

# ORE12ITALIA

## Sanità

Formazione,  
atout strategico

Trasparenza,  
un passo avanti

Prevenzione,  
la sfida della ALT

Regione Lazio,  
svolta annunciata

Eugenio Gaudio, rettore della Sapienza

# LA RICERCA NON È UN LUSO

***...CHOOSE FROM THE HEART...***



***SECORD  
MEDICAL***



---

**SECORD MEDICAL s.r.l.** - Forniture medico ospedaliere  
Sede commerciale: Via di Novella, 14 - 00199 Roma  
Tel. 06/86.200.504 - Fax 06/86.202.209 - email: [secordmedical@gmail.com](mailto:secordmedical@gmail.com)

Hic et nunc

# Ricerca a macchia di leopardo

di Pietro Romano



La vulgata ricorrente limita il ruolo futuro dell'Italia a una sorta di Disneyland delle antichità. Del resto, il nostro ultimo Premio Nobel non è stato un geniale guitto medievaleggiante, geniale ma pur sempre guitto, come Dario Fo? E il Parlamento non è avaro, avarissimo, di menti scientifiche tra i suoi banchi al contrario dei Parlamenti post-unitari, ricchi di speranze e ribollenti di proposte? E anche la letteratura dei primi decenni post-unitari così come degli anni cinquanta-sessanta del Novecento non è piena di ingegneri e medici come protagonisti? Anche su questo fronte, però, l'autolesionismo nazionale – come al solito a braccetto con gli interessati concorrenti internazionali - cozza con la realtà.

Per limitarci ai Nobel, le materie scientifiche (dalla medicina alla fisica, dalla chimica alla biologia) sono state

spesso premiate dall'Accademia di Oslo, in un arco di tempo che va dal lontano 1906 al recente 2007. Il problema, allora, non riguarda i picchi ma l'humus. Tanto nelle scuole superiori che all'università trionfano ancora, perlomeno per numero, le materie cosiddette umanistiche. E molto scarse sono le risorse economiche dedicate alle scienze. Sono migliaia, però, i laureati italiani in materie scientifiche impegnati ai più alti livelli nel mondo. Ma se le scuole e le università italiane fossero così malridotte come vengono descritte riuscirebbero a "sforare" tante eccellenze?

Lo stesso vale per la ricerca, l'innovazione e lo sviluppo. Secondo l'European Innovation Scoreboard della Commissione europea il nostro Paese arranca nella graduatoria mondiale per investimenti in R&S sul prodotto interno lordo lontano anni luce non solo dai leader mondiali come la Corea del Sud, il Giappone, gli Usa ma anche dai primi della classe europei, i Paesi scandinavi e via via i pari taglia della Ue: Germania, Regno Unito, Francia. Attenzione. Disaggregando la quota dedicata alla R&S sul prodotto interno lordo, uno striminzito 1,5 per cento o giù di lì, emerge che le imprese fanno la loro parte. Sono nella media europea come investimenti e riescono molto meglio come prodotti dell'ingegno. Fatta conto la media comunitaria di prodotti registrati, l'Italia si attesta a quota 134. Le stesse piccole imprese - che un'altra vulgata ricorrente ama bollare come palla al piede della modernizzazione italiana - vanno molto meglio della media per innovazione brevettata e informale. In questo panorama a luci e ombre emerge la performance dell'industria farmaceutica che ha speso un miliardo e mezzo in R&S con oltre 6mila addetti diretti con il risultato di essere seconda alla Germania per fatturato e prima per export nella Ue.

Il nostro Paese, insomma, si conferma ancora una volta a macchia di leopardo. La frammentazione delle centrali di spesa non aiuta gli investimenti. La quota pubblica di R&S, infatti, è quasi esclusivamente a carico dell'amministrazione centrale mentre le regioni, che hanno impegnato nel settore sanitario buona parte delle proprie risorse, per volontà o per costrizione destinano poco o punto alla R&S. Da qui il dato totale insoddisfacente. Passare dall'analisi alle soluzioni fa tremare le vene ai polsi. Cerchiamo – e ospiteremo – proposte.



## IL MOMENTO È ORA

di Eugenio Gaudio



## LA PREVENZIONE, SFIDA VINCENTE

di Lidia Rota Vender

**01** HIC ET NUNC

**05** LA LETTERA



## LA FORMAZIONE HA IL CAMICE BIANCO

di Carlo Setacci e Domenico Benevento



## MEDICI, INTERESSI CONFLITTUALI

di Nino Cartabellotta

**25** NORME & SALUTE

**35** ECCELLENZA TERNI

**38** RIGENERA™

**48** LA PAGINA ROSA  
DONNA, NON PARTORIRAI CON DOLORE

# SOM



19

**REGIONE LAZIO SVOLTA ANNUNCIATA**

di Rodolfo Lena



26

**PATOLOGIE ALIMENTARI**

di Domenico Alessio



29

**LEUCEMIE**

di Renato Pedullà



31

**COLPA MEDICA**

di Cesare Placanica

**40** LA SANITÀ INNOVATIVA

**42** LA RETE CAP

**43** IO LA PENSO COSÌ

**44** ORTODONZIA

**46** PIANETA SANITÀ

**SEGUICI SU:**  
[WWW.ORE12ITALIA.EU](http://WWW.ORE12ITALIA.EU)

 TWITTER

 FACEBOOK

# INDICARIO

**Mensile d'Informazione Economico Sanitaria**

**WWW.ORE12ITALIA.EU**

**Direttore Responsabile**  
Pietro Romano  
direttore@ore12italia.it

**Direttore Editoriale**  
Katrin Bove  
katrin.bove@ore12italia.it

**Associate Publisher**  
Nicola Carrassi

**Redazione**  
redazione@ore12italia.it

**Dipartimento Grafico**  
**Progetto grafico:** Jordi de La renta  
**Graphic designer & Photo Editor:** Gaia Negri

**Divisione WEB:**  
Collettivo CreAttivi Ryancreation  
www.ore12italia.eu  
Registrazione Tribunale di Roma  
n.99 del 24/05/2016



**WWW.RICOMUNICARE.COM**

Ore 12 Italia è pubblicato in Italia da RICOmunicare Srl  
Via Appia Nuova, 153 - 00183 Roma

Registrazione Tribunale di Roma  
n. 229 del 07/12/2016  
Iscrizione ROC n. 26995

**Stampa**  
Tipografia Brandi Snc  
Via Orti della Farnesina, 9/a  
00135 Roma

**Hanno contribuito a questo numero:**  
Domenico Alessio, Domenico Benevento, Katrin Bove,  
Nicola Carrassi, Nino Cartabellotta, Ornella Ciona, Fiore  
Ferilli, Eugenio Gaudio, Rodolfo Lena, Gaetano Lanza, Renato  
Pedullà, Cesare Placanica, Carlo Setacci, Giulia Silvani,  
Carmen Trivellini, Lidia Rota Vender



## LE FIRME



Prof. **Eugenio Gaudio**  
 Rettore Università degli studi di Roma La Sapienza  
Presidente Società Italiana di Anatomia e Istologia (SIAI)



Dott. **Nino Cartabellotta**  
Presidente Fondazione Gimbe, formazione e ricerca in ambito sanitario



Dott. **Domenico Alessio**  
Direttore Generale  
Azienda Policlinico Umberto I Roma



Dott. **Rodolfo Lena**  
Presidente Commissione Sanità  
Regione Lazio



Avv. **Cesare Placanica**  
Presidente della Camera Penale di Roma



Prof. **Gaetano Lanza**  
Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare  
Ospedale Multimedita, Santa Maria di Castellanza, Varese



**Cari lettori,**

*A fine febbraio è stato approvato in via definitiva il ddl Gelli, che introduce nuove disposizioni in materia di responsabilità professionale dei medici e più in generale del personale sanitario operante nel pubblico e nel privato.*

*Ecco in grandi linee cosa cambia con la nuova norma:*

*Rc Professionale obbligatoria per medici e strutture del Ssn. In particolare l'articolo 10 della normativa ribadisce l'obbligatorietà di una copertura Rc professionale per i medici e per tutte le aziende legate al Ssn, comprese le strutture e gli enti privati che operano in regime autonomo o di accreditamento.*

*Viene ridimensionata la responsabilità del medico, con l'obiettivo dichiarato di limitare i casi di medicina difensiva nell'interesse generale del medico e del paziente.*

*La legge Gelli, inoltre, ridefinisce la responsabilità penale del medico, che dovrà rispondere di omicidio colposo o lesioni personali colpose solo in caso di colpa grave, ossia in caso si dimostri abbia agito contro le linee guida stabilite dall'Istituto superiore di sanità e le buone pratiche clinico-assistenziali.*

*In sostanza una doppia anima della legge: da un lato mira a una maggiore tutela dei pazienti e, dall'altro, a riequilibrare il rapporto, in eventuale sede di contenzioso penale e civile, tra medico e assistito.*

*In questo modo, si dovrebbero creare le basi per consentire allo Stato e alle Regioni di comprendere quale sia la concreta esposizione al rischio, attraverso un complesso sistema di monitoraggio del rischio stesso e differenti livelli di copertura assicurativa. Si inseriscono norme idonee a chiarire il funzionamento delle responsabilità professionali sanitarie, limitando il potere delle sentenze e nel frattempo, sembra capire, è meglio per tutti assicurarsi, sempre che si trovi chi è disposto a farlo.*

*Karin Bore*

**FORNITURE DI APPARECCHIATURE  
E PRESIDI MEDICO CHIRURGICI**

# **SERVIZIO ASSISTENZA**

**PRE E POST VENDITA 24/24**

**IL NOSTRO SERVIZIO PREVEDE, ANCHE NEI  
GIORNI FESTIVI, L'ASSISTENZA TECNICA IN  
SALA OPERATORIA DEL PROPRIO  
PERSONALE ALTAMENTE SPECIALIZZATO  
E SEMPRE AGGIORNATO.**



## **LA NOSTRA AZIENDA TALENT MEDICAL DEVICES**

Da sempre TMD - Talent Medical Devices S.r.l. opera nel settore delle forniture di Apparecchiature e Presidi Medico Chirurgici, servendo le principali Strutture Pubbliche e Private della Regione Lazio e di altre Regioni del Centro Sud.

L'aver stipulato contratti di Distribuzione in Esclusiva con Produttori Nazionali e Aziende Multinazionali di rilievo, le ha permesso di commercializzare prodotti di alta specializzazione per la linea CardioVascolare, CRDM ed Elettrostimolazione.

Grazie alla propria struttura dotata di Customer Service, articolata rete vendita, logistica, magazzini propri e parco automezzi, la Talent Medical Devices S.r.l. ha basato il proprio elemento di distinzione sul rapporto diretto e personale che ha con i propri clienti, sulla capacità di essere in grado di provvedere in tempo reale a qualsiasi richiesta, fornendo un Servizio di Assistenza Pre e Post vendita attivo 24 ore su 24.

***TMD Talent Medical Devices S.r.l.***

**Via Roberto Rossellini, N.54 - 00137 - Roma  
Tel. +39 06 86899629, Fax +39 06 90216546**

# RICERCA

## il momento è ora



Nato a Cosenza nel 1956, Eugenio Gaudio si è laureato in Medicina e chirurgia alla Sapienza nel 1980.

Professore all'università dell'Aquila dal 1987, dal Duemila è docente ordinario di Anatomia umana alla Sapienza. Dal 2010 ha ricoperto la carica di preside della facoltà di Farmacia e medicina e di presidente della Conferenza permanente delle facoltà e scuole di Medicina e chirurgia italiane. È inoltre diplomato presso il Conservatorio dell'Aquila (1979) in Pianoforte principale. Autore di oltre 450 pubblicazioni scientifiche, è stato incluso nell'elenco dei Top Italian Scientists - Google Scholar My Citations, con oltre 4300 citazioni e Impact Factor totale: >700 (JCR Science Edition 2012). Dal 2012 è presidente della SIAI (Società Italiana di Anatomia e Istologia).

EUGENIO GAUDIO

Il campanello d'allarme è suonato già da tempo, ma di provvedimenti realmente efficaci e adeguati ancora non si vede traccia. Qualcosa nel campo dei finanziamenti alla ricerca si comincia a muovere, ma è veramente poco: in Italia è mancata la capacità di investire sulla conoscenza e sul sapere, proprio negli anni in cui a livello europeo si rendeva sempre più evidente il ruolo delle tecnologie e delle nuove competenze richieste ai giovani e a tutte le professioni. L'inversione di tendenza necessaria sembra poi avversata dalla visione sempre più diffusa che tende a rappresentare le università e gli enti di ricerca come luoghi di poca trasparenza.

Per fare chiarezza su questo punto, occorre partire da alcuni dati certi.

Secondo l'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) in Italia su 1000 occupati si contano solo il 4,73% di ricercatori, contro il 7,4% della media europea; gli investimenti nella ricerca, sempre secondo la stessa fonte, ammontano all'1,3% del Pil, contro la media Ue del 2% e il 2,8% degli Usa. Il nostro Paese non investe nell'università: la Corea del Sud spende 628 euro per abitante, Singapore 573, il Giappone 331, la Germania 304 e la Francia 303, mentre l'Italia si attesta a soli 109 euro per abitante. Bisogna pensare che se l'Italia investe nella ricerca 100 per ogni abitante e la Germania 300, per il gioco d'azzardo avviene esattamente il contrario: viene da dire che l'Italia investe sulla sorte, la Germania sulla conoscenza. In questi anni di crisi, i fondi pubblici sono diminuiti (-9,9%) per un totale di circa 1 miliardo di euro persi dal 2008 a oggi, mentre sono aumentati in Francia (+3,6%) e Germania (+20%). Partendo da queste premesse, l'obiettivo di destinare alla ricerca almeno il 3% del Pil, che l'Europa ha fissato per il 2020, sembra difficilmente raggiungibile.

È evidente dunque che la miopia delle politiche italiane



degli ultimi anni ha inciso notevolmente sullo stato della ricerca italiana. Mi piace ricordare il motto, diventato celebre, di Derek Bok, preside di Harvard: “Se ritenete che la formazione sia costosa, provate con l’ignoranza.” Incredibilmente il nostro Paese non ha mostrato di investire in conoscenza, laddove invece essa rappresenta un elemento decisivo nella stabilità delle cornici sociali e istituzionali, ed è dunque la candidata naturale per la ripresa italiana. In questo senso, il mondo della ricerca e dell’università ha l’obbligo di scuotere le istituzioni e assumere la responsabilità del proprio ruolo, sollecitando interventi puntuali che sappiano risollevare le sorti e contribuire al superamento della crisi economica e sociale che stiamo attraversando.

AlmaLaurea, il consorzio interuniversitario che raccoglie ogni anno il profilo e la condizione occupazionale dei laureati italiani, ci ricorda che nessuna leva di laureati è confrontabile a quelle recenti dal punto di vista dello sviluppo delle competenze e delle performance, anche sotto la spinta qualitativa delle studentesse, protagoniste di un prezioso trend ormai strutturale nell’università italiana. È dunque un paradosso che alla generazione

più preparata nella storia dell’università sia riservato un vero e proprio “percorso a ostacoli” nel mondo del lavoro, senza la certezza che precariato e remunerazioni inadeguate restino una stagione solo congiunturale.

“Tutto perduto, dunque?”, ci si potrebbe a buon diritto domandare. Una prima risposta confortante viene offerta dal Rapporto dell’Anvur, l’Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca, presentato alla fine di febbraio, che vede eccellere i nostri ricercatori nel panorama internazionale. Il nostro Paese ha prodotto il 3,9% della ricerca mondiale, aumentando, ancorché di poco, la sua produttività, a fronte della battuta d’arresto e del decremento registrati in paesi come gli Stati Uniti, la Francia e la Germania. Questo vuol dire che a parità di fondi, negli atenei italiani si produce il doppio di quelli tedeschi e circa un terzo in più dei francesi, tanto che l’Italia si colloca all’8° posto tra i Paesi Ocse per quantità e qualità della produzione scientifica, nonché ai primissimi posti per produttività individuale dei ricercatori.

Un risultato tanto lusinghiero, nonostante la crisi e il sottofinanziamento del settore, è reso possibile solo grazie alla capacità che il sistema accademico sa esprimere nel

formare menti brillanti e giovani talentuosi, che troppo spesso poi riversano le loro capacità all'estero, rischiando di vanificare in gran parte lo sforzo e l'investimento compiuto.

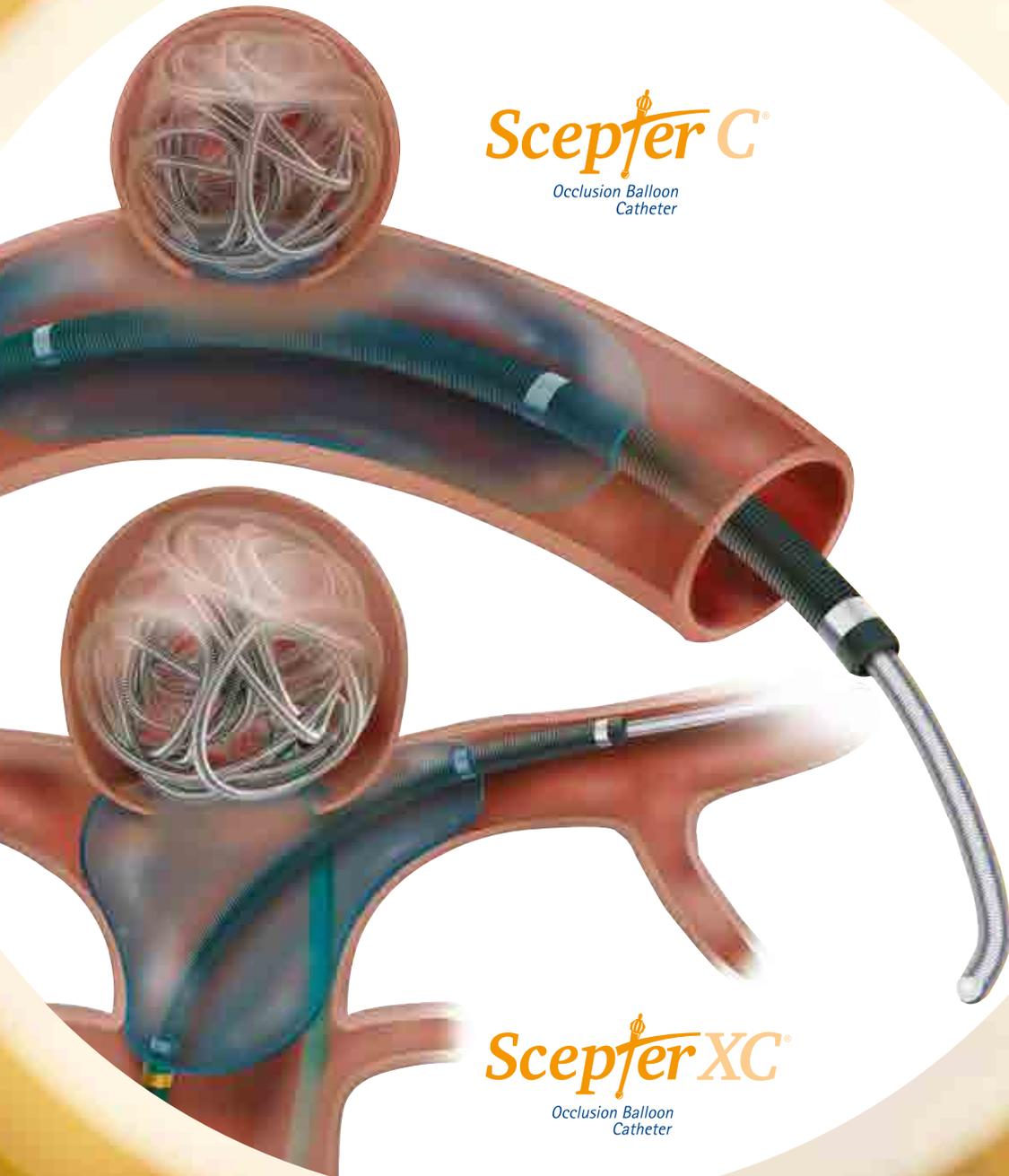
Da parte nostra, come Sapienza, abbiamo previsto per l'anno in corso, il rafforzamento degli interventi nei settori strategici, con l'incremento dei fondi per la ricerca, per le borse di dottorato, per gli assegni di ricerca, consolidando una posizione al servizio delle istituzioni e della società civile nel suo complesso. E i frutti di queste politiche non stanno tardando ad arrivare: il tasso di successo delle proposte per accedere ai finanziamenti europei dell'ERC, in Horizon 2020, è stato quest'anno pari al 9,8% - e del 7,7% nel biennio - significativamente superiore alla media nazionale del 5%; nei bandi PRIN messi a disposizione dal Miur, abbiamo ottenuto il 9,3% del finanziamento nei progetti come principal investigator, posizionandoci al primo posto in Italia sia nell'ambito delle cosiddette "scienze della vita" che in quelli della chimica, fisica e ingegneria.

D'altro canto, va riconosciuto come a livello istituzionale cominci a farsi largo la consapevolezza del ruolo della ricerca come volano della ripresa, e mi riferisco ai dottorati innovativi o alcuni recenti provvedimenti contenuti nella Legge di stabilità, soprattutto nei confronti dei giovani ricercatori. Stanno intanto partendo i primi inserimenti nelle aziende italiane di giovani dottori di ricerca, grazie al progetto I-Talents, che vede unite Confindustria, Miur e Università, che rappresenta un esempio virtuoso di dialogo. Si sta dunque delineando un quadro di apertura che è responsabilità di noi protagonisti della ricerca e della formazione aiutare a comporre; il momento giusto è ora: è necessario ritrovare la fiducia nel potere della cultura e della formazione, nella convinzione che gli studenti universitari sono davvero costruttori non retorici della "società della conoscenza".

di *Eugenio Gaudio*



*Scepter C*®  
Occlusion Balloon  
Catheter



*Scepter XC*®  
Occlusion Balloon  
Catheter

**ENDOASCULAR  
SERVICE**  
ENDOASCULAR SERVICE



# CONFLITTI D'INTERESSE TRA MEDICI

di *Nino Cartabellotta*

I conflitti di interesse in sanità vengono generalmente identificati con i comportamenti "sconvenienti" dei singoli, rispetto al loro ruolo professionale o istituzionale. In realtà, il conflitto di interessi non è un comportamento, ma una condizione nella quale il medico si trova quando la sua indipendenza è compromessa da relazioni esistenti, oppure quando il suo giudizio professionale sulla salute del paziente viene influenzato da un interesse secondario (es. vantaggio finanziario o personale).

È bene sottolineare che gli interessi secondari non sono illegittimi in quanto tali (il guadagno economico è parte integrante dell'attività professionale): tuttavia il conflitto

emerge quando questi prevalgono sui doveri etici, deontologici e legali del medico. Ecco perché è necessario assumere una prospettiva diversa, ovvero misurare l'entità del conflitto di interesse in relazione alla potenziale slealtà dell'influenza esterna, a prescindere dai comportamenti che ne possono conseguire: all'estero da tempo diverse iniziative si battono per rendere pubblici sponsorizzazioni e finanziamenti dell'industria farmaceutica in favore dei singoli medici (pagamenti per la partecipazione a convegni, onorari per la partecipazione in qualità di moderatori o relatori, assistenza al training, partecipazione a comitati, gruppi di lavoro, etc.). In questo modo ai pazienti

vengono forniti strumenti per capire se e quanto le decisioni terapeutiche che li riguardano possono essere influenzate da interessi secondari del loro medico.

In Italia, la spinosa questione dei conflitti di interesse in sanità non è mai stata affrontata in maniera commisurata alle potenziali conseguenze sul Ssn, la cui sostenibilità è legata anche all'integrità professionale di tutti gli attori. Considerato lo scarso successo o impatto delle limitate iniziative nazionali, innumerevoli conflitti di interessi continuano a minare l'integrità della sanità, favorendo la diffusione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati e alimentando comportamenti

opportunistici che solo raramente assumono una rilevanza penale. Certo, come spesso accade nel nostro Paese, le carte apparentemente sono in regola: secondo il Codice di Deontologia medica, infatti, il medico « evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati».

Tuttavia sembra finalmente spirare un vento nuovo, grazie a due fatti indipendenti che, ahimè, non provengono dal mondo professionale. Il primo è la determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'Autorità nazionale Anticorruzione, che definisce «Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e



Nino Cartabellotta

di conflitto di interessi». Il secondo è l'introduzione da parte di Farmindustria del codice etico dell'European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (Efpi) che prevede che «Ogni azienda farmaceutica deve documentare e rendere pubblici ogni anno [...] i trasferimenti di valore effettuati direttamente o indirettamente con gli operatori sanitari e con le organizzazioni sanitarie. La pubblicazione dei dati dovrà avvenire su base individuale, l'eventuale pubblicazione in forma aggregata dovrà rappresentare una circostanza del tutto eccezionale».

Con ineccepibile tempismo, il 30 giugno scorso le aziende associate a Farmindustria hanno avviato la pubblicazione sui loro siti web dell'ammontare dei pagamenti effettuati nel 2015 in favore di medici e organizzazioni (aziende ospedaliere, ASL, società scientifiche, associazioni di pazienti, società di servizi, etc.), da cui emergono alcuni elementi che appannano la trasparenza dell'iniziativa. Innanzitutto, solo il 70% dei medici ha fornito il consenso alla pubblicazione dei propri dati personali accanto agli importi ricevuti: per quanto non difforme da quanto documentato in altri Paesi europei, il fatto che un terzo dei professionisti sanitari non abbia accettato la pubblicazione in forma nominale certo non può essere definita una circostanza "eccezionale". In secondo luogo, i rendiconti presentano un taglio squisitamente amministra-

**Un notevole passo in avanti grazie a Farmindustria sulla trasparenza dei finanziamenti**





tivo e sono pubblicati in formato pdf (spesso protetto) non permettendo di eseguire analisi e sintesi dei dati. Quindi, i rendiconti non rendono note le causali dei trasferimenti di denaro, ma si limitano a suddividerli in tre macro-categorie (senza obbligo di riportare il totale): donazioni e contributi, eventi formativi (accordi di sponsorizzazione, spese di viaggio e ospitalità), prestazioni professionali e consulenza. Last not but least, in assenza di studi ad hoc in grado di aggregare i dati forniti da ciascuna azienda, è impossibile conoscere quanto denaro ha ricevuto dall'industria farmaceutica il singolo professionista e, soprattutto, la singola organizzazione per consentire di valutare l'entità del conflitto di interessi. In particolare, questo

aspetto riveste una particolare rilevanza per aziende pubbliche, centri di ricerca, società scientifiche, associazioni di pazienti e organizzazioni civiche, la cui trasparenza sui finanziamenti rappresenta un irrinunciabile elemento di accountability. In ogni caso, onore e merito a Farindustria che con il disclosure code ha permesso un notevole passo avanti, mettendo online i dati relativi alle transazioni economiche tra aziende farmaceutiche e singolo medico/organizzazione sanitaria perché - come ha affermato il presidente dell'associazione, Scaccabarozzi - se lo scopo di Farindustria non era di fare ricerche o analisi particolari su questi dati, "oggi chi avesse voglia di farle può, mentre sino a ieri no".



# ROSA<sup>®</sup> Brain

L'INNOVAZIONE  
ROBOTICA NELLA  
NEUROCHIRURGIA

**KASTER**  
*Medical Technology*



# Medici

## la formazione è strategica

COLMARE IL DIVARIO TRA ABILITAZIONE PROFESSIONALE ED ESERCIZIO  
INDISPENSABILE PER PREFIGURARE UN'ATTIVITÀ ADEGUATA AI TEMPI

di Carlo Setacci e Domenico Benevento\*

La professione medica è al centro di grandi mutamenti sociali ed economici, con il ruolo di mediazione tra aumentata domanda di salute e l'esigenza di ridotta offerta sanitaria.

L'attuale contesto socio-culturale è caratterizzato da:

- modifica del rapporto con il paziente in cui, oltre al medico, sono coinvolti altri stakeholder quali le organizzazioni sanitarie, i decisori politici e le altre professioni sanitarie.
- tecnologizzazione delle prestazioni di cura con significative ricadute economiche.
- grandi transizioni epidemiologiche, demografiche e culturali della medicina con conseguente necessità di ride-

finire la prassi medica e il patto sociale con la collettività. La professione medica in questo contesto manifesta inadeguatezze legate alla sua formazione, al rapporto medico-paziente, al paziente stesso con trasformazione della figura tradizionale di "beneficiario" che diventa utente consapevole e titolare di diritti.

La medicina è una vocazione in cui la conoscenza, le competenze cliniche e le decisioni del medico sono messe al servizio della tutela e del ripristino del benessere umano. L'obiettivo della formazione dei giovani medici è quello di colmare il divario tra abilitazione alla professione e il suo esercizio pratico.



Il medico dovrà saper interpretare i bisogni del paziente, contribuire a ridefinire una nuova identità professionale autonoma e responsabile: dovrà confrontarsi con le problematiche del post-welfarismo, in quanto qualsiasi atto medico dovrà essere deciso con il criterio della convenienza clinica, sociale ed economica; dovrà considerare l'organizzazione parte integrante della sua operatività e il suo agire dovrà essere orientato alla cultura della responsabilità sia in ordine agli obiettivi da raggiungere che ai mezzi da impiegare.

Definire una nuova formazione, nell'attuale contesto, significa pre-figurare una professione adeguata ai tempi; sino ad ora si è considerato il medico quale figura professionale invariante, pensando di conseguenza alla formazione come suo aggiornamento.

La formazione medica italiana è fra le migliori è un dato oggettivamente acquisito: i nostri medici sono sempre più spesso reclutati all'estero con risultati di carriera eccellenti, il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) è fra i migliori del mondo, la ricerca clinica è al top globa-

le e modelli formativi delle professioni dell'area sanitaria danno risultati così positivi e altre professioni tecniche si propongono di imitarli.

Tuttavia anche un modello perfetto è perfettibile, la figura del medico di medicina generale, come parte essenziale del corpo docente per l'esame di stato, si configura come garanzia di pluralità della formazione in grado di assicurare un ruolo moderno al giovane medico, indicando la strada migliore in termini di indicazioni cliniche, di appropriatezza prescrittiva e sostenibilità delle risorse.

La formazione rappresenta oggi uno strumento strategico al fine di definire il ruolo e l'identità del medico; è opportuno ripensare il modello nozionale, definendo un'altra tipologia di professionista, disegnando un modello formativo più appropriato, per adeguarlo ai cambiamenti di riferimento, pertanto mentre fino ad oggi la formazione medica era appannaggio delle sole università, da ora in poi deve essere configurata come rete formative attraverso l'individuazione di ospedali di insegnamento di assoluta eccellenza e parametrabili con i criteri dell'Agenzia

nazionale di valutazione del sistema universitario (Anvur), utilizzando però quanto già previsto dal Decreto interministeriale 68/2015 che solo un anno fa ha riordinato i percorsi formativi delle scuole di specializzazione di area medica. In particolare, l'articolo 3, comma 4, del suddetto Decreto interministeriale, prevede l'obbligatorietà della rete formativa con l'unica precisazione che le strutture e i docenti del Ssn, indicati dalle Regioni, siano valutati secondo indicatori di performance e di qualità come le sedi universitarie. Rimane forte il dubbio che, in tale prospetto formativo, il medico in formazione specialistica possa essere utilizzato per supportare carenze di organico e creando sperequazioni economiche, assicurative e formative, come affermato recentemente dal Consiglio universitario nazionale (Cun).

La formazione post laurea è un periodo unico e irripetibile nella vita di un medico. Ne plasma la professionalità e ne definisce le competenze "core" che lo guideranno nell'esercizio della professione.

È auspicabile che l'Osservatorio della medicina specialistica determini rapidamente requisiti, standard di docenza, di struttura e di casistica e, soprattutto, indicatori di performance che consentano di identificare le sedi universitarie meritevoli di rimanere attive e le parti del Ssn adeguati per la rete formativa, evitando di spingere per l'uscita degli specializzandi dal circuito universitario dove si acquisiscono non solo le "conoscenze e abilità manuali", ma anche la "capacità critica" per affrontare quarant'anni di professione in un mondo in continua evoluzione.

\* Il professor Carlo Setacci è presidente del Collegio dei professori ordinari di chirurgia vascolare. Il dottor Domenico Benevento è docente alla Scuola di specializzazione in chirurgia vascolare di Siena



# Sofia™ PLUS

Soft torqueable catheter *Optimized For Intracranial Access*

**SOFIA™ PLUS Catheter**  
is compatible with the  
**ERIC® Retrieval Device**

EXTREMELY TRACKABLE

LARGE LUMEN  
ASPIRATION CATHETER

# REGIONE LAZIO, L'ANNO DELLA SVOLTA

di *Rodolfo Lena*

Con i recenti decreti emanati da Nicola Zingaretti in qualità di commissario ad acta e grazie alle importanti leggi regionali approvate prima in commissione Politiche sociali e salute, e poi in Aula, il Lazio è dinanzi a un'epoca di svolta in materia di sanità e più in generale di welfare. L'obiettivo che ci si pone è alto: puntare alla prevenzione, a corretti stili di vita, ad una sanità che privilegi maggiormente il territorio e che inizi ad andare oltre un modello essenzialmente centrato sull'ospedale quale unico incubatore delle cronicità e delle fragilità della popolazione.

È un cambiamento di prospettiva, di visione, che corrisponde anche al cambio di passo intrapreso dalla Regione nel percorso di risanamento e di rientro dal debito, per arrivare in tempi brevi all'uscita dal commissariamento, che giocoforza ha penalizzato politiche di tipo espansivo, specie sul fronte delle nuove assunzioni.

Se in una prima fase il Piano di rientro enfatizzava infatti principalmente aspetti economico-finanziari, l'ultimo triennio ha registrato un significativo cambiamento di prospettiva, che consente di meglio ridefinire il Piano di Rientro in Piano di riorganizzazione, qualificazione e

sviluppo del Servizio Sanitario Regionale (Ssr).

Il disavanzo è intanto passato da -1.696 €/mln del 2007 a -332 €/mln nel 2015 e mostra un miglioramento del margine operativo che passa da oltre -1.100 €/mln del 2007 a -43 €/mln del 2015, mentre il punteggio complessivo della valutazione griglia LEA (Livelli essenziali di assistenza), evidenzia un miglioramento tra il 2009 e il 2014 (ultimo anno disponibile), passando da un punteggio di 114 a 168, (valore soglia di adempienza pari a 160).

I processi avviati ed i risultati raggiunti, consegnano alla nuova stagione dei Programmi operativi 2016-2018, presentati all'opinione pubblica lo scorso dicembre, l'obiettivo di consolidare il percorso di innovazione e di miglioramento dei servizi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, al fine di consentire il pieno superamento di quelle condizioni economico-finanziarie e di criticità nell'erogazione dei LEA che hanno portato la Regione Lazio in Piano di rientro prima e al commissariamento poi. Creare le condizioni per ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità e garantire l'accesso a servizi sanitari di

**ANDARE OLTRE  
L'OSPEDALE:  
UNA SANITA'  
A MISURA DI  
TERRITORIO**



**Rodolfo Lena**

qualità a fronte di un equilibrato livello di prelievo. L'obiettivo di riconsegnare il Ssr al normale esercizio delle responsabilità istituzionali significa anche completare lo sviluppo del sistema di governance, consolidando il ruolo regionale in termini di definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione; sviluppando un parallelo rafforzamento dell'organizzazione aziendale nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità verso gli obiettivi di miglioramento dei servizi e indiscussa salvaguardia dei vincoli economico-finanziari; realizzando organizzazioni capaci di valorizzare l'esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali.

Il Programma Operativo del triennio 2016-2018 individua quindi le priorità di intervento, gli obiettivi e le azioni del Servizio Sanitario Regionale in recepimento dei principi, delle raccomandazioni, degli standard e delle indicazioni contenuti nella normativa nazionale e regionale. Il documento si configura come logico completamento o consolidamento di interventi già previsti dal precedente Programma Operativo 2013-2015 (decreto del commissario ad acta n. 247 del 25 luglio 2014) ovvero come sviluppo di nuove azioni non precedentemente previste. Se il precedente Programma Operativo ha enfatizzato, in una prima fase, l'obiettivo prioritario di ridurre la spesa sanitaria, e in una seconda fase, l'obiettivo di affiancare al controllo della spesa azioni di ridefinizione delle regole di funzionamento del sistema e riorganizzazione dei servizi, la nuova stagione che ci condurrà al 2018 ha l'obiettivo di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario e sviluppare una organizzazione dei servizi rispondente ai fabbisogni di assistenza, in un contesto caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal maggior impatto della domanda per patologie croniche ed a rischio di disabilità. Tale finalità si coniuga con l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle buone pratiche.

I principi a cui il nuovo Programma Operativo fa riferimento sono i seguenti e perfettamente in linea con quanto esposto finora:

- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- promuovere unitarietà e coesione del Ssr in una logica di integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- garantire reali recuperi di efficienza come principi dell'organizzazione del Ssr;
- rafforzare le attività di controllo delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute della popola-



**Il presidente Regione Lazio, Nicola Zingaretti**

zione trattata;

- conferire alle Aziende Sanitarie Locali ulteriori strumenti per rinforzare la loro funzione di programmazione locale e di committenza;
- qualificare ed arricchire le competenze dei professionisti del Ssr anche attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, come garanzia per la qualità delle prestazioni;
- promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico;
- valorizzare gli aspetti di umanizzazione dell'assistenza;
- valorizzare e rendere efficiente la gestione delle risorse umane;
- sviluppare le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie;
- riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e alla sanità di iniziativa per la presa in carico di gruppi particolarmente fragili;
- ricondurre l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità;
- individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa;
- migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- utilizzare gli accordi contrattuali ed i protocolli di intesa con i soggetti erogatori come strumenti per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito;
- impostare una politica per i sistemi di remunerazione idonea a raggiungere gli obiettivi della programmazione dell'offerta, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni;
- rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e



servizi rispondente ad esigenze di controllo della spesa e salvaguardia della qualità con economie di scala ottenibili tramite l'ulteriore centralizzazione degli acquisti;

- configurare il percorso dell'accreditamento, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione; identificando come elementi di innovazione la valutazione dei processi di accreditamento di funzioni specifiche e/o di percorsi di assistenziali;
- rafforzare i sistemi informativi come strumenti per la programmazione sanitaria ed il monitoraggio dello stesso Programma Operativo. Tanti obiettivi, però, li abbiamo già raggiunti. La cancellazione della quota regionale aggiuntiva al ticket nazionale, ad esempio, venendo incontro ad un grande principio di giustizia sociale.

Una nuova stagione di certezze per il personale. In tutta la regione, dall'anno in corso fino al 2018, verranno infatti assunte oltre 3.502 unità.

E, tornando al cambio di prospettiva con cui ho esordito questo mio intervento, un forte investimento sulla prevenzione, come elemento decisivo per garantire il benessere dei cittadini, ma anche per contenere i costi della sanità. Grazie a un'azione decisa della Regione di promozione e comunicazione alla popolazione target, sono in netto aumento le adesioni dei cittadini ai

programmi di screening per i tumori alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto. In un anno (dal 2014 al 2015) sono aumentate di 35.000 unità le adesioni allo screening per la mammella, di 6.000 per la cervice uterina, di 50.000 per il colon retto.

È inoltre decisivo investire anche sulla tecnologia, per rendere più forte e competitivo il sistema sanitario del Lazio e, soprattutto, per innalzare ancora il livello delle cure. Una delle grandi novità della sanità del Lazio è l'avvio del piano da 264 milioni di euro di risorse ex articolo 20 ferme praticamente dall'inizio del piano di rientro, cioè da 9 anni. Di queste risorse, ben 48 milioni di euro sono destinati all'ammodernamento tecnologico: acquisto di nuovi macchinari per le analisi, ma anche aumento dell'offerta negli hub e dei sistemi di monitoraggio.

Grazie alla nostra azione sono insomma ripartiti gli investimenti sulla rete della sanità, su cui in questi tre anni abbiamo "scommesso" 189 milioni di euro. risorse utilizzate per intervenire sulle strutture esistenti.

nuovi punti di riferimento che prima non c'erano: sono 27 gli ambulatori di continuità assistenziale aperti nei weekend e nei giorni festivi a Roma e nelle province, una delle grandi innovazioni di questi anni insieme alle Case delle Salute, in via di realizzazione in ogni distretto sanitario.

# PREVENZIONE

## L'IMPEGNO DI ALT È A 360°

di Lidia Rota Vender

Nella percezione comune la parola prevenzione identifica la possibilità o il dovere di eseguire prelievi di sangue o sottoporsi ad esami funzionali capaci di prevenire le malattie percepite come le più gravi: il cancro, l'Aids, l'Alzheimer. Per anni poco interesse hanno suscitato le malattie cardiovascolari, che pure sono le malattie più probabili nella popolazione, paradossalmente, perché sono anche le più facilmente prevenibili, con esami e farmaci, ma soprattutto con lo stile di vita.

Il termine malattie cardiovascolari raggruppa malattie diverse conosciute con il nome dell'organo che colpiscono: le chiamiamo infarto del miocardio, ictus cerebrale (ischemico nell'85% dei casi), arteriopatia periferica (o malattia delle vetrine). Oggi è ormai chiaro, ma non ancora noto a tutti, che le malattie che in modo sommario e inappropriato definiamo cardio o cerebrovascolari riconoscono nella stragrande maggioranza dei casi una matrice comune, cioè un processo infiammatorio, spesso progressivo e irreversibile, delle pareti interne delle arterie, causato da diversi fattori che agiscono come complici per creare il danno, potenziandosi a vicenda: un diabete non riconosciuto o non curato in modo appropriato, un sangue eccessivamente incline a coagulare in persone a volte geneticamente predisposte, un livello di colesterolo elevato e protratto nel tempo, l'abuso

di sostanze che provocano vasocostrizione e sofferenza della parete vascolare come nicotina, cocaina, caffeina, un elevato livello della pressione arteriosa non riconosciuto o non curato in modo appropriato ed efficace.

Di fatto per lo più quelle che oggi raggruppiamo sotto il termine riduttivo di malattie cardiovascolari sono malattie di organi diversi causate dal medesimo meccanismo che inizia con l'infiammazione della parete, per cause diverse, e dalla successiva attivazione del sangue che sulla parte malata deposita piastrine e fibrina (trombo) con l'obiettivo di favorirne la guarigione, ma con l'effetto collaterale di causare la chiusura dell'arteria e la necrosi del tessuto che da quell'arteria riceveva nutrimento, qualunque sia: miocardio, neuroni, muscoli, intestino, rene, retina .....potremmo continuare citando uno dopo l'altro tutti gli organi del nostro corpo.

Per creare consapevolezza sull'importanza delle malattie cardiovascolari e diffondere conoscenza sui meccanismi che le provocano trent'anni fa a Milano è nata ALT-Associazione per la lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari-onlus.

Oggi è ormai dimostrato che dal punto di vista della fisiopatologia, la stragrande maggioranza delle malattie cosiddette cardio e cerebrovascolari è causata da una trombosi. Le malattie da trombosi nel loro insieme sono l'epidemia

**DALL'ICTUS  
ALL'INFARTO  
UN'EPIDEMIA  
CHE SI PUO'  
COMBATTERE**



Associazione per la Lotta alla Trombosi  
e alle malattie cardiovascolari

dei nostri giorni, colpiscono il doppio dei tumori, ma possono concretamente essere prevenute almeno in un caso su tre: non solo, ma possono essere riconosciute, diagnosticate, curate con efficacia.

L'infarto è la malattia più probabile nella donna oltre i 50 anni: eppure le donne temono il cancro della mammella ma non l'infarto. Potenza delle campagne di comunicazione, che le associazioni che si occupano di cancro hanno realizzato con grande efficacia e da molti anni, mentre le associazioni che si occupano di prevenzione cardiovascolare non c'erano o non riuscivano a farsi ascoltare.

Per fortuna oggi il vento è cambiato: la percezione dell'impatto delle scelte quotidiane di ciascuno intermini di stile di vita sulla probabilità di evitare un evento cardio o cerebrovascolare è aumentata, le onlus dedicate alla prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari si sono organizzate in un network europeo (EHN- European Heart Network) che da Bruxelles continua ad esercitare pressione sul Parlamento della Ue perché prenda provvedimenti che rispettino la salute dei cittadini e organizzano campagne di sensibilizzazione a livello nazionale in tutti i Paesi della Ue. Il mondo dovrà affrontare nei prossimi anni un'epidemia globale di malattie cardio e cerebrovascolari: con un impatto di mezzo punto sul PIL per ogni aumento del 10% di queste malattie. L'aumento previsto nei prossimi anni va ben oltre il 10%.

Non fare nulla e stare a guardare sarebbe uno spreco ingiusto, perché possiamo prevenirne una gran parte: uno spreco che non ci possiamo permettere, per l'impatto sull'economia dei Paesi e delle singole famiglie. Lo sa bene chi è già stato colpito.

ALT è stata fondata a Milano nel 1987 per riempire un vuoto: si è data la missione di sensibilizzare la popolazione sull'impatto che i fattori di rischio legati allo stile di vita hanno sulla probabilità di incontrare o evitare una malattia da trombosi, di attirare l'attenzione dei medici sull'importanza della trombosi come causa di malattie diverse, perché curino, come sanno fare, in modo appropriato l'organo colpito, ma non dimentichino di cercare e capirne le cause, genetiche o legate a fattori di rischio transitori, e di sostenere il paziente nel modificare i fattori di rischio modificabili legati allo stile di vita, affinché non si ripeta un secondo evento; e di spingere le Istituzioni a legiferare favorendo l'adozione di uno stile di vita sano per tutti. Se le Istituzioni avessero preso

**Le malattie da trombosi colpiscono il doppio dei tumori ma possono essere prevenute e curate con efficacia almeno in un caso su tre**

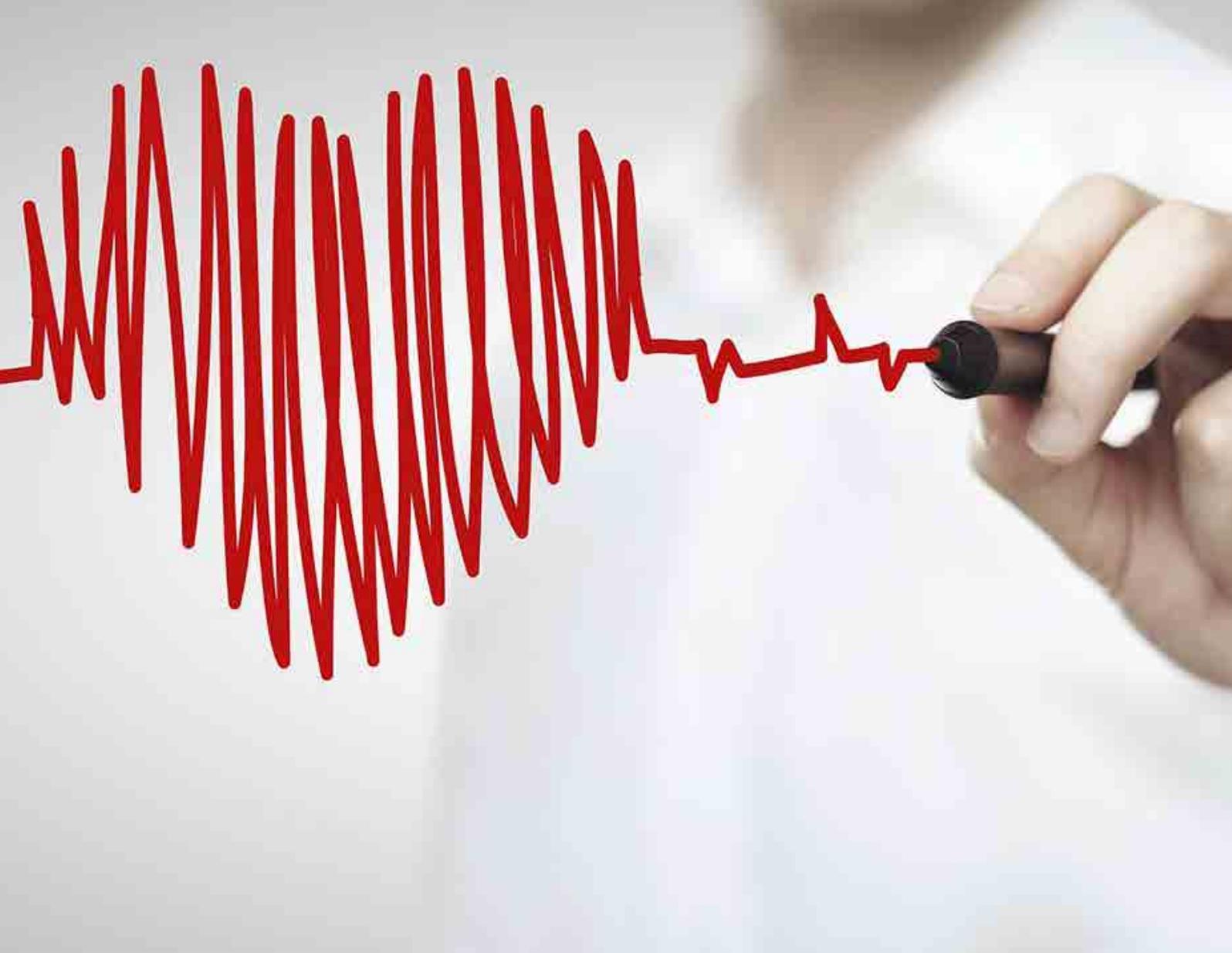


Lidia Rota Vender

rapidamente sul serio il loro compito, oggi avremmo città piene di verde, con nuovi alberi che dovrebbero sorprenderci per la quantità e invitarci ad uscire e ad abbandonare la pigrizia, con aria pulita ovunque, anche a Milano e in Lombardia, che dal satellite appaiono coperte da una nuvola nera di smog, triste primato condiviso con la Polonia. E avremmo scuole che considerano l'attività fisica come una materia prioritaria e fondamentale per nutrire i corpi dei nostri bambini, così come le altre materie ne nutrono la mente.

La scienza ci fornisce ogni giorno nuove evidenze sulla stretta relazione fra fattori di rischio e Trombosi e sull'altrettanto stretta ed efficace relazione fra riduzione o eliminazione del fattore di rischio e riduzione della probabilità di malattia. Ognuno deve fare la propria parte, per sé e per la comunità.

L'Unione Europea sta facendo la sua parte anche se molto lentamente, ma quando il grande elefante si muove, l'effetto si sente: la legge contro il fumo, le leggi sulla riduzione dell'inquinamento atmosferico, i progetti città sane, scuole sane ... La Ue mette a disposizione molto materiale e anche risorse, che spesso non vengono utilizzate in modo appropriato ed efficace. La crisi economica sembra ci stia convincendo a mangiare meno e meglio: l'Italia è un Paese privilegiato, che se vuole può



consumare cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, olio d'oliva, pesce azzurro. Li produciamo in casa. C'è più gente che corre nei parchi, è di moda essere in forma, fare attività fisica crea occasioni di socializzazione, se si vince la pigrizia iniziale poi diventa un bisogno e dà risultati, ma il numero delle persone destinate ad andare incontro a una malattia da trombosi è previsto in aumento, perché negli ultimi cinquant'anni la popolazione è aumentata, perché la vita si è allungata, perché troppi pagheranno gli errori alimentari e di pigrizia di anni. L'"ormai è tardi" non è una scusa: smettendo di fumare oggi, in 12 mesi possiamo abbassare il rischio di eventi vascolari, cominciando a fare attività fisica riducendo il peso e mangiando meno e meglio possiamo ottenere un vantaggio straordinario, che si riflette, sulla salute del cuore e del cervello, non solo, ma anche sulla salute delle articolazioni, rallentando la progressione dell'osteoporosi, addirittura contribuendo a prevenire molti tipi di cancro. Un ritorno sull'investimento straordinario. Non è il momento di deporre le armi: la battaglia di ALT ha ragione di essere, anzi, mai come oggi è urgente, per fermare una valanga di malattie che sta per rovinare la vita di molti ma che può essere fermata. Abbiamo le informazioni, abbiamo la conoscenza, dobbiamo trovare

il modo di stimolare la volontà del singolo a smettere di affidare la propria salute solo ai medici, ai farmaci o agli esami o al destino: ridurre il consumo di sale e il peso contribuisce a ridurre la pressione del sangue di qualche mm di Hg almeno quanto un farmaco, fare attività fisica, se il corpo ce lo permette, riduce il livello di colesterolo e di zucchero nel sangue e il peso corporeo, mangiare meno e meglio permette di bilanciare le calorie introdotte con quelle consumate e riduce l'accumulo di grasso, muoversi riduce gli effetti negativi dello stress, al fumo si può dire basta, non serve, fa solo male, si può smettere. Tutto questo richiede volontà e costanza, i due attori principali di una commedia che può avere successo o essere un flop, il risultato dipende soprattutto da noi.

ALT, le associazioni per la prevenzione cardiovascolare, le società scientifiche e i media sono componenti fondamentali della squadra che renderà efficace la prevenzione e otterrà il risultato di contribuire a ridurre l'impatto drammatico delle malattie cardiovascolari. Squadra della quale il paziente è un membro fondamentale.

Per saperne di più

[www.trombosi.org](http://www.trombosi.org) [www.giornatatrombosi.it](http://www.giornatatrombosi.it)

## Norme & salute

# Servizi sanitari, arrivano gli standard dell'Iso

di Ornella Cilona\*



Le norme al servizio di migliori servizi sanitari.

E' la nuova parola d'ordine dell'Iso (International Organisation for Standardisation), che lo scorso anno ha dato il via libera a due comitati tecnici incaricati di redigere standard globali sull'amministrazione sanitaria e sulle cure ai pazienti.

Si tratta di un cambiamento importante nella strategia dell'Iso: finora interessata a preparare standard validi in tutto il mondo esclusivamente per quanto riguardava i dispositivi medici e i farmaci, l'organizzazione con sede a Ginevra ora si è convinta che nella salute conta anche la qualità dei servizi prestati e non solo quella dei macchinari e/o delle medicine.

Il nuovo comitato tecnico 304 dell'Iso si occuperà di pubblicare nei prossimi anni una norma nell'ambito dell'amministrazione sanitaria, relativa a classificazio-

ne, terminologia e nomenclatura. Lo standard elencherà anche pratiche e indicatori di gestione che includono i rapporti fra diversi organismi sanitari.

L'ente di normazione statunitense Ansi coordina le attività di questo comitato tecnico, al quale per ora partecipano nove enti nazionali a pieno titolo, più altri 22 in qualità di osservatori. "Abbiamo deciso di seguire questa iniziativa - spiega Lee Webster, coordinatore per l'Ansi del comitato tecnico Iso 304 - perché l'esperienza e la ricerca dimostrano che i servizi sanitari meglio gestiti funzionano con minori costi, abbassano i tassi di morbilità tra i malati, offrono ai consumatori maggiori opportunità di accesso e registrano un più alto grado di soddisfazione fra i pazienti. Per migliorare i servizi sanitari è fondamentale gestire il personale nel modo migliore. Il coinvolgimento dei lavoratori è un tema di grande interesse nella sanità". L'ente italiano di normazione Uni partecipa a questo comitato tecnico per mezzo del gruppo di lavoro "Strutture e sistemi sanitari". Il comitato tecnico 450 dell'Iso seguirà, invece, la redazione di una norma mondiale che contenga i requisiti minimi per il coinvolgimento del paziente nella cura centrata sulla persona. In questo caso è l'ente di normazione svedese Sis a seguire i lavori. A livello europeo è il Cen, l'organismo comunitario che si occupa degli standard, a coordinare le attività con un proprio comitato che si interfaccia con quello Iso, mentre in Italia l'Uni partecipa ancora con il gruppo di lavoro nazionale "Strutture e sistemi sanitari". "Questo standard - afferma Maitane Olabarria Uzquiano, responsabile per il Cen delle norme sui servizi - si propone di creare un ambiente favorevole per una cura centrata sulla persona, garantendo i benefici e la sicurezza dell'assistenza sanitaria per mezzo di partenariati fra i pazienti, le loro famiglie e il personale sanitario. L'evidenza suggerisce che quando il paziente è coinvolto in prima persona nelle cure, e se l'approccio centrato sulla persona rimane costante per l'intera durata della cura, i risultati e il rapporto costi-benefici possono portare a una maggiore efficienza, a una migliore qualità e a un più elevato grado di soddisfazione".

\*Presidente della commissione tecnica Uni "Responsabilità sociale delle organizzazioni"

# ANORESSIA E BULIMIA, PROBLEMI E SOLUZIONI

di *Domenico Alessio*

La struttura del Policlinico Umberto I ed il suo personale medico e infermieristico, hanno iniziato ad occuparsi di Disturbi del Comportamento Alimentare (Dca) dal 1991, epoca a cui risalgono l'organizzazione su ampia scala di attività assistenziali dedicate e le prime ricerche pubblicate sull'argomento.

In seguito ad un crescente impegno con le patologie alimentari, soprattutto Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, nell'anno 2000 la Direzione del Policlinico Umberto I ha formalizzato con delibera lo svolgimento dell'attività assistenziale nel settore attraverso il riconoscimento di uno specifico Modulo per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione.

Da allora la popolazione che fa riferimento al Centro è andata in crescente aumento con forte rappresentatività di pazienti provenienti da altre regioni d'Italia, circa il 30% per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare diretto dal professor Camillo Loredano e svolge un'attività articolata in tre differenti modalità di assistenza: Ricovero, Day Hospital e Ambulatorio. Il triplice modello di assistenza consente un percorso assistenziale completo relativamente ai Disturbi del Comportamento Alimentare, dalle forme iniziali fino a quelle di gravità estrema.

Questa completa articolazione assistenziale rende il Centro l'unica struttura a ciclo completo, oltre che l'unica interamente pubblica del Centro-Sud.

Le tre differenti modalità di assistenza con Ricovero Ordinario (otto posti letto), Day Hospital (sei posti letto) consentono anche di poter trattare le patologie alimentari in tutte le diverse fasi del loro decorso. Questa caratteristica del Centro rende possibile la scelta di un trattamento individualizzato per ogni singolo paziente sia in funzione della gravità del disturbo che delle diverse fasi di decorso, delle risorse sociali e familiari disponibili.

I Disturbi dell'Alimentazione hanno una struttura complessa, poiché si tratta di una patologia psichiatrica, con elevata frequenza (circa l'80%) di comorbidità (sempre psichiatrica) a cui si sommano una serie di aspetti psicologici e numerose conseguenze sul piano somatico.

Poiché il Centro ha la fortuna di trovarsi all'interno di un grande ospedale come il Policlinico Umberto I di Roma e di poter usufruire di numerose collaborazioni con molte altre strutture interne che possono garantire un'eccellente assistenza integrata e spesso fatta su misura per il singolo, consente di realizzare in pieno il criterio della multi-disciplinarietà dell'intervento considerato ottimale dalle più seguite Linee Guida internazionali.

**POLICLINICO  
UMBERTO I:  
NELLA CAPITALE  
UN'ECCELLENZA  
PER LA SALUTE**



Tra le collaborazioni, in ambito specialistico, frequenti sono quelle con Medicina Interna, Neurologia, Scienze della Nutrizione, Endocrinologia, Gastro-enterologia, Ematologia, Riabilitazione motoria, Organi di Senso, Odontoiatria, ecc.. Così come esistono da sempre collaborazioni regolari con la Psicologia Clinica e la Neuropsichiatria Infantile.

Nel complesso vengono seguiti ogni anno circa mille pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare. Tra questi pazienti devono essere considerati con particolare attenzione almeno 200-300 pazienti affetti soprattutto da Anoressia e Bulimia nervosa che presentano considerevole gravità che comporta spesso rischio di vita. Si deve ricordare che tali patologie costituiscono la principale causa di morte delle giovani donne tra 12 e 25 anni e che, in assenza di cure appropriate, la mortalità di queste pazienti può superare il 10%.

I contatti e i rapporti internazionali di ricerca e di collaborazione clinica sono numerosi. Il nostro Centro mantiene continui contatti con il gruppo belga diretto dal Prof. Vanderlinden che opera presso l'Università di Lovanio e l'Ospedale di Kortenberg unanimemente considerato il più importante centro europeo per i Disturbi del Comportamento Alimentare in Europa. Lavora con struttura del tutto analoga alla nostra (ma con una dotazione di letti cinque volte superiore), e con analoghe metodologie. Attualmente è in fase di conclusione una ricerca condotta congiuntamente con il nostro Centro, dedicata allo studio dell'Alexitimia (incapacità di riconoscere ed esprimere emozioni) dei pazienti affetti da Disturbi dell'Alimentazione e dei loro familiari, con un confronto dei risultati ottenuti nei rispettivi paesi di appartenenza.

Fin dall'inizio dell'attività del Centro, si è tentata la strada dell'innovazione assistenziale e di alcune esperienze pilota non utilizzate altrove, particolarmente attente a mantenere, anche nelle fasi di ricovero, i rapporti familiari e sociali del paziente anche nelle fasi più limitanti del disturbo. Ne indichiamo due che hanno ottenuto

**Queste patologie insorgono sempre prima e coinvolgono non solo le ragazze ma anche i ragazzi: si tratta di un'emergenza sociale**



Domenico Alessio

notevole apprezzamento presso i pazienti del Centro e ottimi risultati a livello clinico.

1. La Scuola in Ospedale. Almeno il 65% delle pazienti che si ricoverano presso il Centro, in Reparto o in Day Hospital, è in età scolare. Per questa ragione da oltre 6 anni stiamo conducendo un'esperienza pilota che consente alle pazienti con DCA di poter condurre i loro studi all'interno del Centro e durante il periodo di ricovero, con un gruppo di professori in grado di insegnare le materie scolastiche di ogni ordine e grado.

La collaborazione con la sezione ospedaliera della Scuola "Umberto I, coordinata dal Prof. Alessandro Bellia, con il progetto "La Scuola in Ospedale" ha consentito a molte delle pazienti in ricovero, nonostante le condizioni psico-fisiche spesso particolarmente scadute, di non perdere preziosi giorni di scuola durante il periodo di ricovero e, alla fine dell'anno scolastico, di sostenere con successo gli esami conclusivi.

Questo percorso di studi personalizzato è un altro degli strumenti contro la cronicizzazione della malattia di quanti si rivolgono al nostro Centro e di cui non soltanto non abbiamo riscontro in altri centri a livello nazionale, ma che ci viene invidiato da molti dei migliori centri a livello internazionale.

2. L'aiuto ai genitori. I Disturbi dell'Alimentazione non privano di energia e di risorse soltanto i pazienti che ne sono affetti, ma anche i loro genitori. Si tratta di persone spesso stremate dalla grande difficoltà a gestire una patologia pericolosa, capricciosa ed oppositiva nei loro confronti e che spesso si protrae negli anni. Una delle maggiori difficoltà è quella di non sapere come intervenire e come scegliere l'atteggiamento più idoneo nei confronti del figlio colpito dal disturbo. Spesso, inoltre, convivono anche con un grave rischio di vita e con tutte le conseguenze, emotive e pratiche, che questo com-

porta. Il Centro offre a questi genitori, riuniti in gruppo, perché possano comprendere che la loro sofferenza è condivisa anche da altri, un programma di consulenza e di psicoeducazione.

Si tratta di un approccio breve, pratico e funzionale in cui si traslascia l'analisi delle dinamiche familiari, che potrà invece essere trattata soprattutto in una eventuale terapia familiare, da utilizzarsi con tempi e modi appropriati e personalizzati.

La Psicoeducazione familiare, invece tende ad evitare nel modo più assoluto i processi di colpevolizzazione che spesso aleggiano spontaneamente in queste famiglie e possono talora essere anche rafforzate da operatori inesperti. Viene invece offerto aiuto e sostegno ai familiari attraverso l'illustrazione delle caratteristiche della malattia e degli atteggiamenti più utili da assumere di fronte alle sintomatologie e ai comportamenti problematici più frequenti che sono costretti ad affrontare quotidianamente con i loro figli. In altri termini, si assume un atteggiamento non giudicante e si offrono sia suggerimenti che soluzioni concrete.

Naturalmente, tali caratteristiche non esauriscono la complessità dei percorsi terapeutici della struttura. In sintesi, si possono almeno enunciare, le più comuni prestazioni erogate: terapie farmacologiche, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, riabilitazione corporea e alimentare, programmi nutrizionistici, ed un trattamento completo che è articolato in ben 30 steps di trattamento manualizzati che vengono realizzati in base al singolo caso e alle fasi della malattia.

Negli ultimi anni, si è riscontrato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA che iniziano a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile. Gli studi epidemiologici internazionali evidenziano un aumento dell'incidenza (nuovi casi) dei DCA nelle femmine di età compresa tra i 12 e 25 anni, e stimano, nei Paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza (numero dei casi) dell'Anoressia Nervosa (AN) intorno allo 0.2-0.8%, della Bulimia Nervosa (BN) al 3% e dei Disturbi del Comportamento Alimentare non altrimenti Specificati tra il 3.7 e il 6.4%.

Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età del loro esordio fino a interessare i bambini, nei quali si registra una prevalenza pari a circa l'1% di AN e BN (Lask e Bryant-Waugh, 1992) con un aggravio economico di sempre maggiore incidenza sui Servizi Sanitari Nazionali (Robergeau K. e coll, 2006). Inoltre, risulta che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100mila individui, e di 9-12 per la BN, e l'età di esordio è stabilizzata fra i 10 e i 30 anni, con una età media di 17 anni. Questi dati dimostrano che sono in continuo aumento soprattutto la BN e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED). Per di più, il rapporto maschi/femmine, finora stimato a 1/9, si



sta modificando a causa dell'aumento del numero dei maschi in età pre-adolescenziale e adolescenziale che sono colpiti dalla malattia e dalla comparsa di nuovi disturbi tipici del sesso maschile come, ad esempio, la Vigoressia o Reverse Anorexia.

In questo contesto occorre definire le caratteristiche comportamentali dell'Anoressia Nervosa:

- 1) Restrizione dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo basso peso relativamente all'età, sesso, evoluzione dello sviluppo e salute fisica;
- 2) Intensa paura di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante un peso significativamente basso;
- 3) Anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo. Con due sottotipi: Con Restrizioni durante gli ultimi tre mesi; Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione durante gli ultimi tre mesi.

La Bulimia Nervosa induce invece:

- 1) Ricorrenti di abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da: mangiare, in un periodo di tempo circoscritto una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili. Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando);
- 2) Ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo;
- 3) Abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno una volta a settimana per tre/sei mesi che suscitano sofferenza e disagio;
- 4) La valutazione di sé è inappropriatamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.

# LEUCEMIE, IN CAMPO CON AIL

## L'AZIONE DELLA ONLUS SEMPRE PIÙ IMPORTANTE

di Renato Pedullà



L'Ail – Associazione Italiana contro le Leucemie, linfomi e mieloma -Onlus è impegnata da più di 45 anni

nella lotta contro le malattie del sangue.

L'Ail nasce grazie all'intuizione del professor Franco Mandelli e grazie al contributo di illustri personalità del mondo della medicina, della scienza, dell'economia e della cultura che hanno creduto nella bontà progetto. Oggi fondamentale è l'attività svolta dalle 81 sezioni provinciali a sostegno dei Centri di Ematologia.

L'Ail promuove e sostiene la ricerca scientifica e si impegna per migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari; organizza il Servizio di assistenza domiciliare e realizza "Case di accoglienza".

Oltre cinque milioni di euro sono destinati in un anno alla ricerca scientifica, 6,4 milioni vanno a sostegno dei Centri di Ematologia e 5,8 milioni ai servizi di assistenza sanitaria.

Le Sezioni Ail, in tutta Italia, attraverso i Centri di Ematologia di riferimen-

to, sostengono da tempo progetti di ricerca scientifica, realizzano laboratori, acquistano apparecchiature e materiali di consumo, erogano borse di studio. L'Ail, inoltre, finanzia il Gimema (Gruppo italiano malattie ematologiche dell'adulto) composto da più di 150 Centri di Ematologia che opera con l'obiettivo di identificare e divulgare i migliori standard diagnostici e terapeutici.

La Fondazione Gimema gestisce le ricerche promosse dal gruppo cooperatore, su proposta degli stessi ricercatori e medici che ogni giorno si confrontano con le malattie del sangue, sostenendo la realizzazione e coordinandone lo svolgimento. Laboratori biologici che agiscono in rete, cooperando e seguendo protocolli condivisi e procedure standardizzate, consentono di effettuare diagnosi precise utilizzando le più avanzate diagnostiche molecolari. Diffusione della cultura scientifica, organizzazione di convegni, seminari e corsi di formazione sono solo alcune delle attività della Fondazione Gimema.

L'Ail organizza in 51 province il servizio di assistenza e ospedalizzazione domiciliare per evitare il ricovero

in ospedale a tutti i pazienti che possono essere curati nella propria casa con l'aiuto di familiari e amici.

Questa idea nasce dall'esigenza di rispondere alla continua domanda che i pazienti rivolgono ai medici: <Dottore, quando mi manda a casa?>. Da qui l'idea di costruire alloggi confortevoli ma soprattutto vicine ai Centri di Ematologia. Case di accoglienza pensate per ospitare i pazienti non residenti che devono affrontare lunghi periodi di cura, assistiti dai propri familiari. E che consentono di evitare periodi di ospedalizzazione prolungata realizzando nel contempo grandi economie per la sanità pubblica. Recenti studi hanno dimostrato, inoltre, una minore incidenza delle infezioni post-trapianto per i pazienti ospitati nelle Case Ail rispetto a quelli ospedalizzati. E' fondamentale sapere che il soggiorno presso le case Ail è, nella quasi totalità dei casi a titolo gratuito.

Le case si compongono di camera, servizio privato, soggiorni- pranzo, terrazzi e giardini che contribuiscono ad agevolare una vita di relazione. In alcuni casi sono presenti anche spazi-gioco organizzati per gli ospiti più piccoli. A oggi sono 36 le sezioni che



offrono questo servizio in varie regioni.

Un'attenzione particolare è riservata dall'Associazione all'assistenza domiciliare. I malati ematologici sono obbligati a periodi di cura pesanti e lunghi, che accrescono per i più un senso di disagio, malinconia e solitudine. Le cure domiciliari consentono ai pazienti di essere seguiti nella propria casa. Questo consente ai malati di essere curati all'interno del loro ambito familiare vicino ai parenti e alle persone care garantendo una qualità della vita migliore. Tale forma di assistenza viene praticata da equipe multi-professionali che assistono il paziente a casa mantenendo un costante collegamento con l'ospedale di riferimento per una serie di interventi medici, infermieristici, psicologici. I rilevanti progressi della ricerca scientifica, e le terapie sempre più efficaci e mirate, hanno determinato un grande miglioramento nella diagnosi e nella cura dei pazienti affetti da tumori del sangue, ma è necessario un sostegno continuo e su più fronti per raggiungere l'obiettivo irrinunciabile di rendere leucemie, linfomi e mieloma sempre curabili e addirittura guaribili. In questa battaglia i fondi del 5 per mille sono una risorsa fondamentale.

L'Ail è attualmente la quarta associazione per numero di preferenze nella categoria "Onlus e volontariato", confermando e accrescendo la tendenza degli scorsi anni che vede l'Associazione tra le prime scelte dei cittadini. Dagli ultimi dati disponibili, relativi alle dichiarazioni dei redditi 2014, sono infatti 213.025 le preferenze espresse a favore dell'Ail con un importo ricevuto di 6.776.525 euro. I fondi del 5xmille sono quindi una risorsa fonda-

mentale nella lotta contro le malattie del sangue: il 90% di questi fondi è destinato alle Sezioni provinciali Ail e il residuo 10% è destinato al Gimema per finanziare la ricerca scientifica. Mantenere e migliorare i risultati conseguiti finora richiede però impegno e fondi sempre crescenti, il 5xmille è l'occasione giusta per dare un aiuto concreto. Le scelte della destinazione dell'8, del 5 e del 2 per mille dell'Irpef non sono in alcun modo alternative tra loro e possono essere espresse contemporaneamente.

Donare il 5xmille ad Ail è un piccolo gesto che non costa nulla ma che può contribuire a rendere leucemie, linfomi e mieloma sempre curabili e addirittura guaribili.

L'Ail organizza, inoltre, la sua raccolta fondi anche nel periodo natalizio, con la vendita delle Stelle di Natale nelle tante piazze italiane, e nel periodo pasquale, con la distribuzione delle Uova, manifestazioni che ottengono ogni anno un grande successo comunicativo e di raccolta, realizzato grazie al contributo e al cuore dei tanti volontari Ail.



# RESPONSABILITÀ MEDICA, ARGINARE GLI ABUSI

di Cesare Placanica

Nel nostro Paese, nel campo nella responsabilità colposa del medico, è in atto una tendenza all'abuso della giurisdizione che ha provocato seri guasti all'efficace funzionamento della sanità.

Ed è stata questa la molla che ha determinato il legislatore a riformare, in parte, i criteri di responsabilità, introducendo, nel codice penale, il nuovo art. 590 sexies.

Oggi le più grandi Procure della Repubblica hanno tutte al loro interno dei pool, che si preoccupano di seguire i procedimenti incardinati di seguito ad un numero sempre più imponente di denunce per presunte responsabilità mediche.

La prassi in atto, peraltro, prevede che di fronte ad una semplice denuncia che prospetti un caso di "mala sanità" (questa la locuzione giornalistica che va per la maggiore) in via automatica, pur in assenza di un dato scientifico che consenta di dubitare della scelta tecnica del sanitario, senza quindi alcun vaglio preliminare, si iscriva il denunciato nel registro degli indagati, e si proceda contestualmente ad un accertamento tecnico. Affidato di norma ad un medico legale che dovrà valutare i criteri di scelta operati in precedenza da uno specialista che magari esercita in un campo di nicchia da decine di anni. Ora, di fronte ad una prassi di tal fatta, il numero dei

procedimenti per colpa medica, nel corso degli anni, è cresciuto in modo esponenziale. Sebbene poi il dato statistico certifichi che moltissimi – anzi: la gran parte - dei procedimenti aperti (come detto sopra, quasi per via automatica) si siano conclusi con il proscioglimento dei sanitari coinvolti. Spessissimo di seguito ad una richiesta di archiviazione dello stesso P.M. procedente. Prima ancora quindi di arrivare ad un processo.

È però non v'è dubbio che da tale prassi siano derivati tutta una serie di problematiche, tra cui in primis la cosiddetta "medicina difensiva", che porta il sanitario a prescrivere tutta una serie di costosi e dispendiosi esami di alta diagnostica, più a tutela di eventuali proprie future responsabilità, che per l'esistenza di serie cause mediche. Questa, probabilmente, la ragione che più di tutto ha indotto il legislatore ad intervenire.

Con la recente riforma, infatti, è stata introdotta una nuova figura di reato che riguarda in via esclusiva la responsabilità colposa del sanitario.

Fino ad oggi i casi di responsabilità medica ipotizzavano l'esistenza della violazione di una regola generica di comportamento (negligenza, imprudenza ed imperizia), o di una regola specifica (inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o disciplina).

**FINALMENTE  
LA GIUSTIZIA  
ANDRÀ A  
PERSEGUIRE  
SOLO LE COLPE**



La regola generale del diritto penale prevedeva poi che il grado di colpa (lieve o grave) non avesse nessuna influenza sull'addebito della responsabilità, incidendo solo sull'entità della pena da infliggere.

Già in passato tuttavia, stante le peculiarità dell'attività del sanitario, la giurisprudenza aveva fatto ricorso alla distinzione tra colpa grave e colpa lieve, al fine di escludere, nel secondo caso, la responsabilità penale.

Si richiamava una norma del codice civile secondo cui "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di elevata difficoltà, il prestatore d'opera non risponde se non in caso di dolo o colpa grave".

La ratio era quella di sollecitare il sanitario ad affrontare situazioni connotate da peculiari difficoltà, garantendogli una esenzione di responsabilità qualora avesse cagionato, per colpa lieve, quindi, per esempio, per piccole imperfezioni nell'operazione (connotate in qualche modo alle disagiati condizioni di base), un danno al paziente.

Tale impostazione aveva peraltro superato il vaglio di un giudizio costituzionale laddove si lamentava una violazione, a favore dei medici, del principio di uguaglianza dei cittadini.

La Corte delle leggi, con una pronuncia del 28.11.1973, aveva rimarcato come fosse plausibile avallare una particolare disciplina in tema di responsabilità professionale, essendo questa finalizzata a fronteggiare due esigenze contrapposte: da un lato non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiuste rappresaglie in caso di insuccesso e, dall'altro, non indulgere e non giustificare riprovevoli inerzie dello stesso professionista.

Sulla scorta di un diverso apprezzamento sociale della responsabilità medica, la Corte di Cassazione aveva però ben presto abbandonato l'impostazione della Corte Costituzionale, espungendo dai criteri di valutazione della responsabilità quello della colpa lieve.

Oggi, l'imponente numero di procedimenti scaturiti dalla prassi distorta più sopra descritta, ha costretto il legislatore a riconsiderare la questione.

Il sistema non può più tollerare che il medico, per garantirsi da una futura probabile indagine, in presenza di un semplice mal di testa, prescriva tutta una serie di esami di alta diagnostica. Non solo costosissimi per la casse dello Stato, ma anche deleteri per il funzionamento del sistema sanitario. Spesso, difatti, può capitare che l'unico apparecchio di Tac o di Risonanza Magnetica di un ospedale non sia disponibile per essere utilizzato per una strategia di medicina difensiva a totale discapito di chi ne abbia reale necessità.

L'art. 590 sexies, ha il chiaro obiettivo di porre rimedio a questa situazione.

La norma rubrica: responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della



Cesare Placanica

professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto.

A questo punto, in attesa di un riscontro dalla prassi, ci si può chiedere se la norma in via astratta sia idonea a risolvere la distorsione in atto.

Intanto, per come si evince dal testo, per tutti i casi che non sono caratterizzati da "colpa lieve", restano le pene previste dagli artt. 589 e 590 c.p.p., per i casi di lesioni colpose ed omicidio colposo.

Il primo dato importante, però, emerge dalla lettura del secondo comma: l'innovazione, tesa a limitare la responsabilità, riguarda il solo caso di colpa lieve per "imperizia". Ora, la responsabilità colposa, secondo il criterio generale dettato dal codice penale, sussiste quando il soggetto agente abbia determinato l'evento per "negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".

Ciò significa che il comportamento negligente (mancanza d'impegno o di attenzione) o imprudente (atteggiamento sventato o eccessivamente audace) del medico resta punito anche nei casi di colpa lieve.

Mentre nel caso di imperizia (da intendersi principalmente come mancanza che attiene alla capacità tecnica) nei casi caratterizzati da colpa lieve, la responsabilità del sanitario resterebbe esclusa. A patto però che costui abbia rispettato "linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali".

Di fronte a questo primo limite sorge, specularmente, il primo problema. Secondo il testo di legge le linee guida sono quelle "pubblicate dalle società scientifiche e inserite in apposito elenco".

Elenco che oggi ancora non si conosce.

Inoltre, pare evidente che per poter sanzionare una condotta rilevante sotto un profilo penale, si dovrà fare ricorso a dei dati esterni, in un caso codificati, o meglio da codificare (le linee guida), in un altro caso da individuare, volta per volta, sulla scorta di regole di esperienza (le buone pratiche clinico-assistenziali). Ed è evidente che in questo secondo caso permarrà quanto mai ampia la sindacabilità in sede giurisdizionale in ordine alla ricorrenza di tale condizione. Sarà il giudice, e prima

ancora il pubblico ministero, a dovere valutare, quali siano, nel caso di specie, le "buone pratiche clinico-assistenziali". Con connaturata ampia discrezionalità di valutazione. Come anche conseguente ad un giudizio specifico, ancorato ad ampia discrezionalità, sarà il successivo passaggio processuale. Accertare cioè se tali pratiche, per come definite nell'ambito del singolo processo, siano state seguite dal sanitario sottoposto a processo. Insomma stiamo parlando di due passaggi in cui la discrezionalità del giudizio in ordine all'esistenza dei presupposti per l'applicazione della nuova normativa, rischia seriamente di compromettere una diffusa applicazione della riforma, facendo permanere, soprattutto, uno stato di incertezza per l'operatore sanitario, che di conseguenza potrebbe essere indotto a proseguire la pratica della "medicina difensiva".

Questo timore, peraltro, risulta amplificato, dalla lettura dell'ultima parte della norma.

Dove si annida l'ultimo e forse più rilevante impedimento al raggiungimento degli scopi della riforma.

Si legge nella norma che i nuovi criteri di imputazione di una responsabilità penale troveranno applicazione "sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto".

## Il numero dei procedimenti aperti contro medici era aumentato in misura esponenziale



In buona sostanza, comunque, il giudice dovrà valutare se sia stato giusto seguire le linee guida.

Ora se si tiene presente la caparbiazza con cui la giurisprudenza di merito ed anche di legittimità, ha inteso superare ogni limite posto alla estrema discrezionalità di valutazione dell' "arte medica" in sede giurisdizionale - e parliamo di limiti già proposti in passato sia dal legislatore, che dalla stessa giurisprudenza delle Sezioni Unite della Cassazione (già nel 2001 si chiedeva la "certezza" dell'errore medico per i casi di imperizia) - si può ben comprendere la perplessità che tale ultimo passaggio della norma suscita nell'interprete.

Perché tale ultima eccezione riapre totalmente il campo alla totale discrezionalità del Giudice, che in buona sostanza resterà libero di valutare se il sanitario non abbia addirittura sbagliato a seguire le linee guida, dato che il caso concreto gli avrebbe imposto di discostarsi dalle stesse e dalla prassi per agire diversamente. Insomma, paradossalmente, la colpa consisterebbe nell'aver "rispettato" le linee guida e la prassi sanitaria.

È allora chiaro che se questa eccezione resterà tale e verrà valutata alla stregua di una clausola di riserva, da applicare appunto "eccezionalmente" in casi dotati di specifiche peculiarità, la riforma avrà avuto un senso.

Se attraverso questo "grimaldello", usato come tale da una giurisdizione che sembra sempre riottosa ad accettare ogni limitazione al proprio potere discrezionale, l'eccezione diverrà la regola a cui uniformare ogni processo di colpa medica, la riforma rimarrà una delle tante "grida" che infarciscono la nostra legislazione.

Se il precedente approccio culturale conta, non si può, purtroppo, essere troppo ottimisti.



[WWW.GC-CONOR.IT](http://WWW.GC-CONOR.IT) - [INFO@GC-CONOR.IT](mailto:INFO@GC-CONOR.IT) - 06.85305059



**WE DON'T MAKE PROMISES  
WE CANNOT KEEP**

## I NOSTRI SERVIZI



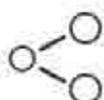
CONVENTION ED INCENTIVE



UFFICIO STAMPA



FUNDRAISING



CONGRESSI ED EVENTI



DELEGAZIONI



EVENTI MONOSPONSOR

# ECCELLENZA DI PROVINCIA

## LA CHIRURGIA VASCOLARE ALL'OSPEDALE DI TERNI

di Fiore Ferilli\*



La Chirurgia Vascolare è una branca di alta specializzazione della Chirurgia che ha come obiettivo il trattamento delle pato-

logie delle arterie e delle vene.

La Struttura è attualmente dotata di 12 posti letto di degenza ordinaria e dispone, nell'ambito del Dipartimento Cardio Toraco Vascolare, di posti letto di Terapia Intensiva Postoperatoria. Nella struttura vengono trattate le patologie aneurismatiche, ostruttive, dissecative e malformative dell'aorta toracica e addominale, con la possibilità di eseguire interventi in circolazione extracorporea. Si effettuano interventi in chirurgia aperta tradizionale e, grazie alla rapida evoluzione della tecnologia ed allo sviluppo di materiali sempre più sofisticati, diventano costantemente più frequenti le procedure di chirurgia mininvasiva ed endovascolare in collaborazione con la Struttura Semplice di Radiologia Interventistica.

Una particolare attenzione viene po-

sta alle più moderne tecniche chirurgiche di impianto di endoprotesi aortiche per il trattamento degli aneurismi dell'aorta addominale, dell'aorta toracica e dei vasi periferici.

In particolare la Struttura ha acquisito una notevole esperienza nel trattamento endovascolare delle dissecazioni di tipo B dell'aorta toracica e viene considerata uno dei Centri di riferimento nazionale.

La necessità di disporre di strumenta-

zioni all'avanguardia per queste complesse procedure terapeutiche ha indotto l'attuale Direzione Aziendale a deliberare la realizzazione di una Sala Operatoria Ibrida multidisciplinare, che la Chirurgia Vascolare utilizzerà per la gestione di patologie molto complesse riguardanti soprattutto gli aneurismi toraco-addominali e le dissecazioni aortiche, sotto guida angiografica e TAC contemporaneamente. Tali metodiche consentono di ridur-





re il ricorso ad accessi vascolari in chirurgia aperta che sono comunque gravati da significative percentuali di morbilità e mortalità. La stessa Sala può essere inoltre utilizzata da altre specialistiche quali la Cardiocirurgia, la Neurochirurgia, la Radiologia, l'Ortopedia e l'Urologia sempre nell'ottica della mininvasività.

Per quanto riguarda le malattie cerebro-vascolari si effettuano interventi, per la correzione delle stenosi carotidee e delle patologie dei vasi epiaortici, eseguiti prevalentemente in anestesia locale, sia in elezione che in urgenza. Tali pazienti vengono gestiti in collaborazione con la Neurologia ed i vari reparti medici..

L'angioplastica e l'impianto di stent carotidei, utilizzando i vari sistemi di protezione cerebrale, viene riservata

a casi selezionati, in accordo con le più recenti indicazioni. La patologia ostruttiva e dilatativa degli arti inferiori viene trattata sia mediante chirurgia tradizionale con confezionamento di by-pass in vena o con protesi sintetiche, sia mediante procedure endovascolari di angioplastica e/o di ricanalizzazione o di impianto di stent.

Nella Struttura vengono inoltre effettuati interventi di embolizzazione per patologie malformative vascolari.

Altro campo di interesse è costituito dagli accessi vascolari per dialisi. Vengono confezionate e gestite fistole artero-venose dirette o con protesi per i pazienti dializzati sotto la direzione del Dr. Ioannis Delis ed in collaborazione con la Struttura Complessa di Nefrologia. Nel 2016 sono state confezionate 55 fistole artero-venose che hanno con-



sentito un gestione più semplice dei pazienti medesimi. La Chirurgia Flebologica per le varici degli arti inferiori è regolarmente trattata in regime di Day Surgery o Ambulatoriale con oltre 100 interventi anno.

Alla Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare afferisce la Struttura Semplice di Diagnostica Vascolare Chirurgica diretta dal Dr. Raimondo Micheli.

Quest'ultima, dotata di due ambulatori per esterni ed interni, esegue circa 3.500 esami ecocolordoppler e circa 1000 visite specialistiche ogni anno per la diagnosi delle patologie vascolari ed il follow-up dei pazienti .

La struttura è un Centro di riferimento nazionale per l'uso dei mezzi di contrasto ecografici utili soprattutto per il controllo della sacca aneurismatica dei pazienti sottoposti ad impianto di endoprotesi aortiche. Tale metodica consente di ridurre al minimo l'utilizzo dell'angio TC nel follow-up di tali pazienti, riducendo i rischi connessi con l'esposizione alle radiazioni ionizzanti ed ai mezzi di contrasto iodati..

Un Ambulatorio per le medicazioni, situato presso la palazzina dei Poliambulatori, è dedicato ai pazienti dimessi dopo le varie procedure ed effettua circa 900 prestazioni anno.

Nell'anno 2016, degli oltre 600 interventi maggiori, sono stati eseguiti 44 interventi chirurgici tradizionali per aneurisma dell'aorta addominale e sono state impiantate 40 endoprotesi nell'aorta addominale e 10 nell'aorta toracica. I pazienti trattati per patologie arteriose degli

arti inferiori sono stati oltre 200, 171 dei quali sottoposti a trattamento endovascolare.

Oltre i compiti istituzionali di assistenza il Centro, attraverso l'impegno di tutti i componenti, è costantemente presente in attività congressuali in maniera attiva con presentazioni originali della propria esperienza ed in attività di carattere scientifico.

A questo proposito La S.C. di Chirurgia Vascolare fa parte di due importanti trial multicentrici Nazionali per lo studio ed il trattamento delle Dissezioni Aortiche e delle ischemie critiche degli arti inferiori.

In questi ultimi anni sono stati pertanto prodotti diversi lavori pubblicati in autorevoli riviste nazionali ed internazionali.

Con cadenza annuale, da ormai quattro anni , nell'Azienda Ospedaliera di Terni, organizzato dalla nostra Struttura, si tiene un corso di perfezionamento per medici specialisti provenienti dal territorio nazionale, sull'uso dei mezzi di contrasto ecografici per lo studio delle patologie vascolari.

*\*Direttore Struttura complessa chirurgia vascolare – Dipartimento cardio-toraco-vascolare – dell'Ospedale di Terni*



**Sempre più frequenti  
gli interventi mini-invasivi  
ed endovascolari grazie  
all'evoluzione tecnologica**

# PIAGHE E LESIONI

## LE SOLUZIONI RIGENERA™

di Giulia Silvani

Piaghe e lesioni croniche rappresentano un costo non indifferente al sistema sanitario nazionale, in particolare alle ferite è da imputarsi circa il 4% dei costi del SSN, percentuale in netto aumento considerando l'allungamento della durata della vita; il 15-20% dei costi è generato dall'acquisto delle medicazioni, il 30-55% dal personale e oltre il 50% dall'ospedalizzazione.

L'eziologia delle ulcere non-healing dipende sia da fattori sistemici che da fattori locali; l'introduzione di metodiche come la pressione negativa, la compressione e le medicazioni avanzate ha portato ad un miglioramento delle condizioni di vita del paziente ed in molti casi al successo clinico, ossia la chiusura della lesione.

Tuttavia le ulcere croniche rimangono un peso finanziario per il sistema sanitario, quindi è importante considerare l'utilizzo di nuove procedure per migliorarne il trattamento. La cura di questo tipo di lesioni deve essere multidisciplinare e comprendere diagnosi e terapia della malattia scatenante, per quanto possibile.

In molti casi, una possibile soluzione è l'innesto autologo, ossia il trasferimento di un lembo di cute rimosso chirurgicamente da una parte del corpo ad un'altra. L'area donante può essere qualunque parte del corpo, solitamente i glutei o l'interno della coscia. Il lembo viene adagiato con cura sulla zona da coprire e mantenuto

in posizione o da una medicazione imbottita, da graffe o da alcuni punti di sutura (come ausilio all'innesto possono anche essere utilizzati sostituti dermici). Le complicanze degli innesti sono strettamente legate alle condizioni generali del paziente (età, diabete, condizioni di salute, fumo) e alle condizioni locoregionali che possono ostacolare il normale processo di cicatrizzazione, con il rischio di portare a necrosi e quindi al fallimento dell'innesto classico. In alcuni pazienti (oncologici, in radioterapia o chemioterapia, pediatrici) l'innesto è sconsigliato e quindi sono da preferire altre metodiche.

Per mezzo della tecnologia Rigenera™ si ottiene una sospensione di microinnesti tissutali, immediatamente utilizzabili in campo clinico. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia clinica della tecnologia Rigenera™ nella chiusura di lesioni di diversa eziologia, in chirurgia plastica (cicatrici di diversa origine), in campo ortopedico e maxillofacciale, per la rigenerazione periodontale e preservazione dell'alveolo. Si tratta di una procedura autologa, omologa, contestuale e mininvasiva, in quanto per rigenerare 2 cm<sup>2</sup> di tessuto, è sufficiente un prelievo di 1mm<sup>2</sup>, utilizzabile sia in ambulatorio chirurgico che in sala operatoria. È una procedura standardizzata, che permette quindi una certa omogeneità dei risultati, inoltre non utilizzando sangue o derivati,

**TECNOLOGIE  
D'AVANGUARDIA  
GIÀ UTILIZZABILI  
IN CAMPO  
CLINICO**



Rigenera™ può essere utilizzata anche in pazienti sottoposti a cure oncologiche, anziani o con modifiche del profilo ematico (es. deficit piastrinico, neoplasie sistemiche e patologie infettive in fase acuta), in corso di chemioterapia, in pazienti affetti da patologia ischemica miocardica o da scompenso cardiaco. Il tessuto prelevato viene posizionato all'interno del Rigeneracons, dispositivo sterile di classe 1, disgregato (per circa 90 secondi) e selezionato meccanicamente, ottenendo una sospensione (in soluzione fisiologica) ricca di microinnesi altamente vitali. La sospensione così ottenuta può essere usata da sola tramite infiltrazione e/o in combinazione con un biomateriale idoneo (ad es. spugna di collagene) posto sul letto della ferita, coperto con medicazione semplice; i controlli vengono poi eseguiti a distanza di 7 giorni l'uno dall'altro. Nello studio multidisciplinare svolto su 20 pazienti con insufficienza venosa cronica si è valutata l'efficacia di questa tecnologia su lesioni non-healing, di diversa eziologia. La lesioni in questi pazienti erano presenti, in media, da circa 12 settimane ed erano state preventivamente trattate con metodiche tradizionali, senza ottenere una chiusura definitiva della lesione.

Il protocollo clinico applicato è semplice (v. fig 1)

- pulizia della lesione (debridment ad ultrasuoni, meccanico, ecc.)
- prelievo di 2 frammenti di 4 mm ciascuno di cute sana
- disgregazione meccanica all'interno del Rigeneracons con soluzione fisiologica
- sospensione ottenuta utilizzata in due modi: una parte iniettata ai margini della lesione e un'altra per imbibire una spugna di collagene, posizionata nel letto della ferita
- medicazione non aderente e bendaggio non compressivo
- controlli ogni 7 giorni per circa 1 mese

Durante il primo controllo si ha un aumento dell'essudato, che tende poi a diminuire nelle settimane successive; si nota inoltre, nel tempo, una riduzione delle dimensioni della lesione che procede fino a chiusura completa, che avviene mediamente dopo circa 1 mese (v fig 2). I pazienti riferiscono anche una diminuzione del



dolore e quindi un conseguente aumento della qualità della vita in termini di sonno, motilità e aumento delle attività giornaliere.

L'utilizzo dei microinnesi tissutali autologhi, ottenuti con la tecnologia Rigenera™, permette una ripartenza della rigenerazione tissutale anche in lesioni ferme da tempo, di diversa eziologia, come dimostrato in diverse pubblicazioni. Questa tecnologia è un vero e proprio sistema terapeutico che, attraverso la medicina rigenerativa, si deve integrare nel processo di guarigione delle ferite. Può essere utilizzato al posto dell'innesto classico, ove questo non sia possibile, con una riduzione di costi sia in termine di materiale che di personale, inoltre non presenta nessuna delle problematiche tipiche dell'innesto tradizionale.

**Fig 1:** a) prelievo di tessuto, b) Rigeneracons, c) sospensione ottenuta e spugna di collagene, spugna all'interno della lesione

**Fig 2:** t0 ulcera pre trattamento con Rigenera™, t7 aumento essudato, t15 riduzione delle dimensioni, t31 chiusura della lesione e ripresa della funzionalità

[www.multimed.to.it](http://www.multimed.to.it)

## Questi microinnesi tissutali permettono la ripartenza della rigenerazione anche in lesioni ferme da tempo



# CVLAB FA INNOVAZIONE NEL CARDIOVASCOLARE

La scuola italiana di cardiologia è tra le più rispettate al mondo. Eppure poca della creatività della ricerca italiana si trasforma in prodotto o impresa. Alcuni tra i principali imprenditori nel settore cardiovascolare e i più importanti investitori italiani hanno unito le forze per dare vita a un incubatore al servizio di medici e scienziati con progetti innovativi nel settore cardiovascolare, CVLab.

CVLab seleziona i progetti più innovativi del settore, in partnership con l'inventore, e li porta al livello adeguato per essere messi in contatto poi con i venture capital internazionali. Accanto a CVLab c'è un gruppo composto da Andrea Venturelli, co-fondatore di Invatec, l'azienda bresciana leader nella tecnologia dei palloni a rilascio di farmaco (DCB) ceduta nel 2010 per circa 500 milioni di euro a Medtronic; Michele Denegri, investitore in CID, leader negli stent, e in DiaSorin, leader mondiale della diagnostica in vitro; Aldo Pagani, Ceo di uno dei più importanti distributori di prodotti cardiovascolari; Giovanni Leo, cofondatore di Endosense, società che ha ideato la tecnologia di misurazione della forza di contatto nell'ablazione trans catetere, poi venduta nel 2013 a St. Jude Medical; Claudio Giuliano e Claudio Rumazza, partner di Innogest, il principale fondo di venture capital

italiano; e Jean Claude Laborde, cardiologo interventista francese che ha contribuito a lanciare innovazioni quali CoreValve, CardiaQ, 4Tech.

A monte di CVLab c'è la presa d'atto che in gran parte d'Europa le opportunità di innovazione difficilmente riescono a concretizzarsi fino a diventare solide realtà commerciali. «Negli Stati Uniti, l'ecosistema è più portato a trasformare progetti medici in prodotti e imprese», spiega Andrea Venturelli. «In Italia il medico è dedito soprattutto all'attività clinica e di ricerca e non ha tempo da dedicare alle ramificazioni imprenditoriali della sua attività. Così, se ha una buona idea finisce il più delle volte per tenerla nel cassetto. Noi siamo attrezzati per offrire uno sviluppo concreto a quei progetti rimasti nel cassetto. Ci proponiamo come partner dei medici per valutare in chiave di mercato le loro idee e i loro brevetti, e portare i progetti più promettenti allo sviluppo imprenditoriale. Anche perché a livello internazionale i capitali pronti a essere investiti su progetti ben strutturati in ambito medicale non mancano affatto, però richiedono società che siano già avviate e solide sul piano del proof of concept, regolatorio e brevettuale. CVLab aiuta i migliori ad arrivare a quel livello di maturità che attrae naturalmente i capitali».

**ITALIANO  
IL PRIMO  
INCUBATORE  
TECNOLOGICO  
D'EUROPA**





Andrea Venturelli

CVLab sta cominciando vari progetti da qualche mese, un trend da oltre un centinaio di progetti all'anno. L'obiettivo è avviare al percorso di incubazione due o tre progetti all'anno. Il percorso di sviluppo si compone di aspetti industriali, brevettuali e regolatori da maturare in un tempo massimo di 18 mesi. Il progetto tipo ricercato da CVLab possiede un alto potenziale di mercato, affronta esigenze cliniche non ancora soddisfatte, asseconda le esigenze di riduzione dei costi, aspetto oggi fondamentale in ambito sanitario, e ambisce a diventare standard di cura cardiovascolare entro 4-8 anni. CVLab considera progetti in ambito terapeutico (es. dispositivi impiantabili), diagnostico e nel digital health cardiovascolare.

CVLab prende in gestione il progetto e lo conduce insieme al proprio network di specialisti attraverso le fasi necessarie per completare la prototipazione, il piano regolatorio, il business plan, gli eventuali test sugli animali e il rafforzamento brevettuale, sopperendo in questo modo alla frequente mancanza del tempo pieno che sarebbe altrimenti necessario che gli inventori dedicassero. In pratica CVLab prende in consegna dal medico l'idea, ne prova la fattibilità e la consolida fino al punto in cui l'innovazione è pronta a dare vita a uno spin off e ad attirare l'interesse degli investitori biotech e medtech. «In questo senso non siamo un incubatore

tradizionale. Il nostro investimento è strategico, non finanziario. L'inventore riceve quote di capitale della società che verrà creata per commercializzare l'innovazione e contribuisce con advisor principale alle fasi di sviluppo. Alla gestione operativa quotidiana pensa il team di incubazione di CVLab, che riunisce professionisti con esperienza in campo medico, imprenditoriale e finanziario», racconta Venturelli. «Per avere successo, la maggior parte di questi progetti ha bisogno di un largo spettro di competenze, che difficilmente sono riscontrabili in un individuo o un piccolo gruppo», aggiunge Giovanni Leo. «La forza di un incubatore come CVLab è che può attirare tutte le specializzazioni necessarie e investirle ad hoc nei vari progetti».

Perché partire proprio dal cardiovascolare? «Le patologie cardiovascolari sono in crescita con l'aumentare dell'età media della popolazione e questo comporta maggiore attenzione anche economica verso questo settore», dice Venturelli. «Nel cardiovascolare c'è un potenziale inespresso di innovazione tecnologica che può portare soluzioni concrete in tempi ragionevolmente brevi, ripagando gli investimenti e nel contempo contribuendo a ridurre i budget sanitari destinati alle cure. Inoltre CVLab nasce in un Paese, l'Italia, che è sede di alcuni dei poli di ricerca specialistica più apprezzati al mondo. Come sostiene Jean Claude Laborde, «gli specialisti cardiovascolari italiani sono tra i più creativi nel mondo». Da oggi un progetto tecnologico o clinico di particolare impatto nel cardiovascolare ha maggiori possibilità di diventare un prodotto per la salute del cittadino e l'Italia può contare su una struttura di eccellenze proiettata sulla scena globale». Nei prossimi mesi CVLab sarà presente ai principali eventi del settore cardiovascolare per presentarsi alla comunità medica e incontrare i professionisti interessati. La sede operativa di CVLab è a Milano, a pochi passi alla stazione centrale.

Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito web [www.cvlab.it](http://www.cvlab.it).

*A cura della redazione*



# SANITÀ AMICA NASCE IL CAP

## ALLEANZA FARMACIE-FATEBENEFRAPELLI

di Nicola Carrassi

Come viene vissuta la farmacia in Italia? Come potrà e dovrà essere la farmacia di domani? Quali sono le aspettative dei cittadini e quali dovranno essere i rapporti con i servizi sanitari del territorio? Secondo un'indagine condotta da Dataanalysis su 2mila cittadini rappresentativi della popolazione italiana e 500 pazienti con patologie croniche, il 67% dei cittadini e ben il 75% tra chi ha già un problema di salute indica nella farmacia del territorio il canale più agevole e gradito per la distribuzione di medicinali e servizi per la salute di qualunque genere. In Italia, insomma, le farmacie sono vissute come uno snodo centrale per la tutela del diritto alla salute e potrebbero diventare il punto di raccordo più vicino e comodo con il Servizio sanitario nazionale.

Su questa scia nasce a Roma la rete Cap, Consorzio per l'assistenza primaria. Cap è costituito da professionisti al servizio del cittadino e in grado di rispondere con velocità ed efficienza ai bisogni di salute. La forza della rete Cap è quella di mettere a disposizione anche a domicilio medici, infermieri, fisioterapisti e operatori socio-sanitari per garantire un'assistenza primaria a 360 gradi.

Basterà recarsi in una delle 80 farmacie della Capitale aderenti al Cap per entrare in una rete integrata di servizi offerti dall'Ospedale Fatebenefratelli all'Isola Tiberina.

Una rete integrata di servizi in grado di offrire una vasta gamma di prestazioni sanitarie, di visite specialistiche e di esami diagnostici. Per accedere alle quali basterà recarsi in una delle farmacie aderenti al Cap, che costituiscono il primo "snodo" per la presa in carico del paziente: veri e propri "centri servizi" costantemente a disposizione dell'utenza.

La partnership tra l'Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina e il Cap punta dunque ad avvicinarsi al paziente abbattendo non solo le barriere logistiche legate a difficoltà di spostamento ma anche quelle temporali legate ai tempi di attesa con cui i cittadini romani devono confrontarsi quotidianamente. Per un'ecografia addominale, a esempio, la disponibilità offerta tramite farmacia sarà immediata; per una visita diabetologica l'attesa sarà inferiore ai due giorni. Anche la Tac total body, che di solito richiede mesi di attesa nelle strutture pubbliche, tramite prenotazione in farmacia sarà immediatamente disponibile. Tutto ciò a

costi sostenibili e accessibili, all'interno di un Ospedale dalla lunga tradizione al servizio del cittadino, già punto di riferimento con caratteristiche d'eccellenza per la sanità, laziale e non solo. Ecco le parole d'ordine dell'accordo siglato tra Cap e Ospedale Fatebenefratelli:

- 1) Accessibilità, con un riferimento territoriale capillare e affidabile, come quello offerto dalle farmacie;
- 2) Tempestività, con tempi di risposta rapidi senza liste di attesa;
- 3) Qualità, con la garanzia di prestazioni appropriate, sicure e a costi contenuti.

Un'azione già intrapresa con un'esperienza pilota che ora si estende in 80 punti farmaceutici

[www.consorziocap.it/index.php/le-farmacie](http://www.consorziocap.it/index.php/le-farmacie) con una molteplicità di servizi offerti [www.consorziocap.it/index.php/servizi-offerti](http://www.consorziocap.it/index.php/servizi-offerti).



Io la penso così

# Furbetti del cartellino: se fosse colpa del cartellino?

di Gaetano Lanza



“Qualcuno usciva per giocare a tennis. Qualcun altro andava a fare shopping. Un dipendente si assentava durante l’orario di servizio e si recava addirittura a fare lo chef in una struttura alberghiera. Il blitz a Napoli contro i furbetti del cartellino ha portato a 55 ordinanze di custodia cautelare, mentre gli indagati sono 94. Tutti dipendenti dell’ospedale partenopeo Loreto Mare. Tra questi molti medici e infermieri. “ Questo come tanti altri sono i comunicati stampa o titoli o sottotitoli di notizie in prima pagina in questi ultimi giorni. La notizia non fa più neanche tanto scalpore. L’ennesima notizia di mala-sanità, di un sistema che ogni tanto, forse troppo spesso, fa acqua. Abbiamo sentito anche qualche considerazione come questa: nel privato non succede, perché il controllo è più stretto, mentre nel pubblico....E allora il rimedio sarebbe fare controlli più stretti anche nel pubblico. Non è giusto che ad accorgersene sia la polizia o il magistrato che indaga. Abbiamo sentito anche questo. Deve essere il manager della struttura ad accorgersene e a prendere i provvedimenti opportuni. Bravi. Il manager. Ma quante cose deve poter fare questo manager? Ma c’è il responsabile del Dipartimento o del Reparto. Bravi. E così andiamo avanti.

Ma alla fine la mia domanda è questa. Perché giocare a guardia e ladri? Come nel film di Totò e Aldo Fabrizi. È caduta così in basso la professione di Ippocrate? E se poi fosse colpa del sistema? Del sistema del cartellino, voglio dire. Di un sistema impostato ormai da anni (da quando esistono i sindacati, guarda caso) sul lavoro ripagato a ore invece che .....a servizio prestato con responsabilità, passione, compassione, fiducia, caratteristiche queste che poi, se vogliamo tradurle in cifre (se siamo economisti), hanno indici di performance inestimabili. Qualunque manuale semplice di management mette i metodi di responsabilizzazione ai primi posti e quelli economici agli ultimi posti nella scala delle motivazioni. La sanità, purtroppo o per fortuna, non è una merce che si può vendere o comprare a ore. D’altra parte se il direttore generale non timbra il cartellino perché è responsabile di se stesso, se vogliamo che anche il dipendente sia responsabile di se stesso perché gli diamo in mano il cartellino da timbrare?

Sogno un ospedale in cui si elimina la timbratura del cartellino. Proprio come era prima. Ai tempi di Augusto Murri. Ma sono un sognatore. Mi dicono che si chiama utopia. Mi vengono in mente due frasi di Adriano Olivetti. “Il termine utopia è la maniera più comoda per liquidare quello che non si ha voglia, capacità, o coraggio di fare.” “Bisogna dare consapevolezza di fini al lavoro”.



# ORTODONZIA TRICOLORE

CON "LA CITTADELLA" LA PRIMA STORIA ITALIANA  
DI QUESTA BRANCA DELL'ODONTOIATRIA

di *Katrin Bove*

La storia dell'ortodonzia italiana racchiusa in un'opera letteraria a cura della Suso, Sindacato Unitario Specialità Ortognatodonzia, questa "La Cittadella" un unico volume prestigioso per suggellare i quarant'anni di vita del sindacato. Una ricostruzione ordinata narrativamente di storie di uomini, passioni, sacrifici e viaggi nella cultura ortodontica con professionisti di alto profilo scientifico internazionale. Il libro, a cura di Damaso Caprioglio e Pietro di Michele, con la partecipazione di Massimo Boccaletti e Raoul D'Alessio, edito da Edizioni Martina, sarà l'elemento celebrativo che testimonierà la storia dell'ortodonzia in Italia.

"Nel ricostruire la storia dovevamo rivisitare il <come eravamo>, perché senza la conoscenza dei padri, delle correnti di pensiero che li ispiravano e galvanizzavano, non saremmo mai giunti ai trattamenti ortodontici attuali, chia-

ve del nostro successo", scrive Pietro di Michele, presidente nazionale Suso, nella presentazione dell'opera, "sculpta nel cuore e nella mente".

La realizzazione del volume ha avuto inizio grazie alla straordinaria partecipazione del professor Caprioglio, che il presidente di Michele cita come suo grande maestro di specialità e attore indiscusso della storia dell'Odontoiatria italiana, del giornalista Massimo Boccaletti, che ha coordinato il lavoro editoriale, e del presidente provinciale Suso di Roma, Raoul D'Alessio, che grazie alle sue ricerche nazionali e internazionali, ha permesso di fare approdare la voce "Ortodonzia" nella nona appendice dell'Enciclopedia italiana Treccani di scienze, lettere e arti.

Con l'inserimento nella Treccani, il 2015 diventa una data storica per l'ortodonzia italiana, che vede finalmente riconosciu-

ta la propria dignità.

“La nostra ricerca - spiega D’Alessio - avviata sul finire del vecchio millennio, si è avvalsa inizialmente della collaborazione del professor Carl Misch, dell’Università di Pittsburg, negli Usa, affrontando il rapporto tra bellezza naturale, norma e presenza di agenesie dentarie, e valutandone l’influenza sull’estetica del viso e del sorriso. È ulteriormente proseguita negli anni della mia presidenza della Cron-Om, Centro ricerca ortodontico nazionale, e con la Sido, Società italiana di ortodonzia, avvalendoci del prezioso contributo della professoressa Chiarella Sforza, esperta dell’analisi morfometrica facciale tridimensionale”.

Tali studi si sono contraddistinti per il superamento delle valutazioni effettuabili sulle fotografie o sulle proiezioni radiografiche bidimensionali ottenendo, attraverso la digitalizzazione elettromagnetica computerizzata, nuvole di punti tridimensionali, per estrapolare i volumi facciali di ogni volto umano considerati attraenti. Con il professor Roberto Deli, leader internazionale negli studi sulla crescita cranio-facciale, e con il professor Luigi Galantucci, esperto in prototipazione rapida e reverse engineering, si è consolidata ulteriormente la ricerca sulla scansione tridimensionale del volto con tecnica fotogrammetrica.

Come riporta la Treccani: concettualmente la fotogrammetria tridimensionale, oltre a dare una valutazione più realistica del volto stesso, permette un esame dei valori ottenuti che, sia pure non vanno considerati come termini assoluti, consentono comunque di creare delle curve gaussiane entro le quali può essere posto ciascun individuo. Attraverso questa tecnica è possibile rilevare asimmetrie o difetti volumetrici e valutare le differenze dei tessuti molli, prima e dopo qualsiasi terapia.

La ricerca sull’attrattività facciale al femminile, mediante la fotogrammetria 3D, ha avuto un notevole impulso dal contributo del concorso di bellezza italiano, Miss Italia, che ha permesso lo studio dei volti delle finaliste. È stato fortemente condiviso, inoltre, dalla prima presidente donna della Sido, la dottoressa Carmela Savastano, che nel 2010 ne ha rinnovato il progetto lanciando lo slogan: “non solo la medicina al servizio della bellezza, ma la bellezza al servizio della medicina”.



# PIANETA

# Sanità



## Boston, Resonate stimola il cuore

Buone notizie per i portatori di dispositivi cardiaci che hanno bisogno di re-sincronizzazione cardiaca, una sfida costante per i cardiologi, se si tiene conto che, ancora oggi, i pazienti che non rispondono adeguatamente alle terapie risultano tra il 30 e il 45 per cento di tutti quelli trattati. Sono stati impiantati per la prima volta, a Milano, i nuovissimi dispositivi della famiglia RESONATE che consentono di stimolare il ventricolo sinistro da punti differenti, la cosiddetta "stimolazione multisito", con oltre 200 combinazioni possibili. La principale barriera nell'utilizzo di questa tecnologia è rappresentata dal consumo di maggiore energia del dispositivo. Un ostacolo che oggi viene superato dai dispositivi RESONATE, dotati delle batterie più longeve oggi esistenti, con una proiezione di durata fino a 13,3 anni con stimolazione multisito attiva. L'innovazione è di rimarchevole rilievo,

se si considera che la durata delle batterie è un elemento cruciale per l'efficacia dei dispositivi e rappresenta la maggiore preoccupazione per il 73 per cento dei pazienti che devono affrontare la sostituzione del dispositivo dopo pochi anni. I numeri aiutano a comprendere l'effettiva dimensione del problema e la rilevanza terapeutica dei nuovi sistemi. Lo scompenso cardiaco colpisce in Europa 14 milioni di persone destinate a salire ai circa 30 milioni nel 2020. In Italia lo scompenso cardiaco evidenzia circa 80 mila casi l'anno con un crescente livello di cronicità. I costi di gestione si aggirano intorno ai 10,4 miliardi, di cui il 74 per cento per ricoveri ospedalieri. Risulta evidente, di conseguenza, che dalla maggiore longevità dei dispositivi, destinati a durare oltre sette anni contro i precedenti quattro, deriva un risparmio concreto tra il 29 e il 34 per cento della spesa, a seconda della tipologia di paziente.

## Farmaci, Ue: costano troppo

"I prezzi dei nuovi medicinali sono aumentati nel corso degli ultimi decenni fino a diventare proibitivi per molti cittadini europei e da minacciare, nel contempo, la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali". È il comincio di una risoluzione del Parlamento europeo che chiede alla Commissione misure urgenti per migliorare la tracciabilità dei costi di ricerca

e sviluppo, delle spese di marketing, dei finanziamenti pubblici e garantire un equilibrio migliore dell'attuale tra gli interessi dell'industria farmaceutica, della sanità pubblica e dei cittadini. Il Parlamento di Bruxelles, inoltre, ha chiesto una nuova direttiva per garantire controlli efficaci e la piena trasparenza delle procedure utilizzate per stabilire il prezzo e il rimborso dei medicinali negli Stati membri.



## Malattie rare, medicine pure

"Non solo in Europa non è mai stata introdotta una regolamentazione di prezzi e rimborsi dei farmaci, ma in Italia per sovrappiù succede perfino che queste determinazioni siano diverse tra regione e regione". A manifestare il suo sconcerto è stato l'economista sanitario Francesco Moscone, ordinario alla Brunel University di Londra. "Su 93 farmaci per malattie rare approvati dall'Agenzia europea per i medicinali - ha spiegato Moscone in

un incontro con la stampa – 67 sono in commercio anche in Italia ma di questi 26 non sono rimborsabili e, di conseguenza, a totale carico dei malati. Ma è la necessità, più della convenienza economica, a dover determinare l’inserimento di un farmaco nella fascia rimborsabile”. Mentre in Italia l’accesso alla terapia sembra dipendere esclusivamente dal rapporto costi/efficacia, perfino nel Regno Unito, spesso accusato di essere retto da politiche ultra-liberiste, la situazione procede diversamente: a determinare le politiche – sottolinea Moscone – è “una cultura della valutazione economica avanzata”.



## Federfarma: distribuzione unica

Superare la diversità di modelli e scelte organizzative con cui ogni regione fa ricorso a forme di distribuzione di farmaci alternative alla convenzionata. Così da recuperare un’omogeneità a beneficio degli assistiti. Lo ha chiesto la presidente di Federfarma, Annarosa Racca, il Tavolo sui costi della distribuzione diretta, coordinato dall’Agenzia italiana del farmaco. Secondo l’organizzazione dei titolari di farmacia, vanno uniformati gli elenchi della distribuzione diretta e per conto, spostando i farmaci con brevetto scaduto o di uso consolidato dal Pht, il prontuario della distribuzione diretta (che contiene l’elenco dei farmaci ad alto costo distribuiti presso le strutture pubbliche) alla convenzionata. Allo stesso modo andrebbero spostati dalla distribuzione diretta alla distribuzione per conto quelli che non richiedono particolari cautele nella somministrazione. Secondo Federfarma “le Regioni

non provino a trincerarsi dietro i presunti risparmi della diretta, perché abbiamo fornito dati in abbondanza sulle storture del doppio canale e sugli sprechi che genera: dalle disuguaglianze nell’accesso ai farmaci al mancato gettito del ticket, dai disagi sociali ad assistiti e famiglie all’inadeguato monitoraggio di forniture ai pazienti cronici”.



## Diabete, i Lea tolgono le scarpe

La nuova disciplina dei Lea può creare gravi danni ai pazienti affetti da diabete. A denunciarlo è il presidente della Società italiana di diabetologia, Giorgio Sesti. Nel mirino, in particolare, la decisione di non includere nei Livelli essenziali di assistenza le particolari scarpe ortopediche, dal costo di 100/200 euro al paio, necessarie ai malati che soffrono di ulcere agli arti inferiori. Un’assenza che potrebbe creare gravi problemi – secondo Sesti - ai circa 150mila italiani con un problema serio di piede diabetico: “Si tratta certamente di un costo per il Servizio sanitario nazionale, ma che si tradurrebbe in un risparmio anche economico nel medio periodo. In Italia ogni anno si effettuano circa 10mila amputazioni per piede diabetico. Il costo di ogni amputazione tocca i 5mila euro annuali per costi diretti e i 10mila per costi indiretti”.



# La pagina *ROSA*

## Donna, non partorirai più con dolore

Da gennaio 2013 le donne italiane hanno diritto a partorire senza dolore e l'analgesia epidurale è stata inserita nei Lea, livelli essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni rimborsate dal Sistema sanitario nazionale.

Si tratta di una pratica medica che può definirsi sicura, pur comportando controindicazioni e rischi, molto ridotti, e che consente di controllare il dolore del travaglio e del parto, rendendo le contrazioni uterine percepibili in modo non doloroso. L'effetto dei farmaci analgesici utilizzati, sicuri per mamma e bambino, permane per tutta la durata del travaglio e può essere modulato a seconda delle esigenze.

Intorno alle sofferenze del parto, dal "donna partorirai con dolore" delle Sacre Scritture in poi, si è sviluppato un dibattito con riflessioni mediche, filosofiche ed etiche, culminato nella svolta che aveva portato a inserire l'epidurale nell'olimpico delle prestazioni gratuite dal ministro Livia Turco, nel primo governo Prodi. Questa "rivoluzione" è rimasta, però, sulla carta a causa della mancata copertura finanziaria fino al 31 dicembre 2012, quando nemmeno un quinto degli ospedali sul territorio nazionale, davvero un numero esiguo, offriva questo tipo di anestesia alle donne. Oggi l'elenco di ospedali e strutture sanitarie convenzionate in cui l'epidurale è gratuita e garantita 24 ore su 24 si è notevolmente allungato, con l'organizzazione di pool di anestesisti e ginecologi ben preparati e competenti. Esistono ancora delle resistenze al parto indolore, che esprimono un ritardo culturale tradottosi in strutture sanitarie ancora inadeguate e con carenza di operatori formati ad hoc. Per contro, dove il parto con epidurale è possibile, secondo le statistiche attuali, la percentuale delle donne che lo scelgono arriva a superare picchi del 90 per cento. Pertanto, il riconoscimento dell'analgesia epidurale come diritto del sistema sanitario nazionale, ne fa davvero una libera scelta della donna, una "semplice" scelta di civiltà.

*Carmen Trivellini*



U.N.I.T.A.L.S.I.

UNIONE NAZIONALE ITALIANA  
TRASPORTO AMMALATI A LOURDES  
E SANTUARI INTERNAZIONALI  
TRENI BIANCHI E NON SOLO...

Pronto Unitalsi  
800 062 026

16<sup>»</sup>  
GIORNATA  
NAZIONALE

con il tuo aiuto  
continueremo ad offrire a tutti  
un'occasione di felicità

18-19  
marzo  
2017



Offerta  
minima  
€ 10,00

Per sapere come avere cura della tua pianta,  
di come l'UNITALSI impiegherà i fondi raccolti  
e per conoscere le date dell'evento  
visita il sito [www.unitalsi.it](http://www.unitalsi.it)



Presidenza Nazionale Via della Pigna, 13/a - 00186 Roma  
Tel. 06.6797236 - Fax 06.6781421 - presidenza.nazionale@unitalsi.it

[f/unitalsi](https://www.facebook.com/unitalsi) [i/unitalsi](https://www.instagram.com/unitalsi) [u/unitalsi1903](https://www.youtube.com/channel/UC...)

# **TECNOLOGIE E SERVIZI BIOMEDICALI**



# **VIOLATECH**

## **BIOMEDICAL SOLUTIONS**

**VIOLATECH S.R.L.**

Via Durban, 4 • 00144 Roma

Tel. +39 065922087 • Fax: +39 0659290468

info@violatech.it • [www.violatech.it](http://www.violatech.it)