “nei bambini sono più frequenti allergie al latte e all’uovo, nell’adulto le più diffuse sono quelle al gruppo delle arachidi, noci, nocciole ecc.”, prosegue il Professore, “tra le allergie professionali c’è ad esempio quella al latex, oppure quella alle farine: su di esse si può agire anche con la prevenzione”.

Ma al di là di tutto, come rimarca il Prof. Canonica, il punto fondamentale riguarda una diagnostica corretta come strumento principale per la terapia più adeguata.

### **Ecco i 3 consigli degli allergologi**

- 1.fondamentale avere una diagnosi precisa, per sapere quale allergene incida principalmente sul proprio stato di salute, per ridurlo o evitarlo quando possibile;
- 2.una prescrizione farmacologica adeguata;
- 3.un’educazione del paziente, per spiegargli qual è il disturbo, da cosa è causato, come può essere trattato, e perché segua attentamente la cura prescritta. Spesso, infatti, chi si lamenta della scarsa efficacia dei farmaci non ha seguito con la dovuta attenzione la prescrizione e i tempi della stessa.

\* Giorgio W. Canonica et. al, *A WAO - ARIA - GA<sup>2</sup>LEN consensus document on molecular-based allergy diagnostics*, *World Allergy Organisation Journal*, 2013 Oct 3;6(1):17. doi: 10.1186/1939-4551-6-17.

## **DOCTORNEWS33**

### **Ecm, Conte: certificazione delle competenze per il salto di qualità**

«Il problema della valutazione qualitativa degli eventi Ecm e dell’apprendimento esiste». Così **Luigi Conte**, coordinatore dell’Ufficio nazionale per l’Ecm di Fnomceo, commenta il dato evidenziato dal rapporto Isfol-ministero della welfare sulla formazione continua relativo al 2013. Secondo il rapporto emerge chiaramente come, se anche ci fosse un’effettiva preparazione dei lavoratori, il nodo risiede nella certificazione delle competenze. «Il problema» spiega Conte «riguarda in particolare gli eventi residenziali con un gran numero di partecipanti che sono quelli con un minor impatto sulla qualità dell’apprendimento». Ma il triennio in arrivo per la formazione continua dovrebbe essere

quello del salto di qualità. «Sulla certificazione» conferma il segretario generale Fnomceo «nel triennio appena concluso la valutazione è stata eminentemente quantitativa. Nel nuovo triennio 2014-2017 ciascun professionista deve creare la valutazione in base ad autovalutazione dei fabbisogni formativi e in rapporto alla disciplina esercitata». Si tratta della costruzione del dossier formativo che permette a tutti i professionisti della sanità di avere una programmazione nel tempo dell'attività formativa. L'idea è quella di fornire un'offerta formativa più mirata. «Sono previsti obiettivi tecnico-professionali, di processo e di sistema. Indubbiamente» sottolinea Conte una valutazione qualitativamente più cogente. Se fino a ora l'obiettivo primario, peraltro ampiamente soddisfatto, era quello di far rispettare l'obbligo di formazione ora dovrebbe esserci un passaggio qualitativo».

## **Fimmg vs Sisac, duello di piattaforme nella trattativa per convenzione**

La riforma della medicina territoriale delle regioni contro quella chiesta dai medici: il duello tra piattaforme negoziali è sullo sfondo del primo giorno di trattative tra la Sisac e i sindacati di medici di famiglia, specialisti ambulatoriali e pediatri. Venerdì scorso i contractor della Struttura interregionale per le convenzioni hanno incontrato insieme le sigle di tutte le categorie. Sarebbero arrivati tre tipi di richieste: i sindacati piccoli hanno chiesto di allargare le rappresentanze, i pediatri Fimp e gli specialisti Sumai hanno chiesto tavoli separati per le loro aree, i medici di base Fimmg hanno chiesto un tavolo separato rispetto alle altre sigle della medicina generale. «La controparte ha dato risposte interlocutorie dicendo che ci vorrà almeno un altro incontro collettivo per discutere di queste cose e coordinare il tabellino di marcia dei colloqui successivi», dice **Maria Paola Volponi** rappresentante dei mmg del sindacato Smi. «A noi – continua Volponi - pare strano che proprio di fronte alla sfida epocale di coordinare tutte le figure professionali del territorio qualcuno, cioè Fimmg, voglia dividere i tavoli. Così come li costruiamo i rapporti?» **Angelo Testa** presidente Snam sta intanto preparando la piattaforma negoziale del suo sindacato. «L'elaborato è all'approvazione del nostro Comitato centrale, e contiene sostanziali integrazioni al testo Sisac, che renderemo note nelle prossime ore». Chi ha scritto un documento ex novo è la Fimmg. In sintesi, se per Sisac i medici devono aderire alle nuove forme associative nella forma predisposta dall'istituzione locale, accettare la redistribuzione delle indennità fin qui percepite (per gruppo collaboratori e infermieri) sulle nuove aggregazioni, “digerire” un peso preponderante delle regioni nella definizione dello stipendio e nuove regole sui distacchi sindacali, Fimmg chiede l'applicazione del decreto Balduzzi, e pur accettando zero aumenti sulla massa salariale complessiva, non intende rinunciare alle indennità «in maniera precostituita e al solo scopo di sottrarle alla negoziazione». Fimmg chiede poi di predefinire ruolo giuridico e contrattuale del medico, tripartire ora lo stipendio in quota nazionale (clinica) regionale (per prestazione/obiettivi) e copertura dei fattori produttivi, e avviare sollecitamente il “ruolo unico” per far convivere nelle aggregazioni mmg di estrazione mista: scelte, ore e scelte più ore. Chiede inoltre per i convenzionati la prelazione rispetto agli ospedalieri nell'entrare nelle nuove aggregazioni. Intanto, ha realizzato un volantino per informare i cittadini sull'avvio delle trattative per il rinnovo della Convenzione, invitando gli iscritti ad esporlo nelle sale d'attesa dei propri studi. Titolo: «ci tieni a conservare il diritto di scegliere il tuo medico di famiglia?».

## **Cimo, basta tagli agli stipendi dei medici**

La retribuzione dei Medici del Ssn non può subire ulteriori tagli e a fronte di provvedimenti di ulteriori blocchi e prelievi Cimo si coordinerà con le altre OO.SS. Medica per attuare iniziative sindacali anche superando vecchie forme di lotta che si sono rivelati inefficaci. Così il sindacato dei medici ospedalieri in una nota conferma la determinazione a difendere gli stipendi dei medici. «I Medici hanno già dato molto e non sono disposti a dare altro» continua la nota: «Il trattamento economico della categoria è bloccato da diversi anni, nonostante un peggioramento delle condizioni di lavoro e di un aumento dell'impegno richiesto per sopperire alle carenze organiche. Ci appelliamo, quindi, al Presidente Renzi» conclude Cimo «perché si convinca che in Sanità un cambio di strategia e un maggiore coinvolgimento dei professionisti porterà risparmi che saranno certamente maggiori degli iniqui tagli ma, soprattutto, porterà a un miglioramento dei servizi erogati ai cittadini».

## **DIRITTO SANITARIO Mmg: false prescrizioni e abuso status professionale**

### **Il fatto**

Applicata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per la durata di tre mesi a carico del medico convenzionato incolpato di aver rilasciato prescrizioni relative a farmaci di cui alla tabella 4 del DPR 309/90 all'insaputa dei pazienti cui erano intestate, per farne uso personale.

La Cceps ha accolto il ricorso proposto dal sanitario contro il provvedimento dell'Ordine di appartenenza, ritenendosi erronea la pronuncia disciplinare fondata su un'ordinanza cautelare del GIP in realtà priva di qualsivoglia accertamento del fatto avendo l'imputato subito, in sede penale, unicamente un rinvio a giudizio.

### **Profili giuridici**

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso proposto dall'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri. Il provvedimento sanzionatorio a carico del medico non si basava infatti soltanto sull'ordinanza del GIP, ma anche sull'ammissione dei fatti contestati e cioè di aver fatto uso di sostanze stupefacenti e di aver abusato dello status professionale redigendo false prescrizioni a nome di suoi pazienti per procurarsi e consumare i farmaci.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Gastroenterologia «a secco» Dal primo censimento targato Aigo la fotografia di una disciplina sottodimensionata Appena 34 posti letto per milione di abitanti: dovrebbero essere 370**

Se la cura delle malattie digestive è più efficiente ed efficace quando viene affidata al gastroenterologo, quali ragioni impediscono che una maggiore proporzione di italiani che ne sono affetti riceva questa cura? Il primo Libro bianco della gastroenterologia italiana dimostra che solo il 9% dei pazienti con queste patologie è ricoverato nelle unità

specialistiche di gastroenterologia, mentre il resto dei pazienti è assegnato ad altri reparti non specialistici (soprattutto medicina interna e chirurgia).

Non si tratta di un rilievo puramente amministrativo: l'appropriatezza clinica dei ricoveri, il case-mix, la durata media del ricovero, gli esiti del trattamento, in particolare la mortalità in ospedale per patologie digestive con presentazione urgente, hanno cifre sostanzialmente migliori in unità di gastroenterologia che in reparti non specializzati.

La spiegazione più logica che si può individuare per questa situazione è l'inadeguatezza delle risorse umane e strutturali oggi a disposizione. Una condizione di affanno ulteriormente minacciata dalla attuale riduzione dei finanziamenti all'assistenza sanitaria, con misure del Governo italiano che mirano fundamentalmente a tagli lineari su beni e servizi.

Se finora sono mancati a supporto di questa tesi dati precisi sulle risorse umane e strutturali nazionali per la gastroenterologia, ora per la prima volta un'analisi condotta dall'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo), con la Direzione generale del ministero della Salute, offre una fotografia della situazione in ogni Regione d'Italia.

I numeri rilevati, sia nel dettaglio delle singole Regioni, sia a livello complessivo - 174 unità operative di gastroenterologia con 2.062 posti letto totali e soli 34 posti letto per milione di abitanti in Italia per l'assistenza specializzata alle malattie digestive - sono nettamente inferiori a quanto suggerito dalla letteratura medica e dalle raccomandazioni del Libro bianco della gastroenterologia italiana.

L'Ssn italiano mira a una cifra di 3,7 letti per acuti ogni 1.000 abitanti; poiché i ricoveri per malattie dell'apparato digerente corrispondono a circa il 10% di tutti i ricoveri, si dovrebbe prevedere una cifra di 0,37 posti letto in gastroenterologia ogni 1.000 abitanti, pari a 370 ogni milione. Tuttavia, questo primo censimento della gastroenterologia italiana ha fornito un dato ben dieci volte inferiore a quello previsto (34 letti ogni milione).

Si tratta di un dato molto significativo che sottolinea l'importanza del lavoro svolto nel 2013 da Aigo attraverso un protocollo d'intesa con il ministero della Salute. I dati nazionali riguardanti tutte le strutture che forniscono cure gastroenterologiche sia in ospedali pubblici o privati con accreditamento Ssn, infatti, sono stati messi a disposizione dal ministero della Salute - Direzione generale della Programmazione sanitaria e Direzione generale del Sistema informativo e statistico sanitario.

Inoltre, i dati dell'analisi rivelano una grande variabilità regionale che non può essere giustificata da diversi profili epidemiologici o sociali. In realtà questa variabilità, che si verifica anche in altri contesti sanitari, rivela ancora una volta le differenze sistematiche e strutturali tra le diverse implementazioni del Ssn su base regionale, su cui il Governo centrale deve meditare. Si noti anche che l'uso del ricovero in regime diurno differisce notevolmente tra le Regioni; anche questo risultato è riconducibile alle diverse pianificazioni regionali dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

Anche la cifra di 1.425 gastroenterologi forniti dall'indagine Aigo è nettamente inadeguata a

soddisfare le esigenze di assistenza sanitaria specializzata per le malattie digestive. Secondo il Libro bianco, sarebbero necessari 1.224 gastroenterologi solo per provvedere all'attività attuale per l'endoscopia digestiva. Un altro punto fondamentale della pianificazione dell'assistenza sanitaria è l'organizzazione della rete dell'emergenza, che dovrebbe costituire il riferimento per dimensionare quantitativamente le unità operative e gli ospedali per costituire le reti tempo-dipendenti. La legge 135/2012 prevede un Dipartimento di emergenza e accettazione (Dea) di secondo livello per 900.000 abitanti e uno di primo livello ogni 225.000 abitanti.

Considerando l'esito clinico significativamente migliore della cura specializzata delle patologie gastroenterologiche con presentazione urgente (mortalità intraospedaliera del 2% contro il 5% in unità non specializzate), il Libro bianco suggerisce che un'unità di gastroenterologia dovrebbe essere associata a ogni Dea. Sebbene i dati dell'analisi Aigo-ministero della Salute mostrino la coesistenza di un Dea con quasi ogni unità di gastroenterologia, deve essere sottolineato l'enorme divario tra il numero complessivo (174) delle unità di gastroenterologia e il numero complessivo di 351 Dea attivi in Italia (fonte: Annuario statistico Ssn, 2010).

Questo primo censimento italiano della gastroenterologia non è, tuttavia, funzionale solo al suo ambito specifico: dimostra, infatti che la collaborazione tra tecnici e decisori pubblici può costituire un modello operativo efficace perché ha permesso finalmente di raccogliere informazioni necessarie per un'adeguata pianificazione delle cure specialistiche per le patologie digestive. Le carenze evidenziate dall'analisi Aigo-Ministero della Salute dovrebbero costituire un punto di riferimento imprescindibile per una pianificazione che punti all'efficacia e all'efficienza dell'assistenza di queste malattie all'interno dei Servizi sanitari nazionale e regionali.

Elisabetta Buscarini

coordinatrice censimento gastroenterologia italiana dell'Aigo

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584