

13 feb. 13

LA PROTESTA Mille bimbi "non nati" per il rinvio dei cesarei in tutta Italia **I ginecologi incrociano le braccia** **«Serve sicurezza nelle sale parto»**

→ Braccia incrociate per i ginecologi di Torino anche se lo sciopero ne ha interessati ben pochi. Ad esempio al Sant'Anna nessuna ostetrica ha aderito allo sciopero, tra i ginecologi solo 10 medici su circa 85. I servizi minimi sono stati assicurati, le urgenze sono state garantite, alcune attività ambulatoriali sono state regolari, altre sono state rinviate. Non sono stati programmati parti con taglio cesareo ma garantiti tutti i tagli cesarei urgenti e sono state eseguiti regolarmente gli interventi di interruzione volontaria di gravidanza. Infine, gli interventi ginecologici sono stati rinviati, ma sono stati effettuati tutti gli interventi di oncologia mammaria programmati e l'attività di day hospital oncologico.

Se all'Asl To 2 hanno aderito allo sciopero 11 medici e 24 sanitari del comparto, al Maria Vittoria l'adesione è stata totale perché era in servizio unicamente il personale precettato: 9 medici precettati su 15 in organico, 6 in sciopero, 10 ostetriche precettate su 17 in organico, 7 in sciopero, intanto tutte le prestazioni in ur-



genza-emergenza sono state garantite; un solo taglio cesareo programmato è stato spostato, ecografie, test di screening e visite ambulatoriali saranno erogate in tempi brevi e cinque parti ieri sono stati trattati regolarmente. In Piemonte l'adesione allo sciopero ha raggiunto il 90%. «Per tre ragioni - spiega il professor Nicola Surico, presidente della società italiana di ginecologia ed ostetricia e docente all'Università del Piemonte Orientale - i recenti tagli, la mancata attuazione della

riforma dei punti nascita del 2010 e l'insostenibile crescita del contenzioso medico-legale. Inoltre molte strutture hanno carenza di organico di ginecologi e di ostetriche e un mancato aggiornamento delle tecnologie necessarie per erogare un'assistenza ai massimi livelli. Il nostro obiettivo è assicurare la piena e totale sicurezza alle madri». In tutta Italia, è stato comunicato, sono stati un migliaio i "bambini non nati" per il rinvio dei cesarei.

[L.c.]

quotidianosanita.it

Giovedì 13 FEBBRAIO 2013

Errori medici. Società scientifiche insorgono: "Medici siano trattati come i magistrati"

Per i medici si usi la stessa logica che si usa per i magistrati che "sbagliano". E' solo una delle proposte avanzate [in un documento della Fism sottoscritto da 163 società medico scientifiche che affronta i nodi del contenzioso medico legale. Moltissimi presunti errori colpa della struttura e non del medico.](#)

Decreto Balduzzi insufficiente, coperture assicurative impossibili, poca trasparenza sul "chi" è deputato a fare le linee guida". Non ha dubbi la Fism, che rappresenta 163 società medico scietifiche italiane, norme e ambiti della responsabilità professionale per i medici vanno rivisti e va ridata serenità al lavoro medico.

"E' arrivato il momento di dire con chiarezza alla collettività - sottolinea in un documento la Fism - quali siano i rischi cui il nostro sistema sanitario va incontro se non si opera una brusca sterzata capace di rimettere sui binari un convoglio che appare disorganizzato, con poco carburante ma, soprattutto senza guida". E ancora: "E' inutile parlare d'insostenibilità del sistema se non si affronta il problema della qualità accettabile e garantita delle prestazioni che il sistema stesso eroga e parlare di razionalizzazione delle risorse se il sistema non inizia a produrre protocolli operativi e a illustrare procedure per la cui applicazione è indispensabile definire esattamente quante e quali siano le carenze o le risorse disponibili al suo interno".

E proponendo che per i medici si usi la stessa logica che si usa per i magistrati che "sbagliano", la Fism si chiede: "Esiste una valida ragione per la quale il bene "giustizia" debba essere ritenuto più rilevante del bene "salute" oppure è indiscutibile che si debba garantire con le stesse regole anche chi ogni mattina va a lavorare in ospedale, con una struttura organizzativa spesso inadeguata che crea inefficienza, ponendo comunque la propria professionalità a disposizione di tutti e rischiando costantemente il proprio patrimonio personale?".

La Fism ritorna così sul tema delle "responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e in particolare sulle linee guida e sulle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica internazionale di cui i giudici "dovrebbero tener conto nell'accertamento della colpa lieve nell'attività del medico". Una questione affrontata dal decreto Balduzzi con un approccio che non ha convinto la Fism. "L'unico aspetto positivo che emerge è che si faccia finalmente riferimento a linee guida accreditate dalla comunità scientifica nazionale, riconoscendo implicitamente quel compito che le società medico-scientifiche svolgono, in alcuni casi, da più di 100 anni". Secondo la Federazione delle società medico-scientifiche manca però ancora un passaggio nodale, in quanto bisogna "definire il loro percorso di accreditamento per raggiungere, in breve tempo, un risultato concreto e di sicura rilevanza per la collettività e per la qualità delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini".

Altro aspetto fondamentale riguarda la definizione del concetto di linee guida che dovrebbero orientare l'attività del medico. La Fism sottolinea come le attività di diagnosi, assistenza e cura avvengano "nell'ambito di strutture ospedaliere che, molto spesso, non riescono a garantire la presenza di specifici requisiti organizzativi in termini di risorse, strumenti e protocolli operativi, senza dei quali la mera sequela di linee guida accreditate non garantisce per nulla il livello qualitativo delle

prestazioni effettuate". Una situazione cui si aggiungono i tagli dovuti alla spending review, che penalizzano pesantemente "la presenza in misura adeguata di quelle risorse e di quegli strumenti indispensabili per produrre prestazioni sanitarie qualitativamente idonee".

Alle linee guida – attacca la Fism – sono quindi attribuite prerogative che non dovrebbero loro appartenere, poiché esse "non possono avere in alcun modo dignità di norma dal momento che contengono requisiti minimi che dovrebbero consentire una determinata prestazione resa in ambito clinico-sanitario".

Il vero nervo scoperto del decreto Balduzzi sarebbe quindi la totale assenza di riferimenti ai protocolli operativi che – invece – "dovrebbero essere prodotti e applicati dalle strutture sanitarie facendo riferimento agli standard assistenziali per la produzione delle diverse prestazioni sanitarie garantite nel proprio ambito". Allo stato attuale infatti "una percentuale significativa degli episodi di cosiddetta malasanità è sicuramente riconducibile a carenze della struttura e alla mancanza di protocolli operativi e non a responsabilità specifiche e individuali dell'operatore sanitario".

Una situazione definita "inaccettabile" dalla Fism che per invertire la rotta lancia cinque proposte di intervento.

- Far emanare e aggiornare le linee guida da soggetti accreditati dal nostro sistema sanitario. E' quindi necessario definire chiaramente i requisiti per l'accreditamento delle società medico-scientifiche.
- Modificare il decreto Balduzzi per qualificare le linee guida come uno degli elementi – e non l'unico – di cui il giudice dovrà tener conto nell'accertamento della responsabilità professionale, senza però dimenticare di considerare anche i protocolli operativi emanati dalla struttura coinvolta.
- Definire in maniera chiara e inequivocabile i concetti di "colpa grave", "atto medico" e "colpa lieve", come già avviene per i magistrati.
- Inserire limiti più adeguati all'entità dei risarcimenti, in modo da porre rimedio al pericoloso trend di svuotamento che sta penalizzando molte scuole mediche di specialità, soprattutto chirurgiche.
- Introdurre una norma che preveda, nei procedimenti riguardanti l'area sanitaria, l'utilizzo obbligatorio di Consulenti Tecnici d'Ufficio provenienti da società medico-scientifiche accreditate presso le istituzioni

L'applicazione di queste proposte – assicura la Fism – permetterebbe di arginare la diffusione "della cosiddetta medicina difensiva" e riposizionerebbe l'Italia al livello delle altre nazioni europee "grazie a regole certe, a una normativa moderna e intelligente e alla possibilità di eliminare tutte quelle zone di discrezionalità interpretativa che hanno reso il nostro Paese un esempio negativo da non imitare".

→ California: scoperte proprietà antivirali

Aids, l'Hiv
«bloccato»
da una proteina

■ **LOS ANGELES** Un team di ricercatori della University of California di Los Angeles ha identificato una proteina naturale che blocca l'Hiv e altri virus mortali. Un giorno, essa potrebbe essere usata come arma contro i più mortali virus patogeni umani, come l'Ebola e il virus Nipah. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Immunity*. Nella ricerca, gli scienziati hanno descritto le proprietà antivirali della proteina CH25H (cholesterol-25-hydroxylase), un enzima che converte il colesterolo in un ossisterolo che può permeare le pareti della cellula ed evitare che il virus vi penetri. Gli scienziati hanno scoperto che l'enzima CH25H è attivato dall'interferone, che viene prodotto nel corpo. «Il CH25H produce un ossisterolo naturale e solubile, che può anche essere sintetizzato e somministrato. Questo può inibire la crescita dell'Hiv. Lo studio dovrebbe stimolare altre ricerche sulle sostanze naturali che modificano la membrana delle cellule per inibire i virus», ha spiegato Genhong Cheng, che ha condotto la ricerca.



Federalismo in corsia Ma a spese dei pazienti

www.ecostampa.it

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Prestazioni garantite in alcune parti d'Italia e in altre meno, o con costi e tempi molto differenti per i cittadini (come ha mostrato il recente rapporto della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario), evidenze scientifiche "a geografia variabile", Regioni in pareggio e altre impantanate nei piani di rientro. È in chiaroscuro il bilancio del federalismo in sanità: a oltre dieci anni dalla riforma del titolo V della Costituzione che ha trasferito le competenze della gestione del sistema dallo Stato alle Regioni, da più parti si invoca il rafforzamento della regia centrale per limitare la confusione e la variabilità dei diritti dei cittadini derivante da 21 sistemi di organizzazione sanitaria. Con l'avvertenza, ammoniscono gli esperti, di non «buttare il bambino con l'acqua sporca».

Di fronte all'esplosione del deficit sanitario, tra il 2007 e il 2010 sono stati concordati col governo i "piani di rientro" in Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia; Liguria e Sardegna l'hanno già chiuso. «Il meccanismo ha responsabilizzato le Regioni - osserva Americo Cicchetti, direttore dell'Alta Scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica - però si poteva realizzare anche senza un federalismo talmente spinto, che ha avuto l'effetto negativo di divaricare le differenze». Sul piano contabile, buoni risultati si sono avuti in Abruzzo e Sicilia (quasi in pareggio); il deficit del Lazio è passato da 1,8 miliardi a 1 miliardo: «Man mano che le Regioni riequilibrano i conti, la Conferenza Stato-Regioni libera risorse per ripianare il debito pregresso» ma dal punto di vista dell'assistenza, aggiunge Cicchetti, «l'equilibrio finanziario è ripristinato spesso a scapito dei

servizi; anche per questo occorre ridare a un livello di coordinamento nazionale da un lato la programmazione e dall'altro il monitoraggio dell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza. E fare coordinamento su tematiche che hanno un ambito di applicazione nazionale, quali i trapianti o la valutazione delle tecnologie sanitarie». L'unico sistema ancora "centralizzato", l'Agenzia italiana del farmaco, non basta a garantire che le Regioni «rendano disponibile con la stessa tempestività un farmaco approvato a livello nazionale».

Invita a guardare anche ai meccanismi virtuosi innescati dal federalismo il giurista Luca Antonini, presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, nel suo recente volume "Federalismo all'italiana", edito da Marsilio. Oltre ai noti esempi delle regioni del Nord, come il Veneto, Antonini descrive la Basilicata come «una "piccola Svizzera". Negli ultimi quindici anni è stata protagonista di un cambiamento epocale: bilanci in ordine e servizi di qualità, la Lucania potrebbe diventare una delle regioni-benchmark per i costi standard». La ricetta per l'efficienza è quindi nella programmazione, come è avvenuto in Veneto. «È questo il passaggio - scrive Antonini - che il Sud deve disporsi a effettuare. Il punto di forza del modello veneto è stato proprio l'aver ridotto il tasso di ospedalizzazione a vantaggio di un sistema territoriale capillare ed efficiente, prima chiudendo gli ospedali piccoli e poi attrezzandosi per fronteggiare le nuove sfide dell'invecchiamento della popolazione, passando da un sistema basato su patologie acute a uno focalizzato sulle malattie croniche, aumentando i servizi di assistenza territoriale».

«L'importante è introdurre contrappesi al federalismo spinto di questi anni - puntualizza Giovanni Baglio, epidemiologo e direttore del Servizio integrazione socio-

sanitaria presso l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio -, nato per contenere i costi e moralizzare la vita pubblica. Ma i costi sono cresciuti e restano le difformità nel garantire i Lea tra le diverse regioni, per quanto riguarda tariffe, liste d'attesa e reale accessibilità alle prestazioni». Differenze che diventano più evidenti nei confronti delle fasce più deboli: «Ci sono Regioni che garantiscono il medico di famiglia anche agli immigrati irregolari, o che utilizzano mediatori culturali e altre no». Se è vero che, come dicono studi Usa, «hanno maggiori capacità di resilienza le comunità che sanno essere solidali tra loro e costruire ponti, più che quelle coese solo al loro interno», del federalismo, per Baglio, «occorre recuperare il significato etimologico: "foedus" significa patto, alleanza».

«Il federalismo è uno strumento (molti Paesi Ue hanno una forte regionalizzazione), non ci sono soluzioni facili - ammette Silvio Brusaferrò, docente di Igiene all'Università di Udine e componente del Consiglio superiore di sanità - ma è essenziale che le Regioni si mettano in gioco per sviluppare le migliori pratiche. L'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) rende disponibili le informazioni: ci possono dire molto i dati relativi all'obesità, o al tasso di vaccinazioni, al consumo di farmaci, agli infortuni...» Ne esce una mappa variegata: «Qui in Friuli-Venezia Giulia la rete tra ospedale e cure primarie è molto articolata, ci sono una serie di strutture intermedie che rispondono al bisogno a seconda dell'intensità della cura. E la conoscenza del territorio è importante: non è lo stesso fare assistenza domiciliare nei paesini della Carnia o nelle isole». Nel complesso «modificare il sistema significa investire e avere chiari gli obiettivi, ma anche orientare gli incentivi (non è facile riconvertire ospedali in Rsa) e darsi tempi realistici». Perché per riformare la sanità non bastano settimane e neanche mesi...

© RIPRODUZIONE RISERVATA



la denuncia

«La stessa Tac costa un milione in Emilia-Romagna, 1,4 nel Lazio e 1,5 in Campania e una siringa trecentesimi in Toscana e cinque in Sicilia. Le regole ci sono ma il sistema sanitario le elude. E per molti anni sono stati nominati commissari gli stessi che avevano creato il deficit»



www.ecostampa.it

ALL'INTERNO

■ **Inchiesta sanità**



*Così il federalismo
in corsia
si è ritorto
contro i pazienti*

NEGROTTI E VIANA **15**



IL PRESIDENTE DELLA COPAFF

Antonini: i costi standard sono la sola alternativa ai tagli

La Commissione paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale ha lavorato molto sulla sanità: cosa resta di quel lavoro?

Un quadro di certezze, alcune poco incoraggianti, e una prospettiva chiara su cosa fare - risponde Luca Antonini, presidente della Copaff - . Sappiamo che in Italia ci sono alcuni (pochi) sistemi regionali che sono eccellenze mondiali e altri (molti) che sono buchi neri, divorano risorse e offrono servizi pessimi.

Da dove deve partire una riforma del sistema sanitario nazionale?

Bisogna portare avanti il processo di determinazione dei costi standard perché consente allo Stato, all'interno di una solidarietà rispetto ai servizi ma senza complicità riguardo agli sprechi, un coordinamento efficace di un sistema così disomogeneo".

E se non si fa?

L'alternativa ai costi standard sono i tagli lineari che rischiano di distrutturare i pochi modelli virtuosi e non combattere gli sprechi e le illegalità che avvengono nelle "Regioni canaglia". (P.V.)



«Credito d'imposta e voucher così la ricerca può ripartire»

L'intervista

Nicolais, presidente Cnr: le procedure burocratiche frenano la competitività

Antonio Vastarelli

«La tecnologia progredisce velocemente mentre la burocrazia è lenta: senza incentivi automatici per la ricerca, i progetti rischiano di diventare obsoleti».

Il presidente del Cnr, Luigi Nicolais, è d'accordo con il presidente dell'Unione industriali di Napoli, Paolo Graziano, che alle forze politiche, in vista delle elezioni, ha chiesto un credito d'imposta per ricerca e sviluppo.

Professore, la convince la proposta di Graziano?

«Ha pienamente ragione quando afferma che lo sviluppo del Paese, e del Sud, non possa che passare per una maggiore attività di ricerca. Viviamo in un'economia della conoscenza: non possiamo più competere sull'abbassamento dei costi di produzione ma dobbiamo farlo aumentando la qualità. La ricerca, sia quella di altissimo livello svolta dal Cnr e da tanti altri istituti di ricerca, sia quella sull'innovazione di processo e di prodotto portata avanti dalle imprese, quindi, è un prerequisito della produzione. Non può più essere vista come un optional, un fiore all'occhiello: non serve solo a creare cultura ma è base indispensabile per la competitività».

Cosa blocca la ricerca?



Strategie

«Serve un mix tra fondi Ue e risorse nazionali aggiuntive per sostenere il decollo del Sud»

«Il problema maggiore è che mentre la tecnologia corre velocemente, la burocrazia procede con troppa lentezza e, con il sistema dei bandi, gli investimenti programmati rischiano di diventare obsoleti. In Canada, dove ho lavorato, per un progetto di ricerca il pagamento arriva entro 60 giorni dalla rendicontazione. Finché anche

l'Italia non si attrezza a rispondere in tempo reale, è ragionevole puntare su strumenti automatici come il credito d'imposta.

Il che non significa eliminare la valutazione, che va fatta ex post, per controllare se quelle risorse sono state spese effettivamente per la ricerca. Un'altra possibilità, che ho sperimentato da assessore, e che viene utilizzata dalla Regione Lombardia, è quella dei voucher con i quali la pubblica amministrazione sostiene una parte del costo della ricerca delle imprese, se sviluppata insieme ad enti pubblici».

In un manifesto promosso dalla Svimez si sostiene che, per il rilancio del Sud, c'è bisogno di risorse nazionali aggiuntive. Per il presidente degli industriali, Graziano, invece, basta spendere bene i fondi Ue. Chi ha ragione?

«Io mi colloco a metà strada. Se parliamo della necessità di rendere più efficienti, rapide e moderne la giustizia civile e l'amministrazione pubblica, non c'è dubbio che servono investimenti nazionali aggiuntivi ma anche norme semplificative. Il Cnr, ad esempio, ha un'organizzazione basata sulla pianta organica e

non su un'autonomia gestionale legata al budget. Adeguare le norme, per consentirci di cogliere al meglio le opportunità offerte dai finanziamenti europei, spetta a noi non

all'Europa. Se parliamo, invece, di infrastrutture, ad esempio di banda larga, per realizzarle basta saper sfruttare i fondi Ue».

In tanti ritengono che il Mezzogiorno, guidato da Napoli, debba diventare una piattaforma logistica che intercetti i traffici internazionali sull'asse Americhe-Estremo Oriente. E' d'accordo?

«La Napoli del futuro sarà turistica? Orientata verso i traffici mercantili? Molto basata su ricerca e innovazione? Io penso che con sette università in Campania, 800 ricercatori del Cnr, l'Enea e altri importanti centri di ricerca, oltre a 200mila studenti, Napoli possa essere una città che produce conoscenza, alimentando uno sviluppo basato sull'hi-tech. Escludo che lo sviluppo possa basarsi su imprese ad alto impatto ambientale ma per il resto è compito delle istituzioni pubbliche fare le scelte strategiche per lo sviluppo, a cominciare dalla grandi opere, per fare in modo che questa conoscenza possa sposarsi con la logistica, il manifatturiero, la cultura o il turismo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA