

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
16 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

ASL 1/ SASSARI

All'Ospedale Civile di Sassari un convegno di approfondimento sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la cura e la prevenzione del piede diabetico.

COMUNICATO STAMPA

La ASL di Sassari è pronta ad attivare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la cura e la prevenzione del piede diabetico. Se ne parlerà venerdì nel corso di un convegno organizzato al Santissima Annunziata.

Sassari 15 gennaio 2014 – Si parlerà del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del piede diabetico nel convegno organizzato a Sassari il prossimo 17 gennaio dall'Unità Operativa Semplice di Diabetologia del Santissima Annunziata.

All'evento, che si terrà nella sala riunioni al 7° piano dell'Ospedale Civile di Sassari dalle 9 alle 17, parteciperanno come relatori professionisti specializzati nella prevenzione e cura della complicità provenienti dalla ASL di Sassari e da altre realtà della Sardegna.

Il piede diabetico è una temibile complicità cronica del Diabete Mellito (DM) che può evolvere verso quadri clinici gravi, con conseguente alto tasso di amputazioni ed invalidità ed incrementato rischio di morte. Circa il 60 % del totale delle amputazioni maggiori non traumatiche in Italia è eseguito su persone diabetiche con pesanti ripercussioni socio-sanitarie ed economiche.

Un costante e completo controllo dei pazienti diabetici è importante per la prevenzione e per la diagnosi precoce. Questo è possibile solo in presenza di team plurispecialistici, composti da medici di medicina generale, diabetologi, podologi, infermieri professionali, chirurghi vascolari, plastici e ortopedici, e strumenti adeguati, quali il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del piede diabetico, che permettano a queste professionalità di lavorare in sinergia.

All'incontro di venerdì 17 gennaio interverrà, oltre al Direttore Generale della ASL Sassari Marcello Giannico, il professor Alberto Piaggese, Direttore della Foot Clinic dell'Azienda Ospedaliera di Pisa, Centro di eccellenza a livello nazionale nella prevenzione e cura del piede diabetico e nella formazione scientifica dei professionisti dedicati.

Con questo incontro gli organizzatori intendono portare a conoscenza delle diverse categorie professionali interessate le esperienze positive ed i percorsi virtuosi già maturati in ambiti diversi sia regionale che nazionale, affinché il paziente possa essere correttamente riconosciuto, indirizzato e trattato.

L'evento è accreditato ECM. La segreteria scientifica è costituita dalla dottoressa Maria Anna Spanu, responsabile della Unità Operativa Semplice di Diabetologia, dal dottor Alessandro Gentilini dell'ambulatorio del piede diabetico e dalla dottoressa Maria Antonietta Sale del laboratorio di Diagnostica Vascolare-doppler della Chirurgia Ospedaliera del Santissima Annunziata.

L'UNIONE SARDA

OLBIA Arteterapia, nuovo progetto

Guarire grazie all'arte, lasciarsi alle spalle la malattia puntando sulla creatività, i giochi e lo studio. Un percorso di riabilitazione alternativo che le cooperative Synergie e Oltrans Service presenteranno venerdì 17 alle 14 al Delta Center, in zona industriale. Musica, teatro, danza e pittura sono tra le attività scelte per realizzare laboratori in ospedali e case di cura. Il progetto è rivolto ad operatori socio sanitari, insegnanti, medici e infermieri al fine di attivare nelle varie strutture momenti di svago e formazione finalizzati alla riabilitazione psichica, fisica e sociale del malato. A guidare Arteterapia sarà Angelo Gramaglia, esperto e musico terapeuta a livello nazionale. Partner del progetto è la Fondazione Banco di Sardegna. Per informazioni coop synergy.info@gmail.com o 329.3010650.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Patto salute, si riparla di ticket ma i mmg attendono le convenzioni

Oggi giornata cruciale per la sanità italiana. Si riunisce il tavolo governo regioni per trattare il “patto per la salute”, ma gli assessori discutono anche cinque direttive europee e si riunisce la cabina di regia con i sindacati e gli ordini per discutere delle competenze degli infermieri. Dopo l'approvazione della Finanziaria, che non ha toccato le prestazioni sanitarie, il “patto” farà capire se i sacrifici per i cittadini alla fine ci saranno. I temi sono tanti; avviata la ripartizione del fondo sanitario in base al criterio dei costi standard, che pone a esempio tre regioni più virtuose (Umbria, Marche ed Emilia Romagna), restano sotto esame i deficit di otto regioni (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia), e si attendono misure di politica del farmaco –quali l'introduzione di gare per categorie terapeutiche omogenee, nonché gli atti di indirizzo per convenzioni del territorio e contratti ospedalieri. Si rifà largo poi il tema del ticket. Sotto esame, l'introduzione di una franchigia, cioè un tetto a carico del paziente che salga al salire del reddito Isee familiare. Infine la spending review che dovrebbe concretizzarsi nel censimento delle apparecchiature hi-tech nelle strutture pubbliche e private, nel taglio dei piccoli ospedali sotto 120 letti, e nell'estensione ai dispositivi medici degli acquisti centralizzati. Le regioni non vorrebbero più sentir parlare di tagli. Tra l'altro, la conferenza esamina cinque bozze “figlie” di direttive europee che tutto ci chiedono tranne che di risparmiare. In primo

piano è la direttiva che consente agli italiani di curarsi all'estero ove la prestazione chiesta non sia erogabile in tempi adeguati: un pungolo alla competitività delle strutture. Ma ci sono anche le misure per prevenire infezioni da oggetti taglienti nel personale sanitario, le nuove regole sulla sperimentazione animale, le norme per il contrasto ai farmaci contraffatti e quelle per rivitalizzare la farmacovigilanza.

Malattie psichiche sottostimate, Mencacci (Sip): stigma nocivo

La diffusione delle malattie psichiche è sottostimata? Lo suggerisce un recente studio comparso su *Jama Psychiatry*. Condotta negli Stati Uniti, l'indagine si è svolta attraverso controlli e interviste effettuati a più riprese nel corso di ben 24 anni. Molti partecipanti, che in passato avevano sofferto di diversi tipi di patologie, in un'intervista in cui si chiedeva la storia dei disturbi pregressi, tendeva a riportare le malattie somatiche ma non quelle psichiche. Secondo il presidente della Società italiana di psichiatria (Sip) **Claudio Mencacci**, questa rimozione è dovuta al fatto che «mentre la patologia somatica ha diritto di cittadinanza, la patologia psichica continua a risentire di uno stigma particolare, può connotare negativamente la persona e presentarla come vulnerabile, instabile, inaffidabile o addirittura pericolosa». Mencacci ritiene che questa percezione stia lentamente migliorando, «con la definizione delle basi biologiche e la comprensione del fatto che molte di queste patologie hanno una base bio-psico-sociale molto radicata, con il riconoscimento che si tratta di disturbi che rientrano nell'alveo della medicina e non devono essere differenziati come se si trattasse di qualcos'altro». Ma si tratta di processi lunghi e finché questa consapevolezza non diventerà generale, ci saranno conseguenze gravi in termini di mancato accesso alle terapie disponibili. «L'avvicinamento alle cure rimane ancora il problema centrale della psichiatria. – dice il presidente della Sip – Molte persone non fanno neppure il primo passo, di rivolgersi a un medico, e ancor meno richiedono le cure di uno specialista. Sappiamo che non più del 30, 40% delle persone che soffrono di questi disturbi ottengono cure appropriate. Eppure l'ansia, soprattutto se di forte intensità, è una condizione che non solo peggiora enormemente la qualità di vita della persona e di chi gli sta accanto ma può esporre a maggior rischio di disturbi cerebro e cardiovascolari. Ci sono dati recentissimi a dimostrarlo, ma purtroppo non abbastanza diffusi».

Sondaggio in 8 paesi, meno ospedali nella sanità del futuro

Gli ospedali così come sono concepiti oggi saranno presto obsoleti e nuove tecnologie li renderanno migliori: ne è convinta la maggioranza degli intervistati nell'ambito del sondaggio "Barometro Intel dell'innovazione tecnologica in ambito sanitario". L'indagine ha raccolto l'opinione dei cittadini di quattro Paesi emergenti (Brasile, Cina, India e Indonesia) e di altrettanti Paesi a più elevato indice di sviluppo (Stati Uniti, Giappone, Francia e Italia) e ha rilevato un diffuso ottimismo. L'80% degli interpellati (ma solo il 71% degli italiani) ritiene che l'innovazione tecnologica avrà effetti positivi sulla tutela della salute e non è spaventato dai problemi di privacy che ne potrebbero derivare. Già oggi, il 72% dei soggetti intervistati (70% in Italia) è disponibile a comunicare con il medico tramite videoconferenza per appuntamenti non urgenti. Un regime terapeutico messo a punto in modo personalizzato sulla base del profilo genetico risulta gradito a due persone su tre e oltre il 70% è persino disposto a ingerire sonde che possano rilevare dati fisiologici, a utilizzare sensori sanitari nei servizi igienici e a mettere in rete i propri dati, purché in forma anonima, per aiutare la

ricerca medica. «Questo sondaggio indica la piena disponibilità delle persone a diventare parte della soluzione ai problemi sanitari mondiali, con il supporto di tutti i tipi di tecnologie. - ha affermato **Eric Dishman**, Intel fellow e General manager dell'Health and Life sciences group di Intel - Quasi tutti sembrano accettare l'idea di un futuro in cui sarà possibile ottenere assistenza sanitaria al di fuori degli ospedali, condividere le informazioni personali per migliorare i risultati e personalizzare tutti gli aspetti». Dishman ritiene che l'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria andrà incontro a una profonda trasformazione: «I cittadini si cureranno sempre più spesso tra le mura domestiche invece che in ospedale o in clinica; anche la mia personale esperienza suggerisce che in molte situazioni il ricovero non è necessario».

Stamina, Bianco: se nuovo stop da Comitato dubbi su esecutività ordinanze

«Se il nuovo Comitato scientifico non dovesse riscontrare la presenza nel protocollo stamina di quei minimi elementi di fondatezza, credo che si ponga il problema della esecutività delle ordinanze dei giudici che autorizzano il metodo ai pazienti». Lo ha detto all'Ansa il presidente della Federazione nazionale dell'Ordine dei Medici (Fnomceo), Amedeo Bianco. In caso di giudizio negativo del nuovo Comitato, si porrebbe dunque la questione dell'applicabilità delle ordinanze, ha sottolineato Bianco in riferimento alla posizione attuale dei medici degli ospedali civili di Brescia che, in ottemperanza alle ordinanze dei giudici, stanno somministrando il trattamento stamina a vari pazienti in cura presso il nosocomio. I medici, ha rilevato il presidente Fnomceo, in quel caso, ovviamente, «devono orientare le scelte verso la tutela della salute dei pazienti». In generale, ha quindi argomentato Bianco, «il medico può sempre esercitare l'obiezione di coscienza e, dunque, rifiutare di eseguire prestazioni delle quali non è convinto.

Qui però siamo dinanzi a ordinanze dei giudici e la situazione risulta pertanto estremamente complessa, anche perché - ha concluso - in questo caso un rifiuto dei medici porrebbe un quesito da Corte Costituzionale».

Direttiva taglienti, da obblighi sorveglianza sanitaria rischi per sostenibilità studi

Non c'è pace per gli studi neanche in materia di sicurezza. Dopo il documento di valutazione del rischio (Duvri) e gli adempimenti ex legge 81/2008, la direttiva Ue sulle ferite da taglio getta ombre pure sul medico di famiglia che impiega un infermiere, assunto o no, per fare iniezioni, piccole medicazioni, vaccini. La direttiva prevede l'attivazione della sorveglianza sanitaria, con il ricorso al medico competente, ove si faccia uso di taglienti potenzialmente infetti. Per l'articolo 286 e), il titolare dello studio, oltre a fare formazione e a redigere un elenco delle precauzioni e dei rischi, fa approntare al medico competente per ogni operatore una cartella di rischio da tenere in studio. Sottrarsi alle nuove norme, per il decreto oggi in conferenza stato-regioni, portare all'arresto fino a 6 mesi e oltre 7 mila euro di multa. I dentisti di Andi chiedono al governo di eliminare il punto o di limitare la sorveglianza sanitaria ai casi ritenuti necessari. Molti studi in questi anni si sono affidati al medico competente se utilizzano infermieri. «Nella nostra associazione - esemplifica **Mario Sorlini**, della cooperativa Iml di Bergamo che associa 207 medici e i relativi infermieri - si consiglia la sorveglianza per l'infermiere, mentre le segretarie di studio non ne necessitano ove si alternino al videoterminale senza raggiungere le 20 ore settimanali a testa, come previsto dal testo unico del 2008. Per gli infermieri è consigliato di mantenere le cartelle di

rischio allegato al Duvri; il medico competente – fra gli altri compiti - redige una certificazione di idoneità per lavoratori a rischio (non gli amministrativi). «La norma attuale non è comunque cogente, l'applicazione della sorveglianza è demandata alla valutazione della mansione contenuta nel Duvri», continua Sorlini. «La proposta di legge sulle ferite da taglio estende invece autonomamente l'obbligo della sorveglianza sanitaria e introduce un regime sanzionatorio pesante aggravando di ulteriori costi la gestione degli studi in un momento di nota criticità per la sostenibilità economica degli stessi».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Mortalità infantile. In Italia meno decessi rispetto a media Ue e Usa. Ecco il report Istat

Nel 2011, in Italia, si sono registrati 2084 decessi di bambini sotto i 5 anni di vita. Poco più di un secolo prima, nel 1887, se ne contavano 399.505. Si è passati cioè da 347 decessi per mille nati vivi a circa 4 per mille anche se permangono alcune differenze tra Nord e Sud. Il minor numero di decessi nel mondo lo ha la Svezia mentre i tassi più elevati si registrano in Africa. IL REPORT ISTAT

Mortalità infantile. L'Europa è il continente con l'indice più basso e l'Italia registra un dato inferiore alla media Ue e Usa. Nel 2011, in Italia, si sono registrati 2084 decessi di bambini sotto i 5 anni di vita. Poco più di un secolo prima, nel 1887, se ne contavano 399.505. Si è passati cioè da 347 decessi per mille nati vivi a circa 4 per mille. È quanto riporta il report Istat sulla mortalità infantile.

Il confronto con i paesi in via di sviluppo mette in evidenza che il tasso di alcuni paesi africani è vicino a quello che l'Italia presentava negli anni '30 mentre quello di alcuni paesi asiatici è paragonabile al tasso dell'Italia negli anni '50. Se alla fine dell'800 i bambini morivano principalmente a causa di malattie infettive, oggi il 72% dei decessi è dovuto a condizioni di origine perinatale (48%) e a malformazioni congenite (24%). Nel 2011, in Italia, l'85% dei decessi sotto i 5 anni avviene nel primo anno di vita e la metà delle morti si concentra nei primi sette giorni. Il tasso di mortalità infantile tra i bambini residenti italiani (2,9 per 1.000 nati vivi) è inferiore a quello dei bambini residenti stranieri (4,3).

La mortalità infantile nel mondo

La Svezia è il Paese con l'indice di mortalità più basso del mondo (3x1000). Nei paesi del continente africano si osservano invece i tassi più elevati. Somalia, Sierra Leone e Ciad, per esempio, presentano dei tassi coincidenti con quelli che si registrano in Italia tra la fine degli anni '20 e l'inizio degli anni '30 del secolo scorso (tra 170 e 180 decessi entro i primi 5 anni di vita per mille nati vivi): si tratta di paesi profondamente segnati da instabilità politica e conflitti, carenze infrastrutturali e povertà endemica. Migliore è la situazione egiziana, considerando che il tasso è di 22 per mille, valore registrato in Italia nel 1976.

I tassi dei paesi asiatici presentano una situazione migliore rispetto a quelli africani: variano da 22 per mille nel Territorio Palestinese Occupato a 64 per mille in India (paragonabile ai tassi negli anni '50 in Italia). Fa eccezione l'Afghanistan, che ha un tasso di 149 per mille, valore registrato in Italia nel 1934.

Nel 2010 i paesi dell'America e dell'Europa presentano in genere livelli più bassi di

mortalità con la Svezia al 3 per mille, Cuba al 6 per mille e Stati Uniti all'8 per mille.

Mortalità infantile più alta al Sud Italia

Oggi, nei paesi a sviluppo avanzato si preferisce utilizzare il tasso di mortalità infantile, ovvero la mortalità entro il primo anno di vita, perché la mortalità tra 1 e 5 anni è diminuita notevolmente.

In Italia, infatti, la percentuale di decessi tra 1-4 anni sul totale dei decessi sotto i 5 anni, è passata dal 42% nel 1895 al 15% nel 2011.

Il tasso di mortalità infantile italiano, pari a 3,3 per mille, è inferiore a quello medio europeo e compreso tra quello francese e spagnolo.

Permangono, però, delle differenze territoriali tra il Nord e Sud Italia. Infatti, nel Sud il tasso di mortalità infantile risulta più alto rispetto a quello del Nord e non si nota un avvicinamento dei tassi per ripartizione negli ultimi anni .

Le cause di decesso

Nel 2011 l'81% dei decessi avviene per condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale (56%) e per malformazioni congenite o anomalie cromosomiche (25%). Tra le condizioni perinatali, la sindrome da stress respiratorio neonatale è sicuramente una delle principali cause di morte, la cui incidenza è inversamente proporzionale all'età gestazionale e al peso alla nascita⁴. Tra le malformazioni congenite, circa il 55% è rappresentato da malformazioni al sistema circolatorio.

I decessi dovuti alla Sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS) rimangono costanti nel tempo, rappresentano circa l'1% delle morti sotto l'anno di vita.

Influenza. Le indicazioni del Ministero della Salute per i casi più gravi

Una circolare del Ministero sottolinea la necessità di monitorare i casi più severi, quali gravi infezioni respiratorie acute (SARI) e sindromi da distress respiratorio acute (ARDS). Ecco le raccomandazioni, in linea con quelle dell'OMS e dell'ECDC. LA CIRCOLARE

È necessario sorvegliare i casi più gravi e complicati di influenza, le cui condizioni prevedano il ricovero in Unità di terapia intensiva (UTI) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (Ossigenazione extracorporea a membrana). Ad evidenziarlo è il Ministero della Salute in una [circolare](#), pubblicata oggi online.

La necessità di monitorare i casi gravi e complicati e i decessi da influenza viene sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) e dal Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC), proprio a seguito dell'influenza pandemica del 2009.

Ma quali sono i casi più gravi e complicati? Si tratta delle seguenti forme (che devono essere confermate da un test di laboratorio):

- gravi infezioni respiratorie acute (**SARI**): casi di sindrome simil-influenzale (vedere il Protocollo operativo INFLUNET www.iss.it/iflu) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI;
- sindromi da distress respiratorio acuto (**ARDS**): sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante

la somministrazione di ossigeno, riduzione della “compliance” polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti.

Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO₂/FiO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

Il Ministero ricorda inoltre che permangono le raccomandazioni relative a:

- alla cura della corretta compilazione dei certificati di morte in cui menzionare l'influenza, ove accertata
- all'invio di un campione biologico, per i casi gravi e complicati confermati da virus influenzale, al Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'ISS, secondo le modalità indicate nella Circolare 14 ottobre 2009, per il monitoraggio di eventuali mutazioni dei virus influenzali circolanti.

Si rammenta che tutti i casi di influenza con conferma di laboratorio devono essere segnalati con le modalità di notifica previste dal D.M. 15 dicembre 1990 per le malattie della Classe I.

La circolare raccomanda, inoltre, l'invio tempestivo della notifica dei casi gravi e complicati di influenza, quali:

- gravi infezioni respiratorie acute (SARI);
- sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS)

La notifica deve essere inviata a questo Ministero, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V – Malattie Infettive, tramite la loro registrazione sul sito web

<https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx> e la trasmissione dell'apposita scheda (in [allegato](#) al testo, insieme alla circolare) a malinf@sanita.it.

La circolare ricorda, infine, che con Intesa Stato/Regioni del 5/11/2009, e successivo Atto di proroga del 31/7/2012, è stata istituita la Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus dell'influenza e l'eventuale utilizzo della terapia ECMO.

La circolare è emanata dal Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale ex DG PREV.

Trapianti. Il numero di donatori resta stabile rispetto al 2012. In crescita solo gli interventi al polmone

La Regione con il maggior numero di donatori resta la Lombardia (237), seguita da Toscana e Valle d'Aosta. Restano al palo facendo registrare una riduzione rispetto al 2012 Basilicata, Abruzzo-Molise e Calabria. Nel 2013 sono stati realizzati 2.805 interventi rispetto ai 2.902 del 2012. Stabili le liste d'attesa. Questi i dati del Cnt aggiornati al 31 ottobre 2013.

In lieve calo i decessi con accertamento neurologico che al 31 ottobre 2013 risultano essere 2262 a fronte dei 2271 del 2012. Sulla stessa lunghezza d'onda anche il numero di donatori utilizzati che resta sostanzialmente stabile rispetto a quelli del 2012 (1115 rispetto ai 1123

del 2012). A livello territoriale, la Regione con il maggior numero di donatori resta la Lombardia (237), nonostante il lieve calo rispetto all'anno precedente (-31). A seguire la Toscana e la Valle d'Aosta, rispettivamente con 168 e 140 donatori, entrambe le Regioni mostrano risultati in lieve crescita rispetto al 2012.

Restano al palo con un numero di donatori in calo la Basilicata (5), Abruzzo-Molise (13) e Calabria (19). Questo il quadro delle donazioni e dei trapianti tratteggiato dal Centro nazionale trapianti, con [i dati aggiornati del Sit a ottobre 2013](#).

Più in generale, il totale degli interventi realizzati nel 2013 è pari a 2.805, un numero in lieve diminuzione rispetto ai 2.902 del 2012. Un lieve calo che può essere constatato nei trapianti di tutti gli organi ad eccezione di quello del polmone che sono passati dai 114 del 2012 ai 133 del 2013.

Restano stabili le liste d'attesa che non si riducono anche a causa della età crescente dei potenziali riceventi e donatori.

Il Ministero della Salute, infine, ha pubblicato anche i dati sulla donazione da vivente di [rene](#) e [fegato](#) nel periodo tra il 2001 e il 2013. Per quanto riguarda il rene, il 72% delle donazioni si è conclusa con il trapianto, mentre per il fegato la percentuale è scesa al 69%.

Spot ‘Obiettivo risarcimento’. Cimo: “Tema responsabilità professionale non si risolve in tv”

Il Consiglio di Presidenza Cimo Asmd, riunito ieri mattina, ritiene lo spot pubblicitario ‘Obiettivo risarcimento’ “pericoloso e dannoso non solo per i medici ma anche per i pazienti “e considera “inaccettabile istigare i cittadini al contenzioso medico-legale, minando in questo modo il rapporto di fiducia medico-paziente”.

Dura presa di posizione della Cimo-Asmd in merito allo spot di ‘Obiettivo risarcimento’.
“Questa iniziativa – per il Consiglio di Presidenza Cimo - alimenta il ricorso alla cosiddetta medicina difensiva con un conseguente e considerevole aumento dei costi, senza migliorare la qualità dei servizi. Tra l'altro i dati confermano che oltre il 90% dei contenziosi si conclude con l'assoluzione o con l'archiviazione”.

“La Cimo Asmd – prosegue la nota - da tempo sostiene che il problema della colpa medica e del risk management deve essere affrontato a livello legislativo per consentire al medico di operare in sicurezza e serenità e garantire al paziente cure efficaci, ricostruendo quel clima di fiducia reciproca indispensabile nelle cure mediche. Il Consiglio di Presidenza Cimo Asmd auspica quindi che l'iter parlamentare dei disegni di legge già presentati, non ultimo quello del Senatore Bianco, si concluda velocemente”.

SOLE24ORE/SANITA'

Responsabilità professionale, ecco il Ddl Bianco targato Pd

«Un intervento legislativo necessario e urgente, per garantire il diritto alla tutela della salute

degli individui e della collettività intervenendo sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale». Così Amedeo Bianco, senatore Pd e presidente della Fnomceo, ha presentato ufficialmente il disegno di legge 1134 - di cui è primo firmatario - relativo a "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario". La presentazione è avvenuta in occasione della conferenza stampa organizzata al Senato e a cui hanno partecipato la presidente della commissione sanità Emilia de Biasi e le senatrici pd, firmatarie del Ddl, Nerina Dirindin, Manuela Granaiola, Giuseppina Maturani, Donella Mattesini, Venera Padua, Annalisa Silvestro.

«Circostanziare, tutelare e garantire» che i medici che sbagliano paghino - ha spiegato Amedeo Bianco illustrando la ratio del provvedimento - ma con l'ambizione di affrontare la complessità del problema della colpa medica alla luce del costante aumento delle denunce nei confronti dei camici bianchi e della difficoltà di questi ultimi nel sostenere i costi delle polizze richiesti oggi dalle assicurazioni. Senza il venir meno della garanzia di tempi certi per i risarcimenti di cittadini vittime di errori o malpractice». Molte, anche negli anni passati, le proposte di legge che hanno cercato di affrontare la questione, ma ora, come ha spiegato la senatrice Emilia Grazia De Biasi «ci sono possibilità e opportunità che venga effettivamente risolta, c'è un percorso legislativo avviato e il nostro è un buon testo. Tutta la politica deve esser consapevole che questo è un passo importante da fare».

Il Ddl, strutturato in 13 articoli, punta dichiaratamente a intervenire «sulla materia della sicurezza delle cure attraverso la sistematica previsione di misure e procedure idonee ad assicurare il miglioramento continuo degli standard di sicurezza delle organizzazioni sanitarie e delle attività mediche e sanitarie e a una ridefinizione degli attuali profili penali e civili della responsabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie». Con la premessa che «negli ultimi anni è fortemente cresciuta l'attenzione delle organizzazioni sanitarie e degli stessi professionisti verso la cultura e la pratica della sicurezza delle cure». Merito - sostiene Bianco - di una maggiore mappatura del rischio, dell'impiego di tecniche di audit o peer review, della diffusione di metodi di raccolta tempestiva delle segnalazioni, di una gestione tempestiva ed equa dei sinistri, della raccolta di segnalazioni volte a diffondere le migliori pratiche e della formazione dei professionisti. Tutti elementi che a oggi, però, non hanno impedito l'avvitamento di «una spirale di costi e di incertezze assicurative che oggi sta letteralmente strangolando settori di attività libero professionali gravati da elevati rischi di risarcimenti, e cioè ostetrici-ginecologi, ortopedici, chirurghi generali e di specialità».

La priorità per superare questa impasse che comporta un aumento dei costi indiretti dovuti a meccanismi difensivi e la sfiducia dei cittadini, illustrata nel Ddl, è una riforma organica dei criteri di accertamento della responsabilità del medico e degli altri operatori sanitari, che tenga conto di come l'Italia sia ormai rimasta una mosca bianca in Europa nella scelta di conservare la responsabilità anche in sede penale. Questa la proposta: in ambito penale, prevedere una fattispecie specifica che circoscriva l'area dei comportamenti colposi con rilievo penale in caso di morte o lesioni personali; in ambito civile, con la previsione di una disciplina che, «integrando con una fattispecie specifica la previsione più generale contenuta nell'articolo 2236 del codice civile, delimiti la colpa in ambito medico e sanitario al solo novero di quella grave come in essa definita e riequilibri la posizione delle parti, specie con riferimento all'onere probatorio».

La responsabilità civile verso terzi per danni a persone è a carico della struttura e riguarda tutte le prestazioni incluse nei Lea. Torna in auge quel fondo regionale di garanzia per la responsabilità civile verso terzi (Rct) e verso i prestatori d'opera (Rco) già previsto dalla

legge Balduzzi. Quanto all'azione risarcitoria, essa «può essere rivolta solo alla struttura garantendo che il sanitario possa intervenire in ogni fase e grado del giudizio». L'azione di rivalsa secondo il Ddl può essere esercitata solo quando il danno risarcito sia conseguenza dell'inosservanza di buone pratiche e della regola d'arte «ovvero se il fatto lesivo è conseguenza di suo dolo o colpa grave». Ma perché il rischio sia il più possibile evitabile, occorrerà innanzitutto intervenire a monte, prevedendo in ogni azienda unità di prevenzione e gestione del rischio e osservatori per la valutazione dei contenziosi.

Sdo 2012: meno ricoveri, degenze più brevi, meno mobilità ma più costosa. E dal Sud continua la fuga al Nord

Sono 770mila gli italiani che fanno la valigia in cerca di cure, soprattutto di ricoveri, in un'altra regione. Come se tutti gli abitanti della provincia di Cagliari emigrassero per curarsi fuori dalla Sardegna. Un esercito che ha perso pezzi da un anno all'altro (-5%), ma che in dodici mesi ha generato quasi 2 mld di spese nel dare/avere tra regioni. Una spesa cresciuta di oltre 250 mln (+6%), paradosso solo apparente: le cure più gettonate sono infatti sempre più quelle di alta specialità, l'eccellenza, le cure più ricercate e dunque costose. Non a caso il grande buco nero del Sud d'Italia. Perché è proprio da Roma in giù che si continua a lasciare sempre di più la propria città a caccia di cure migliori e più rapide: dalla Campania fuggono 82mila, 59mila abbandonano la Calabria, 58mila la Puglia, 49mila se ne vanno dalla Sicilia. Viceversa la Lombardia "incassa" 143mila italiani da altre regioni, 111mila l'Emilia Romagna, 90mila il Lazio e 70mila la Toscana.

Ecco l'altra (e la solita) faccia dell'Italia delle cure. Mai abbastanza nota, mai abbastanza considerata dalle politiche nazionali e soprattutto locali, a partire dal Sud quasi tutto sotto lo schiaffo dei commissariamenti e dei piani di rientro dai maxi debiti di asl e ospedali. Quei piani "lacrime e sangue", spesso in ritardo a dispetto dei super ticket e delle maxi addizionali fiscali, che tra l'altro, tagliando l'assistenza, fanno lievitare la mobilità degli assistiti di quelle regioni. L'ultimo check degli italiani in fuga dall'ospedale sotto casa arriva dal mega rapporto sull'attività ospedaliera 2012, appena elaborato dal ministero della Salute.

Una foto di gruppo – 10,2 mln di schede e 461 mln di informazioni elaborate – che però riserva anche note di miglioramento per la sanità pubblico: il calo dei ricoveri ordinari (6,8 mln, -2,9%) e la riduzione di 300mila di ricoveri inappropriati, dunque evitabili. Dunque fonte di spreco. Perfino la riduzione di 39 strutture di ricovero in genere. Anche se poi non mancano le "perle" di quel Far West delle cure nella solita forbice Nord-Sud: il 36,5% di nascite col bisturi sul totale dei parti, dal 61% della Campania al 21% del Friuli; o le 212 infezioni post chirurgiche contratte ogni 100mila dimissioni, dalle 356 della Basilicata alle 54 del Molise. Altro particolare non da poco: il costo medio di ogni ricovero è di 3.500 euro (3.800 per i maschi), ma quelli fuori regione, spesso per prestazioni di alta specialità, valgono oltre 5.200 euro, segnale ulteriore dell'appesantimento finanziario per il Sud, più sguarnito di eccellenze. E che così paga di più.

L'analisi della mobilità sanitaria, intanto, è impietosa. La spunta il Nord fino alla Toscana, perde il Sud. Tra pazienti in uscita e in entrata, la Lombardia ha "guadagnato" 76.367 ingressi extra regione e 555 mln di euro, l'Emilia Romagna 67.194 assistiti e 336 mln, la

Toscana 34mila pazienti e 132 mln. All'opposto, nel saldo della mobilità passiva e attiva la Campania (anche se in miglioramento) ha "perso" 55.716 pazienti e 402 mln di euro, la Sicilia ha un risultato negativo di 34mila pazienti e di 189 mln, la Puglia di 32mila assistiti e di 180 mln. Ma attenzione ai risultati di Lazio e Molise: nel primo caso sono condizionati dalla presenza del Bambin Gesù, dove per il Lazio i ricoveri sono considerati in uscita; nell'altro, dalla forte attrazione esercitata nel Molise dall'istituto Neuromed di Isernia. In ogni caso, poco più di 8 ricoveri ordinari per acuti ogni mille abitanti avvengono fuori regione e la mobilità vale il 7,5% di tutti i ricoveri per acuti: 505mila su 6,7 mln.

Numeri che danno l'esatta dimensione della profonda frattura anche sanitaria che spacca l'Italia. E che farebbero passare quasi in secondo piano le note positive elencate nel rapporto ministeriale. I ricoveri per acuti (6,8 mln) sono scesi del 2,9% e le giornate di degenza (46,4 mln) del 3,2%. In forte calo del 10,3% i cicli di hospital (2,5 mln), con le punte minime in Basilicata, Lombardia e Puglia quelle massime tra Campania, Friuli e Lazio. Delle 10,2 milioni di giornate di degenza totali, il 75% sono erogate dagli istituti pubblici, il 25% da quelli privati. I giorni di degenza media dei ricoveri per acuti negli istituti pubblici sono stati 7,2, contro i 5,5 del privato accreditato, con le punte massime nel pubblico del Veneto (8,3 giorni) e della Liguria (8,1) e quelle minime di Umbria (6,2 giorni) e Toscana (6,5).

Ma attenzione: negli ospedali pubblici c'è anche chi paga. I "solventi" nel 2012 sono stati oltre 82mila, più della metà solo in Lombardia. Per non dire dei ricoveri per avere un medico in libera professione intramuraria: sono stati 34mila, di cui 8.100 in Campania. Proprio la Lombardia ha fatto segnare la diminuzione più elevata dei ricoveri totali (-124mila), la Basilicata il crollo in percentuale più forte (-13%). Il Lazio – regione commissariata – ha fatto peggio di tutti: ricoveri pressoché stabili. Chissà se la cura da cavallo post Monti ha cambiato le cose. L'ultima verifica all'economia ha detto che il ritardo resta gravissimo. Ma intanto i cittadini, che pagano addizionali al massimo, vengono respinti dagli ospedali.

Analisi del Cergas Bocconi sulla composizione professionale del personale Skill mix per medici e infermieri

La ricerca Cergas Bocconi, pubblicata sul Rapporto Oasi 2013 sulla composizione professionale del personale mostra, rispetto al confronto internazionale, come vi siano numerose esperienze di modifica nel perimetro di attribuzione delle competenze tra medici e altre professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica e ostetrica. Il risultato più rilevante, riportato sia da rassegne in ambito manageriale o di policy che da review cliniche sistematiche, è che nelle analisi recensite non si riscontrano differenze significative in termini di outcome clinici: la qualità dei servizi erogata da personale infermieristico è risultata non inferiore a quella offerta dai medici. Viene invece riportato un incremento nella soddisfazione dei pazienti, grazie all'aumento del tempo dedicato alla comunicazione da parte degli operatori. Con riferimento invece ai risparmi di costo e di consumo di risorse, gli studi analizzati presentano risultati molto diversi, per cui non è possibile esprimere un giudizio di sintesi.

Ogni analisi comparativa su questo tema non può prescindere dal considerare la differenza tra sistemi sanitari in termini di dotazione di risorse, quadro normativo, cultura, rapporti tra le professioni ecc. Molto rilevante è, a esempio, il diverso numero di medici e infermieri presenti nei diversi Paesi. La lettura dei dati Ocse mostra infatti che, come da molti anni, il

nostro Paese figura ai primi posti della classifica per numero di medici in rapporto alla popolazione e viceversa al di sotto della media per quanto riguarda il numero di infermieri.

Nonostante tali differenze, nella ricerca si è ritenuto utile approfondire le esperienze sviluppate in altri contesti in cui evoluzioni dello skill mix sono avvenute, quali gli Stati Uniti o la Gran Bretagna. Lì i ruoli di advanced nurse practitioners, cui è attribuita la facoltà di effettuare diagnosi relative a condizioni cliniche definite applicando protocolli predeterminati, richiedere approfondimenti diagnostici, ricoverare e dimettere pazienti in autonomia, prescrivere farmaci inclusi in specifici prontuari ecc. sono largamente diffusi. Anche in Paesi continentali però, quali a esempio la Francia, il cambiamento dello skill mix è stato tema di grande attualità nel dibattito politico degli ultimi anni in previsione di uno shortage medico e di fronte alla pressione per contenere la spesa sanitaria.

A livello nazionale invece la ricerca ha approfondito due esperienze relative al cambiamento nello skill mix nell'ambito dei servizi per l'emergenza-urgenza: l'ambulatorio infermieristico in pronto soccorso all'Ausl di Grosseto e il soccorso extraospedaliero all'Azienda regionale per l'emergenza-urgenza (Areu) in Lombardia. La Ausl di Grosseto è una delle strutture in cui nel 2010 è stata avviata la sperimentazione regionale del see&treat. Il modello prevede che in pronto soccorso i pazienti affetti da problematiche minori siano trattati da personale infermieristico. Pertanto al momento del triage non si attribuisce più solo un codice colore, ma si definisce un preciso percorso assistenziale differenziato sul piano professionale. Tale progetto è stato possibile grazie all'identificazione di 44 protocolli di trattamento per altrettante problematiche, nonché all'attivazione di un corso regionale ad hoc per il personale infermieristico coinvolto. Il caso di Areu Lombardia invece è quello di un'azienda che, nell'ambito di una complessiva revisione del modello organizzativo, ha scelto di valorizzare la presenza degli infermieri sui mezzi di soccorso. Anche in questo caso sono stati identificati alcuni "algoritmi" clinico-assistenziali, ovvero procedure di intervento che indicano le modalità per la valutazione del paziente e l'attivazione dei relativi interventi da parte dell'infermiere presente in ambulanza.

A seguito di questa analisi esplorativa molte domande rimangono ancora aperte. A esempio, guardando alle esperienze osservate, rimane da capire se lo skill mix change comporti realmente un trasferimento di saperi e attività tra gruppi professionali diversi (sostituzione dei medici con gli infermieri oppure degli infermieri con gli Oss) oppure sia una valorizzazione della stessa professione chiamata ad assumere maggiori responsabilità cliniche all'interno del proprio specifico professionale. Una metafora che può rappresentare il concetto potrebbe essere quella automobilistica: vale la pena cambiare l'automobile per una più prestante se non abbiamo mai provato a spingere l'acceleratore fino al punto massimo consentito dal motore?

Ciò tuttavia non impedisce di sviluppare alcune riflessioni. La prima conclusione che si trae dall'analisi della normativa è un forte e chiaro: "Si può fare". Superando i paletti posti dalla perimetrazione dei confini professionali, evitando infruttuose discussioni sull'esercizio abusivo della professione, ma preoccupandosi della competenza reale presente nel personale, di preparare i nuovi ruoli, di condividere il quadro aziendale-strategico in cui si inserisce l'evoluzione dello skill-mix. Ciò è supportato dall'analisi delle esperienze internazionali, in cui si vede come politiche di modifica dello skill mix siano sempre più frequenti, e come - sebbene diffuse principalmente a livello di assistenza primaria - sempre

più si stiano estendendo anche al mondo delle cure per acuti. Inoltre nei Paesi analizzati è emerso che nuovi ruoli professionali si sono sviluppati anche in assenza di riconoscimenti formali a livello nazionale quali nuovi profili o ordini professionali, e nonostante le resistenze da parte della classe medica.

Numerose sono le indicazioni per i manager della sanità. In primis è chiaro che l'evoluzione dello skill mix non può essere subita, rimanendo una soluzione “tam#po#ne” attivata quando non vi sono alternative, o quando gli eventi organizzativi (e cioè i cambiamenti negli assetti organizzativi, nei processi erogativi, nelle tecnologie ecc.) forzano la mano in tale direzione. Al contrario, le aziende sanitarie dovrebbero sviluppare un pensiero strategico forte in materia, definire un quadro concettuale e operativo in cui guidare l'evoluzione dello skill mix di pari passo con il proprio sviluppo organizzativo.

La seconda e altrettanto importante implicazione manageriale riguarda il ruolo delle direzioni del personale delle aziende sanitarie. Da tempo è in atto una riflessione su competenze e ruolo che le direzioni del personale sono chiamate a esercitare nell'ambito delle sfide del Ssn. Se da un lato esse rimangono coloro che “tutelano” la regolarità giuridica e amministrativa nella gestione del personale, dall'altro c'è una domanda latente (ma a volte ben manifesta) a farsi carico di un problem-solving complesso che riguarda la difficile integrazione tra logiche giusburocratiche e soluzioni manageriali nel governo strategico dei professionisti. E se direzione del personale, direzione sanitaria e direzione assistenziale sapranno lavorare assieme con una strategia condivisa, nell'interesse dell'azienda e non a protezione dei rispettivi confini, mansioni e gruppi di professionisti, sarà possibile definire politiche di skill mix efficaci e capaci di rispondere alle pressioni congiunturali e strutturali di una sanità che sta vivendo cambiamenti paradigmatici senza precedenti.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584