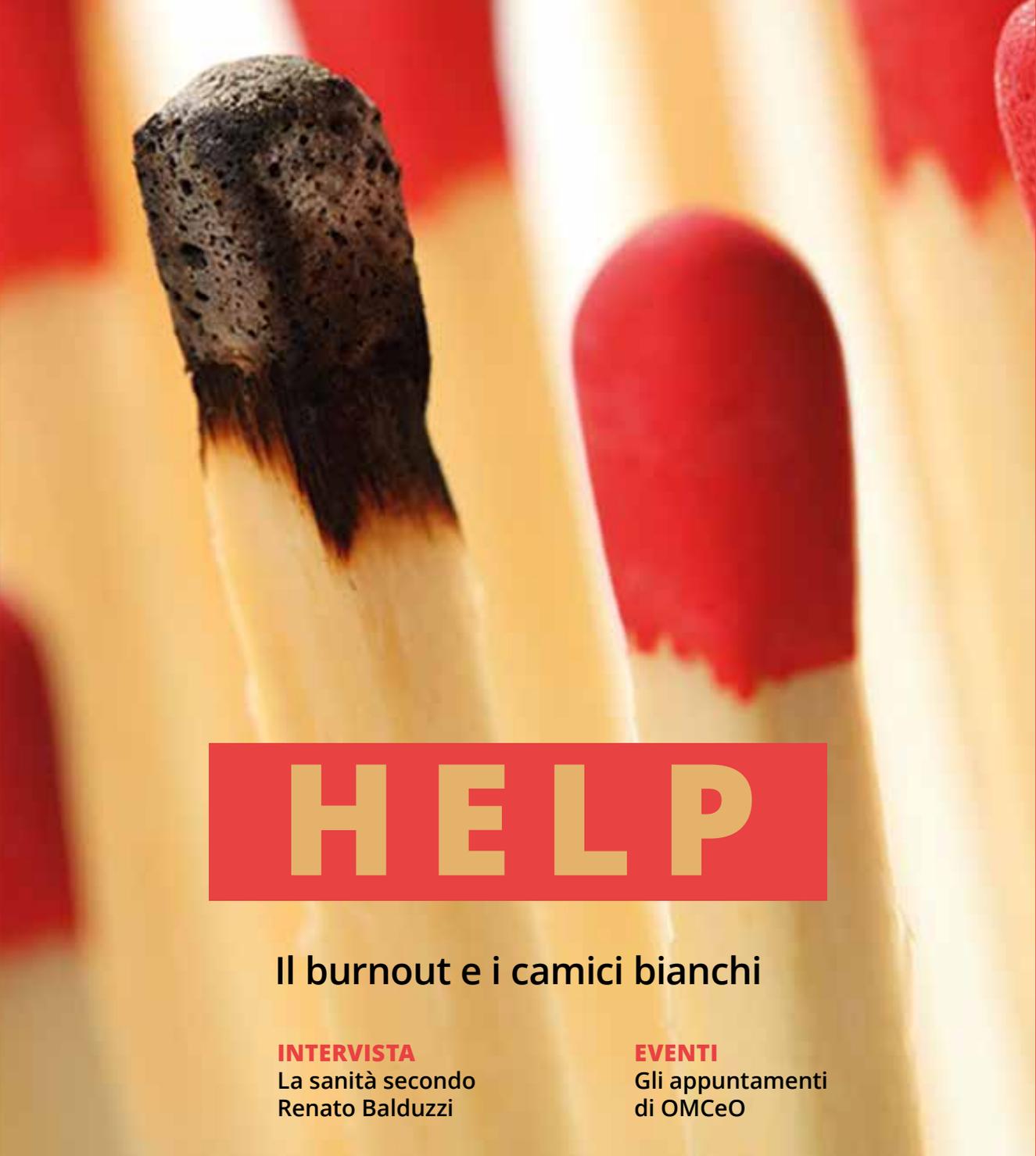


MEDICI & MEDICI



PERIODICO DI INFORMAZIONE MEDICO - SANITARIA
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

n. 2
giugno
2017



HELP

Il burnout e i camici bianchi

INTERVISTA
La sanità secondo
Renato Balduzzi

EVENTI
Gli appuntamenti
di OMCeO



Ci vogliono alla deriva

Un permanente attacco all'Ordine dei Medici (OMCeO)

Già nel 1997 Aldo Pagni (Presidente Nazionale FNOMCeO dal 1997 al 2002) parlava di riforma ordinistica e delle difficoltà che questa incontrava nel suo evolversi.

Sono passati 20 anni ed oggi ci troviamo ancora una volta nel guado perché la riforma proposta non accoglie affatto il lungo lavoro di concertazione svolto in questi anni tra le rappresentanze FNOMCeO e la Politica, delegittimandoci agli occhi degli iscritti.

La Politica, dimentica di tutto questo percorso, oggi con il Ddl 3868 – Lorenzin vuole decapitare la gran parte della leadership OMCeO e vuole mescolare l'alto valore della nostra legge istitutiva che ci ha visto e ci vede ancora organi ausiliari dello stato, con altre attività lavorative meramente tecniche che non hanno una rilevanza sociale professionale etica per un rapporto fiduciario con il cittadino/paziente.

Si gioca al ribasso, un pericoloso ribasso con una relativizzazione antidemocratica.

Basta con questa intrusione sui nostri regolamenti in maniera autarchica con l'intento di ridurre i medici a servi obbedienti al potere.

Ci si trova di fronte ad un potere anche quando non si rispettano le rappresentanze di categoria e non le si ascoltano e/o ricevono e/o genericamente le si apostrofano come lobbie e istituzioni che frenano lo sviluppo e l'inserimento al lavoro dei giovani e quindi vanno cancellate e/o abolite. L'Ordine dei Medici non impedisce nessun inserimento all'albo ed infatti grazie alla buona preparazione che i nostri giovani professionisti possono vantare, questi superano l'esame di stato nella quasi totalità dei partecipanti e potrebbero lavorare se si fosse attuata una seria programmazione delle necessità specialistiche e della Medicina Generale come circa 15 anni fa aveva indicato la FNOMCeO.

Il nostro Ordine non altera nessuna regola del mercato, ma è questo che vuole sottopagare i medici e tutti gli altri laureati sottoponendoli ad un dominio ideologico, dove solo l'economicità conta calpestando la dignità ed il duro lavoro ed i sacrifici dei giovani e delle loro famiglie.

Questi giovani purtroppo sempre più scappano dalla nostra patria per altre nazioni che invece li accolgono con tutti gli onori che si meritano e noi perdiamo la nostra INTELLIGENZA ed il nostro patrimonio culturale-professionale.

Cari Colleghi questa responsabilità è di certi governi.

Ma anche di una certa Politica periferica che non è in grado di analizzare, tradurre e trasmettere ciò che accade alla nostra comunità scientifica con le importanti ricadute sulla salute dei cittadini. Inoltre con questo atteggiamento la Politica non ci riconosce nemmeno il costante e duro lavoro che tutta la classe medica ha svolto, in questi anni di grave recessione del paese, senza chiedere nulla ma mossa solamente dal suo grande senso etico e di responsabilità.

Vi invito a mobilitarvi, ad informarvi, a discutere e proporre e a sviluppare una memoria storica di ciò che ci sta accadendo e a ricordarvene quando sarà il momento.

Questo Ordine vigilerà e saprà sviluppare ogni azione necessaria alla difesa del Medico e della salute dei cittadini.

Seguiteci.

*Fulvio Borromei
Presidente Ordine dei Medici della Provincia di Ancona*

Sommario

1

Ci vogliono alla deriva

di Fulvio Borromei

4

Nel vortice del burnout

di Fabrizio Baleani

7

“Vi racconto le paure del dottore”

di Fabrizio Baleani

8

Prevenzione contro la crisi da lavoro

di Andrea Zaccarelli

10

“La mia visione della sanità”

di Fabrizio Baleani

12

Vaccinazioni: un decreto dovuto

di Giuseppe Caramia

15

Scelta del setting assistenziale: Il percorso valutativo

di Franco F. Scagliati

24

Per fortuna che Alice c'è

di Fabrizio Baleani

25

Vaccini e responsabilità civile dei medici temi centrali delle ‘Giornate Doriche’

di Andrea Zaccarelli

26

Cure palliative: le Marche avanguardia nella terapia del dolore

di Andrea Zaccarelli

28

Il lato oscuro

di Fabrizio Baleani

Direttore responsabile
Fulvio Borromei

Vice Direttore
Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di redazione
Tiziana Petrini

Coordinatore Comitato scientifico professionale di redazione
Marco Silvestrelli

Comitato scientifico
Francesco Braccioni, Chiara Brugnamì, Anna Campanati,

Ilaria Capecci, Gerarda Lucia Cellesi, Elisabetta Esposto (Vice Coordinatrice C.S.P. di redazione)

Redazione giornalistica (Segni e Suoni)
Andrea Zaccarelli, Fabrizio Baleani, Tiziana Petrini, Martina Tombolini

Consiglio direttivo

Presidente
Fulvio Borromei

Vice Presidente
Maria Beatrice Bilò

Consigliere Segretario
Arcangela Guerrieri

Tesoriere
Quirino Massimo Ricci

Consiglieri
Vincenzo Berdini, Francesco Braccioni, Anna Campanati, Ilaria Capecci, Sergio Cascia, Marcello Mario D'Errico, Sergio Giustini, Giovanni Petrucci, Bice Privitera, Riccardo Sestili, Marco Silvestrelli, Federico Fabbri (o.d.),
Stefano Tucci (o.d.)

30

Dove il dente duole

di Federico Fabbri

33

L'Approccio Mininvasivo della Chirurgia Oncologica

di Roberto Campagnacci, Angela Maurizi

35

La mia esperienza in Germania

di Gianlorenzo Daniele

36

Camici contro l'Ebola

di Fabrizio Baleani

4



9



12



26



Revisori dei conti effettivi
**Giuliano Rocchetti, Gerarda Lucia
Cellesi, Elisabetta Esposto**

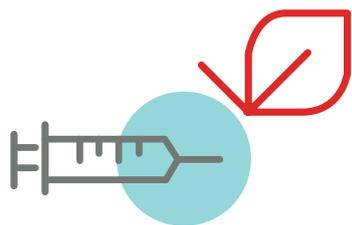
Revisore dei conti supplente
Aldo Tiberi

Commissione odontoiatrica
**Federico Fabbri, Stefano Tucci,
Maria Chiara Brugnami,
Francesco Maria Montecchiani,
Roberto Tartuferi**

Stampa
Tecnoprint New srl Ancona

Progetto grafico e impaginazione
Segni e Suoni srl
info@segniesuoni.it

Questo numero è stato chiuso
il 30 giugno 2017
Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa



Nel vortice del burnout

Cosa c'è dietro la sindrome che può trasformare la nobile arte della cura, nella prigione di chi la coltiva e la compie ogni giorno

FABRIZIO BALEANI



Il malessere è tipico delle "helping profession" ovvero i mestieri (medici, psicologi, psicoterapeuti, operatori socio-assistenziali, infermieri, insegnanti) in cui la relazione con l'altro è indispensabile

Sono stressati, stremati da orari pesanti e avvertono il logorio di ritmi professionali intollerabili spesso in grado d'erodere la passione per la scienza di Ippocrate. I camici bianchi rappresentano il segmento di lavoratori su cui incidono, con maggiore ferocia, gli effetti del burnout. Il termine inglese richiama un persistente "mal di lavoro" che incenerisce vocazioni alla cura e causa un'enorme fragilità psichica in chi ne è vittima. Questa sindrome non esclude conseguenze gravissime, con una sintomatologia che comprende ansia e depressione ed è rinvenibile, in particolare, nelle categorie i cui compiti, giocoforza, contraddistinguono una relazione d'aiuto. Oltreoceano, un'ampia sequela di studi e ricerche sta disegnando il profilo, numericamente sempre più spesso, di un fenomeno che desta ampia preoccupazione, anche perché rischia di diffondere i suoi riflessi su una vieppiù considerevole platea di malati. Una recente indagine dell'American Medical Association mostra come la stessa identità dei camici bianchi risulti minacciata. Una percentuale cospicua (44%) dei "doctors" intervistati appartenenti all'organizzazione statunitense, ritiene che la propria posizione, nell'assistenza sanitaria sia "drammaticamente" mutata. In moltissimi dichiarano di sovrintendere a una funzione e non a una missione, si percepiscono sempre più sopraffatti dagli impegni burocratici e d'ufficio, aumentando la distanza, anche sentimentale, che li separa dai pazienti, sino a manifestare, addirittura, segni di insofferenza e cinismo (37%).

Secondo la dottoressa Marina Risi della Società italiana Psico-neuro-endocrino-immunologia di Roma (SIPNEI) «C'è un'amplessima attività scientifica in tutto il mondo che ci dice che i turni massacranti, la medicina difensiva, la difficoltà negli ambienti di lavoro, la perdita di prestigio della

professione e la sfiducia progressiva nel rapporto medico-paziente sono tra le cause più importanti del malessere dei curanti. Assistiamo a notizie che vengono divulgate sulla malasanità, sugli errori, senza invece prima di tutto focalizzare su tutto quello che di buono che viene realizzato dai medici e dagli operatori sanitari in genere, peraltro in condizioni di tagli sanitari veramente esagerati». Una malcelata tendenza colpevolizzante finisce per sfibrare chi è impegnato in un'attività di assistenza e di cura senza sosta. Anche la così reclamizzata malasanità spesso discende da malesseri di tal fatta. E capita che la fatica si riverberi sul trattamento del malato. «La salute fisica e psichica dei medici si riflette sull'attività professionale ed è quindi un importante indicatore di qualità delle cure» sostiene la ricercatrice canadese Jane Wallace che sottolinea: "molti medici lavorano 50-60 ore la settimana, ma il sovraccarico non è solo di fatica: c'è quello emozionale e, sempre di più, c'è il peso della burocrazia e dei conflitti tra colleghi». «A tutto ciò si sommano fattori culturali che rendono più difficile per i dottori chiedere aiuto — dice Beniamino Palmieri, coordinatore del progetto "Medico cura te stesso". La Canadian Medical Association, conta il 18% di professionisti affetto da depressione.

In questo campione, solo 1 caso su 4 prende in considerazione l'idea di farsi aiutare e soltanto il 2% si cura. Così, nel corso della carriera, su un gruppo di due coppie di dottori almeno uno cade nel vortice dello stress da lavoro. - Spiega al Corriere della Sera Francesco Tomei, docente di





medicina del Lavoro all'Università La Sapienza di Roma: «Prima compare un esaurimento emotivo; poi subentra un distacco che può arrivare fino al cinismo; infine, si giunge alla totale sfiducia nelle proprie capacità». Ci sono forme depressive che portano al suicidio. Tra i seguaci di Galeno in Europa la percentuale di chi si toglie la vita è altissima (sei volte di più rispetto a chi fa un altro mestiere). Fra i medici italiani la frequenza "suicida" risulta due volte superiore se confrontata col dato analogo riferito al resto della popolazione (nelle donne, la cifra è addirittura raddoppiata) arrivando addirittura a quattro volte superiore tra le donne (se confrontata con il resto della popolazione femminile) Altri volti della sindrome si manifestano tramite rabbia e irritabilità; casi in cui prevalgono mal di testa, nausea, disturbi del sonno. Le conseguenze della stanchezza si fanno sentire a livello personale e nelle relazioni, aumenta moltissimo il rischio di ferirsi con un bisturi, pungersi con una siringa. Le categorie più colpite sono chirurghi, anestesisti, medici di pronto soccorso, psichiatri, ostetriche e ginecologi. Servizi "di frontiera", alle prese con le emergenze, che comportano forte stress emotivo e scariche adrenaliche continue. Appare centrale la vocazione interpersonale della professione. Il disturbo che occupa la nostra trattazione è infatti tipico nelle "helping profession" ovvero i mestieri (medici, psicologi, psicoterapeuti, operatori socio-assistenziali, infermieri, insegnanti) in cui la relazione con l'altro è indispensabile, e, oltre a richiedere competenze tecniche, si caratterizza per un forte (e talvolta decisivo) coinvolgimento. Queste figure sono caricate da una duplice fonte di stress: il loro e quello della persona supportata.

Le conseguenze della stanchezza si fanno sentire a livello personale e nelle relazioni, aumenta molto il rischio di ferirsi con un bisturi, pungersi con una siringa

Per questo: nella persona che svolge questi tipi di professioni, infatti, si mobilitano alcune dinamiche che se non sono rese consapevoli rischiano in alcuni casi di intrappolare il lavoratore. Si va dall'eccessiva speranza idealistica d'essere in grado d'aiutare tutti (in questo caso l'operatore sente di dover "donare" ogni lato di se stesso superando i propri limiti fisici e psichici a causa di uno smodato investimento emotivo); al mettersi in condizione di stabilire uno squilibrio tra le esigenze altrui e le proprie (in questo caso l'operatore finisce per accettare acriticamente valori e doveri interiorizzati del proprio sistema di appartenenza negando i bisogni più intimi e perdendo di vista i confini entro cui la relazione possa definirsi d'aiuto), sino alla sensazione di non poter realizzare le proprie aspettative e la frustrazione conseguente che genera atteggiamenti di distacco, apatia, perdita del proprio ruolo. Sono soltanto alcuni dei meccanismi infernali che possono trasformare la nobile arte della cura, nella prigione di chi la coltiva e la compie ogni giorno.

“Vi racconto le paure del dottore”

Dialogo con Giacomo Volpengo, counselor e uno dei più seguiti esperti di burnout sanitario in Italia

FABRIZIO BALEANI

Quali sono le ragioni per cui chi, al lavoro, è impegnato in una relazione di aiuto incorre più frequentemente in una situazione di burnout?

Un problema tutto sommato poco considerato dai medici è l'esposizione a situazioni dolorose, come la sofferenza e la morte. Il rischio che possiamo avere è "l'affaticamento da compassione". Quando siamo in contatto con situazioni difficili da un punto di vista emotivo, il rischio è quello del contagio, proprio come in un raffreddore. Non solo comprendiamo lo stato d'animo dei nostri interlocutori, ma assorbiamo le loro emozioni facendole diventare nostre. I ricordi degli eventi passati sono associati quasi sempre ad emozioni e lo stato emotivo dell'altro va ad incontrare una nostra esperienza nella nostra "biblioteca emotiva", facendocela rivivere pienamente se non prendiamo delle adeguate precauzioni.

Gli strumenti di cui disponiamo nella normalità dei casi sono la chiusura emotiva verso ciò che riteniamo pericoloso, la compensazione e lo spostamento.



GIACOMO VOLPENGO

La chiusura emotiva è una barriera che poniamo tra noi, i pazienti ed i parenti: per non provare il loro stato emotivo, non lasciamo spazio a questa componente diventando iper-razionali. È il caso dei professionisti che si attengono ai fatti, ai sintomi del disagio ed alle soluzioni possibili. Il problema fondamentale è che non riusciamo ad isolare selettivamente le emozioni da cui difenderci, per cui il risultato, spesso ignorato, è che ci isoliamo anche dalle emozioni positive, provando sempre meno soddisfazioni nella nostra vita.

La compensazione avviene spostando la nostra attenzione su elementi che possono dare una momentanea soddisfazione, come il cibo, l'esercizio fisico smisurato, il sesso.

Lo spostamento consiste nello spostare su un oggetto o una persona il problema. Cerchiamo dei pretesti per prendercela con qualcuno o con qualcosa. Il nostro disagio diventa aggressività e ne pagano le conseguenze chi ci sta intorno. I maggiori problemi oggi derivano però, secondo me, dallo stile delle organizzazioni sanitarie, dove l'unico elemento da considerare è il risultato e l'efficienza. I tempi serrati di intervento, la poca disponibilità di risorse umane, i turni prolungati, poco hanno a che fare con il benessere dei professionisti.

Quali sono, secondo la sua esperienza, le specifiche situazioni di stress dei medici e, in particolare, i lavoratori della sanità?

In prima istanza, il lavoro che non è più al servizio dell'uomo, ma è l'uomo che è al servizio del lavoro. Tutto questo influenza ovviamente l'ambito sanitario, dove il servizio lascia il posto al pareggio di bilancio. I medici vengono misurati sui tempi di prestazione e chi ne fa le spese è il tempo per la relazione, per l'ascolto e l'elaborazione di ciò che accade.

I continui tagli alla sanità pubblica, che portano alla mancanza di un ricambio generazionale, alla difficoltà di coprire i turni, ad avere poco tempo a disposizione. Poco tempo per svolgere bene il proprio lavoro, poco tempo anche per sé, per il troppo tempo che prende la professione.

La difficoltà di relazione e comunicazione. Particolare il fatto che la difficoltà maggiore rilevata in questo ambito, i medici ce l'hanno con l'equipe di lavoro, coi colleghi e con gli altri professionisti sanitari. Il carico di lavoro e il contatto con situazioni difficili, portano a sfogarsi con le persone che abbiamo intorno. Mancano gli strumenti concreti per la gestione delle proprie emozioni, per la negoziazione nelle relazioni e per ascoltare il punto di vista dell'altro.

L'aumento esponenziale degli aspetti burocratici. "Vorrei poter fare il mio lavoro" dicono spesso i medici, sottolineando il fatto che una parte importante del proprio tempo va nello scrivere e che parte delle energie si disperdono nel cercare di risolvere le questioni derivanti dai vincoli burocratici. Non ultimo, il bisogno di protezione dovuto all'inasprimento del numero di denunce.

Ci sono esperienze particolarmente significative che le sono capitate e che vorrebbe raccontarci?

Tante. Quando mettiamo le giuste condizioni,

ognuno dà il meglio di sé e le storie possono fluire. Nomino in particolare un'esperienza in un reparto di Cardiologia di un ospedale infantile, dove tutto il personale si era affezionato ad un bambino in attesa da otto mesi di un trapianto di cuore. Dopo non tanto tempo dal trapianto, il bambino muore. È stato un colpo per tutto il personale sanitario. Ho visto loro in edizioni diverse del corso e tutti hanno riportato la stessa storia. Ma il gruppo è stata la loro salvezza. A distanza di tempo i familiari sono tornati in ospedale per ringraziare i medici, le infermiere e gli OSS per quanto avevano fatto per il loro bambino. Alcuni professionisti vanno ancora al cimitero a salutare il loro piccolo paziente. A volte non comprendiamo, non ce ne facciamo una ragione e non ci resta che chinare il capo di fronte a qualcosa che è più grande di noi. Ma in quelle circostanze incontriamo qualcosa di sacro, perché ci diamo la possibilità di vibrare insieme sulla stessa nota, come tanti diapason. La ricetta non è nascondere ciò che ci spaventa, ci fa paura, ci stressa, ma poterlo nominare, poter dire cosa sento e di cosa ho bisogno, perché questo è il nucleo della nostra umanità. E se portiamo umanità nelle nostre professioni ci sentiamo integri, perché possiamo far convivere sotto lo stesso tetto efficienza professionale e sentimenti.

LORY SANTARELLI



Prevenzione contro la crisi da lavoro

Lory Santarelli, docente di Medicina del Lavoro all'Università Politecnica delle Marche, ci accompagna nel fenomeno del burnout indicando come si entra nella sindrome, come la si combatte e quali strumenti possono essere utili per superarla

ANDREA ZACCARELLI

Dottoressa Santarelli, come e perché si entra nella sindrome del burnout?

Perché si fa parte delle cosiddette "helping professions" ad alto carico emotivo e per questo si è particolarmente esposti agli stressors dell'ambien-

te di lavoro; perché si è celibe o nubile, oppure si ha una separazione o un divorzio alle spalle e la vita professionale è diventata il centro del proprio mondo. Il medico è a rischio perché svolge un'attività delicata che richiede una preparazione di



alto livello, grande sensibilità, continua tensione e necessità di mantenere il giusto distacco professionale per poter svolgere la propria missione d'aiuto. All'inizio quando si è giovani, forti e motivati, si ritiene di essere in grado di centrare qualsiasi obiettivo professionale, ci si sente quasi onnipotenti, immersi nel proprio entusiasmo idealistico e il paziente assume un'importanza centrale. In questa fase la posizione che si occupa nella struttura organizzativa, lo status, le mansioni da svolgere, il ruolo e i tratti di personalità, gli interessi, la storia personale, i propri atteggiamenti fanno parte di un vissuto idealizzato. Ma nel tempo qualcosa può cambiare, il medico è pur sempre un Uomo. Piano piano si insinua una sorta di virus dell'anima, invisibile e penetrante, colpa degli orari di lavoro prolungati ed estenuanti, inadeguate condizioni di lavoro da scarsa organizzazione, tensioni con i colleghi, incapacità di reggere relazioni sociali pesanti e mancanza di sostegno e solidarietà all'interno dell'equipe. Senza che ci si accorga si insinua l'insoddisfazione e la percezione della scarsa realizzazione professionale, tutto ristagna, subentrano le frustrazioni e si arriva all'esaurimento emotivo, alla spersonalizzazione e alla fase di apatia totale. A questo punto si è "fusi", "bruciati", "cortocircuitati".

Si può parlare di caratteristiche specifiche medico sanitarie nella caduta in questa patologia (se è corretto definirla tale)?

La sindrome del burnout non è riconosciuta e classificata nella nosografia psichiatrica internazionale come una patologia con specifiche medico sanitarie, ma detiene comunque caratteristiche di disturbi classificati ufficialmente in quelli di ansia e dell'umore. Si esprime clinicamente con un "disturbo dell'adattamento" caratterizzata da segnali di esaurimento emozionale, depersonalizzazione, mancanza di realizzazione del Sé ma anche, ansia, flessione del tono dell'umore e una serie di sintomi clinici e psicosomatici tra cui si annoverano insonnia, cefalea, disturbi visivi, disturbi gastrointestinali.

Quale è il livello di incidenza, in questa sindrome, dei contesti sociali, di quelli lavorativi specifici o si può più facilmente parlare di motivazioni individuali e psicologiche?

Contesti di vita e motivazioni individuali contribuiscono insieme alla comparsa della sindrome determinando una risposta più o meno positiva in termini di adattamento. La sfera psichica è complessa e delicata e le cause del burnout vanno ricercate nell'interazione fra le caratteristiche del singolo soggetto, dell'ambiente lavorativo e di quello sociale in cui è inserito. La posizione occupata dall'operatore nella struttura organizzativa, le mansioni che deve svolgere, il suo ruolo, le sue motivazioni, la sua storia lavorativa, i suoi atteggiamenti concorrono insieme all'insorgenza del burnout così come le relazioni familiari, amicali, lo stato di salute e le relazioni sociali: quanto più è elevato lo stress fuori dal lavoro, tanto più intensa è la reazione agli stimoli stressanti in ambito lavorativo.

Esistono percorsi e strumenti comuni di uscita in questo senso, oppure è inevitabile parlare di "ripresa" sulla base di percorsi esclusivamente individuali?

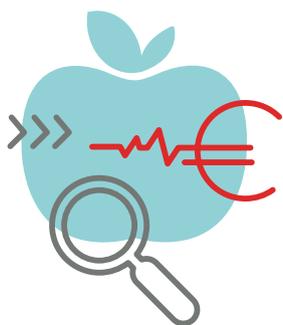
Sono medico del lavoro e la medicina del lavoro è oggi una disciplina altamente preventiva. Perciò penso che la prevenzione nei luoghi di lavoro sia il primo grande strumento per contrastare in maniera adeguata la sindrome del burnout. Poiché soprattutto le ambizioni contrapposte a risorse non adeguate e l'eccessivo carico emozionale lavorativo favoriscono le condizioni per la comparsa di burnout è necessario agevolare il lavoro di squadra e la equa distribuzione delle responsabilità ma anche corretta distribuzione dei carichi di lavoro e la turnazione in mansioni che impegnano in modo diverso la sfera emozionale. Dal punto di vista delle caratteristiche personali, certamente chi ha una vita sociale attiva e/o una vita familiare soddisfacente risulterà meno esposto alla sindrome del burnout. Quando ormai si è caduti nella sindrome, è fondamentale un continuo sostegno psicologico personale presso un eventuale sportello d'ascolto: è provato che anche solo piccoli momenti di sfogo e di confronto anche collettivo aiutano il professionista ad aprire la mente e a svolgere in maniera più distaccata, il suo delicato ruolo. È tuttavia indispensabile e fondamentale agire sui numerosi fattori oggettivi o esterni alla persona che favoriscono il burnout e che rientrano nella organizzazione del lavoro.

“La mia visione della sanità”

Conversazione con l'ex ministro Renato Balduzzi, oggi componente del CSM e padre della riforma che porta il suo nome

FABRIZIO BALEANI

RENATO BALDUZZI



A distanza di alcuni anni, come pensa che la sua legge abbia modificato la responsabilità medica e come i successivi sviluppi legislativi in materia hanno ridefinito o confermato il senso del provvedimento che porta il suo nome?

Siamo intervenuti nel 2012 per porre rimedio ad una situazione di sofferenza degli operatori sanitari e medici in particolare. La nostra azione era necessaria ed emergenziale, perché la non serenità degli operatori sanitari, medici in particolare, aveva conseguenze negative non solo e non tanto sui costi della medicina difensiva (al cui proposito venivano fatte stime che, ancorché spesso sprovviste di una base metodologica e scientifica soddisfacente, rivelavano comunque l'ampiezza del fenomeno), ma sulla tutela della salute. Certo, l'eccesso di medicina difensiva, quella "positiva" e quella "negativa", ovvero, rispettivamente, la tendenza a prescrivere troppo o a non prescrivere per paura dei ricorsi, presentava anche conseguenze finanziarie, ma il punto era il venir meno del principio-cardine dell'appropriatezza. Occorreva dunque mettere mano ad una materia assai particolare, delicata, su cui il legislatore non era mai intervenuto prima, e che si era formata tramite l'elaborazione della giurisprudenza. Per questa ragione, l'intervento doveva essere accennato, avere una funzione di stimolo, di aiuto. Inoltre, lo strumento

che potevamo utilizzare, il decreto legge, non poteva consentire revisioni e modifiche organiche di una disciplina che, per di più, coinvolgeva materie codicistiche. La finalità del nostro intervento era pertanto quello di creare, da un lato, condizioni più serene per gli operatori sanitari e, dall'altro, di aiutare la giurisprudenza ad affinare i propri strumenti, rivedere le vie percorse e trovare un giusto bilanciamento tra i diritti del paziente, in primo luogo quello alla salute, e la necessità, proprio per garantire questi diritti, che il professionista sia sereno, non soffocato da una cappa di inconoscibili e imprevedibili fattispecie di responsabilità. Il senso del nostro intervento è stato anche quello di evitare di ingessare troppo una materia dai confini ampi, da lasciare sia all'elaborazione giurisprudenziale, sia all'elaborazione della comunità scientifica. La legge 24 del 2017 segue la linea di fondo della nostra azione tramite uno strumento normativo, la legge appunto, che offre la possibilità di un intervento più ampio di quello attuato da noi in un anno assai particolare e con strumenti emergenziali. Il legislatore ha previsto molte cose e credo che, per poter valutare la legge, occorra attendere l'impatto che essa avrà sulla giurisprudenza, dove già si avvertono zone di problematicità. La mia valutazione rimane però complessivamente positiva.

Col nostro decreto abbiamo voluto offrire condizioni più serene per gli operatori sanitari trovando il giusto bilanciamento tra i diritti del paziente e la necessità che il professionista sia sereno, non costretto sotto la cappa di una sconosciuta responsabilità

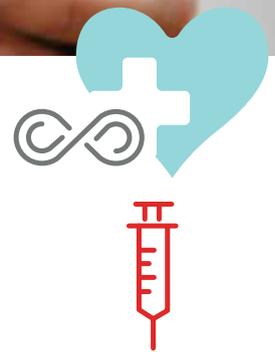
Da ex Ministro della Salute, quali crede siano, oggi, le sfide principali della sanità pubblica?

Con la riforma del 2012 abbiamo toccato parecchi punti. In particolare, abbiamo rivisto e perfezionato le norme sul medico di famiglia, che vanno applicate con la nuova convenzione, la quale purtroppo è in ritardo. Si tratta di percorsi lunghi per compiere i quali occorre un forte dialogo tra Regioni, categorie interessate e organizzazioni che rappresentano i pazienti. La nostra azione è stata inoltre volta a perfezionare la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria e a renderla più seria ed organizzata, con la possibilità di tracciare le prestazioni, in modo che un'azienda sanitaria sappia sempre che cosa fanno i propri dipendenti. Forte è stato il nostro impulso nel modificare le norme sulla nomina dei direttori generali, con l'introduzione di criteri più evidenti per la scelta dei nuovi manager, orientamento ripreso recentemente dai decreti legislativi attuativi della riforma Madia. Abbiamo poi modificato le regole sulla scelta dei direttori di struttura complessa, i cosiddetti primari. Tali regole stanno vivendo nell'ordinamento in un modo che non siamo ancora in grado di valutare. Mi arrivano infatti segnali discordanti, da un lato nel senso della moralizzazione e del miglioramento della qualità della selezione, dall'altro nel senso della persistenza di tentativi di aggiramento della nuova disciplina. Abbiamo poi perfezionato il sistema dei Lea, che quando lasciai il Ministero era prossimo alla definizione, mancava l'accordo con il Mef sulla copertura finanziaria (non si trattava di cifre grandissime, ma nel 2012 anche alcune decine di milioni rappresentavano un problema...). Per venire incontro all'esigenza di una seria razionalizzazione della spesa mettemmo a punto il regolamento sugli standard ospedalieri, pronti già dal 2013, ma senza ancora l'accordo tra Regioni e Ministero dell'Economia. Oggi, il regolamento è applicato in tutte le Regioni italiane e certamente ha concorso a tenere sotto controllo i conti senza

perdere la qualità dell'assistenza sanitaria, anzi imponendo la sua migliore distribuzione. Rispetto ai contenuti della riforma del 2012 sono preoccupato per due profili. Innanzitutto avrei voluto completare l'azione riformista con la modifica del sistema della compartecipazione alla spesa: non ne ebbi il tempo. In particolare, avevo proposto il meccanismo della franchigia quale superamento del sistema dei ticket, ritenuto inefficiente e poco equo. Il sistema della franchigia, che oggi può contare su una ancora più forte esperienza nel controllo dell'appropriatezza, consentirebbe di utilizzare meglio alcune risorse, facendo in modo che chi davvero non può contribuire non contribuisca (così riducendo il numero di persone che non si curano per ragioni economiche), e chi invece può contribuire lo faccia per il giusto. In secondo luogo avrei visto bene una maggiore attenzione al contrasto al gioco d'azzardo e alla ludopatia, oltre che la necessità di una più autorevole politica del farmaco e dell'agroalimentare. Nonostante questi profili che necessitano di maggiore attenzione, a me pare che il nostro sistema abbia mostrato una discreta capacità di tenuta complessiva. Quelli che chiedono di seguire un sistema di tipo americano, a mio avviso non meditano a sufficienza sulle caratteristiche di una sanità come la nostra, che chiede comparativamente alle finanze pubbliche meno di quella che è la media europea, ma offre comparativamente molto di più: anche nelle Regioni più problematiche e che meno riescono a fornire livelli di assistenza sanitaria di qualità, il confronto, su quegli stessi territori, con il funzionamento di altri servizi pubblici vede la sanità sempre in buona posizione. Non abbiamo bisogno di un secondo (e problematico) pilastro per il finanziamento della sanità, è sufficiente gestire bene le risorse esistenti che provengono dalla fiscalità generale e organizzare meglio ciò che gli italiani apportano come spesa privata (e qui torniamo alla discussione su ticket e franchigia).

Tra i temi sanitari sta riemergendo prepotentemente la questione delle coperture vaccinali. Cosa pensa sull'argomento?

Trovo la linea attuale condivisibile. Una politica vaccinale più forte, più autorevole e attenta non può che fare bene al popolo italiano, ai singoli e alla collettività. Come tutte le politiche va spiegata bene e attuata con intelligenza, il che vuol dire con gradualità e serietà, soprattutto con la capacità di persuadere gli italiani e penso ci siano tutte le condizioni per poterlo fare.



Vaccinazioni: un decreto dovuto

Il professor Caramia interviene sul dibattito spiegando l'impellenza del provvedimento governativo, necessario di fronte all'aumento di patologie dovute alle mancate operazioni di profilassi. Il ruolo dei Pediatri, delle istituzioni e la confutazione empirica delle posizioni dei no vax

GIUSEPPE CARAMIA

Resti di bombe carta, contenenti chiodi, e manifesti che inneggiano contro il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per il Decreto sulle Vaccinazioni, sono stati ritrovati qualche settimana fa a Bergamo e dintorni. Infinite accuse ingiuriose, infamanti, inqualificabili contro il Ministro da tutta Italia non si contano più, e ultima, in ordine di tempo, la notizia che 130 famiglie, dell'Alto Adige, hanno annunciato di voler chiedere "asilo" alla vicina Austria per sottrarsi all'obbligo delle vaccinazioni. L'attivista "No Vax Reinhold Holzer" avrebbe affermato: "Non avveleneremo i nostri bambini; l'asilo non lo chiede solo chi scappa da una guerra, ma anche chi si vede privato dei diritti umani. I vaccini sono una carneficina chimica ai danni dei nostri figli". C'è per caso da sperare che l'Austria non ci dichiari guerra?

Va infatti segnalato che in quindici Paesi europei: Austria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Islanda, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito l'obbligatorietà dei vaccini non esiste ma, guarda caso, proprio in tali Paesi la copertura vaccinale è simile a quella presente nei Paesi in cui vige l'obbligatorietà. Le vaccinazioni quindi vengono fatte regolarmente e, a conferma di ciò, non c'è nessuna epidemia e nessuna minaccia alla salute pubblica, come in Italia, solo alcune lievi flessioni delle coperture vaccinali che vengono fronteggiate con le raccomandazioni. In tali stati infatti vi è un diverso approccio alle vaccinazioni basato su raccomandazione, prevenzione e informazione. In Italia, nonostante esista un'assistenza Pediatrica (presente solo in Italia), per cui ogni bambino dalla nascita a 14 anni ha il suo specialista Pedia-

Va infatti segnalato che in quindici Paesi europei l'obbligatorietà dei vaccini non esiste ma, guarda caso, proprio in tali Paesi la copertura vaccinale è simile a quella presente nei Paesi in cui vige l'obbligatorietà. Le vaccinazioni quindi vengono fatte regolarmente e, a conferma di ciò, non c'è nessuna epidemia e nessuna minaccia alla salute pubblica



GIUSEPPE CARAMIA

tra, che informa e fa regolarmente i bilanci di salute, i casi di morbillo, dal 1 gennaio 2017 al 18 luglio 2017 sono stati 3672 casi segnalati in quasi tutte le Regioni. L'89% dei casi era non vaccinato e il 6% ha ricevuto solo una dose di vaccino; si sono verificati 3 decessi; il 35% ha avuto almeno una complicanza, il 41% dei malati sono stati ricoverati e 22% hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso. Da quanto ora riportato, mi chiedo e chiedo a chi avrà la bontà di leggere queste poche righe: quanti soldi sono stati buttati al vento per i 1200 ricoveri e le medicine (bastano 6-7 milioni di Euro?), per l'assistenza domiciliare e le medicine, per l'assenza dal lavoro di genitori e o parenti? Quanto sono costati, anche i patemi d'animo di genitori e parenti? Nella letteratura mondiale è riportato che: 1 caso morbillo su 20 va incontro a polmonite; 1 su 2000 a Encefalite; 1 su 3000 a Morte. Nella casistica italiana le polmoniti sembrano essere meno frequenti, più frequenti sono invece le encefaliti e fino ad oggi si è avuto nessun morto (migliori accertamenti radiografici ai polmoni ed elettroencefalografici??; migliore assistenza all'ammalato???). Ancora quindi chiedo: cosa avrebbero dovuto fare le autorità deputate alla salute dei cittadini italiani, Ministro della Salute, Istituto Superiore di Sanità ... di fronte ad una tale emergenza per raggiungere il più rapidamente possibile la protezione vaccinale ottimale, se non ricorrere a qualcosa di urgente? Cosa avrebbero dovuto fare se gli italiani, nonostante la disponibilità in Italia dello Specialista Pediatra non tengono in dovuto conto le informazioni, le raccomandazioni e la prevenzione che vengono regolarmente fornite ai regolari bilanci di salute e viene invece dato ascolto a pareri di persone prive di memoria storica e

di cultura scientifica?

Dovremmo forse assistere ad altre, e ben più gravi epidemie che oltre ai costi potrebbero determinare una contrazione del turismo nazionale e straniero?

In California, il più popoloso stato degli USA all'estremo occidente, per far fronte al calo della copertura, le vaccinazioni sono state rese obbligatorie ed è stata cancellata la possibilità di appellarsi a motivi religiosi per iscriversi a scuola senza certificato vaccinale. Tutto si è svolto regolarmente: nessuno ha chiesto di trasferirsi alla "vicina Cina per evitare la carneficina chimica ai danni dei loro figli". In Italia, se le autorità non avessero provveduto con un decreto, molto verosimilmente, per non dire certamente, proprio i No Vax, in cerca di pubblicità e visibilità, avrebbero provveduto ad esporre una denuncia e, gli esperti bombaroli di antica data, a mettere anche delle bombe.

Mi dispiace inoltre che qualcuno dell'Università di Ferrara, città splendida, dotta ed ospitale, antica culla di cultura, abbia da ridire sulle vaccinazioni: la cosa fa rabbrivire!!! Chi, come me, essendo io un pezzo d'antiquariato, ha avuto modo di vedere bambini morire di difterite, tetano, pertosse, poliomielite, morbillo, di infezioni da Haemophilus I, di varicella, in particolare i neonati che hanno contratto la malattia in epoca perinatale dalla madre, i figli con malformazioni di madri che hanno contratto la rosolia in gravidanza, certe diatribe sulle vaccinazioni fanno veramente rabbrivire. Ricordo le mamme che nell'ultima epidemia di poliomielite, portavano i bambini perché non muovevano più un piede o una gamba. Certe volte la paralisi interessava, in progressione, anche l'altra gamba ed era ascendente fino ai muscoli

respiratori per cui bisognava metterli nel polmone d'acciaio. Ma quanto potevano sopravvivere con l'assistenza respiratoria e la sterilità di quegli anni. Ricordo che le suore (a quel tempo le infermiere erano quasi tutte suore) facevano bollire le siringhe di vetro in bacinelle smaltate chiamate "spasette". Sul fondo mettevano una garza e sopra le siringhe lavate e gli aghi che, quando erano spuntati, venivano riutilizzati dopo aver grattato la punta su carta vetrata.

L'impegno era massimo, oltre ogni limite (non c'era l'orologio marca tempo all'ingresso e all'uscita) ma i risultati La morte però, a quei tempi, era accettata con incredibile, religiosa rassegnazione.

I No Vax, a sostegno delle loro tesi, chiamano in causa Luc Montagnier in quanto Premio Nobel. Non è detto però che un esperto virologo, quando esce dal suo campo non rischi di dire delle inesattezze, per non dire delle stupidaggini, se non ha dati inconfutabili su quanto afferma. Se Luc Montagnier sostiene l'esistenza di una connessione tra vaccini e autismo e precisamente fra la "somministrata contemporanea di vaccini ed anti-infiammatori" dovrebbe portare, visto il tema tanto delicato, delle evidenze scientifiche, cosa che non è assolutamente avvenuta dal 2008 ad oggi. Inoltre, sapeva Montagnier che il microbiota intestinale degli autistici è diverso da quello di altri bambini (i vaccini quindi non c'entrano), che sostanze presenti nella flora intestinale 'passano' la barriera e producono effetti sul sistema nervoso (es. l'oleoiletanolamide derivato dall'acido oleico dell'olio di oliva che riduce l'appetito) per cui non sarebbe più sensato chiamare in causa, come fattori epigenetici, i tanti inquinanti di alimenti, acqua ed aria?

Questa scivolata di Montagnier non sarebbe l'unica. Infatti nel 2009 ha pubblicato un articolo dal titolo "Segnali elettromagnetici prodotti da nanostrutture in acqua derivate da DNA batterico" (simil teoria Prof. J. Benveniste??). La fama dell'autore ha fatto pensare ad un importante contributo scientifico. È però subito emerso che l'articolo: è stato pubblicato su una rivista sconosciuta al mondo scientifico e non sulla rivista "Nature", come sarebbe stato ovvio per un Premio Nobel; il Direttore Editoriale della rivista era Luc Montagnier.

È così emersa evidente la scorrettezza scientifica e, soprattutto, successivamente, nessuno mai ha fermato quanto da lui sostenuto.

Infine, nota personale, nel 1995 avevo letto degli articoli di Robert Gallo e suoi collaboratori sull'HIV e si ventilava la possibilità del Premio Nobel per cui li avevo invitati a tenere delle relazioni al 15 Congresso Internazionale "Bambino Progetto Salute" tenutosi ad Ancona-Portonovo. I Relatori furono Robert Gallo, una sua collaboratrice, la Dr.ssa F.

Wong Staal, un suo amico il Dr. D. Zagury, (immunologo Francese), il Dr. G. Rezza, Responsabile del Centro AIDS ISS, il Prof. M. Vignali e N. Principi. In tale occasione abbiamo avuto la sensazione che anche lui avrebbe vinto il Nobel se avesse avuto un cognome americano o se fosse appartenuto a qualche Lobby. Dopo ben 10 anni, la cosa è stata indirettamente confermata dalle polemiche che sono seguite in America alla consegna del Premio Nobel solo a Luc Montagnier perché alla scoperta avrebbe contribuito in maniera determinante anche Robert Gallo.

Ritornando alle vaccinazioni il Ministero della Salute e l'ISS come pure il Comitato di Controllo delle Malattie (CDC) degli USA sanno benissimo quali e quanti sono i danni alla salute causati dalle 12 malattie infettive (andrebbe però aggiunto il

Quanti soldi sono stati buttati al vento per i 1200 ricoveri e le medicine (bastano 6-7 milioni di Euro?), per l'assistenza domiciliare e le medicine, per l'assenza dal lavoro di genitori e o parenti? Quanto sono costati, anche i patemi d'animo di genitori e parenti?

Pneumococco e il Papilloma Virus causa di tumori) e gli inconvenienti, di gran lunga inferiori causati dai 12 vaccini. Chi rappresenta lo stato ha il dovere di fare la scelta migliore per tutelare la salute del maggior numero dei cittadini per cui ha optato per la legge oggi tanto messa in discussione da persone assolutamente prive di una memoria storica e non competenti in materia.

Si potrebbe anche ipotizzare che quanti non vogliono aderire alle vaccinazioni, sono liberi di farlo ma, tenendo conto dell'evoluzione dell'Etica in medicina (dall'Etica Ippocratica, alla Bioetica, all'Etica Manageriale) dovranno pagare, in caso di malattia, tutte le spese per medicine e ricoveri di tutti quelli che si ammaleranno, compresi quelli che, per particolari condizioni patologiche, non possono assolutamente essere vaccinati ma sarebbero stati protetti se tutti gli altri fossero stati vaccinati: sarebbero stati protetti da quella che viene chiamata "l'immunità di gregge".

Non si deve quindi lottare contro i vaccini, sarebbe una lotta contro la scienza, la cultura, il progresso, un vero e proprio ritorno all'oscurantismo.

Scelta del setting assistenziale: Il percorso valutativo



Un punto di vista "sistemico" dalla domanda al P.U.A., dal P.U.A. all'U.V.I. dall'U.V.I. al P.A.I.

A cura di FRANCO F. SCAGLIATI, Dir. U.O.S. Cure Domiciliari – Distretto Ancona



“L'unico vero viaggio...sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi”

M. Proust – Alla ricerca del tempo perduto

La problematica della valutazione del paziente, finalizzata alla scelta/attivazione della tipologia di cure/assistenza più appropriata, può essere inquadrata considerando la questione da un punto di vista "sistemico". In tale cornice concettuale sarebbe più esatto parlare di "Sistema Valutativo" piuttosto che di "Unità Valutativa" e di "percorso/processo valutativo" piuttosto che di "valutazione" sic et simpliciter (sia pure "multidimensionale"). La valutazione complessiva di un assistito viene infatti attuata in diverse tappe, con diversi livelli di approfondimento, diversi attori e servizi coinvolti nella valutazione, con diverse finalità per ogni momento valutativo e

spesso con il coinvolgimento di diverse strutture organizzative. Questo avviene soprattutto in un contesto organizzativo complesso, nel quale il sistema valutativo deve essere necessariamente inserito, e con il quale sussistono relazioni/influenzamenti reciproci. Si tratta di un vero e proprio "sistema", organizzato in una rete (organizzazione del sistema) i cui elementi costituenti (struttura del sistema) interagiscono fra loro scambiandosi sostanzialmente "informazione" (processo del sistema) al fine di produrre un profilo dell'assistito (finalità del sistema) necessario al successivo percorso decisionale di assegnazione dello stesso ad una definita tipologia di cura/assistenza. Da questo punto di vista, la valutazione è un processo continuo e dinamico che riconosce diversi livelli di complessità che coinvolgono una rete di attori interagenti e che solo per esigenze

pratiche semplificatrici e di sintesi viene talvolta descritto, dalla normativa di settore, come effettuato in spazi e tempi ben definiti, prestabiliti, e con operatori “dedicati” (la cosiddetta U.V.I. – “Unità Valutativa Integrata”).

Quando si ha a che fare con un gran numero di soggetti da valutare, con un territorio di riferimento molto vasto, comprendente numerosi Comuni, con numerose strutture sanitarie e sociali e diversi ospedali che dimettono giornalmente un gran numero di assistiti, l’attuazione pratica del percorso valutativo, con i necessari feedback informativi, richiede un’organizzazione un po’ più complessa di quanto correntemente viene descritto.

IL PERCORSO VALUTATIVO

a) Prima valutazione. Ruolo del medico prescrittore/richiedente.

In genere (sicuramente nel Distretto Ancona) la valutazione dell’assistito non inizia con l’U.V.I. ma con il medico curante (MMG/PLS o medico ospedaliero) che (da solo), proprio in virtù di una sua specifica valutazione professionale, effettua la richiesta di servizi sanitari o socio-sanitari, domiciliari o residenziali. Vale la pena sottolineare come, nella pratica quotidiana, la richiesta fatta dal medico curante non è quindi “generica”, di valutazione dell’assistito, ma è già “orientata”, in virtù di una valutazione già effettuata, verso una specifica tipologia di assistenza residenziale o domiciliare. Si tratta di una valutazione clinica ma anche socio-ambientale in quanto il medico curante è a conoscenza sia della storia clinica del paziente, sia dei suoi problemi di salute attivi al momento della richiesta, sia delle sue problematiche (fisiche, ambientali e relazionali) connesse al suo abituale ambiente di vita. In un tale tipo di richiesta sono sempre presenti (o per lo meno dovrebbero esserlo sempre) le informazioni e le valutazioni che hanno indotto il medico richiedente ad effettuare la richiesta stessa e che sostanzialmente la giustificano. Le informazioni fornite con questa prima valutazione, costituiscono la base che consente di mettere gli altri operatori coinvolti, in condizione di poter svolgere efficacemente il proprio lavoro di “presa in carico della domanda” e/o di “presa in carico dell’assistito con i suoi bisogni”. Per facilitare questa raccolta/trasmisione di informazioni, la richiesta viene generalmente redatta attualmente su apposita modulistica predisposta che viene poi inviata ad un P.U.A. (Punto Unico di Accesso): questo può essere strutturato (con spazi, personale e risorse dedicate) oppure funzionale, identifican-

dosi in una segreteria di servizio sanitario che svolge anche la funzione di P.U.A. (ad esempio uno sportello/segreteria delle Cure Domiciliari). Questo primo step (richiesta/ricezione della domanda) sarà a breve informatizzato.

b) Seconda valutazione (o “valutazione di primo livello”). Ruolo del P.U.A. Presa in carico della domanda.

Il percorso valutativo continua con la valutazione effettuata dal P.U.A. in seguito alla ricezione della richiesta e alla conseguente presa in carico della domanda. Tale valutazione risulta utile perché:

- contribuisce (insieme ad altri fattori) al controllo/governo della domanda;
- facilita il compito valutativo successivo, quando necessario, dei professionisti dell’Unità Valutativa, raccogliendo e valutando preliminarmente una prima batteria di informazioni.

È un primo livello di approfondimento in cui si effettuano (o si dovrebbero effettuare) le seguenti valutazioni:

1. Valutazione della correttezza della richiesta.

La richiesta è corretta quando:

- È completa, cioè tutte le sezioni previste dalla modulistica sono state compilate (Completezza della richiesta)
- Non ci sono errori sostanziali evidenziabili nella documentazione (Esattezza della richiesta)
- Non ci sono incoerenze-incongruenze interne rilevabili dalla documentazione (Coerenza interna della richiesta)
- È pertinente, cioè viene richiesto ciò che effettivamente deve essere richiesto in base alle condizioni cliniche e sociali dell’assistito e può essere erogato dai servizi attualmente esistenti (Pertinenza della richiesta)

Vale la pena sottolineare l’importanza della correttezza della richiesta perché non diventi un frettoloso atto burocratico ma un documento che permetta, agli operatori coinvolti nell’iter successivo, la continuazione del percorso valutativo e lo svolgimento corretto del proprio lavoro. Se la richiesta non è corretta, la cosa va segnalata al mittente per le dovute correzioni, in assenza delle quali tutto il percorso/processo potrebbe risultare deficitario e/o potenzialmente responsabile di ulteriori errori, omissioni e incomprensioni.

2. Valutazione dell’eleggibilità dell’assistito ad uno o più servizi presenti nel territorio (valutazione requisiti di accesso)

In pratica dovrebbe essere di competenza del P.U.A. una prima verifica della sussistenza dei requisiti di accesso (o eventualmente di esclusione) ai servizi domiciliari o residenziali territoriali, attraverso il confronto dei dati riportati nella richiesta con i requisiti (target degli assistiti) previsti per il momento dalla DGR 960/2014 (per le cure intermedie), dalla DGR 1011/2013 (per le strutture residenziali in genere) e dalle DGR 791/2014 e DGR 311/2014 (per le cure domiciliari) e a cui corrispondono standard assistenziali definiti e peculiari. A titolo di esempio si riporta in FIG.3 lo schema dei principali parametri da valutare per le strutture di assistenza/cure residenziali ai sensi della normativa citata. Proprio in relazione alla corrispondenza con gli standard assistenziali sarebbe necessaria anche l'effettuazione di una valutazione di massima dell'impegno assistenziale infermieristico, medico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS) richiesto dal profilo del paziente segnalato/descritto nella richiesta ed eventualmente anche in base a documentazioni e notizie raccolte autonomamente, dagli operatori che svolgono la funzione di P.U.A., al di fuori della richiesta (minimum data set, contact assessment, colloquio con l'interessato e/o con il richiedente, ecc.) così come specificamente richiesto dalla normativa vigente in merito al P.U.A. (DGRM 111/2015).

3. Valutazione di massima, preliminare, sulla complessità del caso.

Compito del P.U.A. è anche una valutazione di massima della "complessità del caso", attività che contribuisce al processo valutativo complessivo. La DGRM 111/2015, dopo aver ribadito il ruolo del P.U.A. nell'"avvio della valutazione", recita infatti testualmente: "Viene evidenziata inoltre la necessità, nei casi identificati come complessi, dell'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata ..."; e ancora: "Nel PUA si realizza quindi la raccolta di informazioni sul caso ed una prima funzione valutativa per la distinzione tra bisogni semplici e complessi.". Tale valutazione preliminare si rende necessaria cioè per decidere sull'opportunità o meno di richiedere una valutazione di livello più approfondito all'U.V.I. (in genere sempre necessaria per l'accesso al setting assistenziale residenziale e non richiesta invece ad esempio per l'attivazione di cure domiciliari prestazionali)

Nel caso in cui il P.U.A. ritenesse opportuna una valutazione da parte dell'U.V.I., questa viene coinvolta inviandole quanto fino a quel momento emerso e valutato (richiesta, valutazione P.U.A., pareri in merito, ecc)

Questo lavoro di presa in carico della domanda può concludersi con:

- la formulazione di un parere non vincolante, favorevole o negativo, per l'eventuale setting assistenziale residenziale più adeguato (C.I., RSA, RP, ecc.) e il suo invio all'U.V.I. per il giudizio definitivo e vincolante per l'ammissione o meno in struttura e la conseguente predisposizione, in caso di esito positivo, del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.);
- l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari distrettuale per i casi, non complessi, che non necessitano di ulteriore valutazione da parte dell'U.V.I. (ad esempio per Cure Domiciliari Prestazionali);
- l'attivazione/coinvolgimento dell'U.V.I. per i casi complessi che necessitano di ulteriori valutazioni per la successiva attivazione di Cure Domiciliari Integrate o Cure Residenziali e la predisposizione di un Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.)
- primo feed-back informativo con il medico richiedente.

Tutta questa attività dovrebbe poi essere documentata e sintetizzata, ad esempio con l'apertura di un fascicolo o almeno con la compilazione di un'apposita scheda PUA, unica o (meglio) distinta a seconda che la richiesta sia per le strutture assistenziali residenziali oppure per le Cure Domiciliari. Si riporta in FIG.2, come esempio, una proposta di scheda PUA per Residenze.

c) Terza valutazione (valutazione di secondo livello). Ruolo dell'U.V.I. Presa in carico dei bisogni dell'assistito.

Tale ulteriore valutazione si rende necessaria alla presa in carico dei problemi/bisogni dell'assistito anche al fine del governo dell'appropriatezza e dell'efficacia delle risposte assistenziali proposte nonché dell'efficienza delle stesse. Viene effettuata dall'U.V.I. (Unità Valutativa Integrata) cioè "un'équipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato) e definire adeguati ed appropriati percorsi assistenziali." (DGRM 111/2015). L'U.V.I. effettua le seguenti specifiche valutazioni:

1. Valutazione Multidimensionale (V.M.D.) dell'assistito.

Questa comprende:

- Valutazione clinico-sanitaria (medica e infermieristica)
- Valutazione funzionale
- Valutazione mentale/cognitiva
- Valutazione socio-ambientale (con eventuale

coinvolgimento dei servizi sociali dei Comuni)

e inoltre:

- Valutazione delle capacità residue dell'assistito
- Valutazione di "impatto" delle disabilità sulla vita del paziente e dei suoi caregivers
- Valutazione delle relazioni ("cerniere") "caregiver-assistito" e "assistito-ambiente di vita"

Tale valutazione è multidimensionale perché esplora le varie dimensioni esistenziali dell'assistito, ma anche, per sua natura, multidisciplinare perché necessità di conoscenze appropriate in varie discipline e, conseguentemente, multiprofessionale perché necessita del coinvolgimento di diversi operatori/professionisti in base alle specifiche competenze.

Non verrà preso in considerazione in questa sede il dettaglio della V.M.D., che occuperebbe parecchio spazio e per la quale si rimanda alla letteratura specifica presente in merito. Interessante qui mettere in evidenza semplicemente il percorso della valutazione con i suoi ben definiti momenti e livelli di attuazione.

2. Valutazione dell'impiego/assorbimento di risorse di personale e di mezzi materiali e delle reali possibilità del sistema (livello assistenziale) di farvi fronte

In pratica l'UVI valuta l'effettiva complessità del caso in tutti i suoi aspetti al fine della presa in carico dei suoi bisogni.

Le attività di cui sopra possono essere realizzate attraverso:

- Contestualizzazione della domanda
- Utilizzo di scale di valutazione validate sul piano scientifico
- Utilizzo del sistema RUG III o RUGIII HC
- Eventuale riunione/confronto di tutto il gruppo di valutazione
- Eventuale visita dell'assistito
- Eventuale coinvolgimento di operatori/professionisti dei Servizi Sociali dei Comuni

Tale lavoro dovrebbe concludersi con:

- Assegnazione definitiva dell'assistito al livello più appropriato di cure. Tale assegnazione è vincolante per il conseguente setting assistenziale e pertanto equivale ad una assunzione di responsabilità dei componenti dell'UVI circa la scelta effettuata o il diniego espresso;
- Costruzione/redazione del P.A.I. (Piano di Assistenza Individuale), che verrà periodica-

mente verificato ed eventualmente modificato in relazione agli obiettivi che si propone di raggiungere

- Individuazione e responsabilizzazione di caregivers e casemanager
- Feed-back informativo con trasmissione del risultato della valutazione effettuata al medico richiedente, al P.U.A., all'assistito e all'équipe operativa di assistenza che prende in carico l'assistito.

Nel caso si renda necessario un ulteriore approfondimento valutativo, l'UVI può richiedere l'intervento di specialisti/esperti delle specifiche problematiche presentate dall'assistito.

d) Quarta valutazione (Valutazione di terzo livello). Ruolo degli specialisti/esperti.

Si tratta del livello di massimo approfondimento valutativo per specifiche tematiche/problematiche dell'assistito e/o del suo caregiving.

Può essere preliminare rispetto alla presa in carico dell'assistito in un dato setting assistenziale oppure essere condotto nel corso dell'assistenza già avviata.

È un livello di valutazione specialistico, effettuato da esperti/professionisti del settore specifico, clinico, psicologico/neuropsichiatrico o socioassistenziale.

Si concretizza in una consulenza e conseguente relazione/proposta terapeutico/assistenziale da ricondurre in sede di U.V.I. Può influenzare la revisione/modifica di un P.A.I., personalizzandolo (P.A.I. non solo individuale ma "individualizzato"), e rientra nella cornice generale del governo dell'appropriatezza e dell'efficacia delle risposte assistenziali.

Essendo un livello altamente specializzato, utilizza in genere i mezzi/metodi seguenti:

- Visite/consulenze/interventi medico-specialistici
- Utilizzo di scale di valutazione specifiche per le problematiche espresse dall'assistito (es. scale per valutazione demenza, terminalità, palliazione, malattie rare, ecc.)
- Relazioni clinico e/o sociali sullo specifico caso
- Eventuale valutazione congiunta con altri valutatori (ad es. valutazione interistituzionale)

Di questa ulteriore valutazione viene effettuato il necessario feed-back informativo all'U.V.I. e all'équipe operativa di assistenza che prende in carico l'assistito.

e) Quinta valutazione (rivalutazione periodi-

ca). Ruolo dell'équipe assistenziale.

Questa ulteriore valutazione si rende necessaria periodicamente per:

- Valutare se gli obiettivi previsti dal Piano di Assistenza sono stati raggiunti
- Rivedere (modificare o integrare) gli obiettivi quando questi non sono stati raggiunti o quando occorre aggiungerne altri
- Valutare l'andamento dell'assistenza/cura erogata
- Valutare un eventuale passaggio dell'assistito ad un altro setting assistenziale di diverso livello
- Valutare l'eventuale possibilità di dimissione/interruzione della presa in carico dell'assistito

Si tratta di una valutazione che viene effettuata nel corso della presa in carico dell'assistito in un determinato setting assistenziale/di cura (residenziale o domiciliare). Formalmente attuata dall'Unità di Valutazione, si avvale però delle informazioni/valutazioni fornite dal nucleo operativo di assistenza/cura. Per cui, in buona sostanza, è in realtà l'équipe assistenziale (della struttura residenziale o delle cure domiciliari), in corso d'opera, a fare le dovute considerazioni/valutazioni circa le condizioni in cui si trova l'assistito.

CONCLUSIONI E CRITICITÀ

“Tutte le valutazioni sono affrettate, e devono esserlo”

F. Nietzsche – Umano, troppo umano – parte prima: “Delle prime e ultime cose”

Adottare un modello organizzativo di lavoro senza considerare il contesto in cui viene adottato è, a parere dello scrivente, un errore. Ciò che può andar bene per un contesto relativamente semplice può risultare insufficiente o inadeguato in un contesto “complesso”. E questo è evidente in generale: l'organizzazione del lavoro in una qualsiasi azienda piccola o ad es. “a conduzione familiare” non può essere la stessa di in una grande azienda, ad es. una multinazionale, con numerosi dipendenti, numerose sedi e numerose articolazioni organizzative. Pertanto la funzione di valutazione degli assistiti, in un contesto complesso, deve tener conto di quanto sopra espresso. In particolare, se il numero di valutazioni da effettuare è particolarmente elevato, si impone uno dei seguenti provvedimenti organizzativi:

- creazione di diverse Unità Valutative (dimen-

sionandone il numero in relazione alla popolazione che potenzialmente ne usufruisce e conseguentemente adeguando il personale dedicato)

- suddivisione del lavoro di valutazione in diverse articolazioni organizzative, con funzioni valutative diverse, che fungono da “filtro preliminare” che prepara il lavoro successivo di una o poche Unità Valutative, sia in fase di inserimento che in fase di dimissione da un determinato regime assistenziale; si otterrebbe così una riduzione del carico di lavoro dell'Unità Valutativa Integrata;
- adozione di entrambe le soluzioni.

In ogni caso la decisione dovrebbe avvenire valutando i diversi rapporti costi/benefici/opportunità, la “complessità” del contesto e anche, in relazione a questo, le possibilità che si aprono con la realizzazione delle istituende Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.S.e S.)

Il percorso proposto in questa sede (in parte richiamato dalla FIG.1), in accordo con le diverse normative di organizzazione dei servizi socio-sanitari adottate dalla Regione Marche, consentirebbe di organizzare il “sistema valutativo” in modo da coinvolgere strutture/attori già disponibili e organizzazioni/funzioni “nuove” come i Punti Unici di Accesso (PUA) in modo da limitare i costi e nel contempo fornire un servizio efficace ed efficiente in tempi accettabili, con ritorni positivi sia per l'utenza che per gli operatori dei servizi.

Il che significa però anche evitare “scorciatoie” che prevedano accorpamenti di funzioni e strutture organizzative (es. unificazione di PUA e UVI) e/o utilizzo degli stessi operatori per svolgere tutte le azioni previste dal percorso valutativo che va dalla domanda all'erogazione del servizio, nell'illusione che si possa ottenere un buon servizio con risorse limitate.

Elenco delle figure.

FIG. 1 - *Prospetto sintetico del percorso valutativo*

FIG. 2 - *Scheda P.U.A. Per strutture residenziali*

FIG. 3 - *Prospetto requisiti di accesso alla strutture residenziali per anziani*

FIG. 1 - PROSPETTO SINTETICO DEL PERCORSO VALUTATIVO

Valutazione	Tipologia di valutazione	Obiettivi		Presenza in carico di	Chi la fa	Strumenti e metodi	Esiti
		Generali	Specifici				
I° LIVELLO (si effettua al momento della ricezione della richiesta e serve per l'ammissione ad un servizio)	1. Valutazione della completezza, esattezza, coerenza interna e pertinenza della domanda	Governo della domanda	a. correttezza della domanda	domanda	P.U.A. (Punto Unico di Accesso) (strutturato o funzionale)	a. raccolta e analisi della richiesta b. raccolta e analisi di un minimum data set c. contact assessment d. colloquio/intervista	a. parere non vincolante per il setting assistenziale residenziale
	2. Valutazione eleggibilità dell'assistito ad uno o più servizi presenti nel territorio		b. rispetto requisiti necessari per le possibili risposte assistenziali				b. eventuale attivazione servizio Cure Domiciliari o altri servizi
	3. Valutazione preliminare e di massima della complessità del caso per l'eventuale invio all' UVI (Unità Valutativa Integrata)		c. individuaz./riconoscim. della complessità del caso				c. attivazione U.V.I. (casi complessi)
							d. apertura/compilaz. fascicolo/scheda P.U.A.
II° LIVELLO (si effettua dopo la presa in carico/valutazione della domanda da parte del P.U.A.)	1. Valutazione MultiDimensionale (VMD) , multidisciplinare e multiprofessionale dei bisogni dell'assistito	Governo dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle risposte assistenziali	a. individuazione puntuale dei bisogni di cura e assistenza	Problemi/bisogni dell'assistito	U.V.I. (Unità Valutativa Integrata)	a. contestualizzazione della domanda b. V.M.D. c. uso di scale di valutazione d. utilizzo del sistema RUGIII HC	a. parere vincolante per il setting assist. e attivazione del corrisp. servizio
	2. Valutazione della effettiva complessità del caso e conseguente definitiva assegnazione dello stesso al setting assistenziale più appropriato		b. costruzione del PAI (Programma Assistenziale Individuale)				b. redazione degli esiti della V.M.D.
	3. Valutazione impiego di risorse di personale e di mezzi materiali		c. valutazione caregiving e individuazione case manager				c. redazione del P.A.I.
			d. verifica periodica raggiungimento obiettivi del P.A.I.				d. individuazione caregivers e casemanager
III° LIVELLO (è un livello di approfondimento valutativo per specifiche tematiche) (si può fare prima o durante la presa in carico dell'assistito)	1. Valutazione di specifiche problematiche dell'assistito e/o del suo caregiving	Governo dell'appropriatezza e dell'efficacia delle risposte assistenziali	a. costruzione di un progr. di cure/assist. individualizz., specialist. ad integraz. del P.A.I.	problemi/bisogni particolari e di pertinenza specialistica dell'assistito e dei suoi caregivers	operatori e professionisti esperti del settore nel cui ambito viene organizzata l'assistenza, ad integrazione dell' U.V.I.	a. visite/consulenze/interventi medico specialistici b. utilizzo di scale di valutazione specifiche per le problematiche espresse dall'assistito (es. scale per valutazione demenze, terminalità, d-all'assistito (es. scale per valutazione demenze, terminalità)	a. integrazione del P.A.I.
	2. Eventuale valutazione congiunta interistituzionale						

FIG. 2 - SCHEDA P.U.A. (per strutture residenziali)

COGNOME E NOME			
DATA NASCITA		ETÀ	
Anziano	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fragile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Non autosufficiente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Affetto da polipatologia cronica con eventuali riacutizzazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Diagnosi e terapia già definite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Non assistibile a domicilio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ricov. ospedal. non appropriato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Imprevedibilità/instabilità clinica	<input type="checkbox"/>	Nessuna	
	<input type="checkbox"/>	Bassa	
	<input type="checkbox"/>	Media	
	<input type="checkbox"/>	Alta	
Rischio clinico (scala NEWS)	<input type="checkbox"/>	Basso	
	<input type="checkbox"/>	Medio	
	<input type="checkbox"/>	Alto	
Dipendenza assistenziale (Indice IDA)	<input type="checkbox"/>	Bassa	
	<input type="checkbox"/>	Media	
	<input type="checkbox"/>	Med./alta	
	<input type="checkbox"/>	Alta	
Monitor. continuo dei parametri vitali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi < 1h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza/assistenza medica continuativa nelle 24h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Elevato impegno tecnologico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Visita medica giornaliera (15 min/pz/die) almeno per 6 gg/sett	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibile terapia con farmaci H	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Necessità di continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Assist. infermierist. 24h/24h in strutt.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Assist. OSS 24h/24h in strutt.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Standard min inf+oss <input type="checkbox"/> 160 min/pz/die	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Standard min inf+oss = 140 min/pz/die	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(40+100)
Standard min inf+oss = 120 min/pz/die	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(20+100)
Standard min inf+oss = 100 min/pz/die	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	(20+80)
Assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Assistenza Sanitaria	<input type="checkbox"/>	Bassa	
	<input type="checkbox"/>	Media	
	<input type="checkbox"/>	Alta	
Assistenza tutelare	<input type="checkbox"/>	Bassa	
	<input type="checkbox"/>	Media	
	<input type="checkbox"/>	Alta	
Sindrome demenziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Terminalità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dist. comport. non contr. da terap.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

FIG. 3 - PROSPETTO REQUISITI DI ACCESSO ALLA STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Requisiti di accesso in strutture residenziali (per anziani)		R2.1	R2.2	R2D	R3.1	R3.2		
							HOSPICE	
			RSA	RSA-D	RSA	RSA		
		CI						
		SII - CH						
valutazione requisiti generali	prevalentemente età > 65 aa.	x	x	x	x	x		
	non autosufficienza	x	x	x	x	x		
	non assistibilità a domicilio	x	x	x	x	x	x	
	assistibilità a domicilio							
	ricovero ospedaliero	inappropriato	x	x	x	x	x	x
		appropriato						
	fragilità	x	x	x	x	x		
	polipatologia cronica con eventuali riacutizzazioni - post-acuzie	x	x	x	x	x	x	
	diagnosi e percorso terapeutico	già definiti	x	x	x	x	x	
		non definiti						
durata max ricovero	60 gg	60 gg	60 gg					
soluzione assistenziale	temporanea	x	x	x	x		x	
	definitiva			x		x	x	
imprevedibilit/instabilità clinica	nessuna	x	x	x	x	x		
	bassa	x	x	x	x		x	
	media	x					x	
	alta						x	
rischio clinico (scala NEWS e altre)	basso (News 0-4)	x	x	x	x	x		
	medio (News 5-6)	x	x	x				
	alto (News≥7)							
dipendenza assistenziale (indice IDA)	bassa (20-28)		x	x	x	x	x	
	media (12-19)	x	x	x	x	x	x	
	alta (7-11)	x	x	x			x	
monitoraggio dei parametri vitali continuo								
monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi < 1h								
presenza/assistenza medica continuativa nelle 24h								
elevato impegno tecnologico								
visita medica giornaliera (15 min/pz/die) almeno per 6gg/sett	x							
possibile terapia con farmaci H	x	x	x	x	x	x		

Requisiti di accesso in strutture residenziali (per anziani)		R2.1	R2.2	R2D	R3.1	R3.2		
					RP	RP	HOSPICE	
			RSA	RSA-D	RSA	RSA		
		CI						
		SII						
		CH						
valutazione impegno assistenziale sanitario e tutelare	necessità di continuità assistenziale	x	x	x	x	x	x	
	assistenza infermieristica	24h/24h	h12/24h per nucleo	h12/24h per nucleo			x	
	assistenza da parte di OSS	24h/24h	24h/24h	24h/24h			x	
	standard min inf+OSS > 160 min/pz/die	x					x	
	standard min inf+OSS: 140 min/pz/die	x	x	x			x	
	standard min inf+OSS: 120 min/pz/die		x	x			x	
	standard min inf+OSS: 100 min/pz/die		x				x	
	assistenza riabilitativa	x	x	x	x	x		
	assistenza sanitaria	bassa		x	x	x	x	x
		media		x	x	x		x
		alta	x	x	x			x
	assistenza tutelare	bassa					x	x
		media	x	x	x	x	x	x
		alta	x	x	x	x	x	x
	standard assistenziali offerti	insufficienti						
		ottimali	x	x	x	x	x	x
		eccessivi						
	sindrome demenziale	x	x	x	x	x		
paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati da terapie			x					
terminalità						x		



Per fortuna che Alice c'è

Alla scoperta dell'Associazione per la lotta all'ictus cerebrale delle Marche. Intervista al Presidente, Mauro Silvestrini

FABRIZIO BALEANI

MEDICI & MEDICI

24

L'ordine e il territorio

La medicina, spesso, comporta avere una causa per cui battersi. Il Professor Mauro Silvestrini è Direttore della Clinica Neurologica del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica. Egli riveste anche il ruolo di Direttore della Stroke Unit, azienda Ospedaliero Universitaria degli Ospedali Riuniti di Ancona. Ma, in queste pagine, dell'itinerario personale e professionale del nostro interessa la carica di Presidente di una giovane organizzazione per la prevenzione dell'ictus il cui acronimo richiama un nome: Alice.

Quando è nata l'Associazione e di cosa si occupa?

A.L.I.Ce Marche Onlus è nata da meno di un anno.

Qual è la sua organizzazione sul territorio?

Al momento l'associazione ha sedi dislocate in ogni provincia marchigiana. In particolare esiste un referente in ogni Ospedale dotato di Stroke Unit o di un'area dedicata al trattamento di pazienti con Ictus all'interno di un Reparto di Neurologia. Segnatamente Ancona. In particolare, essa interagisce con la Clinica Neurologica (Azienda Ospedaliero Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona), la Divisione di Neurologia, I.N.R.C.A, le divisioni di Neurologia degli Ospedali di Jesi, Senigallia, San Benedetto, Macerata e Fermo.

Quali sono o sono state le sue iniziative principali, recenti e passate?

L'iniziativa più importante si è svolta lo scorso 5 luglio presso il Porto di Ancona con una importante Campagna di Prevenzione dell'ictus. L'incontro, che si è svolto a bordo della Nave Palinuro, è consistito in una visita della nave e nella possibilità di verificare il proprio rischio vascolare.

La presenza di neurologi, infermieri e volontari di A.L.I.Ce Marche ha consentito di effettuare



MAURO SILVESTRINI

gratuitamente controlli antropometrici (peso, altezza, girovita, indice di massa corporea), laboratoristici (glicemia e colesterolo totale) e di pressione arteriosa. Al termine del percorso è stata effettuata una valutazione clinica complessiva del rischio di ictus.

Ci sono stati esempi concreti in grado di raccontare, più di mille parole, cosa significa la presenza di Alice nel territorio italiano?

A.L.I.Ce ha svolto e svolge un ruolo nella divulgazione della conoscenza sull'ictus, una patologia spesso trascurata ma che, nel nostro paese, rappresenta una delle prime tre cause di morte e la prima di invalidità per malattia. Malgrado i dati epidemiologici drammatici, l'ictus ha sempre ricevuto una attenzione ridotta, probabilmente a causa di due pregiudizi radicati nella cultura non solo popolare ma anche, purtroppo, medica: la non curabilità e la mancanza di efficaci misure di prevenzione. Oggi è ben chiaro che l'ictus si può curare, almeno nella stragrande maggioranza dei casi e, soprattutto, si può prevenire. A.L.I.Ce è impegnata attivamente nel supporto di tutte le attività necessarie al pieno raggiungimento degli obiettivi necessari per l'ottimizzazione delle cure e delle misure di prevenzione, tenendo bene a mente che il presupposto fondamentale è rappresentato da una collaborazione piena tra classe medica, popolazione e istituzioni.



Vaccini e responsabilità civile dei medici temi centrali delle ‘Giornate Doriche’

Il 25 maggio si è tenuta la sesta edizione dell'appuntamento organizzato dall'OMCeO Ancona e dell'Associazione Italiana Giovani Avvocati. Tra gli ospiti dell'iniziativa Roberta Siliquini, Direttore del Consiglio Superiore di Sanità e l'onorevole Federico Gelli

ANDREA ZACCARELLI

“La responsabilità è al centro della prassi e della deontologia dei medici. Giornate come quelle di oggi ci permettono un confronto con altri professionisti, come gli avvocati, che insieme con noi affrontano le sfide dell'attualità più stretta. Oggi ci fa piacere parlare pubblicamente di una legge come quella appena approvata a marzo sulla responsabilità civile dei medici e anche della questione vaccinale che ha visto proprio in questi giorni l'intervento deciso del Consiglio dei Ministri”.

Fulvio Borromei, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Ancona, ha introdotto ricordando il valore della responsabilità etica la 6° edizione delle ‘Giornate Doriche tra medicina e diritto, appuntamento ormai consueto per le due categorie dei medici e degli avvocati, organizzato sotto la direzione scientifica delle dottoresse Arcangela Guerrieri, pediatra e Consigliere Segretario dell'OMCeO Ancona e Loredana Buscemi, dirigente medico dell'Istituto di Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona. ‘L'OMCeO Ancona è stato sempre attento alla tematica dei vaccini – ha detto la dottoressa Guerrieri approfondendo il tema della profilassi vaccinale – è stato il primo Ordine d'Italia a sottoscrivere la Carta Italiana per la Promozione delle Vaccinazioni. Siamo d'accordo sul Decreto Legge appena varato dal Consiglio dei Ministri sull'obbligatorietà dei vaccini nelle scuole per i bimbi fino a 6 anni, perché è importante ora tornare ad un livello di copertura ottimale in tutto il Paese. Continueremo però la nostra attività di sensibilizzazione verso i medici e la popolazione



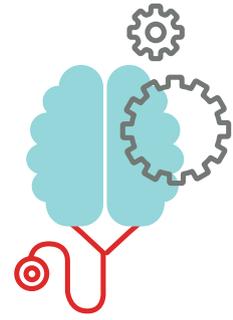
affinché questa scelta diventi consapevole prima ancora che obbligata’.

‘Vaccinarsi, scelta obbligata o consapevole’ è stato il titolo dell'intervento della professoressa Roberta Siliquini, Direttore del Consiglio Superiore di Sanità: “Abbiamo purtroppo conosciuto un decremento delle vaccinazioni anche se negli anni i medici, le istituzioni, gli Ordini hanno svolto, per favorirne la pratica, un accurato lavoro di sensibi-

lizzazione che continueremo anche in futuro, insieme alla formazione degli operatori, accompagnando così l'obbligo vaccinale istituito dal Governo”.

Altro tema di grande attualità trattato nella Giornate Doriche è stato quello della responsabilità civile degli operatori sanitari e la sicurezza delle cure. A parlarne l'estensore della legge, l'onorevole Federico Gelli, che è tornato torna all'appuntamento anconetano dopo la presenza dello scorso anno, quando l'iter legislativo non era ancora concluso. “L'obiettivo della legge - ha specificato Gelli - è quello di garantire maggiore tranquillità ai medici e risarcimenti più rapidi e certi ai cittadini, calmierando la pratica della medicina preventiva”. Due sono infatti le problematiche affrontate nel provvedimento: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva, che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente.

Cure palliative: le Marche avanguardia nella terapia del dolore



Si è svolta sabato 10 giugno, all'hotel Excelsior - La Fonte di Portonovo, la Giornata Nazionale delle Cure Palliative organizzata dall'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona con la collaborazione della FNOMCeO. Questo evento rappresenta la continuazione di quelli precedenti in un'ottica di dar voce nel tempo a tutti gli attori che si prendono cura del malato critico

ANDREA ZACCARELLI



“Il prendersi cura è la parola d'ordine per rivoluzionare la nostra società”. Si tratta di un'idea forte, ribadita dal Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona Fulvio Borromei, che è anche il titolo del quarto convegno nazionale dedicato alle cure palliative, appuntamento capace, dal 2014, di rendere le Marche un'avanguardia italiana nel dibattito sul tema. L'evento si è tenuto sabato 10 giugno all'hotel Excelsior-La Fonte di Portonovo di Ancona. Sul tappeto, una delle principali missioni del medico moderno: sapersi prendere cura del malato quando quest'ultimo non può più guarire. L'Ordine dei medici e chirurghi della Provincia di Ancona e la Federazione Nazionale dei Medici Italiani (FNOMCeO), hanno così messo in campo la

più ampia rete di attori impegnati a garantire, ad un sempre maggior numero di persone, la salvaguardia del diritto alla salute. Fino alla fine. “Stiamo costruendo un percorso importante” ha dichiarato il Presidente Borromei, per il quale l'incontro è stato in grado di offrire contenuti etici mossi dal dovere di curare, urgenza morale prioritaria e irrinunciabile. Solo perseguendo questo imperativo della deontologia medica si potranno compiere progressi significativi e sostenere davvero la presa in carico dei pazienti nello stadio finale della vita dando loro la possibilità di esprimere sentimenti, cercando di alleviarne il dolore, comprenderne i bisogni, decodificarne i messaggi e proporzionare le cure necessarie.

“A questo scopo - ha proseguito il Presidente dell'OMCeO dorico - è opportuno un profondo lavoro interno alla nostra categoria per disporre le basi utili alla realizzazione di una rivoluzione etica nella quale la comunità rappresenti il terminale di ogni azione sanitaria”. Borromei ha poi dichiarato che “esiste democrazia solo se si mettono al centro i più deboli” sottolineando “ il ruolo politico sotteso ai compiti dei diversi operatori coinvolti in questo percorso e della complementarietà delle azioni di ordine psicologico, clinico, sociale, volte a riconsegnare decoro, umanità e dignità a chi soffre. Da anni ormai - ha continuato - chiamiamo a raccolta il mondo della medicina, le istituzioni e la società civile per chiedere loro un impegno concreto che consenta al nostro Paese di mettere in atto, sin da subito, i principi che garantiscono l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Focus dell'edizione 2017 è stata la capacità di provvedere alle necessità dei pazienti terminali pediatrici. Si pensa erroneamente che la discussione su simili argomenti non possa riguardare adolescenti o neonati. Ma indagini recenti dimostrano che, delle 270.000 persone interessate dal fenomeno, 15.000 sono minori bisognosi di approccio palliativo e 7.500 sono bambini che necessitano di terapie specialistiche per alleviare gravi sofferenze. Ad approcciare il delicato argomento, con una relazione precisa e toccante al contempo, nel summit di Portonovo, è stata una delle massime esperte in materia.

“SIAMO UN AIUTO PER BAMBINI E GENITORI”

“Io ho sempre voluto fare la neonatologa, perché il mio sogno era salvare i bambini. Esistono tuttavia dei casi in cui, il mio mestiere diventa accompagnarli per il poco tempo che rimane loro da vivere. Il Comfort Care Program è parte del prendersi cura. Ci occupiamo dei bisogni dei bimbi e anche delle “ferite” dei genitori. Curiamo anche la relazione tra gli uni e gli altri e lasciamo i bambini con i papà e la mamma nel post partum perché la loro esistenza, per quanto piccola rassomigli a una vita normale. Inoltre li aiutiamo sedandoli o rendendo coloro che presentano gravi malformazioni in grado di nutrirsi e di sentire il contatto con le proprie madri”.

Elvira Parravicini (Columbia University)

Indagini recenti dimostrano che, delle 270.000 persone interessate dal fenomeno, 15.000 sono minori bisognosi di approccio palliativo e 7.500 risultano i bambini che necessitano di terapie specialistiche per alleviare gravi sofferenze

La dottoressa Elvira Parravicini, neonatologa, professore Associato di Pediatria alla Columbia University, direttore del Programma Comfort Care Neonatale del Columbia University Medical Center a New York. “Il nostro mestiere è alleviare il dolore” ha affermato la dottoressa “quello dei piccoli neonati e quello dei genitori. Ecco perché dal 2012 ad oggi si è verificato un incremento considerevole di famiglie che vogliono avvalersi del nostro programma. Abbiamo tettarelle e altri strumenti che permettono ai bambini di deglutire e di rimanere a contatto con la mamma, sentire sapori e odori, nutrirsi. E un team di esperti per assistere le ferite di chi sa che suo figlio non sopravviverà, ma ha comunque diritto a non soffrire”. Ad ascoltare le novità su un tema che si sta sempre più affermando nella sensibilità collettiva, sono giunti centinaia di medici provenienti da ogni parte d'Italia. La professoressa Chersevani, presidente nazionale di FNOMCeO, presente all'iniziativa insieme all'intero Comitato Centrale della Federazione, ha sottolineato l'esigenza per la professione di occuparsi “non soltanto dell'applicazione delle regole, ma anche e soprattutto della relazione di cura. Ci stiamo muovendo in molti ambiti - ha continuato la Presidente nazionale - mettendo in relazione diverse professioni coinvolte nella cura dei pazienti terminali”. Ad impreziosire l'iniziativa la presenza del Rettore dell'Università Politecnica delle Marche Sauro Longhi e del direttore generale degli Ospedali Riuniti Michele Caporossi i cui interventi hanno toccato i valori dell'istruzione, della collaborazione e della sussidiarietà. Tra i contributi dei relatori, gli interventi di Rossana Berardi (Direttore Clinica Oncologica, Professore Associato Oncologia Medica UNIVPM Ospedali Riuniti di Ancona), Letizia Di Vincenzo, Membro Direttivo e Responsabile Servizio Accoglienza ANTEA, Aurelio Filippini, Presidente Collegio Ispasvi di Varese, Guido Marinoni, Componente Comitato Centrale FNOMCeO. A coordinare la mattinata, oltre al Presidente Borromei, la dottoressa Arcangela Guerrieri, Pediatra di Libera Scelta, Consigliere Segretario OMCeO Ancona. Una simile mobilitazione della medicina è giustificata da una vasta massa di uomini e donne in condizioni di bisogno. Persone che rendono non più procrastinabile l'avvio di una vera “rivoluzione del prendersi cura”.

Il lato oscuro

Conversazione con la dottoressa Ilaria Capecci
sul difficile mestiere dello psichiatra

FABRIZIO BALEANI

MEDICI & MEDICI

28

Tutte le istituzioni che si occupano di salute sono concordi. Il disagio psichiatrico sta conoscendo un picco preoccupante. Sull'arco temporale che va dal 2011 al 2030 numeri e previsioni configurano, in questo senso, un allarme concreto. Il costo delle malattie mentali nel mondo sarà, in futuro, di oltre 16 trilioni di dollari in termini di mancata produzione, più di patologie oncologiche, cardiovascolari, respiratorie croniche. Più del diabete.

I disturbi mentali, sia come ansia, depressione o disturbi bipolari, che come Alzheimer e demenze, sono già nei Paesi ad alto reddito la principale causa di perdita di anni di vita per morte prematura e disabilità (17,4%), seguiti dal cancro (15,9%), dalle malattie cardiovascolari (14,8%), dagli infortuni (12,9%) e dalle malattie muscolo-scheletriche (9,2%). Secondo i dati forniti dall'OCSE, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, nel suo focus "Fare i conti con la salute mentale le malattie mentali gravi riducono la speranza di vita in media di 20 anni rispetto alla popolazione generale. Il 5% della popolazione mondiale in età lavorativa ha una severa malattia mentale e un ulteriore 15% è affetto da una forma più comune. Una persona su due, nel corso della vita, avrà esperienza di un problema di salute mentale e ciò ridurrà le prospettive di occupazione, la produttività e i salari. Il quadro merita un approfondimento. Così ne abbiamo discusso, con la dottoressa Ilaria Capecci, di una branca in continua evoluzione. Ed abbiamo raccolto le impressioni di chi, ogni giorno, si occupa del "buio" della psiche.

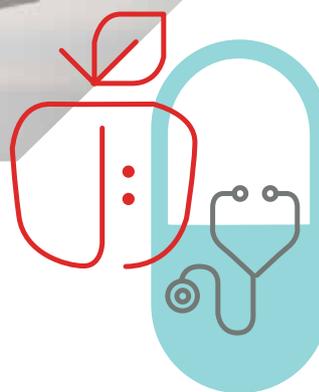
Oggi c'è sempre più attenzione alle componenti organiche della psicopatologia, alla psicopatologia di gente che comprende anche la psicopatologia peripartum. Esiste inoltre una preparazione sempre maggiore all'etnopsichiatria, dovuta anche all'aumento dei migranti



ILARIA CAPECCI

L'Oms ha certificato l'aumento, negli ultimi mesi, delle malattie psichiche nella popolazione europea. Questo spunto ci induce ad indagare da vicino un'area complessa. Quali sono le patologie più frequenti nell'attualità e da cosa dipende, secondo lei, l'aumento riscontrabile?

Negli ultimi anni, con un picco più evidente negli ultimi 18-24 mesi, le psicopatologie che più di altre necessitano di cure urgenti, sostegno psicofarmacologico e ricovero ospedaliero in reparti psichiatrici sono: le psicosi "tossiche" (indotte da sostanze stupefacenti di vario tipo come cannabinoidi, allucinogeni sintetici etc.), i disturbi di personalità con i loro screzi psicotici o depressivi, le depressioni gravi con tentati e/o mancati suicidi. L'incidenza delle malattie psichiche è aumentata sensibilmente nei giovani e negli adolescenti che, purtroppo, non hanno gli strumenti per affermarsi la società di oggi, così fluida, senza limiti e con regole mutevoli e contraddittorie, facilitando la nascita di "nuove patologie" (nuove dipendenze) e il cambiamento di quelle "vecchie" come l'aumento delle depressioni reattive che portano a loro volta all'incremento dei tassi di suicidio nei giovanissimi (per bullismo o cyberbullismo) e negli adulti maggiori di 50 anni (per crisi economica e perdita del lavoro).



Ad un giovane alle prime armi mi sento di consigliare questo: non lasciarsi abbattere dalle delusioni e dai fallimenti purtroppo così frequenti in questa branca

Dal suo osservatorio, come è cambiato il mestiere dello psichiatra nel tempo e quali sono invece le costanti della disciplina?

Parallelamente ai cambiamenti diagnostici ci sono stati, per fortuna, cambiamenti nel modo di fare lo psichiatra; c'è sempre più attenzione alle componenti organiche della psicopatologia, alla psicopatologia di gente che comprende anche la psicopatologia peri-postpartum. Esiste inoltre una preparazione sempre maggiore all'etnopsichiatria dovuta anche all'aumento dei migranti. Le caratteristiche costanti invece comprendono l'uso dei farmaci (pur se più nuovi e meglio tollerati) e la psicoterapia (individuale, familiare e grupppale) a sostegno dell'intervento psicorganico.

Lei è dirigente SPDC di JESI, ASUR MARCHE AV2 - ASUR MARCHE. Quali sono i principali punti di eccellenza della struttura che conduce?

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in cui lavoro ormai da 8 anni un sicuro punto di forza è l'attenzione alle terapie psicologiche e al lavoro di psicoeducazione con le famiglie attraverso gruppi di terapia o discussione con i pazienti ricoverati e le loro famiglie; si fanno, infatti, 2 gruppi con gli utenti

ogni settimana (uno più terapeutico e l'altro più ludico e leggero) associati a un gruppo multifamiliare a cadenza settimanale per lavorare e discutere con le famiglie e tra le famiglie. Altro punto di forza è la collaborazione stretta e quotidiana con l'equipe territoriale del Centro di Salute Mentale.

Tra i progetti in corso abbiamo la collaborazione sempre più stretta con il dipartimento delle Dipendenze Patologiche e quello con le associazioni che si occupano di migranti (GUS in particolare). nel prossimo futuro sicuramente un percorso di studio e prevenzione delle psicopatologie peri e post-partum (progetto a cui tengo in particolar modo).

Cosa consiglierebbe ad un giovane camice bianco che scelga la sua specializzazione?

Ad un giovane alle prime armi mi sento di consigliare questo: non lasciarsi abbattere dalle delusioni e dai fallimenti purtroppo così frequenti in questa branca, non pretendere di poter guarire l'inguaribile ma cercare di mantenere acceso l'entusiasmo nel cercare di migliorare la qualità della vita dei nostri utenti.

Dove il dente duole

Appare in crescita il fenomeno dell'improprio, anomalo e scorretto sfruttamento della professione odontoiatrica. Dall'abusivismo al prestanomismo: storia del mercimonio di una nobile professione sanitaria intellettuale

FEDERICO FABBRI (Presidente CAO Ancona)

FEDERICO FABBRI

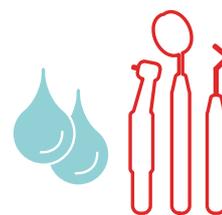
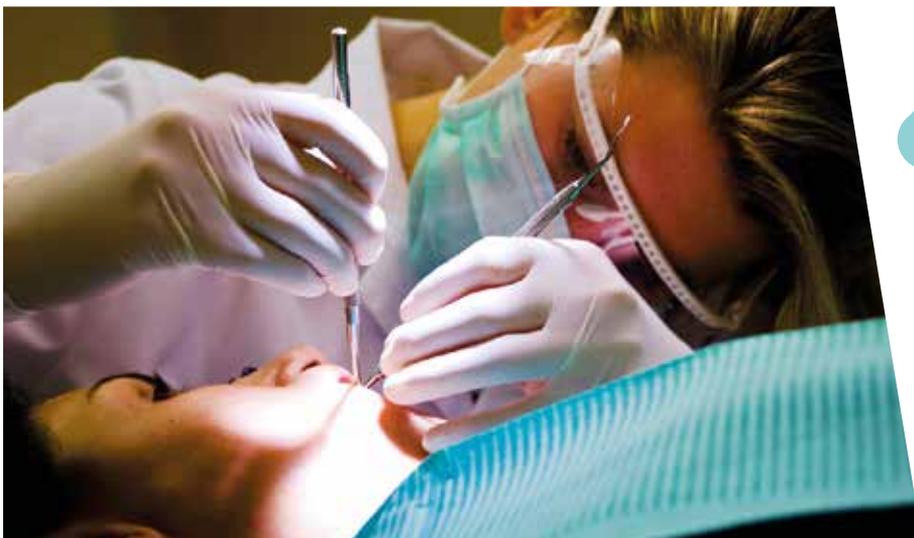
Sono circa 15000 su 60000 regolari gli appartenenti a questa nuova categoria di praticanti l'odontoiatria più o meno autorizzati dalle leggi vigenti, ma con l'intento di trasformare una professione sanitaria intellettuale soggetta a severe regole deontologiche in una pura e semplice attività merceologica.

Una massa imponente di operatori leciti ed illeciti dedica quasi a trasformare, alterandone la reale specificità, una branca della medicina in una sorta di centro commerciale dentale attuando in pratica quasi il furto di una professione, che invece, oggi come mai prima, ha raggiunto livelli di tecnologia e specializzazione di altissimo livello esclusivamente nell'interesse della salute del cittadino, cosa che nessuno, nemmeno le istituzioni e la politica, ha capito o ha fatto finta di non capire.

Basta purtroppo andare per strada, oppure leggere manifesti murari nelle città, leggere intere pagine su quotidiani e settimanali, leggere la posta nelle proprie cassette per rischiare di venire ingannati da proposte di tutti i tipi, anche di terapie particolarmente invasive, il cui principale scopo è solo quello di mercificare, dietro l'apparenza della convenienza, una professione medica ed intellettuale che purtroppo per stare al passo con i tempi in continua evoluzione tecnologica ed ahimè burocratica e legislativa risulta sicuramente onerosa e non sempre facilmente accessibile a tutti. Sorrisi sfumati in attesa di venir migliorati, difficoltà ad alimentarsi, sofferenze algiche continue, posture sofferenti in adulti e bambini dovute a gravi malposizioni dentarie, malattie dei tessuti molli e duri del cavo orale con gravi ripercussioni su altre patologie sistemiche, in moltissimi casi si sono trasformati presto in smorfie di rabbia e disapprovazione dell'operato "subito" da questo nuovo mercato che spesso molto promette, ma certamente non può



mantenere la qualità, i tempi clinici e le linee guida che la branca specialistica odontoiatrica richiede. Una sorte che accomuna le vittime di una preoccupante e crescente tendenza: la corsa al ribasso nell'offerta e secondariamente nella scelta delle cure odontoiatriche. Purtroppo conta sempre meno la qualità delle cure, l'eccellenza dei materiali, l'aggiornamento continuo dei professionisti, la sicurezza delle attrezzature, la sempre più profonda metodica di sterilizzazione. Oggi quello che conta in maniera fondamentale è solo la parcella. Spesso si sentono paragoni fra colleghi da parte di pazienti che alla fine attribuiscono la maggiore onestà e bravura al più economico e non, come dovrebbe essere, al più corretto, al più aggiornato, al più professionale. Sicuramente una grande responsabilità di tutto questo è la famigerata crisi economica che ha trasformato profondamente la società rendendo a volte inaccessibili a molte famiglie le cure odontoiatriche, ecco quindi il ricorrere strategicamente alla gara al ribasso, necessariamente anche qualitativo delle prestazioni e dei materiali, attuata da molti centri odontoiatrici e/o da molti singoli profes-



sionisti. Considerando che in Italia la copertura assistenziale dello Stato arriva intorno al 5% possiamo facilmente capire quanto è alto il costo gestionale di questa professione e quindi le parcelle considerate alte altro non sono che i costi di gestione così gravosi e la burocrazia così pesante e severa da imporre fatturazioni onerose. Fino ad alcuni anni fa il problema più grosso per la professione era l'abusivismo professionale operato da falsi medici odontoiatri non in possesso dei requisiti minimi per operare nel settore. Maggiormente si trattava di artigiani odontotecnici che, spacciandosi per odontoiatri, a volte operando in strutture fatiscenti non in regola con quasi nessuna norma vigente, fornivano cure, protesi e terapie varie a prezzi diversi da quelli dei veri professionisti del settore. Per onestà intellettuale dobbiamo riconoscere che parte della colpa di questo fenomeno è stata proprio nostra visto il prosperare del favoreggiamento dell'abusivismo professionale. Infatti esistono tuttora medici che coprono, dietro compenso, l'opera degli odontotecnici appunto abusivi. Causa questa al primo posto dei procedimenti disciplinari che le CAO (commissioni albo odontoiatriche) di tutto il paese portano avanti in mezzo a mille difficoltà. Basti pensare che la vetustà della legge mai aggiornata dalla politica nonostante le annose richieste da parte della FNOMCeO fa sì che un giudice che chiude un processo penale contro un odontotecnico ed un medico che lo copre li condanna ad 1 o 2 mesi di arresto, ovviamente subito annullati, e a qualche centinaia di euro di multa che un buon avvocato annulla quasi totalmente. Quindi l'odontotecnico poco dopo ritorna a fare l'abusivo mentre il medico, se l'Ordine ha vigilato, incappa

per fortuna nel procedimento disciplinare con relativa condanna ad un certo numero di mesi di sospensione dalla professione. Purtroppo la pletera dei laureati è così grande che sempre verranno reclutati giovani e meno giovani, attirati dal facile guadagno e dalla mancanza di lavoro, che andranno ad incrementare questo fenomeno. Da varie legislature esiste la proposta di legge di cambiare l'art. 348 con uno nuovo molto più severo e gravoso per chi viene trovato in fallo. Per motivi incomprensibili ancora non si riesce a farlo approvare dalla Camera mentre il Senato ha sempre dato il suo placet. Poiché ovviamente tutte queste situazioni sono di totale evasione fiscale ne deriva anche un grosso e pesante danno erariale che ammonta a diverse decine di milioni di euro all'anno. E il fenomeno risulta purtroppo, in aumento nel nostro paese. Secondo i dati di un recente Rapporto Eures, infatti, sembra che il volume di affari sia pari a 720 milioni di euro, per un totale di 7 milioni di prestazioni erogate da falsi dottori che non hanno le autorizzazioni per poter praticare l'esercizio medico. Si tratta di una frode che si allarga a macchia d'olio per l'intera estensione della penisola. Il Nord risulta l'area geografica più colpita da questa prassi.

Si tratta di un mercato parallelo e irregolare che spesso molto promette, ma certamente non può mantenere la qualità, i tempi clinici e le linee guida che la branca specialistica odontoiatrica richiede



La questione riguarda lo sfruttamento commerciale di un problema di salute che viene visto come un prodotto da vendere solo per fini di lucro e non certo per altruismo, generosità ed onestà

La quota d'abusivismo s'assesta al 48% del totale. Oltre 10 mila i falsi camici bianchi, per un danno all'erario quantificabile attorno ai 75 milioni di euro. Seguono i territori regionali del sud (che contano 1500 abusivi, ossia circa il 30% del numero complessivo) e quelli del centro (ove la porzione è più ridotta: il 22%, corrispondente a un numero di 1100 pseudodontisti). Il problema ha assunto, nel corso del tempo, dimensioni preoccupanti, con pericolose ripercussioni sulla salute pubblica. Come se tutto questo non fosse stato sufficiente, oggi si aggiungono le catene odontoiatriche, il turismo dentale e le lauree estere per corrispondenza. È palese che tutto questo fenomeno sempre più in espansione è legato esclusivamente ad uno sfruttamento commerciale di un problema di salute che viene visto come un prodotto da vendere solo per fini di lucro e non certo per altruismo, generosità ed onestà. La prova è il continuo fiorire di cliniche anche straniere, di centri esteri specie dell'est Europa che propagandano in ambienti da favola, quindi molto costosi, con attrezzature ultra moderne, quindi molto costose, con professionisti e personale all'avanguardia, quindi molto costosi, con viaggi e soggiorno al paziente ed accompagnatore in albergo gratuiti, quindi molto costosi, cure di prim'ordine. Viene spontaneo e sarebbe opportuno farsi qualche domanda almeno per capire come mai a noi medici italiani tutto questo non è possibile. Certamente non tutto in Italia è da criticare, poiché esistono tante cliniche ad alto livello con grandi nomi dell'odontoiatria mondiale di cui andiamo fieri, esistono società di professionisti che cercano di dare il meglio al costo più accessibile nell'interesse del paziente sia benestante che in difficoltà, esistono tanti odontoiatri impegnati nel sociale che silenziosamente operano per i pa-

zienti disagiati e con problemi psico-fisici. Peccato che molto di tutto questo non venga a conoscenza dell'opinione pubblica per nobilitare una professione che spesso per retaggi del passato viene mal considerata. Purtroppo secondo recenti indagini, il 17% dei cittadini ha rinunciato alle cure del cavo orale, e sempre di più sono coloro che ricorrono a pacchetti low cost, anche acquistati su internet, o che decidono di recarsi all'estero per usufruire di prestazioni apparentemente più a buon mercato. Prevalentemente si varcano i confini nazionali per interventi d'implantologia e protesi quindi di alta difficoltà e pericolosità. Tuttavia, come anche molte trasmissioni televisive ci documentano, in molti si pentono (amaramente) di una simile scelta. L'opzione si rivela impropria, anche perché simili operazioni necessitano del rispetto dei tempi clinici e di materiali impeccabili. Per questa ragione, la frequente e disinvoltata abitudine dei nuovi operatori in camice di curare in tempi molto brevi e di contenere i costi ha prodotto, a distanza di anni, nei malcapitati pazienti, gravi problemi di salute odontoiatrica, tra i quali il fallimento degli impianti con la conseguente perdita di tutto il lavoro protesico, costringendo tantissimi individui, anche giovani, alla protesi rimovibili o a nuovi e sempre più complessi interventi ricostruttivi. Si consideri inoltre che costoro per potersi rivalere sul dentista italiano o straniero che sia dovrebbero attivare una causa civile e/o penale per ottenere il riconoscimento del danno subito ed il relativo risarcimento e con i tempi della giustizia italiana o di quella del Paese dove si sono recati per le cure credo che le difficoltà aumentino in maniera esponenziale. Meglio dunque rivolgersi ad un odontoiatra o ad una struttura italiana, dove ci sono medici che conoscono il proprio paziente, sempre disponibili per qualsiasi emergenza e che, nella maggior parte dei casi offrono controlli periodici e senza impegno economico, consigliando soprattutto la migliore, più efficace ed economica delle terapie e cioè la prevenzione, perché in essa risiede l'unico vero successo terapeutico ed il miglior risparmio ottenibile, possibile ed effettivo, in tema di salute del cavo orale e di tutto l'organismo.

L'Approccio Mininvasivo della Chirurgia Oncologica

Una serie di innovazioni passate in rassegna dagli esperti

A cura di **ROBERTO CAMPAGNACCI, ANGELA MAURIZI** (ASUR Regione Marche, Ospedale "Carlo Urbani")



L'ammodernamento del parco tecnologico prevede oggi anche strumentazioni 4K, il doppio dell'alta definizione, per operare in maggiore sicurezza

La chirurgia mini-invasiva o chirurgia endoscopica si propone di raggiungere gli stessi obiettivi delle tecniche chirurgiche classiche attraverso una via di accesso ad organi addominali o toracici che riduce al minimo il trauma chirurgico e che limita la manipolazione degli organi. L'impiego di questo approccio permette una rapida ripresa del paziente nel decorso post-operatorio, grazie alla riduzione del dolore postoperatorio, con un conseguente più rapido ritorno all'attività lavorativa oltre che una riduzione delle complicanze tradizionali (quali le infezioni della ferita, le complicanze cardio-respiratorie e vascolari, i laparoceli) e degli inestetismi legati alla cicatrice chirurgica. L'enorme successo ottenuto dalle tecniche lapa-

roscopiche nel trattamento di gran parte delle affezioni benigne del tratto gastrointestinale, ha fatto emergere negli anni la possibilità di applicare questo tipo di chirurgia anche nell'ambito della patologia neoplastica. È ormai assodato che la chirurgia mini-invasiva rispetta i principi di radicalità oncologica al pari della chirurgia aperta, tra cui la possibilità di eseguire una adeguata linfadenectomia, stadiativa e/o terapeutica, con integrità dei margini di resezione chirurgica, in assenza di qualsiasi impatto negativo della laparoscopia sulla sopravvivenza a lungo termine dei pazienti. La grande maggioranza degli studi disponibili in letteratura hanno riguardato, fino ad oggi, il trattamento laparoscopico del carcinoma colo-rettale: la quantità dei dati clinici è tale che, ad oggi, è possibile affermare che la chirurgia laparoscopica di questa neoplasia, in mano a chirurghi esperti, offre gli stessi risultati in termini di radicalità oncologica e di sopravvivenza della chirurgia aperta insieme a tutti i sopracitati vantaggi dell'approccio mini-invasivo stesso. Proprio per questi motivi, la chirurgia mini-invasiva del carcinoma colo-rettale può essere considerata a pieno merito il gold standard di trattamento di questa neoplasia.

In particolare, è stato ormai assodato che il minor trauma chirurgico e quindi tissutale derivante da un approccio mini-invasivo possa ridurre in maniera significativa sia la soppressione immunitaria che la stimolazione infiammatoria/angiogenetica sistemica post-chirurgica. Ambedue questi fattori sono potenzialmente capaci di influire positivamente sul decorso della patologia neoplastica e possono, almeno in parte, spiegare la migliore sopravvivenza riportata in letteratura dei pazienti operati con tecnica mininvasiva per carcinoma colo-rettale rispetto a quelli trattati con intervento tradizionale. L'aspetto mininvasivo-laparoscopico può essere integrato con un protocollo per rapido ricovero in chirurgia denominato fast track surgery program che prevede la ripresa dell'alimentazione nelle prime ore dopo l'intervento migliorando non solo la qualità di vita percepita dal paziente ma avendo anche un positivo effetto sull'assetto immunitario con relativa diminuzione delle complicanze legate alla immunodepressione postoperatoria. Sul piano tecnologico la chirurgia mininvasiva può usufruire di sale poli-specialistiche predisposte per l'utilizzo delle più recenti tecnologie biomedicali (ad esempio sistemi di video-chirurgia 2D e 3D full HD). Si può operare con telecamere ad altissima definizione e con monitor molto grandi che consentono di avere una migliore visione del campo operatorio, cosa che in laparoscopia è fondamentale. L'ammodernamento del parco tecnologico prevede oggi anche strumentazioni 4K, il doppio dell'alta definizione, per operare

in maggiore sicurezza. Inoltre, possono essere controllate in tempo reale mediante touch-screen tutte le apparecchiature medicali presenti in sala operatoria anche da campo sterile. Il chirurgo e la sala operatoria possono essere messi in contatto con altri centri al fine di gestire flussi video registrando contestualmente immagini e filmati. Grazie al sistema laparoscopico con visione 3D diventa possibile eseguire interventi di chirurgia mini-invasiva con visione tridimensionale aumentando notevolmente la velocità in alcuni passaggi chirurgici che richiedono molta precisione come l'esecuzione delle suture in laparoscopia, fino ad oggi possibile con la stessa qualità solo con la chirurgia robotica. Ma il trattamento di una patologia neoplastica come quella del colon-retto non prevede solo il trattamento chirurgico ma il coinvolgimento di vari specialisti mediante un approccio multidisciplinare e collegiale per la valutazione di ogni singolo caso. Tale approccio è in grado di garantire il migliore risultato terapeutico, abbinando il tipo di cura più appropriato per il singolo Paziente, accuratamente selezionato. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un aumento della sopravvivenza dei Pazienti affetti da tumore, in particolare per il colon-retto, grazie sia ai programmi di sorveglianza, che hanno permesso la diagnosi precoce, sia ad un miglioramento delle strategie terapeutiche.

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un aumento della sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore, in particolare per il colon-retto, grazie sia ai programmi di sorveglianza, che hanno permesso la diagnosi precoce, sia ad un miglioramento delle strategie terapeutiche



La mia esperienza in Germania

Al centro di medicina sportiva di Potsdam, in Germania, si svolge un'elevata attività di ricerca scientifica, un ambito che sta riscoprendo un nuovo significato

GIANLORENZO DANIELE, Specialista in Medicina dello Sport

Ho frequentato il centro di Medicina Sportiva dell'Università di Potsdam (in Germania a pochi chilometri da Berlino) per circa quattro mesi, per svolgere principalmente attività di ricerca scientifica. Ritengo che la decisione di lasciare, seppur temporaneamente, l'attività clinica, per gettarsi a capofitto in quella di ricerca, in una realtà totalmente nuova e diversa da quella cui siamo abituati, sia possibile solo in presenza di una forte motivazione all'apprendimento, alla sperimentazione ed al desiderio di non fermarsi a ciò che è scritto sui libri. Il mio campo di specializzazione, ovvero la medicina e la scienza dell'esercizio fisico e delle attività sportive, una volta era (e purtroppo è ancora, in alcune realtà dalle vedute limitate) considerato come "minore", di scarsa importanza rispetto ad altre branche della medicina, e appannaggio esclusivo di chi lavora con atleti di alto livello e/o professionisti. Fortunatamente ora questa visione è perlopiù superata e sempre più spesso si comprende l'enorme importanza dell'esercizio fisico e dell'attività motoria per la popolazione generale di tutte le età, sia come prevenzione sia come adiuvante nella terapia di un gran numero di patologie e condizioni interistiche, neurologiche, ortopediche, così come in fase riabilitativa; numerosi studi dimostrano come la diffusione della pratica del corretto esercizio fisico, specifico per ogni soggetto, è in grado di indurre notevoli effetti benefici per la popolazione generale ed un risparmio in costi assistenziali per il Servizio Sanitario Nazionale. Di qui l'interesse, anche istituzionale, a investire in centri di ricerca sulla medicina e scienza dello sport e delle attività fisiche, come quello che ho avuto l'opportunità di frequentare. Potsdam è una città ricca d'arte e cultura, nota come "la Versailles tedesca" in quanto vi si trovano i palazzi che vennero utilizzati come residenze e sedi di rappresentanza dagli Imperatori di Prussia, in particolare il Kaiser Federico II. Il campus di cui fa parte il centro di Medicina Sportiva dell'Università di Potsdam ha la fortuna di trovarsi nel Park Sansoucci, sito UNESCO, in uno degli edifici ausiliari al Neues Palais (Vedi foto). In questa clinica lavorano medici,

fisioterapisti e ricercatori e i pazienti sono atleti di tutti i livelli, da quello ludico-ricreativo ai componenti delle squadre Olimpiche della Ger-

mania e ai professionisti. Sono seguiti per problematiche di ogni tipo (soprattutto traumatico-riabilitative) e per i controlli obbligatori periodici. Il centro è perfettamente attrezzato con quanto serve per l'attività clinica, ma anche e soprattutto quella di ricerca (laboratorio di cinematica, biomeccanica, analisi chimico-cliniche e dei gas respiratori, dinamometri ecc.ecc.); tutto è organizzato e strutturato con la proverbiale efficienza teutonica. L'attività di ricerca è intensa anche in virtù del fatto che il centro è sede del programma di Master e Phd internazionale "Clinical Exercise Science", della durata di quattro anni, che attira iscritti da molti paesi esteri anche in virtù del fatto che è totalmente in Inglese e i costi di iscrizione sono molto bassi (come spesso accade nelle università tedesche). Durante la mia permanenza a Potsdam ho sia collaborato con i ricercatori locali a diversi progetti di ricerca già iniziati, sia ho sviluppato un mio progetto riguardante l'effetto acuto di diverse attività fisiche massimali sui tendini degli arti inferiori. Complessivamente, la mia permanenza a Potsdam, seppur breve, è stata estremamente utile sul piano formativo e della mia crescita professionale; certamente non sarebbe stata possibile senza la borsa derivante dal premio "Giovani Ippocratici Dorici" che mi ha aiutato a coprire le spese di viaggio, vitto ed alloggio. Ringrazio quindi l'Ordine dei Medici di Ancona che ha offerto a me ed a molatri giovani colleghi la possibilità di effettuare tali esperienze di indiscusso valore.

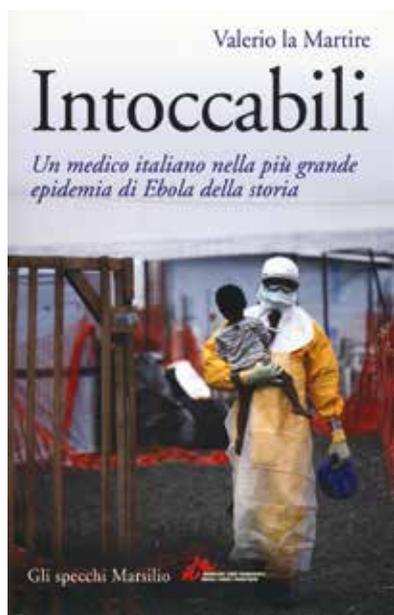




Camici contro l'Ebola

Valerio Lo Martire racconta la storia di Roberto, medico italiano che ha affrontato la prima grande epidemia di quella che è stata battezzata la nuova peste

FABRIZIO BALEANI



Il 26 dicembre 2013 un bambino di due anni si ammalò a Meliandou, un remoto villaggio della Guinea. Inizia così la lotta contro una delle più micidiali malattie affrontate dall'umanità. Roberto, un medico italiano, decide di partire per una missione terrificante e al contempo non eludibile dalla coscienza. L'esperienza gli lascerà negli occhi orrori che non avrebbe mai neppure immaginato. Scene raccolte dalla penna esperta di Valerio Lo Martire nel testo "Intoccabili. Un Medico Italiano nella più grande epidemia di Ebola della Storia". Ad oltre un anno dal termine "ufficiale" del morbo che ha sconvolto intere popolazioni il libro narra la testimonianza di un operatore umanitario, un coraggioso camice bianco che, insieme ad altri colleghi, ha deciso di inoltrarsi in un "inferno dal quale nessuno è uscito indenne" con 28 mila casi e più di 11 mila morti. Nel racconto, "Il dott. Robi", diminutivo usato dai suoi pazienti, ripercorre la sua drammatica esperienza a Monrovia, nel culmine dell'espansione del virus. Ogni pagina conosce nuovi protagonisti di un dramma incredibile.

Si pensi all'infermiera liberiana Salomé Karwah (operatrice del centro di Medici Senza Frontiere), donna dell'anno 2014 per Time. All'inizio di marzo Salomé è morta di parto all'ospedale della capitale della poverissima nazione che le ha dato i natali. Secondo i familiari il personale sanitario non l'avrebbe nemmeno voluta toccare, per paura del contagio. La donna aveva contratto Ebola durante l'epidemia, ma poi ne era guarita, risultando negativa ai test.

La missione di Roberto Scaini in Liberia, raccontata nel libro, si svolge al culmine della diffusione del virus, quando Medici Senza Frontiere denuncia al Consiglio di Sicurezza dell'Onu il fallimento della comunità internazionale

«Siamo stati tenuti in attesa nella nostra auto per tre ore, perché le infermiere avevano paura di toccarla» ha dichiarato il marito. La missione di Roberto Scaini in Liberia, raccontata nel libro, avviene al culmine della diffusione del virus, quando Medici Senza Frontiere denuncia al Consiglio di Sicurezza dell'Onu il fallimento della comunità internazionale e chiede in via eccezionale che gli Stati con capacità di risposta ai disastri biologici inviino risorse umane e materiali. Amare le constatazioni conclusive del protagonista secondo cui «è assente un sistema di risposta per evitare che future epidemie vadano fuori controllo e per non intervenire solo quando è in gioco la minaccia alla sicurezza globale». Pagine nelle quali il respiro del romanzo sembra duettare col dato cronachistico e il registro del reportage non annulla la precisione tagliente del linguaggio d'inchiesta rivelano la solitudine di una trincea sconfinata da dove si sono conquistati centimetri essenziali di sopravvivenza.

"Intoccabili. Un Medico Italiano nella più grande epidemia di Ebola della Storia". Marsilio Editore

MEDICI & MEDICI

www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it