

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 28 OTTOBRE 2014

LA NOTIZIA DEL GIORNO

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Asl accorpate nei 5 nuovi Distretti Viaggiano assieme la riforma del “dopo-Province” e il riassetto delle Aziende. Ente unico con 2 poli per Gallura e Nuorese (in allegato il Pdf con la mappa)

In consiglio regionale comincia oggi il dibattito sul riordino delle Asl – la proposta è del Pd, a dividerla è tutta la maggioranza di centrosinistra – che porterà al commissariamento entro novembre delle Aziende, all’avvio sulla carta della struttura regionale per le emergenze e il 118, alla costituzione della Agenzia unica acquisti-appalti e alla classificazione degli ospedali. Dopo le relazioni di maggioranza e minoranza della settimana scorsa, dovrebbe esserci il confronto in aula. Di fatto la seduta servirà solo a presentare gli emendamenti della giunta, una decina, e quelli del centrodestra, almeno 500. Poi sarà rinviata alla settimana prossima, è previsto un passaggio preliminare in commissione Sanità per tutti gli emendamenti, e l’approvazione del testo definitivo potrebbe essere entro le prime due settimane di novembre. A quel punto la palla passerà alla Giunta, che in primavera dovrebbe consegnare al Consiglio la mappa definitiva delle nuove Asl. Sempre oggi la giunta, nella consueta riunione del martedì, si occuperà anche dei conti delle attuali undici Aziende e dovrebbe deliberare le direttive per gli ormai sicuri e prossimi commissari, che saranno nominati a fine novembre

Cinque distretti per cinque Asl, o viceversa che sia. Di certo saranno cinque, gli uni e le altre. Con un solo dubbio: la futura Area metropolitana di Cagliari, annunciata come amministrazione autonoma, finirà per essere anche un’Azienda sanitaria indipendente, oppure farà parte della futura Asl del Sud-Est? A parte questo interrogativo e qualche altro dubbio su cui ancora discutono agli Enti locali, a quell’assessorato spetta il compito di ridisegnare la Sardegna post Province, il resto dei confini sembra deciso. Distretto Nord. Sassari e dintorni sono il territorio che rischia meno stravolgimenti rispetto all’estensione attuale. Escluso qualche ritocco nell’area Sud dell’ex Provincia, resterà con gli stessi comuni, sessantasei, inseriti in 4.285 chilometri quadrati. Di conseguenza, anche quella che fino a oggi era l’Asl 1

rimarrà quella che è. L'unica novità dovrebbe essere il trasferimento del Santissima Annunziata dal controllo della Asl all'Azienda mista del Policlinico per «meglio organizzare la nascita della futura struttura che si dovrà occupare delle emergenze e prima di tutto dell'organizzazione a livello regionale del 118», com'è scritto in uno degli allegati della bozza ipotizzata dall'assessorato regionale alla Sanità. Anzi, l'ex Asl 1 potrebbe alla fine acquisire qualche comune in più se, come pare, una parte della Gallura (Tempio?) dovesse decidere di far riferimento proprio al Sassarese.

Distretto Nord Est. È la novità, con l'accorpamento, amministrativo e sanitario, delle ex Province della Gallura e di Nuoro, oppure delle Asl 2 e 3. La fusione a freddo porterebbe in dote una settantina di Comuni, considerato che proprio Nuoro perderebbe Marghine, destinato a essere accorpato all'Asl Ovest (ex 5, Oristano) e Mandrolisai, che sarebbe amministrato dalla macro area del Sud Est. A questo punto, nel distretto del Nord Est, vasto oltre settemila chilometri quadrati, le città guida sarebbero è ovvio Nuoro e Olbia. Con la prima punto di riferimento per la sanità pubblica e l'altra polo d'alta specializzazione di quella privata con l'apertura dell'ospedale «Mater», l'ex San Raffaele. Proprio questo sarebbe uno dei punti di equilibrio decisi nei giorni caldi della trattativa con la Qatar Foundation e il Bambin Gesù.

Distretto Ovest. I confini sono quelli dell'Asl 5 di Oristano, con in più il Marghine. I Comuni amministrati dovrebbero passare dagli attuali ottantotto Comuni, a poco meno di cento, In questo caso cambierebbe subito la classificazione dell'ospedale di Macomer, con il San Martino di Oristano che diventerebbe quello guida del Distretto. Macomer diventerebbe, nella mappa sanitaria, una sub-zona, con comunque un proprio direttore sanitario di riferimento.

Distretto Sud Ovest. Questa volta la fusione riguarderebbe le Asl del Sulcis-Iglesiente, esclusa Teulada, e quella del Medio Campidano, da cui però potrebbe essere escluso Sanluri, destinato a far riferimento e con la conferma di San Gavino. In questa area, gli ospedali riferimento sarebbero quelli di Carbonia, Iglesias e San Gavino (destinato a essere ricostruito e per cui la Giunta ha già stanziato un finanziamento di 68,5 milioni). In questa area, sarà decisiva la gerarchia fra le diverse strutture e l'obiettivo sempre comunque quello di evitare duplicazioni fra i reparti.

Distretto Sud Est. Di sicuro oltre a buona parte dell'Asl 8 di Cagliari amministrerà anche l'ex Asl dell'Ogliastra, capofila Lanusei, più i comuni del Mandrolisai. Ma soprattutto bisognerà capire se controllerà anche gli ospedali dell'Area vasta metropolitana, estesa fino a Sant'Andrea Frius su un fronte e Teulada sull'altro. Dal controllo sarà certo esclusa l'Azienda autonoma del Brotzu (a sua volta allargata al Microcitemico e all'Oncologico) e il Policlinico di Cagliari. In bilico resterebbero il Businco, Is Mirrionis e le diverse cliniche private che sono concentrate proprio a Cagliari. Le ipotesi sono: o anche l'Area metropolitana sarà amministrata sotto l'aspetto sanitario dalla nuova Asl del Sud Est, oppure sarà autonoma del tutto. Comunque in questa macro area, come nelle altre, a decidere saranno i Comuni e le «aggregazioni dovranno essere omogenee».

Qualità dei servizi, ospedali sardi in coda Il report dell'Agenas: l'85 per cento delle strutture sanitarie è sotto la media nazionale

Il nome è complicato, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ma l'Agenas ha un mandato importante che fa tremare Asl e ospedali: calcola le performance delle strutture e dalla sua ultima indagine solo il 15 per cento degli ospedali sardi raggiungono gli obiettivi minimi richiesti. L'Agenas calcola e confronta oltre un centinaio di indicatori da quattro anni e con i suoi report dà ogni volta uno spaccato di quanto sia buona o cattiva la qualità della sanità. Pubblicata di recente, la relazione del 2013 fa sapere che la «Sardegna, nel confronto con le altre regioni è in fondo alla classifica dell'efficienza». È molto distante dagli standard quasi europei del Nord, appena sopra le maglie nere del Sud (Campania, Puglia e Molise) ad esempio nella «mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus o infarto», dal «numero di parti cesarei», da «tempi di attesa per un intervento chirurgico dopo la frattura di un femore» e anche altri parametri che riguardano cardiocirurgia, medicina interna, traumatologia e ostetricia. Certo, il rapporto dell'Agenzia è un insieme di numeri, glaciali come lo sono le statistiche, con numerosi fattori che entrano in gioco. Ad esempio è difficile mettere a confronto, seppure con l'attenuante di questo o quel correttivo nella raccolta dei dati, i grandi ospedali metropolitani con quelli poco più che comunali. I primi hanno dalla loro un gran numero di interventi (oltre a quelli enormi sul personale e i macchinari all'avanguardia a disposizione), mentre gli altri, i piccoli, sono piccoli davvero in tutto. Però, con tutte le cautele del caso, in Sardegna – a parte alcune riconosciute eccellenze soprattutto in cardiologia – un dato è sicuro: l'85 per cento delle strutture sanitarie è sotto la media nazionale. Gli esempi clamorosi non mancano: nella clinica privata Sant'Anna di Cagliari i parti cesarei sono il 56 per cento, più del doppio del 26,2 nazionale. All'ospedale Segni di Ozieri le complicanze post parto naturale sono intorno allo 0,87 per cento, 0,39 in Italia. Al Merlo della Maddalena lo stesso dato è appena superiore all'1 per cento, quindi quasi il triplo dello standard nella penisola. Per quanto riguarda gli standard degli interventi per i tumori al colon, la mortalità media nazionale è intorno al 4 per cento, in Sardegna è superiore all'ospedale civile di Sassari (4,5), al Brotzu di Cagliari (4,8), al San Francesco di Nuoro (8,9) fino al Santa Barbara di Iglesias dove è intorno al 15. È alta anche la mortalità per i tumori allo stomaco con il Nostra Signora di Bonaria, a San Gavino, all'11 per cento, il Marino di Cagliari al 12,5 e l'ospedale civile di Alghero al 16,6 contro una media molto più bassa. All'ospedale di Oristano è alta invece la mortalità dopo interventi per tumori al retto: 16,6 contro l'1,9 accertato nelle regioni in testa alla classifica. Anche l'attesa dei pazienti che devono essere operati entro 2 giorni dalla frattura a un femore è più alta dappertutto in Sardegna. Al Paolo Dettori il 50 per cento dei ricoverati rimane in lista per molto più tempo e quasi lo stesso

accade al Nostra Signora di Lanusei. Fin qui i dati dell'Agenzia che sono preoccupanti. Ma senza allarmismi e neanche far indossare a forza maglie nere a questo o quel reparto, è chiaro che in periferia gli standard sono inferiori. Forse anche per questo nell'ipotesi di riforma del sistema sanitario regionale oltre a una razionalizzazione dei posti letto, è prevista anche la trasformazione di alcuni ospedali più piccoli in «Case della salute». Si badi bene, nessun piccolo ospedale chiuderà: diventerà però un presidio territoriale per le diagnosi con una struttura ospedaliera urbana di riferimento.

QUOTIDIANO SANTA.IT

Anticorruzione. Incompatibili ruoli ordinistici e politici. Bianco, Mandelli e Silvestro potrebbero dover scegliere tra Senato e Ordine

Lo prevede una delibera dell'Autorità diretta da Cantone che si rifà alla legge Severino e al dlgs 39/2013. Attualmente in Parlamento siedono i tre presidenti dei tre principali Ordini sanitari (cui si aggiunge anche il vicepresidente Fofi e senatore di FI, Luigi d'Ambrosio Lettieri). L'ordinanza riguarda anche gli incarichi di vertice nelle diverse pubbliche amministrazioni. Gli Ordini avranno 30 giorni per adeguarsi.
LA DELIBERA

Doccia fredda per tutti i rappresentanti di Ordini e Collegi che ricoprono incarichi di vertice nelle pubbliche amministrazioni. Una delibera (145/2014) dell'Autorità anticorruzione, firmata da **Raffaele Cantone** lo scorso 21 ottobre, sancisce la loro incompatibilità nel ricoprire incarichi di vertice nelle amministrazioni statali, regionali e locali e la carica di parlamentare. Ricordiamo che attualmente siedono in Parlamento i presidenti dei tre principali Ordini sanitari: il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, **Amedeo Bianco (Pd)**, la presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi, **Annalisa Silvestro (Pd)**, il presidente dell'Ordine nazionale dei farmacisti, **Andrea Mandelli (Fi)** e il suo vicepresidente **Luigi d'Ambrosio Lettieri (Fi)**.

La delibera richiama la [legge Severino \(190/2012\)](#) nella quale viene stabilito che le disposizioni di prevenzione della corruzione sono applicabili alle amministrazioni pubbliche, tra le quali, come sancito dalla legge n. 165/2001, rientrano anche - come enti pubblici non economici - gli Ordini professionali. Una classificazione ribadita dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 21226/2001 - riguardante la Fofi - che ha riconosciuto come le relative prestazioni lavorative subordinate "integrano un rapporto di pubblico impiego". Di conseguenza, per l'Authority, sono applicabili anche agli Ordini le norme della legge 190/2012.

Gli Ordini avranno dunque l'obbligo di predisporre un piano triennale di prevenzione della corruzione, un piano triennale della trasparenza e un Codice di comportamento del dipendente pubblico, nominare un responsabile della prevenzione della corruzione, adempiere agli obblighi in materia di trasparenza previsti dal Dlgs 33/2013 e, infine, rispettare i divieti su inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

Come dicevamo, tra le incompatibilità fissate dall'articolo 11 del [Dlgs 39/2013](#), richiamato dalla delibera di Cantone, c'è quella di ricoprire incarichi di vertice nelle pubbliche amministrazioni. A questo punto gli Ordini e i Collegi avranno un mese di tempo, dalla pubblicazione della delibera, per adeguarsi. Spetterà all'Autorità anticorruzione il compito di vigilare sull'adozione dei piani triennali e del Codice di comportamento, pena una sanzione da mille a 10mila euro. Le incompatibilità dovranno, invece, essere segnalate dal responsabile del piano anticorruzione di ciascun ente che dovrà segnalare eventuali violazioni all'Antitrust e alla Corte dei conti.

■ **Bianco (Fnomceo):** [“Se esiste un profilo di incompatibilità ne trarremo le conseguenze”](#)

■ [Il testo della delibera 145/2014](#)

■ [Legge n. 190/2012](#)

■ [TEsto del Dlgs n. 39/2013](#)

SOLE 24 ORE SANITA'

Da oggi al 31 ottobre al via il primo concorso nazionale per l'accesso alle Scuole di specializzazione in Medicina

Al via il primo concorso nazionale per l'accesso alle Scuole di specializzazione in Medicina. Da oggi e fino al 31 ottobre si terranno le prove di selezione che segnano il superamento dei vecchi concorsi locali gestiti dagli atenei. Lo comunica una nota del Miur.

I candidati, che dovranno presentarsi presso le sedi in cui si svolgeranno le prove alle ore 8.30, sono 12.168. Le sedi delle prove sono 117 distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di 442 aule.

«Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - si legge nella nota - ha seguito tutte le operazioni di predisposizione delle aule e degli strumenti che saranno utilizzati dai partecipanti per garantire procedure serene e trasparenti. Sono 1.800 le persone che saranno impegnate nella vigilanza delle prove: si tratta di personale delle

Università, delle Scuole e del Ministero. Sono numeri che danno evidenza di uno sforzo enorme, tanto più complesso perché effettuato per la prima volta. Uno sforzo che ha visto la massima collaborazione di tutte le Istituzioni e dei soggetti coinvolti».

Quest'anno ciascun candidato, al momento della domanda, ha potuto scegliere per la prima volta di concorrere per l'accesso fino a due tipologie di Scuola di specializzazione per ciascuna Area (Medica, Chirurgica, Servizi Clinici). La prova di ammissione sarà telematica e identica a livello nazionale per ciascuna Scuola. I candidati dovranno rispondere a 110 quesiti a risposta multipla: 70 su argomenti caratterizzanti il corso di Medicina, 40 su scenari predefiniti, di dati clinici, diagnostici e analitici (di cui 30 quesiti comuni a tutte le tipologie di Scuola della stessa area e 10 quesiti specifici per ciascuna tipologia di Scuola).

Questo il calendario delle prove:

Prima parte (Comune a tutte le Scuole) - 28 ottobre - inizio ore 11.00

Seconda parte - Scuole di Area Medica - 29 ottobre - inizio ore 11.00

Seconda parte - Scuole di Area Chirurgica - 30 ottobre - inizio ore 11.00

Seconda parte - Scuole di Area dei Servizi Clinici - 31 ottobre - inizio ore 11.00

I candidati avranno a disposizione computer non connessi a Internet. Alla fine della prova ogni partecipante conoscerà subito il punteggio conseguito. Ogni risposta corretta vale 1 punto, ogni risposta non data 0 punti, ogni risposta errata -0,30 punti.

La valutazione dei 10 quesiti specifici per ciascuna Scuola ha un peso maggiore: 2 punti per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data e -0,60 per ogni risposta errata.

Ai titoli saranno poi attribuiti fino a 15 punti di cui: fino a 2 punti per il voto di laurea, fino a 13 per il curriculum degli studi (di questi fino a 5 in base alla media aritmetica complessiva dei voti degli esami sostenuti, fino a 5 in base ai voti presi negli esami fondamentali del corso di laurea e caratterizzanti o specifici in base alla Scuola scelta, fino a 3 punti per altri titoli, ovvero 1 punto per tesi sperimentale e 2 per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina affine alla tipologia della Scuola scelta).

Monitor Biomedico 2014: italiani informati, ma insoddisfatti

In sanità, il 70% degli italiani si ritiene informato, ma il 55% teme la confusione. Il 49% giudica inadeguati i servizi sanitari della propria regione e la percentuale sale al 72% al Sud. Colpa delle liste d'attesa, per il 64%. Per il 45% il ticket è una tassa iniqua e per il 35% i farmaci garantiti dal Ssn sono insufficienti. Peggioramento del Servizio sanitario nazionale e Paese spaccato. Questi sono i principali risultati del Monitor Biomedico 2014, realizzato dal Censis nell'ambito delle attività del Forum per la Ricerca Biomedica, presentati oggi a Roma da Ketty Vaccaro, responsabile del

settore Welfare del Censis, e discussi da Carla Collicelli, vicedirettore del Censis, Giuseppe De Rita, presidente del Censis, e Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria.

Secondo il rapporto, è molto diffusa la percezione che la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica si vada riducendo, con punte di grave malcontento nelle regioni meridionali. Il 49% degli italiani giudica inadeguati i servizi sanitari offerti dalla propria regione, ma la percentuale si riduce significativamente al Nord-Est (27,5%) e aumenta nettamente al Sud (72%). Seppure la maggioranza degli italiani ritiene che il Servizio sanitario della propria regione sia rimasto uguale negli ultimi due anni, in particolare al Nord-Est (70%), il 38,5% rileva un peggioramento, e ad avere questa opinione sono soprattutto i residenti del Mezzogiorno (46%). È quanto emerge dal Monitor Biomedico 2014, l'indagine condotta periodicamente dal Censis nell'ambito del Forum per la Ricerca Biomedica che fa il punto sulle questioni chiave della sanità italiana. L'aspetto che pesa più negativamente nel rapporto con le strutture sanitarie pubbliche è la lunghezza delle liste d'attesa: è l'opinione del 64% degli italiani. Negativo è anche il giudizio sulla chiusura dei piccoli ospedali: il 67% si dichiara contrario, perché costituiscono un presidio importante (44%). Cresce la quota di coloro che reputano negativa l'attribuzione di maggiori responsabilità alle regioni (il 36% di oggi contro il 30,5% del 2012).

L'impatto della crisi e l'aumento del «fai da te». A causa della crisi, nell'ultimo anno il 53% degli italiani si è rassegnato a sopportare tempi di attesa più lunghi per effettuare analisi, visite e cure mediche nelle strutture pubbliche. Ed è aumentato il «fai da te»: il 48% si è rivolto direttamente al privato per effettuare analisi, visite e cure a causa delle liste d'attesa, il 35% si è rivolto al privato per ricevere prestazioni di migliore qualità, e due terzi degli italiani hanno sostenuto spese di tasca propria, in particolare per il ticket sui farmaci (66%) e sulle visite specialistiche (45,5%), o per le prestazioni odontoiatriche private (45,5%).

Le malattie che fanno paura e l'importanza della prevenzione. Le malattie che fanno più paura sono i tumori (63%), seguiti dalle patologie che provocano la non autosufficienza (31%), quelle cardiovascolari (28%) e quelle neurologiche (26%). Anche a questo proposito aumentano le forme di autoregolazione: per mantenersi in buona salute, il 44% della popolazione dichiara di seguire una dieta sana e il 19,5% vorrebbe farlo, ma non ci riesce. La prevenzione coinvolge una parte consistente di italiani: il 43% effettua controlli medici una o due volte all'anno, mentre il 14% li effettua ancora più spesso.

L'informazione sulla salute corre sul web. Più del 70% degli italiani si ritiene molto o abbastanza informato sulla salute, ma cresce la quota di coloro che temono il rischio della confusione causata dalle troppe informazioni (il 54,5% contro il 41% del 2012). Il medico di base rimane la fonte di informazione più consultata dagli italiani (73%), seguito dallo specialista (27%). Ma cresce il ruolo dei media. La percentuale di italiani che almeno qualche volta traducono in comportamenti le informazioni sulla salute acquisite da tv, radio, giornali, internet è passata dal 30% del 2012 al 48% del 2014. Si tratta più frequentemente dell'acquisto di integratori e vitamine (35%) o farmaci (25%), ma anche di modifiche al proprio stile di vita (26%). A utilizzare

internet come fonte di informazione sanitaria è ormai il 42% degli italiani. Di questi, il 78% usa il web per informarsi su patologie specifiche, il 29% per trovare informazioni su medici e strutture a cui rivolgersi, il 25% per prenotare visite, esami o comunicare tramite e-mail con il proprio medico.

Il rapporto medico-paziente tra obbedienza e empowerment. Gli italiani hanno fiducia nei medici, ma l'aderenza alle prescrizioni da parte dei pazienti varia a seconda della gravità della patologia. Nel caso di malattie gravi, nel 90% dei casi le prescrizioni del medico vengono seguite scrupolosamente nelle dosi e nella durata. Se la malattia è meno grave, invece, aumentano l'empowerment, le decisioni soggettive e l'autogestione: la percentuale di coloro che rispettano alla lettera le indicazioni del medico scende al 57%.

Il rapporto con i farmaci: grande fiducia, ma critiche al ticket e alla copertura pubblica. Gli italiani attribuiscono ai farmaci un ruolo importante sia nella lotta alle malattie (per il 37% la finalità principale delle medicine è proprio quella di guarire dalle patologie), sia rispetto alla gestione delle cronicità, visto che il 21% ritiene che i farmaci abbiano un ruolo importante nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e nel garantire la possibilità di convivere a lungo con le malattie croniche. Per il 15,5% i farmaci devono svolgere una funzione di prevenzione delle malattie e per il 7% devono sconfiggere per sempre le patologie mortali. Il giudizio sul livello di copertura farmaceutica garantito dal Servizio sanitario nazionale è in prevalenza positivo, ma aumentano coloro che reputano insufficienti i farmaci garantiti dal Ssn: il 35% oggi contro il 31% del 2012. Il ticket è una tassa iniqua per il 45% degli italiani, uno strumento inutile per il 22% e solo il 33% ritiene che sia uno strumento utile per limitare l'acquisto di farmaci. Il 42% degli italiani ha comprato più frequentemente i farmaci generici rispetto a quelli con marchio commerciale nell'ultimo anno, ma il 45% dichiara di preferire il farmaco di marca (contro il 35% del 2012).

Resistenza agli antibiotici: emergenza sottovalutata

Nei Paesi dell'Unione europea, circa 25 mila pazienti muoiono ogni anno per infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di quasi due miliardi di euro. Se ne parla al XIII Congresso nazionale della Simit, Società italiana malattie infettive e Tropicali, aperto ieri a Genova. Tra i temi del congresso l'emergenza Ebola e un confronto sui batteri "cattivi", per colpa dei quali la sanità internazionale sta rischiando di perdere la sfida sul fronte degli antibiotici.

Emergenza Europa

Il fenomeno dell'antibioticoresistenza ha carattere universale, ma in Italia il quadro è decisamente più preoccupante infatti il consumo di farmaci antibiotici è uno dei più alti in Europa ed è attualmente in corso un'epidemia a livello nazionale di infezioni da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi, in particolare *Klebsiella pneumoniae*, il cui tasso di resistenza ai carbapenemi è passato fra il 2009 ed il 2012 dall'1,7% al 29%. Per controllare la

diffusione delle resistenze - dicono gli esperti - è assolutamente necessario intervenire adottando strategie per promuovere l'uso appropriato di antibiotici e a limitare la diffusione dei germi multiresistenti, in particolare attraverso la corretta igiene delle mani e le altre procedure igieniche per il controllo della trasmissione degli agenti infettivi. «Le cause alla base di questo fenomeno sono molteplici - spiega Massimo Andreoni, primario di malattie infettive al Policlinico universitario Tor Vergata di Roma e presidente Simit - ma un ruolo particolare gioca l'uso inappropriato di antibiotici». In aumento nel nostro Paese soprattutto le infezioni causate da interventi e procedure medico-chirurgiche, ma più in generale legate alle pratiche assistenziali. Alcune pratiche mediche più invasive e complesse, come i trapianti, che sono molto spesso complicate da infezioni, potrebbero essere non più realizzabili in futuro per colpa dei germi resistenti ai farmaci che stanno iniziando a diffondersi anche fuori dagli ospedali.

Un danno a lungo termine

«Gli antibiotici - afferma Gianni Cassola, uno dei presidenti del congresso - sono l'unico farmaco il cui cattivo uso si riflette non tanto sul paziente che lo sta assumendo, quanto sugli altri pazienti e sulle generazioni future. Occorre prestare maggiore attenzione, inoltre, all'uso degli antibiotici in agricoltura e nell'allevamento, anche se negli ultimi anni la sperimentazione e lo sviluppo di nuovi farmaci hanno subito un drastico calo».

In questo scenario, spiegano gli esperti, un ruolo sempre più rilevante deve essere svolto da tutte le strutture di malattie infettive presenti in Italia che devono gestire non solo i casi sempre più frequenti di pazienti con infezioni gravi, ma anche l'uso appropriato di antibiotici all'interno dell'ospedale. Si sottolinea quindi l'esigenza di potenziare la rete infettivologica per assicurare la presenza di strutture di malattie infettive in tutti gli ospedali. Per la regolamentazione dell'uso degli antibiotici, sarebbe auspicabile aumentare la presenza di specialisti che li sanno usare, e quindi gli infettivologi, scrivere regole apposite, sorvegliare che queste siano rispettate, usare lo specialista per confermare le terapie, impiegare sistemi computerizzati che negano l'antibiotico in caso di uso scorretto, sorvegliare l'uso in tempo reale, sollecitare anche le farmacie per un ulteriore rispetto delle indicazioni.

DOCTOR 33.IT

Taglio misuratori glicemia, diabetologi: malati a rischio

Seppur in tempi di crisi sia necessario contenere la spesa del Servizio sanitario nazionale (Ssn), limitare a una o due tipologie gli strumenti per la misurazione domestica della glicemia (glucometri) nei malati di diabete comporterebbe dei rischi

per i pazienti e non porterebbe ad un risparmio. Lo denuncia la Società italiana di diabetologia (Sid) commentando la possibilità che le Regioni possano indire gare per l'acquisizione, sul proprio territorio, di un unico o di un paio di glucometri, a fronte della ventina di apparecchi diversi attualmente in commercio. Per scongiurare questa possibilità, la Sid, presenterà un documento ufficiale insieme alle Associazioni delle persone con diabete, al ministro della Salute e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. La disponibilità di appena uno o due tipi di misuratori, secondo la Sid, può costringere alla sostituzione di centinaia di migliaia di glucometri con un dispendio economico importante. Inoltre, la sostituzione con quello 'vincitore' della gara può "generare errori da parte dei pazienti e questo comporta rischi anche importanti: dallo scompenso glicemico alle crisi ipoglicemiche, eventi temibili e potenzialmente fatali". Infine, ricordano i diabetologi, la pluralità di strumenti utilizzati finora ha consentito di garantire schemi terapeutici più adeguati per i differenti stadi di avanzamento della malattia. Per questa ragione la controproposta di Enzo Bonora, presidente della Sid, «è l'individuazione di tre categorie di strumenti, e relative strisce, a bassa, media e alta tecnologia. Per ognuna di queste tre categorie - aggiunge - dovrebbe essere definito un prezzo di rimborso standard, unico su tutto il territorio nazionale, ragionevole per le aziende produttrici e sostenibile per il Ssn, ma tutti gli strumenti dovrebbero restare disponibili».

Farmaci anticoagulanti. Snamid prepara Mmg a prendere in carico pazienti

I medici di famiglia possono identificare il rischio ictus e co-progettare con lo specialista il trattamento dei pazienti con problemi di coagulazione o con fibrillazione atriale. «In questo momento molti pazienti trattati con asa in base alle più recenti evidenze non sono protetti. Occorre rivedere e identificare il rischio in questa categoria e in chi, magari ritenendosi stabilizzato, non fa controlli dallo specialista o li effettua sporadicamente. Ci sono in particolare anziani in zone lontane da ospedali, in cui il tempo di protrombina non si può verificare con la frequenza che sarebbe opportuna». Il medico di famiglia romano Enzo Pirrotta parla a margine del 27° Congresso Snamid; la Società di aggiornamento guidata da Roberto Stella ha appena presentato due documenti sulla gestione del rischio di coagulati e fibrillanti. «Nel migliore dei casi un paziente su 20 non trattato in cui sia evidenziato un episodio di fibrillazione ha un ictus entro l'anno», dice Maurizio Mancuso Direttore Centro Studi Snamid che ha presentato il documento con Pirrotta. «Non possiamo più permetterci che l'assistito sia trattato fuori dal nostro controllo con farmaci che richiedono continui controlli della coagulazione o con cocktail di medicinali che interagiscono tra loro. Gli strumenti per tenere sotto controllo il rischio ictus ci sono: accanto al warfarin ci sono anticoagulanti "non anti-vitamina k" che non necessitano di controlli ematici periodici, presentano meno interferenze con medicinali e alimenti e danno minor rischio di emorragia cerebrale. I costi della nuova terapia e la necessità di conoscere al meglio il contesto in cui si prescrive richiedono che sia lo specialista a

redigere il Piano terapeutico oppure uno dei 2 mila mmg “prescelti” cui l’Agenzia del farmaco ora consente di stendere il Piano. Gli altri medici di famiglia però possono fare una parte importante, innanzi tutto riconoscendo precocemente la fibrillazione atriale con i classici strumenti (ecg) e con i nuovi misuratori di pressione che ci permettono di rilevare episodi di fibrillazione che la misurazione sporadica in ospedale a volte non coglierebbe. Siamo poi in grado di calcolare rapidamente rischio embolico ed emorragico, e di contribuire a profilare trattamenti e monitoraggi su misura, in particolare l’esame di funzionalità renale senza il quale i nuovi farmaci non si possono usare. Selezionato il paziente, il ruolo del cardiologo è completare il quadro diagnostico con altri esami e prescrivere. Dopo la visita ci piacerebbe che lo specialista consegnasse al paziente un maneggevole vademecum per la gestione del rischio elaborato dalla Società Europea di Cardiologia». Il tema chiave del 27° Congresso Snamid, dedicato alle reti di patologia, è l’evoluzione del dialogo tra ospedali e territorio, specie con il medico internista, lo specialista ospedaliero più diffuso. In merito, Snamid consolida le alleanze con la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti Fadoi e con gli endocrinologi dell’Ame sulla gestione delle tireopatie su cui ha presentato un paper di consenso. «Le esperienze di questi anni e il crescere di polipatologie che il Ssn ci chiede sempre più di affrontare sul territorio - dice Paolo Spriano responsabile comunicazione Snamid - ci spingono a un crescente dialogo con le corsie, e ci chiedono la responsabilità di valutare se e quando togliere farmaci “inutili” anziché aggiungerli per trattare sintomi secondari».

DIRITTO SANITARIO Lesioni personali: il concetto di malattia

L’art. 582 del codice penale contempla il reato di lesione personale riferendosi al concetto di malattia del corpo o della mente. La nozione di "malattia", giuridicamente rilevante, comprende qualsiasi alterazione anatomica o funzionale che innesti un significativo processo patologico, anche non definitivo; vale a dire, qualsiasi alterazione anatomica che importi un processo di reintegrazione, pur se di breve durata. Pertanto, la contusione costituisce malattia ai sensi dell’art. 582 codice penale. Nella specie, ad una delle persone offese veniva procurata una contusione escoriata al gluteo e al braccio che richiedeva un notevole lasso di tempo per assorbirsi, mentre all’altra, con un pugno, veniva provocata la perdita di coscienza. In entrambi i casi, ha osservato la Corte di cassazione penale, sussiste la malattia giuridicamente rilevante.

[Avv. Ennio Grassini – www.diritto-sanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584