

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
15 MAGGIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **ALA' DEI SARDI Picchia una donna, medico denunciato L'episodio è accaduto il 3 maggio: il sanitario indispettito per le proteste dopo le mancate cure a due turisti**

Un sanitario in servizio alla guardia medica di Alà dei Sardi, A.G.R., 44 anni originario di Bitti, è stato denunciato per lesioni dai carabinieri che stanno concludendo una attività cominciata dieci giorni fa, dopo un grave episodio che si è verificato davanti all'ambulatorio del paese. Il medico è accusato di avere colpito con uno schiaffo e con un pugno una donna che aveva protestato per il ritardo nell'intervento di soccorso nei confronti di due turisti tedeschi rimasti feriti dopo un incidente in moto accaduto nella zona. La donna ha presentato formale denuncia ai carabinieri che, tra l'altro, erano intervenuti proprio in quel frangente dopo le proteste di diversi residenti che avevano lamentato il fatto che l'ambulatorio della guardia medica - nonostante il turno attivo - fosse chiuso e nessuno rispondeva alle chiamate. Il fatto. L'episodio risale al pomeriggio del 3 maggio. Una coppia di motociclisti tedeschi, dopo una caduta in moto si era fermata ad Alà dei Sardi e aveva chiesto indicazioni per poter usufruire dell'assistenza di un medico. I turisti erano stati indirizzati all'ambulatorio della guardia medica. Porta chiusa. Nessuno aveva risposto alla chiamata, la porta era rimasta chiusa - secondo quanto confermato da diversi testimoni - e neppure il supporto di diversi residenti, che si erano avvicinati per dare una mano ai due feriti, aveva prodotto risultati. I carabinieri. Qualcuno aveva chiesto l'intervento dei carabinieri, perché praticamente da più di mezzogiorno nessuno rispondeva al citofono della guardia medica. Solo in quel momento il medico di turno aveva aperto la porta e si era giustificato: «Non ho sentito niente, scusate». I militari, quindi, erano andati via ritenendo conclusa la vicenda. La protesta. Tra le persone presenti davanti all'ambulatorio della guardia medica, c'era anche una donna che avrebbe chiesto spiegazioni ulteriori sull'interruzione del servizio, segnalando che anche in altre occasioni si erano verificati problemi analoghi. La reazione. A quel punto sarebbero accaduti dei fatti che sono oggetto delle indagini dei carabinieri. Il medico, infatti, avrebbe reagito in malo modo alle richieste di chiarimenti e avrebbe colpito con uno schiaffo e un pugno la donna, mandandola a terra. Ne era nata una rissa che avrebbe rischiato anche di degenerare se non ci fosse stato nuovamente l'intervento dei carabinieri e degli operatori dell'ambulanza che avevano anche trasportato i feriti al pronto soccorso. Le indagini. Da quel momento si sono sviluppate le indagini dei carabinieri che hanno raccolto le testimonianze delle persone presenti ai fatti. La donna ferita, dopo essere stata medicata, ha deciso di presentare la denuncia. Così il medico è finito indagato per lesioni aggravate. Inchiesta interna. Anche l'Asl avrebbe avviato una indagine per chiarire tutti gli aspetti della vicenda e accertare le responsabilità da parte del medico di turno il 3 maggio alla guardia medica di Alà dei Sardi. Nei prossimi giorni si conosceranno i risultati delle verifiche compiute. Pare che al cambio del turno il

medico non avesse segnalato alla collega quanto accaduto in precedenza.

## L'UNIONE SARDA

### ALGHERO **Sanità si cambia**

«Rafforzare la presenza degli specialisti ambulatoriali nel territorio per garantire un servizio migliore, ridurre la spesa pubblica e abbattere il numero dei ricoveri e degli accessi ai reparti di pronto soccorso». È la missione del Sumai-Assoprof, il sindacato degli specialisti ambulatoriali, cui in Italia e in Sardegna aderisce quasi il 90 per cento dei professionisti della sanità che lavorano nei poliambulatori. Il ruolo della specialistica ambulatoriale nell'organizzazione della sanità territoriale è il tema cui il Sumai dedicherà il proprio congresso regionale, in programma domani all'hotel Calabona di Alghero. I lavori, inizieranno alle 8.30.

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Management Asl. La "rivoluzione" di Lorenzin. "Un albo professionale per i DG. Più meritocrazia, obiettivi veri e stipendi adeguati"**

*Ma non basta: "Dobbiamo portare la scelta dei direttori sanitari e dei primari fuori dalla politica. Serve più meritocrazia e un metodo di selezione in cui si applicano merito e capacità di gestione". Quindi sì ad "un albo professionale per i Dg, che però devono avere degli obiettivi veri, non falsati come avviene spesso oggi". Così la ministra della Salute ieri alla Cattolica.*

L'agenda di incontri di ieri mattina della ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, prevedeva per oggi, tra gli altri, anche una *'lectio magistralis'* con consegna dei diplomi post laurea agli studenti dell'Alta Scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica di Roma. La ministra ha parlato a braccio, toccando diversi temi spaziando dalla mancanza di programmazione in sanità, alla necessità che il sistema sia meno "farraginoso" perché ha detto "si fanno troppi passaggi e quando alcuni provvedimenti in discussione in conferenza Stato-Regioni si applicano sono già vecchi, e non più al passo con i tempi", poi ha parlato della necessità di riformare il modello "io ho chiesto alle regioni, prima che sia attiva la riforma del Titolo V, di cedere una parte della loro sovranità".

**La ministra non ha voluto fare accenno a quanto finora emerso nell'inchiesta su Expo 2015**, anche se "è argomento di stretta attualità – ha spiegato – io vorrei uscirne". Ma in ogni caso la parte centrale del suo intervento è stata focalizzata sui manager in sanità. "Noi abbiamo un deficit di programmazione sanitaria - ha affermato il ministro - e un sistema di norme che frena effetti, buona programmazione e soprattutto abbiamo un sistema di arruolamento totalmente falsato. Dobbiamo portare la scelta dei direttori sanitari e dei primari fuori dalla politica. Serve più meritocrazia e un metodo di selezione in cui si

applicano merito e capacità di gestione. Io sono favorevole all'istituzione di un albo professionale per i direttori generali, ma anche a dare degli obiettivi veri, non falsati come avviene spesso oggi".

“Tutto ciò che è scientifico – ha aggiunto nel corso della sua *lectio magistralis* la ministra - deve essere fuori dalla politica, serve un salto culturale di tutti con più meritocrazia nella scelta dei primari e dei direttori generali”.

**Meritocrazia dunque perché “non è detto che un bravissimo medico sia bravo a fare il direttore sanitario.** I manager del settore sanitario - ha continuato Lorenzin - gestiranno un comparto che sarà sempre più importante nel nostro Paese e abbiamo quindi bisogno dei migliori, ma veramente dei migliori”. I migliori però devono anche essere stimolati e, come nel privato, occorre “introdurre dei premi per il raggiungimento degli obiettivi perché un manager è un manager e va trattato in quanto tale”. E dunque occorre tener presente che ai migliori deve esser riconosciuta “una remunerazione all'altezza del ruolo, altrimenti rimarranno nel privato”.

Poi la ministra ha parlato delle riforme, lamentando che il sistema è troppo lento e farraginoso. “Alcuni dei provvedimenti in discussione in conferenza Stato-Regioni sono già vecchi, e quando entreranno in azione non saranno più al passo con i tempi”. Secondo Lorenzin “Molte misure che giacciono in conferenza Stato-Regioni, che sono lì da anni, sono già vecchie rispetto ai cambiamenti e ai processi che sono avvenuti sui territori. Dobbiamo trovare un modo non solo per legiferare in maniera più veloce ma anche per attuare le norme più velocemente, e quando ci sono delle situazioni di criticità riuscire anche a cambiarli, essere più elastici e flessibili”.

**Per questo secondo la Lorenzin non si può aspettare la riforma del Titolo V della Costituzione** per agire in campo sanitario, ricordando in proposito di aver “chiesto alle regioni, prima che sia attiva la riforma, di cedere una parte della loro sovranità”. Insomma in questo momento ognuno deve fare la propria parte “per creare un sistema efficiente di valutazione e controllo che non può aspettare la riforma costituzionale”.

In più Lorenzin ha ribadito che come “fino ad oggi la politica sanitaria è stata gestita dal ministero dell'Economia, ma dobbiamo riportarla ai manager della salute, perché – spiegato tra gli applausi – un ragioniere non può occuparsi della salute pubblica. Le tabelle che riguardano la rete della riorganizzazione territoriale spesso non funzionano perché non sono realistiche”. Nel pianificare, è l'invito di Lorenzin, specie in sanità “occorre tener presente di tutto perché la sanità è in interconnessione con tutto. E le scelte che si fanno non possono prescindere da questo”. E ai futuri manager presenti nell'Aula della Cattolica ha lanciato un monito “quando dovrete gestire la politica farmaceutica nelle vostre regioni dovrete considerare le ricadute che le vostre scelte avranno sul vostro territorio”.

Il problema sono i soldi che mancano “per questo occorre risparmiare e reinvestire. In modo da spingere sui margini di efficientamento che ancora abbiamo”.

**Per Lorenzin “possiamo costruire una nuova stagione.** Però lo dobbiamo volere tutti e dobbiamo crederci tutti. E tutti dobbiamo fare un passo in avanti”. In veste di ministra ha detto di aspettarsi “da voi un grandissimo impegno perché voi gestirete il bene comune più importante che ci sia: quello della salute delle persone”. E in conclusione ha salutato i nuovi manager augurando loro “buon lavoro, perché nelle vostre mani ci sarà molta della nostra

vita”.

## **Manager sanità. Federsanità sostiene Lorenzin: "Necessario un Albo nazionale"**

*Scuola di formazione nazionale, valutazione a livello centrale, criteri rigidi di selezione sono le priorità da cui partire per tutelare i percorsi professionali del management aziendale. Queste le tre priorità elencate dal presidente Angelo Lino Del Favero, secondo il quale: "E' necessaria una svolta meritocratica".*

Federsanità Anci esprime una sostanziale condivisione rispetto a [quanto dichiarato dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), in merito alla necessità di creare un albo nazionale per la selezione dei manager della sanità. “La svolta meritocratica è essenziale però – ha spiegato il Presidente **Angelo Lino Del Favero** – la creazione di un Albo Nazionale non può prescindere da tre priorità sostanziali. La prima è quella della creazione di una Scuola di formazione manageriale per offrire la possibilità di una preparazione ad alto livello per il vertice apicale della sanità, quindi Direttori generali, amministrativi e sanitari. Poi deve esserci una valutazione centrale congiunta tra Stato e Regioni e, infine, l’introduzione di criteri selettivi rigidi, attentissimi alla professionalità, seri e uniformi su scala nazionale. Non per ultimo – ha sottolineato Del Favero – va introdotto un trattamento economico di base uguale per tutto il Paese con sistemi premianti che ogni Regione deciderà in base ad obiettivi che devono essere definiti, dettagliati e verificati”.

Da tempo i Direttori generali auspicano l’introduzione di uno strumento di questo tipo a tutela del proprio percorso professionale, che possa anche garantire la valutazione dell’operato al termine e durante il mandato. “Questo – ha sottolineato con forza Del Favero - presuppone la messa a punto di un metodo di valutazione – scientificamente validato - con criteri legati agli obiettivi assegnati contrattualmente al manager per evitare situazioni ambigue in cui la mancata conferma di un manager non specifica se questo non abbia assolto agli obiettivi assegnati o se, piuttosto, per la fase successiva sia necessario un profilo con competenze diverse”.

## **Pericolo MERS: attenzione ai viaggi in Medio Oriente. Riunione d'emergenza all'Oms**

*E' una malattia respiratoria virale causata da un coronavirus che può essere mortale in oltre un caso su 4. Negli ultimi due mesi l’OMS ha registrato piccoli focolai epidemici negli Emirati Arabi e in Arabia Saudita. Ma dal 2012 nuovi casi sono segnalati in tutto il mondo, anche in Italia. In corso in queste ore a Ginevra una riunione dell’OMS per definire se la malattia configuri un’emergenza di salute pubblica internazionale*

Si chiama MERS (*Middle East respiratory syndrome*) ed è una grave patologia respiratoria acuta causata da un ceppo di coronavirus, isolato per la prima volta in Arabia Saudita nel 2012. L’attenzione di tutto il mondo, compresa quella dell’OMS, che sta tenendo in queste ore una riunione straordinaria sul tema, si sta appuntando su questo virus, che negli ultimi due mesi ha fatto registrare oltre 300 casi e una sessantina di decessi. La malattia sta acquisendo i caratteri di una piccola epidemia, in particolare in Arabia Saudita e negli Emirati. Sempre da marzo sono inoltre in aumento i casi acquisiti da fonti non umane; tra i principali ‘sospettati’, i cammelli, anche se non sono ancora chiare le modalità di

trasmissione diretta o indiretta.

Dalla fine di marzo, l'Arabia Saudita ha segnalato 290 nuovi casi, il 60% dei quali potrebbero aver contratto l'infezione in ospedale (tra questi 39 operatori sanitari, il 15% dei quali hanno presentato una sindrome respiratoria di gravità tale da dover essere ricoverati in rianimazione o sono deceduti). Le autorità sanitarie del Paese hanno dunque screenato i familiari di questi pazienti; 554 di loro sono risultati positivi alla PCR per MERS-CoV (tasso di attacco secondario: 1,3%). Altri 35 casi sono stati registrati a La Mecca, 86 a Riyadh e un'altra trentina in piccole città. Una piccola epidemia ospedaliera è stata di recente registrata anche ad Abu Dhabi; 2 casi su tre sono operatori sanitari, compresi alcuni ambulanziere.

Dal momento della sua scoperta nel 2012, sono stati registrati 536 casi di MERS-CoV confermati da analisi di laboratorio e 145 di questi sono risultati mortali. Casi di MERS sono stati segnalati in tutto il mondo e, più in particolare, in Medio Oriente (Giordania, Kuwait, Oman, Qatar, Arabia Saudita, Emirati Arabi e Yemen), in Africa (Egitto e Tunisia), in Europa (Francia, Germania, Grecia, Italia e Gran Bretagna), in Asia (Malesia, Filippine) e più di recente in Nord America (USA), ma tutti sembrano aver contratto la malattia durante un recente viaggio nei Paesi medio-orientali.

**Il 65,5% dei casi sono maschi di età media 49 anni.** Proprio oggi si sta tenendo a Ginevra un *meeting* convocato d'urgenza per discutere se l'attuale epidemia medio-orientale debba essere considerata un'emergenza di salute pubblica internazionale. I risultati di questo incontro sono attesi per domani. Il prossimo giugno l'OMS terrà a Lione un *meeting* di esperti per mettere a punto delle raccomandazioni sui test di laboratorio da utilizzare per la MERS-CoV. Intanto, lo scorso 28 aprile, la stessa OMS ha pubblicato delle linee guida per la prevenzione delle infezioni e il controllo delle infezioni respiratorie acute a rischio di epidemia/pandemia. Gli esperti di Ginevra invitano dunque ad applicare queste raccomandazioni anche alla MERS-CoV.

**Sulla base dei dati attualmente disponibili, l'OMS invita gli Stati Membri a continuare la sorveglianza** sulle infezioni respiratorie acute gravi (SARI, *severe acute respiratory infections*) e a tenere sotto stretto controllo ogni quadro anomalo. Gli ospedali che ricoverano casi di MERS-CoV sono inoltre incoraggiati a mettere in atto tutte le misure per ridurre il rischio di trasmissione da un paziente ad altri pazienti, operatori sanitari, visitatori. L'OMS invita anche a 'rinfrescare' le nozioni di controllo e prevenzione delle infezioni a tutti gli operatori sanitari: isolamento da contatto, protezione degli occhi, ecc.

Qualunque paziente, proveniente dal Medio Oriente si presenti in ospedale con sintomi di una SARI dovrebbe essere sottoposto al test per MERS-CoV e andrebbe ricercata attentamente la possibile fonte di contagio.

La malattia si presenta con febbre, tosse e dispnea ingravescente; la polmonite, può evolvere rapidamente in insufficienza respiratoria acuta, tale da richiedere il ricovero in rianimazione e l'intubazione. Possono essere presenti anche sintomi gastro-intestinali con diarrea. Alcuni pazienti presentano anche insufficienza renale acuta e shock settico. Il 27% di quanti hanno contratto finora infezione sono morti; a particolare rischio di esito infausto sono gli anziani, gli immunodepressi e i pazienti affetti da patologie croniche (diabete, cancro, pneumopatia cronica).

## **Convenzione medicina generale. Cgil Medici bocchia proposta Sisac: "Dov'è finita l'H24?"**

*Ma non solo. Al sindacato la proposta della Sisac non piace proprio. Anche perchè è sparito il distretto e l'atteso ruolo unico per il MMG risulta annacquato e di fatto rinviato. Al contrario serve una riforma "radicale e coraggiosa". E "le risorse ci sono. Altro che rinnovo a costo zero". Ecco le controproposte della Cgil.*

Non piace alla Fp Cgil Medici la [bozza della Sisac](#) per il rinnovo delle convenzioni della medicina generale. In particolare tre, per il sindacato, i punti critici: “la scomparsa del distretto, come riferimento centrale nella organizzazione delle cure primarie; “la mancata previsione dell'assistenza h 24 per 7 giorni a settimana, che era il pilastro fondamentale della riforma Balduzzi e il motivo principale per cui si richiedeva il rinnovo delle convenzioni; il sostanziale annacquamento e rinvio del ruolo unico e quindi il mancato superamento della antistorica figura del medico di guardia medica”.

Per questo la Fp-Cgil Medici ha elaborato una serie di controproposte in vista del nuovo incontro fissato per il 15 maggio. In particolare, il sindacato chiede alla Sisac “una riforma radicale e coraggiosa delle cure primarie e dell'assistenza territoriale, sulla base di un progetto riformatore nazionale unitario. Si ritiene pertanto che il rinnovo delle convenzioni debba avvenire nel contesto del Patto per la salute che le Regioni si sono impegnate a concludere entro maggio”.

Per la Fp Cgil Medici, inoltre, “le cure primarie sono il terreno migliore per investire parte delle risorse ricavate dal taglio degli sprechi che le Regioni si sono impegnate a recuperare. Le risorse ci sono, è quindi inaccettabile e senza senso, un rinnovo a costo zero. E non è plausibile considerare le convenzioni nazionali solo come fonte di ulteriori e diversificati vincoli per i medici. E pensare ad una sostanziale delega normativa, fuori controllo, all'ipertrofica autonomia regionale, con disparità di trattamento per i medici. In questo modo si complicano ulteriormente le già compromesse condizioni di lavoro dei medici con negative ripercussioni sull'assistenza ai cittadini”.

Queste, in particolare, le proposte avanzate quindi dalla Fp Cgil Medici:

- mettere il distretto al centro della organizzazione delle cure primarie con la strutturazione di centri aperti h24 per 7 giorni a settimana sul modello delle “Case della Salute” e completa informatizzazione del sistema.
- Definire le forme organizzative complesse (AFT-UCCP) nel distretto ed omogeneamente sul territorio nazionale. Nessuna forma di privatizzazione delle cure primarie.
- Abolizione della figura del medico guardia medica, con riconoscimento a questi medici di pari dignità e pari diritti dei medici di assistenza primaria, visto che hanno gli stessi titoli.
- Massimale dei medici di famiglia a mille assistiti e redistribuzione di ruoli, funzioni ed attività sulla base del modello organizzativo.
- Ambiti di scelta omogenei ai servizi territoriali distrettuali, con completa integrazione tra le figure professionali ed i servizi.

- Dipendenza per tutti i medici dell'emergenza.

“Quindi nessun rinnovo a costo zero- conclude **Nicola Preiti**, Coordinatore Nazionale Medicina Generale della FP-Cgil Medici - visto che l'esigenza riformatrice esiste e anche le risorse dovranno saltar fuori, a partire dalla stessa spending review”.

## **La complessità in medicina è un fatto. Ma come possiamo gestirla? di Ivan Cavicchi**

*Le Facoltà di medicina continuano a sfornare, nonostante la complessità, “medici semplici” cioè formati ancora al nozionismo e al riduzionismo biomedico della tabella 18. Ma la via non è comunque quella di immaginare un “super manager” oppure di concentrarsi solo sugli aspetti economici od organizzativi della complessità*

A giudicare dai congressi medici e da alcune proposte in circolazione colpisce come l'idea di “*complessità clinica*” tenda a coniugarsi con quella di “*gestione*” della cura:

- Fadoi ha proposto di istituire dei super manager della “*complessità clinica*”(QS 10 maggio)
- Cipomo si appresta a discutere di *complessità oncologica* e *disostenibilità* (QS 13 maggio)
- la proposta del '*Clinical decision support system*', riguarda la *gestione* dei dati clinici dei pazienti (QS 13 maggio)

### **Sulla complessità vorrei premettere tre cose:**

- nasce con il dibattito sulla nuova biologia negli anni '70, in Italia all'incirca 15 anni più tardi ma come discussione epistemologica
- la medicina nei suoi confronti ancora oggi a differenza di molte altre discipline si dimostra piuttosto in ritardo nel comprenderne la profonda portata innovatrice
- personalmente mi sono formato alla complessità e ho avuto la fortuna di avere maestri del calibro di Prigogine, Morin, Von Foerster, Atlan, Stengers, Varela, Ceruti e altri.

Sulla idea corrente di “*complessità clinica*” direi che essa si rifà dalla definizione di “*malato complesso*” che ne dà l'*Agency for Healthcare Research and Quality*(AHRQ): “*una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado d'influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti, attraverso varie modalità: la limitazione della speranza di vita, l'aumentata morbilità intercorrente, le interazioni tra terapie farmacologiche, l'impossibilità del pieno impiego di cure adeguate per controindicazione ecc*”.

Questa definizione in realtà non coglie il significato che i miei maestri davano alla complessità perché è una definizione di *complicazione patologica* che ragiona come se a “*più malattia*” corrispondesse “*un grado maggiore di complessità*” quando a “*più malattia*” corrisponde “*un grado maggiore di complicazione clinica*”. Per avere una definizione corretta di complessità bisognerebbe includere nelle definizioni patologiche tutte le variabili che predicano il malato come essere e persona e che predicano il contesto in cui si trova il malato, chi lo cura, dove avviene la cura, come è organizzato il servizio che lo cura e quanto costa curarlo. La complessità è molteplicità di variabili di natura diversa tra loro interagenti. Il grado di complicazione clinica non è sufficiente a definire la complessità di un malato. Essa resta una parte dell'intero ma non è l'intero.

### **Vediamo le proposte:**

- Fadoi fa un passo in avanti rispetto alla definizione della AHRQ (del resto essa non è nuova a questa discussione) e include correttamente nella sua idea di *complessità clinica* le variabili organizzative gestionali ed economiche dei trattamenti fino a dedurre la necessità di far “*gestire*” la complessità ad una figura creata ad hoc, un super manager con competenze cliniche e manageriali.
- Cipomo, preoccupata dei costi delle cure, ha una idea analoga di *complessità oncologica* ma gioca le sue carte sulla razionalizzazione dei modelli organizzativi e sulla sostenibilità.
- La proposta del '*clinical decision support system*', per la gestione dati clinici dei pazienti è invece una risposta del tutto coerente con la definizione di “*malato complesso*” della AHRQ cioè è un sistema interconnesso che partendo dalla gestione informatizzata dei dati clinici dei singoli pazienti restituisce in automatico, direttamente nel workflow dei clinici, istruzioni per la loro “*gestione ottimale*”. Il suo punto debole è probabilmente la metodologia di base EBM che proprio il “*malato complesso*” ha dimostrato essere in larga parte lacunosa e per certi versi poco affidabile. La proposta comunque tenta di affrontare la “*complessità clinica*” offrendo al medico un supporto “*gestionale*” informatico.

A fronte di una comune “*complessità clinica*”, abbiamo tre risposte “*gestionali*” diverse...qual è quella giusta? I miei maestri mi avrebbero sicuramente rammentato che la complessità ha una sua propria logica e una sua propria epistemologia che non bisogna tradire pena la sua negazione. Una volta in un convegno sulla complessità, ebbi una accesa discussione con Borgonovi (per altro relatore al congresso Cipomo) perché sosteneva che per governarla bisognava semplificarla il più possibile. In realtà per non tradire l'idea di complessità non si dovrebbe semplificare il mondo riducendolo ad un pensiero semplice ma si dovrebbe complessificare il pensiero semplice per governare la complessità del mondo .

Torniamo alle proposte:

- l'idea del super manager è certamente una semplificazione, i miei maestri l'avrebbero definita una “*non soluzione*” che ripropone esattamente ciò che la complessità mette in discussione, vale a dire l'illusione di governare la complessità con una leva archimedea, la creazione di un luogo fondamentale per conoscere e governare qualcosa di “*eccentrico*” cioè per sua natura senza un centro e con mille centri, la creazione di uno specialista ad hoc che sopravviene a medici epistemicamente invariati ecc.
- L'idea di Cipomo sostanzialmente delimita la questione della complessità a come rendere sostenibili le cure, anche se la complessità oncologica non è solo un problema di gestione dei costi ma è anche ben altro
- Il clinical decision support system è una proposta che si riferisce (pur con dubbie metodologie) al clinico mettendogli a disposizione uno strumento per gestire meglio il malato.

**E allora? Allora se è vero che dobbiamo complessificare il nostro pensiero per “governare” più che “gestire” la complessità del mondo bisognerebbe chiedersi come si complessifica il pensiero medico cioè come si riforma il suo storico riduzionismo clinico dal momento che l'idea di gestione clinica va ben oltre la clinica in quanto tale.**

In ragione di ciò, seguendo l'insegnamento dei miei maestri di complessità, indicherei la strada della rieducazione della clinica alle logiche della complessità e quindi insegnerei ad



ogni medico a pensare il malato e la sua cura in un modo diverso da quello tradizionale. Purtroppo le facoltà di medicina, sono lontano mille miglia da questo rinnovamento culturale e continuano a sfornare, nonostante la complessità, “*medici semplici*” cioè formati ancora al nozionismo e al riduzionismo biomedico della tabella 18 .. per poi sottoporli, come propone Fadoi, alla gestione di improbabili super visori. L’altro ieri, a proposito di congressi, sono stato ospite di quello dell’Aaroi dove si è parlato con grande qualità argomentativa dei rapporti tra responsabilità, dirigenza e gestione. Intervenendo ho spiegato il significato della mia idea di “*autore*” cioè di un medico in grado di governare la sua autonomia con la responsabilità rispetto tanto alla complessità ontologica del malato, quanto a quella del contesto in cui opera.

**Oggi a mio parere non è più possibile esercitare una “*professione clinicamente pura*”** dal momento che oggi non è più possibile fare medicina supponendola senza alcun limite. Aggiungo che questo, secondo i miei maestri, non sarebbe necessariamente uno svantaggio dal momento che la loro lezione più importante è il poter trasformare un limite in possibilità. *L’autore* garantisce con nuove prassi cliniche una medicina possibile rispetto alla complessità del malato.

Ebbene questa possibilità non può essere delegata a nessun super gestore, pena la banalizzazione grave della professione medica. Se i limiti non saranno autogovernati da ogni medico, nel senso di ricavarne sul campo nuove possibilità professionali, i medici saranno i limiti che i super manager dovranno gestire.

*Ivan Cavicchi*

## DOCTORNEWS33

### **Lorenzin, fuori la politica da scelta dg e primari**

Il metodo di arruolamento dei direttori generali della sanità è «totalmente falsato», e dovrebbe essere indipendente dalla politica. Lo ha affermato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, durante una lectio magistralis al “graduation day” della scuola Altems dell’Università Cattolica a Roma. «Noi abbiamo un deficit di programmazione sanitaria - ha affermato il ministro - e un sistema di norme che frena effetti, buona programmazione e soprattutto abbiamo un sistema di arruolamento totalmente falsato. Dobbiamo portare la scelta dei direttori sanitari e dei primari fuori dalla politica. Serve più meritocrazia e un metodo di selezione in cui si applicano merito e capacità di gestione. Io sono favorevole all’istituzione di un albo professionale per i direttori generali, ma anche a dare degli obiettivi veri, non falsati come avviene spesso oggi». Lorenzin, dopo la lectio magistralis, ha consegnato i diplomi ai 76 studenti che hanno concluso i corsi nell’anno accademico scorso. «Fare il manager della sanità - ha affermato - non è facile, ma da voi mi aspetto un grandissimo passo in avanti nella consapevolezza di essere attori che gestiscono la salute pubblica, non c’è nessun altro lavoro che abbia questa forza e questa valenza». Il ministro si è poi soffermato anche sui provvedimenti in discussione in conferenza Stato-Regioni «vecchi» ha detto «e non al passo coi tempi. «Dobbiamo trovare un modo» sottolinea

Lorenzin «non solo per legiferare in maniera più veloce ma anche per attuare le norme più velocemente, e quando ci sono delle situazioni di criticità riuscire anche a cambiarli, essere più elastici e flessibili».

Secondo il ministro non si può aspettare la riforma del titolo quinto della Costituzione per agire in campo sanitario. «Ognuno deve fare la propria parte - ha sottolineato - per creare un sistema efficiente di valutazione e controllo che non può aspettare la riforma costituzionale. Dobbiamo agire prima, fino ad oggi la politica sanitaria è stata gestita dal ministero dell'Economia, ma dobbiamo riportarla ai manager della salute».

## **Anestesisti: non siamo ubiqui, il Ssn ci rispetti**

Di anestesisti ce ne sono sempre meno e il loro servizio va a ruba, ma proprio per questo «all'anestesista si tendono ad attribuire più attività in contemporanea con scelte organizzative che passano sopra le nostre teste». La denuncia è di **Alessandro Vergallo**, presidente del sindacato anestesisti Aaroi Emac, intervistato a Catania dove la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore-Siared ha presentato le Raccomandazioni per prestazioni anestesiologiche nella chirurgia a bassa complessità e nella NORA (l'anestesia fuori sala operatoria): regole per garantire standard organizzativi minimi di qualità e sicurezza "anche in contesti in apparenza meno problematici". «Con il diffondersi dell'ospedale per intensità di cure, si smantellano i reparti e il professionista non ha riferimenti; può accadere gli si dia un cicalino per intervenire al bisogno magari proprio mentre è in sala operatoria. In tal modo si destruttura la sua attività, costringendolo a scelte da cui l'ospedale di fatto si ritira». Per Vergallo, «non si può trattare tutti gli specialisti allo stesso modo; un internista può far aspettare un quarto d'ora un paziente per via di un'emergenza, ma la nostra attività richiede la presenza imprescindibile in quel momento; per due emergenze servono due anestesisti; la nostra prestazione è individuale come quella di alcuni ginecologi e chirurghi». Il futuro non è roseo: «Da una parte gli anestesisti sono 14 mila in Italia e calano perché non si sostituisce chi va in pensione; dall'altra il Servizio sanitario, pur costretto al mancato turn-over da scarse disponibilità, decide giustamente di offrire nuovi livelli di assistenza come l'analgesia del parto, che per una professione sottodimensionata di un 15% come la nostra potrebbero richiedere inserimenti per un ulteriore 10%».

Peraltro, per il parto indolore non sono stati previsti standard anestesiologici. Ergo, «il professionista, alle strette tra un'urgenza per un paziente con la milza rotta e un'anestesia a una partoriente, dovrà fare una scelta; così però il Ssn tende a far ricadere sul medico la mancata erogazione di un diritto e una responsabilità che non è medica ma organizzativa». La situazione peggiora pure fuori Italia. Studi europei rivelano un'incidenza di stress nel 50% sugli anestesisti, il doppio degli altri medici, per colpa nell'83% dei casi di mancanza di controllo sulla giornata lavorativa, nel 75 di problemi nel conciliare lavoro e famiglia, nel 25% di ostilità nelle relazioni professionali. Aaroi Emac sottoporrà ai 10 mila iscritti un questionario sul tema. Intanto però le Raccomandazioni dettano criteri imprescindibili per tutelare sanitari e pazienti: oltre ad avere tutti i dispositivi adeguati per l'attività anestesiologica e la gestione di complicanze, la struttura deve favorire per ogni intervento la presenza dell'anestesista, che non dovrà accettare prestazioni su chiamata estemporanea. «Noi diciamo che ad ogni livello di assistenza deve corrispondere un livello essenziale organizzativo» dice Vergallo. E aggiunge, pensando al disegno di legge su Rc e colpa: «Non può esserci responsabilità per un professionista non coinvolto nell'organizzazione».

### **Droghe e farmaci off label: il decreto diventa legge**

Il Decreto droghe e farmaci off label diventa legge. Ha appena ottenuto la fiducia al Senato (con 155 sì e 105 no) la legge di conversione del decreto legge 36/2014 sulla disciplina degli stupefacenti e l'impiego di farmaci meno onerosi per il Ssn. Il provvedimento - il testo è lo stesso approvato dalla Camera il 29 aprile scorso - riscrive le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope per renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge Fini-Giovanardi, dichiarata incostituzionale dalla Consulta con la sentenza 32/2014. E regola l'uso di farmaci off label.

**Droghe.** Sul fronte droghe, il provvedimento modifica il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope (Dpr n. 309 del 1990).

Riscritte le tabelle (quattro in tutto) delle sostanze stupefacenti sottoposte a controllo internazionale e nazionale e la quinta tabella dei medicinali (a base di sostanze attive stupefacenti o psicotrope) di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario. Resta ferma la semplificazione delle regole sulla prescrizione e la dispensazione dei farmaci contro il dolore e per le cure palliative, prevista dall'articolo 10 della legge n. 38 del 2010.

**Pene più lievi per il cosiddetto piccolo spaccio**, possibilità per il giudice di applicare i lavori di pubblica utilità al posto del carcere ai tossicodipendenti condannati per fatti di lieve entità, su richiesta dell'imputato e sentito il pm.

**Depenalizzazione per l'uso personale** di sostanze stupefacenti. Le sanzioni amministrative sono differenziate per droghe leggere (da uno a 3 mesi) e pesanti (da 2 mesi a un anno).

**Farmaci off label.** Per quanto riguarda i medicinali utilizzati per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, l'articolo 3 del decreto prevede che il fondo istituito presso l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), alimentato con i contributi obbligatori a carico delle aziende farmaceutiche, possa essere destinato - da parte dell'Aifa stessa - anche alla sperimentazione clinica di medicinali per un impiego non compreso nell'autorizzazione all'immissione in commercio (cosiddetto uso off-label).

Tali medicinali, previa valutazione dell'Aifa, potranno essere erogati a carico del Ssn, purché tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale, secondo parametri di economicità.

### **Grandi apparecchiature sanitarie: scatta il monitoraggio. Il decreto in Gazzetta**

Verifiche a tappeto su contratti, età, collaudi, manutenzioni e tempi di utilizzo. Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 110 del 14 maggio è entrato in vigore il decreto della Salute 22 aprile 2014 sull'«Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle

grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate», a cui la Stato-Regioni ha dato il via libera nel febbraio scorso ([VEDI](#)), già anticipato su questo sito a dicembre 2013 ([VEDI](#)).

Tac, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, Pet, sistemi gamma camera e così via saranno da oggi in poi sotto stretto controllo. Un'operazione a tappeto su tutte le «grandi apparecchiature» biomediche in uso in tutte le strutture sanitarie italiane. Quelle pubbliche e quelle private, siano o no accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

Il programma di verifica capillare messo a punto con il decreto vuole fare chiarezza a trecentosessanta gradi su una realtà per tanti versi ancora inesplorata. E cioè: dove è collocata la «grande apparecchiatura» naturalmente, ma poi anche le caratteristiche tecniche specifiche, quanto viene utilizzata (dunque anche non impiegata, cioè spesso sprecata), i collaudi, la manutenzione, naturalmente l'età, la presenza o meno di contratti di manutenzione. Richieste di informazioni valide per tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private. Quindi una richiesta che invece vale solo per quelle di «casa Ssn», non per le private, siano o meno convenzionate: quanto sono costate, le modalità d'acquisto e tutte «le eventuali altre informazioni economiche».

La trasmissione dei dati è uno di quegli adempimenti a cui è legata l'erogazione delle risorse. Le grandi apparecchiature nel mirino nella prima fase saranno di sei tipi, che includono 19 sotto tipologie: Tac, Rmn, acceleratori lineari, sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, sistemi Tac-Pet, gamma camere computerizzate, Tac-gamma camere. Il meglio sulla scena della tecnologia medica. Che anche per questo va rispettata al massimo. E impiegata democraticamente e al meglio. Possibilmente con procedure d'acquisto trasparenti. Scatta un controllo strettissimo sulle grandi apparecchiature sanitarie pubbliche e private accreditate e non. Non solo anagrafico, ma anche degli aggiornamenti tecnologici e della condizione generale. E il meccanismo non serve solo alla raccolta di dati statistici, ma diventa adempimento obbligatorio delle Regioni che altrimenti dovranno rispondere anche economicamente e ritardi o inadempienze passeranno sotto il controllo dei tavoli di monitoraggio.

Per le grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, nel flusso informativo sono incluse anche le informazioni sulle modalità di acquisizione. Per quelle invece delle strutture sanitarie private, accreditate e non, dal flusso informativo sono esclusi i meccanismi di acquisizione ed eventuali altre informazioni economiche.

I dati generali che alimentano il flusso informativo sono quelli riportati nelle tabelle pubblicate in questa pagina a cui si aggiungono informazioni specifiche per le singole apparecchiature presenti nel disciplinare tecnico. Il flusso informativo raccoglie anche i dati sugli aggiornamenti tecnologici effettuati sulle apparecchiature già rilevate e che aumentano il livello di prestazioni erogate.

Tempi certi anche per la trasmissione dei dati: avviene non oltre il primo mese successivo al trimestre nel quale è stata collaudata l'apparecchiatura e sarà comunque possibile effettuare modifiche o integrazioni ai dati non oltre il secondo mese successivo al trimestre del collaudo.

## **I farmaci biotecnologici valgono 3,6 miliardi per il Ssn**

Valgono per il Servizio sanitario nazionale 3,6 miliardi di spesa farmaceutica, pari al 12,9%

del totale, ma assorbono il 34,5% della spesa per forniture farmaceutiche destinate alle aziende sanitarie - circa 3,4 miliardi su un totale di 9,8 - con tasso di crescita medio ponderato annuo tra il 2009 e il 2013 del 7,8%, in linea col resto del mercato ospedaliero nazionale. E con un 51% della spesa di settore veicolata attraverso il canale della distribuzione diretta o per conto e un 23% destinato ai pazienti ricoverati, i farmaci biotecnologici si confermano polo prioritario d'interesse delle politiche di settore.

A passare ai raggi X il comparto dei farmaci biotech è il primo rapporto di ricerca di CeSBio - Centro studi e ricerche sulle biotecnologie sanitarie e settore biotech - nato dalla collaborazione tra il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale - Cergas dell'Università Bocconi (con il coordinamento di **Amelia Compagni**), il Dipartimento di Scienze del farmaco dell'Università del Piemonte Orientale (con il coordinamento di **Claudio Jommi**) e l'Associazione italiana per lo sviluppo delle biotecnologie (Assobiotec-Federchimica), che sostiene questa iniziativa con un grant triennale di ricerca, e con il supporto di un Comitato scientifico formato da referenti della ricerca e del mondo delle istituzioni.

Il rapporto - freschissimo e presentato per ora solo nel corso di un recente workshop presso l'Università Bocconi - illustra il trend nazionale degli acquisti di farmaci biotecnologici da parte del Ssn, a volumi (unità minime frazionabili) e valori (prezzi massimi di cessione nel caso di acquisti diretti da parte del Ssn/prezzi al pubblico nel caso dei - pochi - farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico in regime convenzionale): sotto la lente i trend relativi ai 98 farmaci biotech in commercio in Italia riferiti al quadriennio 2009-2013.

«Lo studio nasce dall'esigenza di analizzare un settore che promette di introdurre importanti elementi di innovazione e progresso sia nella cura dei pazienti sia, in parte, nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari» - spiegano Jommi e la Compagni -.  
«Queste "tecnologie della vita" sono ancora poco esplorate nelle loro dinamiche una volta introdotte nei sistemi e nelle organizzazioni sanitarie e i loro impatti sanitari, organizzativi ed economici sono poco conosciuti. In questo primo lavoro ci siamo concentrati sui farmaci a scapito di altre biotecnologie come test diagnostici e predittivi o terapie avanzate, a causa della assenza di dati strutturati su tali mercati. Ma è nostra intenzione ampliare l'orizzonte di analisi, con particolare riferimento all'ambito della medicina personalizzata e dei test genetico-molecolari».

Tra gli aspetti analizzati dallo studio figurano anche il mercato off-patent, i farmaci caratterizzati da estensione di indicazione nel periodo considerato, nonché i farmaci per i quali le valutazioni internazionali (e, in particolare, quelle del Nice - National institute for health and care excellence britannico) e regionali (ai fini dell'inclusione in prontuario) si sono dimostrate negative.

Per quanto riguarda in particolare i biosimilari, il report registra un sensibile aumento della quota di mercato a volumi e valori, raggiungendo complessivamente, nel 2013, il 28,3% del mercato di riferimento (molecole a brevetto scaduto) a volumi (1,3% nel 2009) e il 24,1% come spesa (1,3% nel 2009).

L'aumento - sottolinea lo studio - è stato particolarmente evidente negli ultimi due anni: questo è motivato in parte dall'iniziale latenza nella penetrazione dei biosimilari, in parte

dall'attivazione di iniziative regionali finalizzate a incrementare l'uso dei biosimilari, quali la definizione di target prescrittivi per i farmaci biosimilari, la spinta all'uso di gare a lotti unici, l'indirizzo ai medici a prescrivere farmaci biosimilari per i pazienti drug naïves, le azioni specifiche sullo switch di terapia, e le iniziative di informazione sui biosimilari.

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