

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### SASSARI Sanità, al via un corso per le cure palliative

Analizzare a tutto tondo gli aspetti clinici, operativi, ma anche la filosofia e i valori fondanti delle cure palliative, ossia - secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità - di quel tipo di assistenza attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è purtroppo la morte. È il senso del corso organizzato dalla segreteria territoriale del Nursing Up, il sindacato degli infermieri, in programma venerdì prossimo dalle 9.30 alle 17 nella sale del settimo piano dall'ospedale civile. I docenti saranno i dottori Sonia Desiderio, Maria Chiara Musio e Angela Atzori, mentre la frequentazione del corso garantirà 8 crediti. «A cinque mesi dalla loro istituzione da parte dell'assessorato regionale alla Sanità - spiega Alessandro Nasone, segretario territoriale del Nursing Up - delle reti delle cure palliative e l'implementazione dei suoi contenuti specifici, si rende ancor più necessario e cogente lo sviluppo di competenze cliniche, relazionali e organizzative. Pertanto, i professionisti delle cure palliative, dai medici agli infermieri, oggi hanno la responsabilità di offrire la migliore competenza tecnico-scientifica nella gestione dei sintomi e delle situazioni complesse, coniugata ad un'elevata capacità psico-relazionale in un contesto di lavoro d'équipe».

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Diagnosi celiachia: promettente test del sangue, bocciate le linee guida

Sulla diagnosi della celiachia giungono quasi insieme i risultati di due studi dagli esiti di segno opposto. La notizia positiva è che studiosi del Walter and Eliza Hall Institute, a Parkville (Australia), hanno sperimentato con successo su 48 persone un test del sangue promettente per l'identificazione della malattia senza ricorso alla biopsia intestinale (1). «Questo test» ha spiegato **Jason Tye-Din**, uno dei ricercatori «ha dimostrato di essere accurato e di dare risposte entro 24 ore, limitando così l'assunzione del glutine da parte del paziente a soli 3 giorni, a differenza di quanto accade con la biopsia intestinale che la richiede invece per settimane o mesi». Il test si basa sulla rilevazione immunoenzimatica di citochine nel sangue intero (interferone-gamma e IP-10) che sono rilasciate in proporzione alla presenza di cellule T reattive al glutine dopo test di stimolo. Il metodo, da validare su

scala più ampia, ha dimostrato una sensibilità del 94% e una specificità del 100%. Sono dati che, forse, mitigano la negatività degli esiti di uno studio svedese, secondo cui le attuali linee guida per individuare la malattia celiaca non diagnosticata dallo screening nella popolazione pediatrica sono inadeguate. «Vari studi hanno presentato strategie di case-finding attivo, concludendo che erano efficaci perché si evidenziava un' aumentata incidenza di diagnosi nel gruppo sottoposto a esame» scrivono **Anna Rosén** dell' università di Umeå e colleghi. «Ma queste ricerche avevano molti limiti, come la carenza di gruppi di controllo». Nell' attuale studio sono stati coinvolti in tutta la nazione 7.054 dodicenni e 6.294 genitori che hanno compilato questionari sulla frequenza dei sintomi e delle condizioni associate alla celiachia. Quando i ricercatori hanno confrontato le risposte al questionario dei bambini con celiachia con quelli senza, non hanno trovato alcuna differenza significativa nella frequenza dei rispettivi sintomi (2,1% vs 2,1%;  $P = 0,930$ ) così come nella frequenza delle condizioni associate alla malattia (3,6% vs 2,1%;  $P = 0,07$ ). La sensibilità del questionario si è attestata al 38%, la specificità al 63%, il valore predittivo positivo al 2%, quello negativo al 98%. «I nostri dati» concludono gli autori «indicano che un questionario riguardante i sintomi non può essere utilizzato per distinguere i bambini con celiachia non diagnosticata dai loro coetanei senza malattia».

**Arturo Zenorini**

*Clin Exp Immunol, 2014 Jan 3. [Epub ahead of print]*

## **Anaa-Assomed, pronto soccorso al collasso in Italia**

Il dramma del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, «dello stazionamento dei pazienti anche per giorni in attesa di ricovero in condizioni precarie, insicure e non dignitose sta diventando l'unica caratteristica “nazionale” del Servizio Sanitario».

Lo afferma l' Anaa Assomed, che sottolinea che «come segnalano con sempre maggiore allarme le segreterie aziendali Anaa Assomed e come riporta la stampa, i posti letto sono sostituiti dai posti barella o dai posti in piedi, o a terra, come accaduto a Roma».

«Tutto questo - aggiunge Anaa Assomed - vede come prima causa il taglio progressivo dei posti letto ospedalieri, specie nel settore pubblico, fino a livelli che ci relegano agli ultimi posti in Europa, giunto negli ultimi 10 anni a punte di oltre il 20% in Friuli, Basilicata, Liguria, Puglia, Sardegna. Taglio dettato principalmente dalla volontà di rideterminare al ribasso le dotazioni organiche di medici ed infermieri e dalla miope politica di contenimento dei costi attraverso la drastica riduzione del turn over, fino al blocco completo nelle Regioni soggette a piani di rientro. E non accompagnato da nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio, per cui in tantissime aree del Paese, non vi sono adeguate alternative al ricorso all'ospedale e i fatti di cronaca riportano sempre più spesso storie di pazienti che devono essere assistiti e curati in PS in condizioni di promiscuità e precarietà».

«Il senso di frustrazione, umana e professionale, che molti operatori avvertono nel dover lavorare in queste condizioni, spinge i Medici, in molti ospedali, a promuovere azioni di forte protesta e denuncia a difesa del Servizio Sanitario Pubblico e dello stesso dettato deontologico. La Segreteria Nazionale Anaa Assomed esprime loro solidarietà e, assicurando che resterà in prima linea nel tener alta l'attenzione sulla drammatica condizione dei Ps, richiama Ministero e Regioni a intervenire per garantire il diritto alla cura e quello a curare».

## **Responsabilità medica. D'Imporzano: nessuno farà più interventi complessi**

Quando si parla di rischio clinico – e in questi giorni se ne parla molto – gli ortopedici sono in prima linea perché, come spiega il past president del Collegio italiano dei chirurghi **Marco D'Imporzano**, «il rischio è talmente maggiore rispetto agli altri medici che abbiamo risarcimenti milionari e percentuali di contenzioso enormi». D'Imporzano riassume le conseguenze della mancata soluzione del problema in tre punti fondamentali: «intanto c'è la medicina difensiva che comporta 15 miliardi circa all'anno spesi per esami che potrebbero essere evitati; c'è poi il continuo calo delle vocazioni chirurgiche e infine il fenomeno della chirurgia astensiva dagli interventi pericolosi. Da un po' di tempo solo i chirurghi della vecchia generazione affrontano gli interventi più importanti e tra un po' non li vorrà fare più nessuno, i giovani si orientano verso chirurgie semplici e comunque ormai la chirurgia è ormai una delle ultime tra le scelte di specializzazione dei nuovi laureati». È urgente arrivare a norme adeguate, eppure D'Imporzano rileva forti resistenze che finora ne hanno impedito l'approvazione: «Con il nuovo presidente Cic **Nicola Surico**, siamo andati più volte nelle commissioni parlamentari e nelle sedi più opportune e devo dire che alla Camera esistono proposte ottime; in particolare quella presentata da Benedetto Fucci e Raffaele Calabrò permetterebbe di risolvere le questioni principali e speriamo riesca a concludere il suo iter, ma ricordiamo che già nella legislatura precedente la proposta Saccomanno-Tomassini non è mai arrivata in aula». Il nodo irrisolto è quello della responsabilità medica. Anche l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna **Carlo Lusenti**, parlando alla Commissione Affari sociali della Camera in rappresentanza delle Regioni ha affermato che «esiste una responsabilità di sistema che non può essere elusa». Oggi invece, denuncia D'Imporzano, «la responsabilità è tutta ricondotta verso il sanitario operante, laddove noi chirurghi abbiamo un impatto minimo sulle scelte organizzative della struttura».

## **Cannabis terapeutica, il neurologo: problemi di accesso a cure e di ricerca**

«Dati clinici e sperimentali consolidati dimostrano l'efficacia dei farmaci cannabinoidi in oncologia, nella sclerosi multipla, nelle mielo-lesioni, nelle neuropatie dolorose, ma anche nell'artrite reumatoide e, si sta sperimentando, anche nel Parkinson, in particolare per il controllo della rigidità muscolare». Così **Vidmer Scaioli**, dell'Istituto neurologico Besta di Milano commenta la presentazione da parte del senatore Pd **Luigi Manconi** di un Ddl sulla cannabis terapeutica. Il neurologo ricorda che fino a pochi mesi fa «nessun tipo di cannabinoide era reperibile sul mercato italiano e i pazienti dovevano riferirsi a procedure d'importazione, principalmente dall'Olanda. Dallo scorso anno viene commercializzato un solo prodotto, ma è a carico del Ssn soltanto per i soggetti affetti da sclerosi multipla, mentre le altre categorie di pazienti devono accollarsi un costo importante». Il decreto si propone di ampliare lo spettro dei farmaci che possono essere distribuiti sul mercato italiano e le categorie dei pazienti che possono accedere, con motivate documentazioni cliniche, al trattamento nell'ambito del Ssn. Al problema di accesso alle cure si aggiungono le limitazioni alla ricerca clinica. «In Italia – lamenta Scaioli - il ministero non ha mai finanziato ricerche sui cannabinoidi. Viviamo oggi la stessa situazione che si è avuta negli Stati Uniti ai tempi del proibizionismo; quando sono stati rimossi i vincoli è partita

un'attività di ricerca clinica e sperimentale che ha poi avuto ricadute importanti». Il neurologo spiega che un altro obiettivo del Ddl Manconi è di consentire ai pazienti di coltivare piantine di cannabis «per poter preparare da soli, con semplici procedure tipiche della farmacologia galenica, i rimedi di cui hanno bisogno: è quanto accade, sotto controllo delle autorità sanitarie locali, in altri Paesi europei e in 14 Stati degli Usa».

## **L'insonnia in oncologia si può curare senza farmaci**

Secondo uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Oncology, i malati di cancro che lottano contro l'insonnia per i dolori, gli effetti delle cure o le preoccupazioni, possono contare su due interventi terapeutici non farmacologici: la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (Cbt-I) e la Mindfulness Based Stress Reduction (Mbsr). Spiega **Sheila Garland**, psicologa clinica al Penn's Abramson Cancer Center dell'Università della Pennsylvania a Philadelphia: «I disturbi del sonno possono influenzare la qualità di vita della metà circa dei malati di tumore, e se non trattati possono pregiudicare negativamente anche le terapie e le cure di supporto. «Secondo le stime attuali il 36-59% dei pazienti con cancro ha un riposo notturno disturbato, che si trasforma in un'insonnia vera e propria nel 28% dei casi» aggiunge la ricercatrice. Ci sono farmaci efficaci, ma molti malati esprimono il desiderio di non prendere medicine in aggiunta alle terapie anticancro già somministrate, preoccupati dai possibili effetti collaterali e da un'eventuale dipendenza. Lo studio ha coinvolto 111 pazienti oncologici selezionati in un centro oncologico universitario di Calgary, in Canada, e assegnati a caso a uno dei due interventi comportamentali contro l'insonnia: terapia cognitivo-comportamentale, 47 soggetti, oppure Mbsr, 64 soggetti. «In studi precedenti Mbsr ha dimostrato di ridurre il disagio e migliorare il benessere psicologico dei malati di cancro, ma questo è il primo studio che la mette a confronto diretto con la terapia cognitivo-comportamentale. E a tre mesi di distanza dal completamento di entrambi i trattamenti, durati 8 settimane, i ricercatori hanno scoperto che entrambe le cure riducono l'insonnia in modo significativo. «La differenza principale è che gli effetti della Cbt-I si verificano più rapidamente, mentre quelli della Mbsr in modo più graduale. Ma c'è di più: in entrambi i gruppi è stato osservato anche un miglioramento dell'umore e dei sintomi legati allo stress. «Questo ci permette di individualizzare il trattamento dell'insonnia in base alle caratteristiche del paziente e alle sue preferenze» conclude Garland.

J Clin Oncol. 2014 Jan 6. [Epub ahead of print].

## **DIRITTO SANITARIO Broncopolmonite asintomatica: scagionato medico chiamato a risarcire danno**

### **Il fatto**

Nell'aprile del 2004 i genitori in proprio e nella qualità di eredi del figlio, chiamarono in giudizio dinanzi al tribunale di Milano, il medico curante chiedendone la condanna al risarcimento dei danni per avere cagionato, o contribuito a cagionare, il decesso del minore in conseguenza di un errore diagnostico e terapeutico consistito nella sola somministrazione di farmaci antiemetici, senza procedere ad un esame obiettivo del torace e dell'apparato

respiratorio del piccolo paziente (affetto da carenza immunitaria anticorporeale), nonostante questi avesse accusato dapprima astenia e cefalea accompagnata da alcune linee di febbre, poi alcuni episodi di vomito, per spirare, infine, a causa di una polmonite franca lombare. Il giudice di primo grado, pur essendo stato reso edotto di come l'operato del professionista fosse stato giudicato incensurabile in sede penale, dispose comunque una Consulenza tecnica d'ufficio (Ctu), all'esito della quale respinse la domanda risarcitoria, sul rilievo, tra l'altro, che il consulente d'ufficio aveva concluso la sua indagine nel senso della totale assenza di qualsiasi responsabilità professionale del sanitario. La corte di appello di Milano ha confermato la pronuncia favorevole al medico.

I genitori del piccolo, hanno agito dinanzi alla Suprema Corte.

### **Profili giuridici**

La Cassazione ha confermato il ragionamento seguito dai giudici d'Appello in ordine alla assenza di responsabilità del sanitario sotto il profilo causale, attesa la natura della broncopolmonite che aveva colpito il piccolo, la cui asintomaticità fu tale da rendere insospettabile l'esistenza di un così grave quadro infiammatorio che avrebbe poi interessato il miocardio, cagionando nel giro di pochi giorni l'evento mortale così come verificatosi.

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

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Il "crac" della sanità. Inchiesta dell'Espresso con i nuovi dati del Rapporto della Bocconi: "Sanità in ginocchio in più della metà del Paese"**

*L'austerità ha rimesso in gran parte i conti in ordine ma ha creato una crescente inadeguatezza dei servizi. Per la prima volta, la denuncia del fallimento della gestione economicistica della sanità arriva dall'anticipazione del Rapporto Oasi Cergas Bocconi. Tagli a fondi e posti letto. Attenzione ai bilanci più che all'assistenza. Ecco il quadro nel reportage di Daniela Minerva*

E' di questi giorni la cronaca riguardante la situazione di caos all'Ospedale San Camillo di Roma, con barelle posizionate lungo i corridoi o addirittura materassi messi a terra per accogliere i pazienti a causa della penuria dei posti letto. Un situazione di tilt che non è certo unica. Anche cambiando latitudine e spostandosi alla periferia di Milano, lo scenario che incontriamo non si discosta di molto da quello di un girone dantesco. E' quanto riportato da un'inchiesta pubblicata da *L'Espresso*, a firma **Daniela Minerva**.

**Dopo aver trascorso una notte al Pronto soccorso dell'ospedale San Carlo di Milano**, le scene descritte sono le stesse: non solo una situazione di caos e promiscuità tra pazienti, mancanza di privacy, dovuta all'assenza di spazi per accogliere queste persone, ma, soprattutto, quello che viene sottolineato è l'identikit di chi si trova a passare ore, se non intere giornate, nel Pronto Soccorso. Non basta infatti la sola riduzione a livello nazionale di posti letto a spiegare l'attuale caos dei nosocomi italiani, c'è anche la mancanza di quelle famose risposte sul territorio di cui si parla da decenni ma che ancora non si concretizzano. Ed ecco quindi che, a presentarsi nei triage dei PS, non sono i classici casi da "medicina di urgenza", quanto piuttosto un gran numero di anziani che, in mancanza di altri posti dove farsi controllare, occupano in maniera 'indebita' quegli spazi rimanendo risucchiati in quel

calderone di gente per ore ed ore. Vi sono anziani con una banale influenza o in stato confusionale, dovuto magari a una caduta da niente che non ha ferito il corpo ma spiazzato la mente, o ancora quelli che non riescono ad essere adeguatamente gestiti dai familiari e che vengono 'parcheggiati' nei Pronto Soccorso.

**Quello che si sottolinea nell'inchiesta è come, oltre al danno ai pazienti** che si trovano costretti a restare in condizioni troppo spesso umilianti, in questo modo si continua a perpetrare un ingente sperpero di risorse pubbliche: basti pensare che un letto costa oltre 1.000 euro al giorno. Nell'inchiesta, poi, vengono presentati in anteprima anche i dati contenuti nel **Rapporto Oasi del Cergas Bocconi 2014**. E qui emerge, ad esempio, come il grado di soddisfazione per le prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale, oscilla molto a seconda delle aree geografiche cui si fa riferimento: possiamo quindi vedere come, mentre il 60,8% dei cittadini del Nord Est ritiene che il servizio pubblico offra tutte le prestazioni di cui si ha bisogno, alla stessa domanda, rispondono in maniera speculare solo il 34,5% dei cittadini del Sud e delle Isole. In totale, a livello nazionale, il 44,8% si ritiene soddisfatto dei servizi cui può usufruire, il 41,2% pensa che vengano coperte dal pubblico solo le necessità essenziali mentre per il resto si è costretti a rivolgersi al privato e, infine, 14% definisce insufficiente la copertura di cui può godere.

Tornando alla nottata trascorsa al San Carlo di Milano, si nota come causa della situazione sia anche il fatto che le strutture assistite sono pochissime e strapiene, come lo sono gli stessi reparti, ingolfati spesso perché costretti a tenersi i malati ben oltre il tempo necessario alla terapia ospedaliera. Perché? Non è una questione di semplice spreco o impeizia, è che non sanno dove mandarli per le cure che devono comunque fare. I tagli, si legge nell'articolo de *L'Espresso*, hanno spazzato via molte strutture, magari sprecone e da riformare, che però servivano a questi pazienti postacuti.

**E se il cronista finisce per arrivare ad "odiare" gli infermieri presenti** per i loro modi bruschi nell'approcciarsi ai pazienti resta il fatto, come si evince dallo stesso articolo, che tutto quel carico di lavoro e sofferenza pesa su gente che guadagna meno di 1500 euro al mese, che ha subito ristrutturazioni e tagli, che deve sopportare turni di lavoro fuori dal comune e che non viene mai e poi mai coinvolta nel governo dell'ospedale.

Allargando il campo visivo, non si può tacere che tutto questo avviene in un settore che, dal 2011 ad oggi, è stato soggetto **a tagli per 30 miliardi** e, come se non bastasse, centinaia di operatori andati in pensione non sono mai stati sostituiti a causa del blocco del turnover. L'ultimo a provarci, a tentare di dar via a quel processo di medicina del territorio che potrebbe dar sollievo a quella polveriera che sta diventando la quotidianità degli ospedali, è stato l'ex ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, con il suo decreto che ad hoc che, però, non prevedendo fondi per dare il via a questo processo, è rimasto ovunque inattuato.

**Dal Rapporto Oasi della Bocconi** emerge chiaramente che mezz'Italia è sanitariamente al crack: l'austerità ha rimesso in gran parte i conti in ordine ma ha creato una crescente inadeguatezza dei servizi. La buona notizia, però, c'è. Ed è nella legge di stabilità: per la prima volta dal 2011 il Fondo sanitario cresce. Cresce di quei 2 mld dovuti alla mancata entrate in vigore dei ticket dopo la bocciatura da parte della Corte Costituzionale. O almeno, così ha dato rassicurazioni a più riprese il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. Anche passando in rassegna il processo di spending review che dovrà essere portato avanti dal

Commissario **Cottarelli**, ci sono state rassicurazioni circa il fatto che i fondi risparmiati saranno reinvestiti all'interno del Ssn.

C'è però da dire che, per la prima volta, è proprio il dossier degli economisti della Bocconi a indicare il disastro della gestione economicistica della sanità. A partire dagli effetti dei cosiddetti **Piani di rientro** imposti alle regioni con deficit (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia). I bocconiani hanno fatto i conti e misurato che "il disavanzo annuale del Ssn è notevolmente ridimensionato, sceso dall'17,3% del 2011 allo 0,9%. E questo anche perché scende il deficit sanitario delle regioni con Piano di rientro. Ma tutto questo non trova però corrispondenza sul piano della capacità di rispondere ai bisogni ed erogare servizi. I Piani di rientro, spiegano gli economisti, non sembrano sin ora stati capaci di attivare processi di positiva evoluzione organizzativa. In sintesi, dovendo rientrare dagli enormi debiti, le Regioni hanno iniziato ad aumentare le tasse locali e sforbicare i servizi, in modo non proprio mirato. Quindi i conti sono migliorati, ma la riorganizzazione dei servizi non c'è stata e, anzi, questi sono peggiorati.

L'austerità ha fatto molto più male nelle Regioni del centro-sud, al punto che oggi il nostro è il Paese con maggiore disparità territoriale in Europa, in materia di sanità.

I dati Oasi mostrano che i ricoveri degli over65 sono ben oltre le esigenze reali, con una media che, dal 2006 al 2011, è passata dal 4,6 al 4,8. In controtendenza, invece, i ricoveri inefficienti che, migliorando un po' ovunque, passano dal 44,9% del 1998 al 31,9% del 2011.

Nelle more di tutto questo, infine, gli amministratori che si trovano di dar seguito al mandato di ridurre ulteriormente i posti letto, passando ad una media di 3,7 per mille abitanti, e di riorganizzare la rete ospedaliera, si trovano di fronte ad un paradosso ben esemplificato dal 'caso' Lombardia. La Giunta Maroni dovrebbe chiudere 170 piccoli ospedali perché la riorganizzazione nazionale chiede di eliminare quelli con meno di 120 letti. Ma se ciò accadesse, la regione finirebbe con l'aver solo 2,59 posti per mille abitanti, ben al di sotto di quanto posto come obiettivo dallo stesso decreto.

## **Agenda settimanale di Camera e Senato. Nuova audizione di Lorenzin sul Patto per la salute**

*Settimana di audizioni questa per la Commissione Affari Sociali di Montecitorio. Mercoledì, torna la ministra sul Patto per la salute, mentre giovedì sarà la volta del Viceministro del lavoro, Guerra, sulla disabilità. La Commissione Sanità del Senato prosegue, l'esame su sperimentazione animale, assistenza frontaliera e farmacovigilanza.*

**Beatrice Lorenzin** mercoledì sarà audita dalla Commissione Affari Sociali di Montecitorio sulle iniziative in corso per la definizione del nuovo Patto per la salute. È il seguito dell'audizione tenuta poco prima di Natale dalla ministra alla Camera. Il giorno dopo sarà invece la viceministra **Cecilia Guerra** ad essere ascoltata in Commissione sugli esiti della IV Conferenza nazionale sulle politiche della disabilità e sul Piano d'azione biennale sulla disabilità.

Sul versante normativo l'Affari sociali prosegue, tra gli altri, l'esame del decreto legge

146/2013 recante misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria. Lo Schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva 2010/63/UE sulla sperimentazione animale, lo Schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2011/24/UE relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera e lo schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva 2012/56/UE sulla farmacovigilanza.

Al Senato, la Commissione Igiene e Sanità ha in agenda l'Indagine conoscitiva sull'inquinamento ambientale e incidenza dei tumori. In particolare sarà audito il responsabile del registro campano per i difetti congeniti.

Mentre sul fronte normativo prosegue l'esame del Ddl sull'esercizio abusivo delle professioni, del Ddl malattie rare, e in sede consultiva su atti del Governo i lavori prevedono l'esame del decreto legge 146/2013 recante misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria. Lo Schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva 2010/63/UE sulla sperimentazione animale, lo Schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2011/24/UE relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera e lo schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva 2012/56/UE sulla farmacovigilanza.

### **Se il medico di famiglia si "associa". Dimezzato il ricorso al Pronto soccorso e alla Guardia medica. E le visite dal privato crollano del 75%**

*I dati di un'indagine della Fondazione Istud che ha misurato l'impatto sui cittadini della riorganizzazione territoriale attraverso l'associazionismo dei medici di famiglia. Anche i medici coinvolti sono soddisfatti di lavorare in equipe: "Si risparmia, c'è più organizzazione e più supporto logistico". Record di associazionismo in Emilia Romagna. In coda la Campania.*

Comprendere e misurare l'impatto della riorganizzazione della medicina territoriale attraverso la creazione e il potenziamento dei nuclei di medici di medicina generale associati in gruppo o in rete, formula organizzativa che supera l'isolazionismo secolare dei medici di famiglia – ciascuno nel proprio studio – è stato il cuore dell'Osservatorio delle Cure Primarie nel 2013. Lo studio, svolto tra gennaio e dicembre 2013, è stato realizzato da Fondazione ISTUD mediante una ricerca degli atti ufficiali su tutte le Regioni Italiane e una ricerca sul campo in dieci di queste - Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto - interviste a decisori di politica sanitaria (Assessorati, Direzioni Generali, Funzionari) e la raccolta via web del punto di vista su aspetti qualitativi, organizzativi e economici dei cittadini e dei professionisti sanitari che operano sul territorio.

L'Osservatorio è stato patrocinato da Cittadinanzattiva, FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), e Federsanità ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani). La ricerca è stata resa possibile grazie al contributo non condizionato di Accenture, Assobiomedica, Assogastecnici, Esaote, Fater, Linde, Medicaire, Medigas, Siad, Novartis, Sapi Life, Tbs, Tesan, Vivisol, Vitalaire - Medica.

## **Le principali evidenze emerse: la voce dei cittadini**

Sono 398 i cittadini che hanno aderito allo studio provenienti da tutta Italia: l'83% in una fascia d'età compresa tra i 25 e i 64 anni e il 10% over 64 anni. Il 43% dei rispondenti ha indicato di avere malattia cronica, dato in linea con la prevalenza delle cronicità nella popolazione italiana.

I cittadini si recano dal proprio medico di medicina generale prevalentemente per la prescrizione di farmaci, per l'impegnativa relativa a visite specialistiche ed esami diagnostici, dimostrando che si è ancora lontani dalla medicina di iniziativa, per prediligere invece ancora una sanità reattiva.

Focalizzandoci sul tema centrale della ricerca, l'associazionismo medico – forma obbligatoria oramai per legge – i cittadini rispondenti dichiarano nel 50% dei casi di rivolgersi a medici di medicina generale in associazione, la restante parte invece dichiara che il proprio medico di base continua ad operare in uno studio singolo. Purtroppo **si registrano differenze tra Nord e Sud**, in particolare in Emilia Romagna è presente il minor numero di medici con studio singolo, 35%, mentre la Campania è la Regione con la più alta percentuale di medici non associati 70%.

Ma al di là delle norme previste, l'Osservatorio è stato il primo studio inter-regionale che ha desiderato indagare non solo la presenza degli studi associati ma i possibili benefici che ne derivano.

Quando il medico di medicina generale è in associazione l'esperienza dei cittadini, siano essi sani o con malattia cronica, è più soddisfacente in merito agli orari di apertura, i tempi di visita, l'accoglienza. Non solo, ma grazie al fatto di trovare sempre qualche medico referente nello studio medico di famiglia, quando il medico non è reperibile nel suo studio i pazienti si rivolgono in misura inferiore del 50% al pronto soccorso, del 50% alla guardia medica e, addirittura, del 75% a medici privati a pagamento. E ancora, considerando la fascia di malati che spende di tasca propria, oltre al contributo fiscale, più di 1500 Euro all'anno, questa percentuale si abbassa del 38% a una spesa annua compresa tra 500 e 1500 Euro, se i malati possono fare riferimento sull'associazione dei medici sul territorio.

Commenta così **Maria Giulia Marini**, Direttore dell'Area Sanità di Fondazione ISTUD: “questi risultati sono i primi in Italia a dimostrare che l'associazionismo è di beneficio ai pazienti e alle persone sane, sia dal punto di vista organizzativo che economico. E in tempo di crisi strutturale, diffondere strumenti che contemplino un risparmio per i cittadini è un atto doveroso e da perseguire con volontà, superando gli isolazionismi strutturali e culturali”.

Le **cure intermedie** risultano diffuse in modo eterogeneo sul territorio, e uniche strutture riconosciute sono le Residenze Sanitarie Assistenziali che però i cittadini definiscono come luoghi spersonalizzanti e di solitudine e su cui, quindi, c'è molto da indagare in virtù di una famiglia italiana in grande trasformazione con un numero crescente di anziani soli e fragili.

Anche la **sanità elettronica** è sviluppata in modo differente tra Centro-Nord e Sud: infatti nel settentrione vi è maggior utilizzo dei sistemi di refertazione online, e fascicolo sanitario elettronico. Non sempre però tecnologia è sinonimo di efficienza, vengono infatti denunciati problemi tecnici nella metà degli intervistati e circa un terzo dichiara che non conosce nessuno di questi servizi.

Rispetto alla qualità dell'informazione, le persone si informano rispetto alle trasformazioni

del Sistema Sanitario Regionale e della propria ASL attraverso la stampa locale (nel 60% dei rispondenti) e in misura inferiore rispetto ad altri canali quali Internet, la Tv, il medico di medicina generale e le Associazioni dei pazienti: di fatto il 79% degli italiani chiede una maggiore trasparenza e questo dato indica la crisi di fiducia tra cittadino ed istituzioni sul patto per la salute.

L'indicatore di auspicio di una maggiore chiarezza è marcato da un 82% di persone che ritengono utile disporre di una lista di organizzazioni qualificate che erogano assistenza domiciliare sul territorio tra cui scegliere, servizio informativo a oggi mancante.

I cittadini della Lombardia hanno già stipulato nel 31% una polizza sulla salute rispetto al 15% del resto d'Italia, cercando di incanalare la spesa out of pocket in modo più strutturato attraverso offerte assicurative.

### **Le principali evidenze emerse: la voce dei professionisti sanitari**

L'altra parte dell'indagine era dedicata ai medici, e infatti sono 128 i professionisti del territorio che hanno aderito alla proposta di studio, 78% medici di medicina generale, 10% pediatri di libera scelta, e 12 % altri professionisti del territorio.

Se i cittadini sottolineano l'efficacia delle cure attraverso l'associazionismo, i professionisti sanitari sul territorio - di cui l'83% è associato mentre il 17% ancora conduce uno studio singolo - annunciano l'efficienza di questo sistema che permette un migliore confronto tra colleghi, un migliore supporto logistico, risparmio economico e una modalità di lavoro più organizzata. Solo come ultima ragione viene segnalata la migliore qualità di servizio per le persone assistite. I motivi segnalati a sfavore dell'associazionismo in quella piccola quota di medici non ancora associati, sono le caratteristiche territoriali nel 32%, "non ci ha mai pensato" nel 21%, un 16% ha problemi burocratici con la regione/ASL, un 16% non ha trovato colleghi disponibili, l'11% non pensa sia una regione ottimale e un 5% scrive che è vietato.

Una spaccatura netta è presente rispetto alla capacità di lavorare in equipe e la formazione nell'associazionismo, nelle case della salute e altre forme di aggregazione professionale. Sono stati attivati infatti solo nel 49% dei rispondenti percorsi formativi: questo dato è spiegabile con i diversi approcci regionali: in alcune realtà c'è maggiore consapevolezza dell'esigenza di fornire ulteriori competenze ai professionisti che provengono dall'ospedale per poter gestire le cronicità del territorio, in altre realtà invece non si percepisce questo bisogno, nella convinzione che coloro che hanno lavorato in una struttura per acuti ad alta complessità sappiano gestire i pazienti le cronicità.

Un indicatore allarmante che emerge dalle risposte dei medici di medicina generale rispetto alle tecnologie come ausili e presidi è che, per quanto riguarda la fornitura ai pazienti, quantità, qualità e servizi distintivi abbiano la medesima rilevanza, laddove invece sono note le evidenze che derivano dalle differenze di qualità.

Come per i cittadini, anche per i medici l'**e-health** è diffusa maggiormente nel Centro-Nord rispetto al Sud e, ancora una volta, si sottolineano tutti vantaggi di efficienza che derivano dall'utilizzo di sistemi tecnologici. Le difficoltà dell'uso della digitalizzazione sanitaria derivano nel 53% da problemi di errori nell'utilizzo, nel 20% dall'assenza di connessione telematica con altre strutture e dalla mancanza, per la restante parte, di formazione.

Rispetto agli **aspetti economici**, le risposte dei medici sono profondamente diversificate: il 34% dei rispondenti auspica una riduzione dell'esenzione totale e una compartecipazione per una maggiore responsabilizzazione dei cittadini per i servizi di cui usufruiscono. Mentre il 29% si preoccupa che in un prossimo futuro il paziente dovrà pagare per i servizi sanitari. Un 36% dei medici insiste sul fatto che il sistema si possa rendere sostenibile attraverso modelli organizzativi e la lotta agli sprechi: questo dato è importante perché uno dei massimi studiosi di organizzazione sanitaria al mondo, Donald Berwick nel 2012, ha proprio sottolineato sul *Journal of American Medical Association* gli sprechi derivanti dalla mancanza di coordinamento delle cure e dalla complessità amministrativa. E quindi il mancato associazionismo è mancata cooperazione, uno spreco non più sostenibile.

## **Tumore della tiroide. Un farmaco antidiabetico potrebbe essere utile**

*Oltre ad agire contro il diabete 2, la metformina ha dimostrato di inibire alcune molecole chiave nella proliferazione tumorale, migliorando anche la risposta alla radioterapia. Lo studio retrospettivo su *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**

Si tratta della metformina, un farmaco utilizzato nella terapia del diabete di tipo 2, della famiglia dei biguanidi, che sembra che potrebbe agire anche contro i tumori della tiroide. A rivelarlo recentemente, uno studio su *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, di cui riporta notizia anche l'Osservatorio Malattie Rare O.Ma.R. Lo studio, intitolato *Treatment With Metformin Is Associated With Higher Remission Rate in Diabetic Patients With Thyroid Cancer*, è stato condotto dal Washington Hospital Center, dall'Uniformed Services University of the Health Sciences negli Stati Uniti insieme ad altre Istituzioni.

Come si legge nello studio, i trial clinici hanno dimostrato che il farmaco aumenta l'efficacia della terapia nei pazienti con questo tipo di tumore.

I ricercatori hanno preso in considerazione circa 140 persone, hanno confrontato la risposta completa (CR) di un gruppo di pazienti diabetici trattati con metformina con pazienti diabetici che non hanno ricevuto questo trattamento e con un gruppo di controllo di pazienti non affetti da diabete non in trattamento. Inoltre, essi hanno esaminato gli effetti della metformina in vitro su cellule DTC (cellule tumorali disseminate).

La dimensione del tumore è minore nei pazienti trattati con metformina, il che suggerisce che il farmaco inibisce la crescita del cancro, come si legge nello studio. Questi pazienti, inoltre, sono più inclini alla remissione della malattia rispetto a quelli diabetici che non hanno assunto il farmaco.

Tra i diabetici, poi, in assenza del trattamento aumenta la probabilità di una riduzione della sopravvivenza senza la malattia. Il risultato in vitro mostra che la metformina inibisce la crescita di cellule cancerose.

Si tratta però di uno studio retrospettivo, come riporta O.Ma.R., che necessita perciò di approfondimento. In ogni caso, lo studio apre delle prospettive di ricerca, anche per il carcinoma midollare della tiroide (CMT), un tipo di tumore della tiroide meno diffuso ed ereditabile, che riguarda circa il 5-10% dei casi totali; in Italia questa malattia colpisce circa 200 persone all'anno.

Insomma, potrebbe essere una nuova strada da percorrere nell'obiettivo di migliorare anche

la risposta alla radioterapia di questi pazienti.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Medici e infermieri: via libera al protocollo per una cabina di regia delle professioni**

Via libera da ministero della Salute, Regioni e sindacati al protocollo con cui si istituisce la cabina di regia - che non sostituisce l'accordo Stato-Regioni sulle competenze infermieristiche inviato alla conferenza e su cui i sindacati medici hanno alzato le barricate - in cui coordinare a livello nazionale la "regolazione della vita professionale e organizzativa" degli operatori del sistema sanitario.

Ruolo centrale per le prestazioni ai cittadini delle professioni mediche e veterinarie, ma anche di quelle sanitarie e della dirigenza sanitaria e degli oltre 30 profili professionali laureati, tutti caratterizzati dai loro ambiti di autonomia; guerra aperta all'insostenibilità del sistema sanitario, non solo contro l'uso improprio della domanda di salute, anche contro quello «consumistico»; a far parte della cabina di regia dovranno essere rappresentanti di comparto, aree dirigenziali e anche dell'area convenzionata: sono queste alcune delle novità inserite con le ultime modifiche discusse ieri.

E in più tra le ragioni del protocollo è stato inserita la necessità di ribadire il «primato della prevenzione nel processo di attuazione del diritto alla salute, il cui potenziale innovativo è ancora da sviluppare appieno nella promozione degli stili di vita e in una più incisiva politica ambientale»

Ora il protocollo dovrà essere inviato alle Regioni per la loro valutazione e per eventuali integrazioni-emendamenti e naturalmente al ministro, dopodiché si procederà alla firma ufficiale.

Oltre quelle segnalate le modifiche più significative al testo sono state quelle approvate ai presupposti su cui si baserà la cabina di regia.

Entrando nel dettaglio - la prima versione parlava di operatori in generale - si specifica ora che «i medici, i veterinari, i dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri professionisti della Salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà dei percorsi di cura e di assistenza attraverso l'integrazione multi professionale degli obiettivi, nei sistemi complessi per obiettivi, e attraverso criteri di verifica e di valutazione degli esiti e dei risultati».

E dettagliata è anche la composizione della dirigenza sanitaria che concorrerà «in maniera rilevante all'effettuazione e sviluppo dei percorsi di diagnosi cura e assistenza in ambito sanitario» e che contribuirà «all'integrazione professionale nei sistemi complessi in ambito multiprofessionale anche alla luce della costante evoluzione tecnico scientifica»: biologi,

chimici, fisici, farmacisti, psicologi.

Le responsabilità gestionali non saranno più solo - come specificava la prima versione del protocollo - delle figure di dirigente di struttura, posizioni organizzative, coordinatori di unità operativa e di processo, ma di chiunque le abbia a livello generale. E partendo da questo punto fermo, medici, infermieri e gli altri professionisti della salute «riconoscono e convegono» che la «responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti nell'ambito dei processi di cui sono garanti è personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto anche nell'esercizio di competenze avanzate o di tipo specialistico».

Prossima tappa annunciata dal sottosegretario alla Salute Paolo Fadda, una volta chiusa questa partita, sarà sulla nuova proposta di carriera della dirigenza medica e sanitaria per valorizzare quella professionale e non solo quella gestionale.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - [m.izza@mediadue.it](mailto:m.izza@mediadue.it) - 339 1816584