

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Medicina d'urgenza in tilt, barelle anche nei corridoi

I pazienti raccontano di giornate interminabili passate in corridoio, distesi sulle barelle tra dolori sfiancanti, continui dormiveglia e, ovviamente, zero privacy. I loro familiari rincarano la dose parlando di cuscini introvabili o di donne e uomini ospitati nella stessa stanza (anche se divisa da un improvvisato separè). E gli infermieri - ai quali se non altro tutti riconoscono estrema professionalità - ammettono quasi con imbarazzo che «sì, effettivamente questa situazione non può davvero andare avanti». Anche perché oltre a compromettere una regolare assistenza sanitaria così si mette a rischio pure la sicurezza del personale. È la fotografia impietosa scattata da chi nelle ultime settimane, per necessità cliniche o per lavoro, ha frequentato l'unità operativa di Medicina d'urgenza del Santissima Annunziata. Eppure la sensazione di trovarsi in un luogo pulito e nuovo di zecca (siamo nella famosa ala sud inaugurata un annetto fa) non basta a placare i malumori accumulati tra Natale e l'epifania, quando all'interno del reparto si è concentrato il 20 per cento dei ricoveri di tutto l'ospedale civile. Con il conseguente, inevitabile caos e la puntuale denuncia del sindacato degli infermieri. «Ormai si è perso il conto dei ricoveri in barella - commenta amareggiata Fausta Pileri, segretaria provinciale del Nursind - e il numero a oggi riferito lascia sgomenti. Nonostante le segnalazioni, nonostante l'impegno della direzione dell'unità operativa - aggiunge la sindacalista - questa pratica intollerabile continua. Le cause sono le più disparate, ma quello che mi preme sottolineare sono gli enormi rischi cui questa situazione espone il personale infermieristico. Perché è evidente che le più banali regole in materia di tutela della sicurezza e della privacy non possano essere rispettate. Se poi a questo si aggiunge la gravità delle condizioni cliniche dei malati e la complessità assistenziale che la patologia di cui sono portatori comporta, va da sé che l'efficacia dell'assistenza risulta seriamente compromessa o impossibile da garantire». Il pericolo più insidioso sta nella logistica, poiché le possibilità di controllo, gestione, assistenza e monitoraggio di un paziente grave parcheggiato su una barella in corridoio risultano fortemente compromesse ed espongono il malato a una quantità di rischi francamente inaccettabili». Mario Oppes, primario dell'unità operativa, conferma con uno sguardo, ma non commenta. E tuttavia spiega quale sia la reale funzione di un reparto come medicina d'urgenza e la logica che sottende al suo funzionamento. «Anche in Italia - racconta Oppes - ci si sta orientando verso un nuovo modello di organizzazione ospedaliera, basato più sull'intensità delle cure che sul tipo di patologia». Un modello - è facile immaginare - che può incontrare resistenze, anche soltanto psicologiche, proprio perché nuovo. «Quando tutto sarà a regime - conclude Oppes - i 20 letti più 10 che abbiamo a disposizione provvisoriamente saranno più che sufficienti per i trattamenti sub-intensivi che facciamo». Ma per adesso regna il caos. Fausta Pileri fa accuse precise: «Il comportamento della dirigenza è insopportabile - dice -, davanti alle nostre proteste il più delle volte nemmeno risponde».

Ora il Nursing Up chiede un concorso alla Asl e alla Aou

Per il Nursing up, uno dei sindacati degli infermieri, la carenza del personale nelle strutture di degenza della Azienda ospedaliera universitaria e della Asl è più che mai evidente. Così in questi giorni il segretario territoriale Alessandro Nasone ha fatto richiesta ai dg delle due aziende affinché istituiscano una procedura concorsuale con lo scopo di rispettare il piano triennale, che prevede entro il 2015 l'ingresso a tempo determinato di 114 infermieri per la Asl e 139 per l'Aou. «Il risultato della carenza di organico - è la denuncia - si manifesta con turni di lavoro massacranti e un aumento spropositato dei ricoveri, tanto che ormai non bastano neanche più le barelle».

SASSARI Medici imputati per la morte della bancaria. Mingioni: in 14 giorni non le visitarono mai l'addome «In reparto non fecero esami approfonditi»

Vindice Mingioni, medico legale e consulente del pm Carlo Scalas, lo ha detto chiaramente davanti al giudice monocratico Salvatore Marinaro: «Non v'è alcun dubbio che la paziente morì per la ferita epatica. I dubbi al limite riguardano solo il quando e il come quella ferita fu provocata. La condotta dei medici? A mio avviso avrebbero dovuto fare degli esami più approfonditi. In 14 giorni di ricovero in Ortopedia, tanto per fare un esempio, alla donna non fu mai visitato l'addome». Ieri pomeriggio a palazzo di giustizia si è svolta l'udienza del processo che vede cinque medici dell'ospedale civile imputati di omicidio colposo per la morte di Giuseppina Ledda (altri cinque sono stati assolti con rito abbreviato). La bancaria di 45 anni, di Bessude, era deceduta il 20 ottobre 2010 all'ospedale civile di Sassari. La donna, madre di tre figli, due settimane prima era stata ricoverata con la frattura di entrambi i femori in seguito a un incidente stradale. La morte però fu causata da un'emorragia interna provocata da una lesione al fegato che secondo la Procura era sfuggita ai medici che avevano visitato la paziente. Sul banco degli imputati sono rimasti Sandra Puggioni, 47 anni, originaria di Sindia; Tonino Zirattu, 49 anni, di Ossi; Giorgio Patta, 56 anni, originario di Tonara; Daniela Pistidda, 42 anni, di Sassari; Pier Paolo Porqueddu, 41 anni, di Sassari (difesi dagli avvocati Antonio Meloni, Gian Comida Ragnedda, Sara Migliore, Paolo Vinci, Marina Canu, Giorgio Murino e Marcello Masia). I familiari della vittima si sono costituiti parte civile con l'avvocato Giuseppe Conti. Nell'udienza di ieri al centro delle testimonianze (oltre a Mingioni erano presenti come testi i periti della difesa Ernesto D'Aloja, direttore della Scuola di specializzazione di Medicina legale dell'Università di Cagliari e il medico legale Salvatore Lorenzoni) le caratteristiche di quella lesione al fegato che provocò la morte della bancaria. Durante il ricovero le sue condizioni erano peggiorate, i valori erano arrivati a livelli di guardia, eppure non le sarebbe stata fatta alcuna ecografia toracica, che forse avrebbe rivelato, sostiene l'accusa, l'emorragia interna che poi le fu fatale. La difesa, però, è certa che quelle lesioni siano state causate dal massaggio cardiaco praticato durante un tentativo di rianimazione e che fosse impossibile quindi vederle prima. Il penalista Giuseppe Conti ha sottolineato come in due settimane di ricovero «alla paziente non venne mai fatta nemmeno una Tac» che probabilmente avrebbe svelato quella emorragia che poi degenerò in un violento choc, causa della morte. I segnali, a detta di Mingioni, c'erano: «Andava indagata per esempio l'eccessiva anemia che fu riscontrata nella paziente. A mio avviso non è stato approfondito un segnale che avrebbe potuto rivelare un problema diverso dalle fratture». D'Aloja ha sostenuto che il trauma post incidente e il massaggio cardiaco sono entrambe cause possibili del decesso: «Ma la possibilità deve poi

diventare probabilità. Personalmente non mi sento di escludere che ci fossero delle patologie in atto come un'embolia gassosa, un'emorragia cerebrale o altro che possono aver causato la morte. Non posso dare una spiegazione certa e assoluta in merito a ciò che accadde quel 20 ottobre».

OLBIA Ospedale, il primario di radiologia parla dei due pazienti impossibilitati a fare la risonanza magnetica Bifulco: «Non è un caso di malasania»

«Quello segnalato in questi giorni non è certo un caso di malasania – dice Vincenzo Bifulco, direttore del reparto di Radiologia dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia –. Per questo mi preme fare delle doverose precisazioni». Il dottor Bifulco interviene sui casi di due pazienti che nei giorni scorsi non hanno potuto effettuare la risonanza magnetica a causa del loro peso eccessivo. In un caso si trattava di un problema alla spalla, nell'altro di calcoli alla cistifellea. «A tutela della salute dei pazienti –sottolinea ancora Bifulco –, prima di procedere nell'eseguire di indagini radiologiche, è necessario effettuare dei controlli di routine. In presenza di pazienti in sovrappeso è necessario effettuare ulteriori verifiche. Il limite della nostra risonanza magnetica , che si precisa è la più diffusa sul mercato mondiale, prevede: una portata massima di 140 chilogrammi, un diametro di 45 cm per la risonanza aperta, unica in Sardegna, e 65 centimetri per quella chiusa, e una larghezza di un metro. A parte il peso, che si può anche estendere a 250 kg a lettino completamente sollevato - ma che comporterebbe grosse difficoltà per il paziente che dovrebbe, a suo rischio e pericolo, arrampicarsi sul lettino - bisogna necessariamente valutare la circonferenza: oltre i 45/65 centimetri non è garantita la sicurezza del paziente. I pazienti obesi, infatti, sono soggetti solitamente a sudorazione abbondante, quindi le parti del corpo a contatto col macchinario potrebbero essere soggette a ustione; inoltre, qualora il paziente riuscisse a passare all'interno del tunnel, si creerebbe un "effetto colla" con i margini della macchina, rendendo difficoltosa l'estrazione del paziente. – spiega Bifulco, che aggiunge – In tutta l'Isola i tunnel delle Risonanze magnetiche hanno le stesse misure di quella di Olbia, l'unica diversa è quella di un centro privato di Cagliari che ha un diametro di appena 5 centimetri superiore alla nostra»

L'UNIONE SARDA

ALGHERO «Ospedali nel degrado»

Attacco alla Asl per gli ospedali di Alghero. Il coordinamento cittadino del Centro Democratico sottolinea la situazione di forte degrado del reparto di Medicina dell'ospedale civile. Tralasciando la storia infinita della ristrutturazione del reparto, che tutti sperano di vedere ultimato entro l'estate, c'è la situazione in cui versano gli operatori sanitari. Non ci sarebbero infermieri e personale ausiliario, nonostante che la giunta regionale tre anni fa, abbia pubblicato precise direttive per l'accreditamento delle strutture ospedaliere: secondo i parametri indicati per i reparti internisti, la Medicina risulta essere siamo ben al di sotto del numero di infermieri e Oss indicati. Tutto ciò «denota incapacità gestionale e programmatoria, con scarsa conoscenza del lavoro infermieristico e assistenziale».

OLBIA. Cup chiuso: servizio garantito Risposta all'articolo relativo ai disagi registrati al Paolo Merlo di La Maddalena

In merito all'articolo pubblicato il 4 gennaio scorso dal titolo "Ufficio ticket chiuso: l'addetto è in ferie", la Asl di Olbia precisa che: «Come già annunciato in un comunicato del 21 dicembre scorso, gli uffici del Centro unico di prenotazione con le festività natalizie hanno osservato la chiusura straordinaria di alcuni sportelli. Tra questi, quindi, anche quello di La Maddalena. È però falso dire che «l'ufficio ticket è rimasto chiuso dal 23 dicembre al 3 gennaio» per riaprire «probabilmente il 7 gennaio».

In occasione della protesta l'Unione aveva riportato anche l'intervento dell'assessore ai Servizi sociali, Maria Pia Zonca che riteneva il disservizio un «fatto gravissimo» e aveva affermato che «la situazione così non può andare avanti».

la rettifica della Asl continua spiegando che: «martedì 24 dicembre lo sportello maddalenino ha garantito la sua operatività con un operatore inviato da Olbia; il giorno di Natale e quello di Santo Stefano, come annunciato nella precedente nota, è rimasto chiuso, per aprire al pubblico venerdì 27 dicembre.

L'attività è stata garantita anche per il giorno di fine anno: martedì 31 dicembre, per riprendere regolarmente ieri mattina, 7 gennaio».

La Asl ricorda inoltre che «il Centro unico di prenotazione è il sistema di prenotazione centralizzato attraverso il quale l'utente può, attraverso chiamata al numero 0789 53659 - 53692, oppure il numero regionale gratuito 1533, prenotare una qualsiasi visita, sia ambulatoriale che ospedaliera: un'operazione che si svolge senza spostarsi dalla propria abitazione.

Attraverso chiamata al Centro unico di prenotazione (Cup) l'utente può venire a conoscenza, in tempo reale, della prima disponibilità utile sul territorio, potendo scegliere, anche sulla base della distanza, dove andare a visita.

Per prenotare una visita è sempre necessaria l'impegnativa del medico».

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Sempre meno primari. Cassi (Cimo-Asmd): conseguenza dei tagli, non di riorganizzazione

In appena tre anni, dal 2009 al 2012, i primari negli ospedali italiani sono passati da 9.500 a 8.200 e i direttori delle strutture semplici sono scesi da 18.500 a 16.800. Il 15% in meno dei direttori di unità operativa. Le cifre diffuse dalla stampa parlano chiaro, ma i posti andati perduti sono frutto di tagli o riorganizzazioni? **Riccardo Cassi**, presidente nazionale Cimo-Asmd, non ha dubbi: «Non c'è stata riorganizzazione della rete, se non in qualche Regione, ma nella maggior parte dei casi si tratta di tagli». Se il progetto di chiusura o riconversione dei piccoli ospedali andrà avanti, i primari appaiono destinati a un'ulteriore riduzione nei prossimi anni. Per Cassi, prima di parlare di numeri occorre affermare la necessità di un metodo: «Il numero corretto dei direttori di struttura deve essere determinato sulla base di standard e della riorganizzazione della rete, invece hanno semplicemente tagliato senza nessun modello a monte. Questo blocca le carriere dei medici ed è un'ulteriore causa di demotivazione della categoria». Tra i fenomeni emergenti c'è quello dei "facenti funzione", professionisti che sostituiscono i primari che vanno in pensione in attesa che vengano indetti

dei concorsi. Ovviamente, queste figure costano meno ma, come rileva il presidente Cimo-Asmd, si tratta di una forma di precariato: «I facenti funzione hanno un sacco di grane senza vantaggi economici o di altro tipo e sono ricattabili in ogni momento; affidare loro un reparto clinico crea problemi alla sanità e alla sicurezza». Cassi segnala che «diverse Regioni si sono inventate anche “i primari a scavalco”»: in ospedali distanti decine di chilometri ci sono unità operative cliniche affidate a un unico responsabile, che non ha certo la possibilità di svolgere le proprie funzioni nel modo migliore». L'unico dato che si presta a una lettura positiva è l'aumento percentuale di figure femminili nelle posizioni di vertice; «ma è solo una questione generazionale – dice Cassi – dovuta semplicemente al fatto che ad andare in pensione sono i medici più anziani, che sono soprattutto uomini».

Cooperazione Ema-Fda per garantire gli studi di bioequivalenza

La European medicines agency (Ema) e la Food and drug administration (Fda) hanno annunciato l'avvio di una iniziativa congiunta per condividere le informazioni relative alle ispezioni sugli studi di bioequivalenza presentati all'Ema, all'Fda o alle Autorità nazionali nell'ambito delle richieste di autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) dei farmaci equivalenti. L'iniziativa prevede anche l'effettuazione di ispezioni congiunte nelle strutture in cui vengono condotti gli studi di bioequivalenza, per verificare l'affidabilità dei dati ottenuti in questi studi, indispensabili per la registrazione dei farmaci generici. L'Italia farà parte degli Stati membri dell'Unione europea coinvolti da subito, insieme a Francia, Germania, Paesi Bassi e Regno Unito, mentre altri Stati membri si aggiungeranno all'iniziativa in futuro. Dal momento che nell'Unione Europea molte Aic dei farmaci equivalenti sono ottenute attraverso procedura nazionale, decentrata e di mutuo riconoscimento, il coinvolgimento degli Stati membri dell'Unione europea è considerato essenziale per il successo dell'iniziativa. Questi gli obiettivi chiave del progetto: semplificare la condivisione delle informazioni sulle ispezioni sugli studi di bioequivalenza condotti per le domande di autorizzazione dei farmaci generici (ispezioni ai siti clinici o analitici o entrambi); condividere le informazioni sui risultati negativi delle ispezioni, che rivelano problemi sistematici di questi siti che potrebbero avere un potenziale impatto sulla accettabilità/credibilità dei dati ottenuti da altri studi condotti negli stessi siti; condurre ispezioni congiunte in tutto il mondo; fornire opportunità di formazione per migliorare le modalità di conduzione delle ispezioni di bioequivalenza. L'iniziativa sarà attuata mediante accordi di riservatezza stabiliti tra la Commissione europea, l'Ema, gli Stati membri interessati e l'Fda. La fase pilota del progetto è iniziata il 2 gennaio scorso e durerà 18 mesi; le due agenzie regolatorie ne monitoreranno l'andamento che sarà riportato in una valutazione congiunta. A seconda di quali saranno i risultati emersi da questa valutazione, il processo e i termini degli accordi potranno essere modificati.

Spending review tra gli obiettivi organizzazione macchine e dispositivi

Non ci sono certo solo i contratti di Palazzo Chigi nel mirino della spending review che il commissario Carlo Cottarelli sta per inaugurare con l'obiettivo di risparmiare a regime ben 32 miliardi di euro l'anno alla Pubblica amministrazione. C'è anche la sanità, per la quale si profila un censimento ragionato di tutta la tecnologia biomedica avanzata (Tac, Rmn, Pet, radioterapia) nelle mani delle strutture pubbliche e private accreditate. Entrambe le tipologie dovranno dire lo stato del parco macchine e dei contratti di manutenzione. Le regioni dovranno poi dire i costi sostenuti per acquistare queste macchine nel pubblico. Al tavolo

governo-regioni (Patto per la salute) si discute intanto un altro fronte: il Ministero della Salute sta predisponendo una banca dati per i dispositivi medici (ora comprensiva dei diagnostici in vitro) e nei prossimi mesi effettuerà il censimento progressivo. C'è poi il versante strutturale: la legge di stabilità ha previsto il riordino del sistema sanitario Ssn a copertura dei naviganti, ora tocca alla rete ministeriale periferica veterinaria e medica. Al Patto si discute inoltre l'estensione degli acquisti centralizzati sia nel campo farmaci sia nei dispositivi medici. Su un fronte sembra esserci poco da grattare: le spese per il personale. Il conto annuale della ragioneria dello stato certifica che nel 2012 i 3,2 milioni di dipendenti della PA a tempo indeterminato erano il 5,6% in meno rispetto a cinque anni prima e per il Ssn risultavano in diminuzione tutti i valori di spesa, da quella per gli stabilizzati (-1,2% sul 2011) al tempo determinato (5% e complessivo -25% sul 2007) sia persino dei co.co.co (-7% rispetto al 2010 con una spesa finale dimezzata rispetto al 2007).

La terapia genica con interferone è efficace nel cancro mammario

Cellule staminali ematopoietiche da cui originano macrofagi che producono interferone alfa dove si sta sviluppando un tumore, mirando l'attività anticancro del composto senza gli effetti tossici che ne hanno ostacolato l'uso clinico. Non è fantascienza, ma la realtà di uno studio svolto in collaborazione tra l'università Vita-Salute San Raffaele di Milano e l'Istituto Telethon per la terapia genica (Tiget), pubblicato su *Science translational medicine*. I ricercatori italiani, coordinati da **Luigi Naldini** e **Roberta Mazzieri**, sono riusciti a trasformare le staminali ematopoietiche, i precursori delle cellule del sangue, in una vera e propria arma contro i tumori modificando una tecnica di terapia genica già messa a punto dal gruppo di Naldini, che consentiva di curare due rare malattie genetiche, la leucodistrofia metacromatica e la sindrome di Wiskott-Aldrich. «Le staminali ematopoietiche di questi pazienti venivano modificate introducendo il gene funzionante mediante vettori virali» dice il ricercatore, che ha usato lo stesso metodo per inserire nelle staminali un gene che dota la loro progenie di attività antitumorale. Il gene in questione è quello dell'interferone alfa, una molecola prodotta dal sistema immunitario in risposta a infezioni ma dotata anche di potente attività anticancro. «Il suo uso come farmaco, tuttavia, è stato finora ostacolato da un'elevata tossicità generale» osserva il ricercatore, spiegando che la nuova tecnica permette invece di mirare l'interferone contro le cellule tumorali, in quanto la sostanza viene prodotta solo da una specifica popolazione di cellule generate dalle staminali ematopoietiche: i monociti/macrofagi, selettivamente richiamati nella sede in cui si sviluppa la neoplasia. «Una volta rilasciato nel tumore, l'interferone ne riprogramma il microambiente da una condizione favorente la crescita a una condizione ostile» spiega Mazzieri, che assieme ai colleghi ha dimostrato l'efficacia della nuova strategia in una serie di esperimenti su topi con tumore mammario e metastasi a distanza. È importante sottolineare che, a differenza di quanto accade in molti studi animali, è stato possibile dimostrare la sicurezza e l'efficacia del metodo nei tumori umani perché i topi utilizzati sono stati trapiantati con staminali umane, in modo da ricreare un sistema ematopoietico tipicamente umano. «Ora servono ulteriori studi preclinici per identificare i tumori più sensibili a questa terapia genica, per poi arrivare tra qualche anno alla vera e propria sperimentazione clinica» concludono i ricercatori.

Sci Transl Med 1 January 2014: Vol. 6 no. 217 pp. 217ra3.
DOI:10.1126/scitranslmed.3006353.

DIRITTO SANITARIO Infortunio sul lavoro: sollevamento di paziente obesa

Il fatto

Una dipendente ospedaliera ha proposto ricorso per l'accertamento di postumi permanenti a seguito di infortunio sul lavoro, occorso dopo avere effettuato un movimento brusco in posizione non congrua per il sollevamento di una paziente obesa.

Profili giuridici

Durante il giudizio di secondo grado è stata disposta nuova Ctu per valutare l'entità del danno subito; il consulente ha evidenziato che la ricorrente ha riportato un trauma distorsivo del rachide lombare, a causa del quale è portatrice di un deficit funzionale apprezzabile e di disturbi radicolari intercorrenti su una pregressa discopatia erniaria lombare. La donna, inoltre, è affetta da incontinenza urinaria da sforzo. Questa patologia è causata da un indebolimento dei mezzi di sostegno e di sospensione della vescica, per cedimento del pavimento pelvico, riduzione della lunghezza funzionale dell'uretra e prolasso uretrale, e può conseguire a interventi chirurgici all'apparato genitale. L'etiopatogenesi di questo quadro patologico è quindi ascrivibile a difetti anatomici, e non può essere messo in correlazione, né causale, né concausale con lo sforzo compiuto in occasione dell'infortunio denunciato. Quest'ultimo, pur configurandosi come un trauma significativo, ha avuto un iter clinico che non è coerente con un'effettiva sofferenza traumatica. Pertanto, la concreta vis lesiva del trauma ha determinato un danno molto limitato, mentre il successivo quadro clinico, trattato chirurgicamente oltre nove mesi dopo l'infortunio, è piuttosto ascrivibile alle preesistenze. L'infortunio ha determinato un danno biologico del 4%, inferiore alla soglia minima del 6% prevista dal D. Lgs 23 febbraio 2000, n. 38, pertanto non dà titolo ad alcuna prestazione.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANTA.IT

Influenza. Da ottobre colpiti quasi 700mila italiani. Incidenza maggiore nei bambini fino a 4 anni. Ecco gli ultimi dati Influnet

Secondo l'ultimo Rapporto Influnet l'incidenza è di quasi due casi su 1.000 abitanti e quest'anno i virus influenzali sono a livelli base. Da circa metà ottobre a fine dicembre 691.000 persone sono state colpite da influenza, nella maggior parte dei casi bambini da 0 a 4 anni. IL RAPPORTO

La stagione influenzale 2013-2014 si presenta fino ad oggi nella norma, con un'attività dei virus a livelli di base e un valore di incidenza (che esprime il numero) dei casi di influenza inferiore rispetto a quello di alcune stagioni precedenti. Ad affermarlo è l'ultimo [Rapporto Epidemiologico Influnet](#) - Influnet è una rete di sorveglianza coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che come gli scorsi anni si occupa di stimare questi casi, misurandone l'incidenza settimanale durante la stagione invernale, in modo da determinare

durata e intensità dell'epidemia. Come si legge nel Rapporto appena pubblicato, **quest'anno finora il valore dell'incidenza totale della sindrome influenzale è pari a 1,95 casi per 1.000 assistiti** (ciò vuol dire circa 2 casi su 1.000 assistiti), per un valore complessivo stimato di circa 691.000 casi di influenza su territorio nazionale misurati dall'inizio della sorveglianza ad oggi, cioè da circa metà ottobre alla fine di dicembre.

La fascia più colpita è quella dei bambini da 0 a 4 anni, in cui si osserva un'incidenza di quasi sei casi per 1.000 assistiti, seguita dalla fascia 5-14 anni (2,25 casi su 1.000), 15-64 anni (1,89 casi su 1.000) e infine dai 65 anni in su (0,86 casi su 1.000).

Rispetto ai risultati regionali, inoltre, la maggiore intensità dell'incidenza dei casi influenzali è stata registrata in alcune settimane (soprattutto le ultime, in dicembre) nelle seguenti regioni: Piemonte, Val d'Aosta, Campania, Basilicata, Molise, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Lazio, Sardegna, e Calabria. In alcune regioni, l'aumento dell'incidenza totale è alimentato soprattutto dal crescente numero di casi osservato nella classe pediatrica, come si legge nel Rapporto, che sottolinea che l'incidenza osservata in alcune regioni è fortemente influenzata dal ristretto numero di medici e pediatri che hanno inviato, al momento, i loro dati.

Ma qual è il metodo statistico con cui vengono ottenute le stime? In pratica, un certo numero di "medici sentinella" dalle varie regioni italiane, che può variare di settimana in settimana (da un minimo di 651 a un massimo di 1.010 medici finora in questa stagione), prende parte alla sorveglianza, inviando dati sulla frequenza influenzale dei propri assistiti: la popolazione degli assistiti supera in media il milione di persone (1.213.218), pari al 2% della popolazione italiana. A partire dai dati inviati e da questo campione rappresentativo, vengono effettuate le stime complessive che riguardano la totalità della popolazione nazionale.

In particolare, nel Rapporto, dal grafico che riporta l'incidenza totale di questa stagione e delle stagioni precedenti, si osserva come l'andamento dell'incidenza delle sindromi influenzali (ILI) 2013-2014 sia nella norma e anche di intensità inferiore rispetto ad alcune stagioni precedenti, come ad esempio la stagione 2010-2011 oppure 2009-2010: in quest'ultima, differente rispetto alle altre, si registra un forte picco dell'influenza agli inizi di dicembre 2009 (con ben 12,92 casi su 1.000 assistiti) e una maggiore incidenza nei ragazzi dai 5 ai 14 anni anziché nei bambini da 0 a 4.

Si deve notare però che nella stagione 2013-2014 si aspetta il picco che deve ancora arrivare nel 2014.

Tra le stagioni prese in considerazione da InFluNet, il picco più alto nell'incidenza delle sindromi influenzali si è osservato nel 2004-2005, in cui nelle fasce tra 0 e 4 anni e tra 5 e 14 anni il livello massimo ha toccato rispettivamente i 30,01 casi e 29,78 casi per 1.000 assistiti.

In generale, le stagioni di maggiore incidenza influenzale registrate sono state le seguenti: 1999-2000, 2002-2003, 2004-2005 e 2009-2010.

InFluNet è coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI) di Genova e il sostegno del Ministero della Salute. La rete si avvale del contributo dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, dei referenti presso le Asl e le Regioni.

L'ISS svolge un ruolo di coordinamento tecnico-scientifico a livello nazionale in quanto

aggrega settimanalmente i dati raccolti dalle due emireti (una è coordinata dall'ISS stesso e l'altra dal CIRI), li analizza e produce un rapporto settimanale con i risultati nazionali. Per la sorveglianza epidemiologica, in particolare, il gruppo di coordinamento nazionale dell'ISS ha sede presso il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS).

Malattie non trasmissibili. Cuore, cancro e respiratorie. In tutto oltre 6 decessi su 10. Ecco il piano d'azione OMS "2013/2020"

Nel 2008, su 57 milioni di decessi, queste malattie non trasmissibili ne hanno causati ben 36 milioni. In cima alla lista le malattie cardiovascolari, seguite dai tumori e dalle patologie respiratorie croniche. Agire conviene anche economicamente: ecco il piano dell'OMS. IL PIANO

Circa il 63% dei decessi a livello globale nel 2008 sono stati causati da questo tipo di malattie. L'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è quello di ridurre l'impatto, cooperando in maniera multisettoriale, a livello nazionale e internazionale: a tale scopo è stato emanato il ["Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020"](#), diffuso dal Ministero della Salute - Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI).

Malattie non trasmissibili in numeri

36 dei 57 milioni di decessi verificatisi nel 2008 in tutto il mondo (circa il 63%) sono stati causati da queste malattie. Al primo posto vengono le malattie cardiovascolari (48%), seguite dai tumori (21%), le patologie respiratorie croniche (12%) e il diabete (3,5%). Ad accomunarle, quattro fattori di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcool, come si legge nel Piano d'azione. Nel 2008, l'80% di tutti decessi (29 milioni) dovuti alle malattie non trasmissibili si è verificato nei paesi a basso e medio reddito; in questi ultimi la percentuale di decessi al di sotto dei 70 anni di età è più elevata (48%) rispetto ai paesi ad alto reddito (26%). Sebbene la morbilità e la mortalità dovute alle malattie non trasmissibili si verifichino principalmente in età adulta, l'esposizione ai fattori di rischio comincia precocemente nella vita. Se non si garantiscono la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e un'assistenza completa, i bambini possono morire a causa di malattie non trasmissibili curabili, quali le cardiopatie reumatiche, il diabete di tipo 1, l'asma e la leucemia.

Se non si cambia, secondo le proiezioni dell'OMS, il numero totale annuo di decessi dovuti alle malattie non trasmissibili aumenterà fino a raggiungere i 55 milioni entro il 2030. Le conoscenze scientifiche dimostrano che è possibile ridurre in misura considerevole il carico delle malattie non trasmissibili se vengono applicate in maniera efficace e bilanciata azioni di prevenzione e cura e interventi per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili già disponibili e dal buon rapporto costi-benefici.

Agire conviene: ecco i costi-benefici

Secondo l'OMS, rispetto all'inazione, l'attuazione di strategie è molto conveniente: il rapporto costi-benefici a livello di individui e popolazione, in termini di spesa sanitaria corrente, è ottimo: ammonta al 4% per i paesi a basso reddito, al 2,5% per i paesi a medio reddito e a meno dell'1% per i paesi a reddito medio-alto e alto. Il costo di attuazione del

Piano d'azione dell'OMS è pari a circa 940 milioni di dollari per un periodo di otto anni, dal 2013 al 2020.

Al contrario, la perdita cumulativa di produttività riconducibile alle quattro principali malattie non trasmissibili e ai disturbi mentali è stimata in 47.000 miliardi di dollari USA. Tale mancata produttività rappresenta il 75% del PIL globale riferito al 2010 (63.000 miliardi di dollari). Questo piano d'azione, dunque, va nella direzione di un miglioramento, per salvaguardare la salute e la produttività dei paesi, operare scelte informate in materia, tra l'altro, di alimenti, media, tecnologia dell'informazione e della comunicazione, sport e assicurazione sanitaria e per individuare potenziali innovazioni per ridurre a livello mondiale la progressione dei costi dell'assistenza sanitaria in tutti i paesi.

Obiettivi volontari a livello mondiale dell'OMS

- Riduzione relativa del 25% della mortalità totale dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o patologie respiratorie croniche
- Riduzione relativa pari almeno al 10% del consumo dannoso di alcol, secondo quanto appropriato al contesto nazionale
- Riduzione relativa del 10% della prevalenza dell'insufficiente attività fisica
- Riduzione relativa del 30% del consumo medio di sale/sodio nella popolazione
- Riduzione relativa del 30% della prevalenza del consumo di tabacco nelle persone di età pari o superiore ai 15 anni
- Riduzione relativa del 25% della prevalenza dell'ipertensione, oppure, a seconda della situazione nazionale, contenimento della prevalenza dell'ipertensione
- Arresto della progressione del diabete e dell'obesità
- Almeno il 50% delle persone che ne hanno i requisiti riceve terapia farmacologica e counselling (incluso il controllo della glicemia) per la prevenzione dell'infarto e dell'ictus
- Disponibilità dell'80% delle tecnologie di base e dei farmaci essenziali economicamente accessibili, generici inclusi, necessari per il trattamento delle principali malattie non trasmissibili, nelle strutture pubbliche e private.

La traduzione del testo OMS è a cura di Katia Demofonti – Ufficio III (Rapporti con l'OMS e con altre agenzie ONU)

Rapporto Oms. Puntare sulla ricerca per raggiungere la copertura sanitaria universale

La prevenzione, la riabilitazione, le cure palliative e la protezione dal rischio finanziario, non si possono raggiungere senza le evidenze scientifiche fornite dalla ricerca. Tutte le nazioni dovrebbero essere al contempo produttrici e consumatrici di ricerca sviluppando agende nazionali e sistemi di raccolta fondi. Questo il contenuto del documento. LA SINTESI DEL TESTO

Nel 2005, tutti gli Stati membri dell'Oms si sono impegnati a raggiungere la copertura sanitaria universale. Tale impegno è stato un'espressione collettiva della convinzione che tutte le persone dovrebbero avere accesso ai servizi sanitari di cui hanno bisogno senza rischiare la rovina finanziaria o l'impoverimento. Lavorare per la copertura sanitaria universale è un potente meccanismo per il raggiungimento di una migliore salute e di un

maggior benessere e per la promozione dello sviluppo umano. Parte da questo assunto il Rapporto dell'Oms sulla salute mondiale incentrato sulla ricerca scientifica come fulcro per il raggiungimento della copertura sanitaria universale.

Viene quindi spiegato come la risoluzione adottata da tutti gli Stati membri dell'Oms racchiuda i due aspetti della copertura sanitaria universale: da una parte l'erogazione di servizi sanitari di alta qualità e l'accesso ad essi, dall'altra la protezione dal rischio finanziario per le persone che hanno la necessità di ricorrere a tali servizi.

Recentemente, come si spiega nel Rapporto, sono stati fatti molti passi avanti nel campo della copertura dei servizi sanitari e della protezione dal rischio finanziario, come dimostrano ad esempio i progressi compiuti verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Malgrado tali miglioramenti, il divario tra l'attuale copertura dei servizi sanitari e la copertura sanitaria universale rimane ampio per molti problemi di salute in numerosi contesti. Ad esempio, nel 2011 quasi la metà di tutte le persone affette da HIV idonee per la terapia antiretrovirale non vi aveva ancora accesso, e ogni anno, secondo le stime, 150 milioni di persone vengono a trovarsi in una situazione finanziaria disastrosa per aver dovuto pagare direttamente l'assistenza sanitaria di cui necessitavano. Il presente rapporto è incentrato sulla ricerca necessaria a garantire un accesso più ampio a servizi essenziali di questo tipo e su come creare un ambiente in cui sia possibile portare avanti tale ricerca.

Le cause dei problemi di salute differiscono da un contesto all'altro, e allo stesso modo devono diversificarsi i servizi sanitari necessari, compresi i meccanismi di protezione dal rischio finanziario. Il primo gruppo di interrogativi, pertanto, verte su come individuare i servizi sanitari necessari in ciascun contesto, come migliorare la copertura dei servizi e la protezione finanziaria, e di conseguenza come proteggere e migliorare la salute e il benessere.

Si sono individuati gli interrogativi più pressanti per la ricerca per quanto concerne numerosi temi sanitari specifici, come la salute materno-infantile, le malattie trasmissibili e i sistemi e servizi sanitari. Malgrado l'esistenza di eccezioni degne di nota, in generale in tutto mondo sono diminuiti gli sforzi per individuare e divulgare le priorità di ricerca nazionali, esaminare i punti di forza e debolezza dei programmi nazionali di ricerca e valutare i benefici della ricerca in termini sanitari, sociali ed economici.

Il secondo gruppo di interrogativi riguarda le modalità di misurazione dei progressi compiuti verso la copertura sanitaria universale in ciascun contesto e per ciascuna popolazione, in termini di servizi necessari e di indicatori e dati che misurino la copertura di tali servizi. La risposta a questo gruppo di interrogativi dà la misura del divario esistente tra l'attuale copertura dei servizi e la copertura universale. La sfida per la ricerca consiste nel colmare questo divario.

La misurazione di altri aspetti della copertura deve essere ulteriormente sviluppata; gli interventi mirati alla prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili o al monitoraggio dell'invecchiamento sano ne sono due esempi.

Nel documento si passa poi a spiegare come tutti i paesi devono essere produttori oltre che

consumatori di ricerca. Il Rapporto presenta una grande quantità di dati che dimostrano come la maggior parte dei paesi a basso e medio reddito abbia ormai almeno le basi su cui costruire sistemi nazionali di ricerca sanitaria. Alcuni paesi hanno poi molto di più di questo. Rafforzando questi sistemi, i paesi saranno in grado di mettere a frutto le idee con più efficacia, ricorrendo a metodi formali di ricerca per trasformarle in prodotti e strategie utili ai fini di una salute migliore.

Vengono poi presentati 12 esempi di studi che dimostrano come la ricerca possa rispondere ad alcuni dei principali interrogativi sul raggiungimento della copertura sanitaria universale e produrre risultati che hanno influenzato, o potrebbero influenzare, le politiche e i risultati sanitari. Tre esempi ne sono la conferma. Nel primo caso, l'esame sistematico dei dati relativi a 22 paesi africani ha evidenziato che l'uso di zanzariere trattate con insetticida è associato con un minor numero di infezioni da malaria e una mortalità inferiore nei bambini piccoli.

Nell'ambito di una seconda serie di prove sperimentali condotte in Etiopia, Kenia, Sudan e Uganda è emerso che una combinazione dei farmaci stibogluconato di sodio e paromomicina costituisce un trattamento efficace per la leishmaniosi viscerale.

Nel terzo caso, l'esame sistematico di evidenze scientifiche raccolte in Brasile, Colombia, Honduras, Malawi, Messico e Nicaragua ha dimostrato che i trasferimenti monetari condizionati (conditional cash transfers) - erogazioni in denaro a fronte dell'utilizzo dei servizi sanitari - incoraggiano il ricorso a tali servizi e portano a risultati sanitari migliori.

Vengono infine presentati tre meccanismi per stimolare e favorire la ricerca per la copertura sanitaria universale - monitoraggio, coordinamento e finanziamento. Il monitoraggio favorisce il coordinamento a vari livelli, mentre per il finanziamento viene spiegato che la ricerca scientifica si rivela più efficace e produttiva se esistono flussi finanziari regolari e garantiti. Vengono quindi proposti vari meccanismi per la raccolta e l'erogazione di fondi supplementari per la ricerca. Qualunque meccanismo venga adottato - si spiega - i donatori internazionali e i governi nazionali dovrebbero misurare i progressi compiuti rispetto all'impegno preso di investire nella ricerca sanitaria.

SOLE24ORE/SANITA'

LA GIURISPRUDENZA Corte dei conti: niente linee guida, medici salvi

Non c'è pace per i ginecologi e i neonatologi che si trovano quotidianamente ad affrontare problemi difficili e, contemporaneamente, a difendersi da accuse, a volte infondate, di malpractice.

Se ne è occupata di recente la Corte dei conti della Calabria (sentenza n. 379/2013 del 12 dicembre), in un caso in cui nove camici bianchi si sono trovati a controbattere alla richiesta di pagare 813.019,94 euro sborsati da una Asl a seguito di una transazione successiva alla sentenza civile di primo grado non appellata, giudizio nel quale non erano mai stati coinvolti.

In sintesi i fatti: il 17 maggio del 1994 una donna venne ricoverata in ostetricia per «gestosi in gravida alla 34esima settimana» ma il successivo 21 maggio fu dimessa per essere nuovamente ricoverata l'8 giugno dove le veniva praticato un parto cesareo. Il bimbo,

secondo l'accusa e la ricostruzione fatta dal Ctu in sede civile, venne ricoverato tre giorni dopo la nascita in terapia intensiva per segni di sofferenza fetale in nato pretermine da taglio cesareo, che determinò una «cerebropatia pre-perinatale con ritardo motorio e cognitivo, tetraplegia» e la totale invalidità psico-fisica.

I medici, convenuti nel giudizio erariale, contestarono la ricostruzione dei fatti e rilevarono che, proprio a causa del loro mancato coinvolgimento in sede civile, la ricostruzione tecnica fosse lacunosa in quanto basata sulla cartella prodotta dagli attori priva di pagine decisive. Stigmatizzarono, inoltre, il fatto che la struttura fosse priva o insufficientemente coperta da assicurazione.

La Corte interpellò allora l'Ufficio medico legale presso il ministero della Salute al fine di indagare i fatti, anche alla luce delle linee guida esistenti all'epoca. I tecnici escludono qualsiasi ipotesi di sofferenza all'atto della nascita (escludendo dunque omissioni dei medici tra i due ricoveri), sostenendo che il danno fu conseguenza di ragioni estranee all'opera dei sanitari. Affermarono, inoltre, che nel maggio 1994 «non esistevano linee guida né nazionali né internazionali né per le gravidanze patologiche, né sul monitoraggio e management dell'ipertensione in gravidanza, né sulla gestione del feto piccolo per l'età gestazionale» né, infine, «per lo screening dei ritardi di crescita intrauterina». Assenti anche i protocolli medici: le prime linee guida sulle gravidanze patologiche arrivarono nel 2003, quelle per i ritardi di crescita del feto risalgono al 1996.

Valutazione contestata dalla Procura, secondo la quale erano comunque note conoscenze sulla diagnosi di ritardo di crescita intrauterino, come si poteva evincere negli atti del Congresso nazionale Sieog del 1994. Tesi respinta dalla Corte, secondo la quale i meri lavori di un congresso non possono assurgere a rango di linee guida e, comunque, gli atti furono pubblicati successivamente all'evento. Ma è difficile che la questione si fermerà al primo grado di giudizio.

Conto annuale 2012: crollano i primari e i dirigenti di struttura semplice

La flessione di personale nel 2012 rispetto al 2011 si ferma nel complesso al -1,34% (poco più di 9mila unità in meno), ma nel dettaglio "spariscono" in un solo anno lo 0,61% di medici di cui l'1,98% sono i maschi mentre le donne aumentano. E scompaiono il 2,97% di primari in esclusiva mentre quelli in extramoenia (che sono però solo 286 contro gli 8.218 in esclusiva) salgono del +8,39%. In riduzione anche le altre figure mediche, prima tra tutte i dirigenti di struttura semplice (-5,86%). Ma a ridursi di più è il personale che perde in un anno l'1,48% di organici soprattutto tra infermieri e personale della riabilitazione.

Una situazione legata indubbiamente al perdurare dei blocchi del turn over e alla razionalizzazione della spesa che "sega" le gambe a quella del personale sempre costratta a rispettare la regola del -1,4% rispetto alla spesa 2010.

Il confronto con il 2009: in calo anche il personale

E a confermarlo è il fatto che, nel confronto de Il Sole-24 Ore Sanità con i dati del Conto annuale 2012 pubblicato a metà dicembre dalla Ragioneria generale dello Stato ([VEDI](#)) con quelli del 2009, il primo vero anno dei piani di rientro e quindi dell'inasprimento del blocco degli organici in circa metà Italia, le percentuali di riduzione si abbattano in modo evidente: -3,38% di medici (con i primari a -12,99%, 1.227 unità in meno in soli 4 anni), -4,07% di veterinari (anche qui i dirigenti di struttura complessa "crollano" del -11,43%), -5,52% di

odontoiatri, -4,63% di dirigenti non medici. E il personale che perde il 2,74% di organici.

Tra il personale non dirigente a ridursi di più sono gli operatori del ruolo professionale che scendono del -9,63%, seguiti da quelli del ruolo tecnico e del ruolo amministrativo.

Dal 2009 al 2012 in valori assoluti si perdono 20.182 organici, il 2,9% (di cui solo lo 0,3% donne) in meno.

Nel 2012 si riducono i precari

Va meglio invece sul fronte precari. I medici con lavori flessibili si riducono nel 2012 rispetto al 2011 del -3,31% (232 in meno), anche se sono sempre il 3,95% in più (276) del 2009. Mentre in generale i precari si riducono nel 2012 rispetto al 2011 del 9,9% e rispetto al 2009 del -26% con i valori maggiori concentrati sul personale.



Mediadue Comunicazione

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