



27 giugno 2014

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Carico di lavoro crescente per Mmg, Brignoli (Simg): serve personale di supporto

Sono sempre più lunghe le liste d'attesa per i pazienti britannici che chiedono un consulto al proprio medico di base: lo denuncia la British medical association, che cita tra le cause l'aumento delle visite e la "cronica inadeguatezza dei finanziamenti". Sono problemi comuni a molti Paesi europei e il vicepresidente della Società italiana di medicina generale **Ovidio Brignoli** ricorda che «uno studio fatto in Friuli dieci anni fa stimava in sei, settemila all'anno il numero di visite e consultazioni telefoniche per ogni medico di medicina generale, mentre ora siamo in Italia a più di undicimila».

Ma l'accesso al medico di famiglia è molto diverso rispetto alla Gran Bretagna dove, «prima di arrivare al medico, il paziente passa attraverso una sorta di triage ambulatoriale e la prima persona che vede è di solito un'infermiera, che ha una funzione di filtro». Secondo il vicepresidente Simg, il nodo cruciale è proprio la carenza di altro personale sanitario che aiuti i medici: «I Gp inglesi sono 27mila per 60 milioni di abitanti, ma hanno il supporto di 50mila unità di personale sanitario, che vanno a casa del paziente o aiutano nello studio; noi siamo 47mila medici con 10mila unità di personale, per altro pagate dai medici stessi. Oltretutto siamo sempre più gravati dalla necessità di gestire patologie croniche, spesso associate a complessità che richiedono la partecipazione di altri professionisti per la cura». Inoltre, le esigenze cliniche non sempre collimano con gli obblighi amministrativi e i limiti imposti nel numero di farmaci prescrivibili comportano un maggior numero di visite. Brignoli giudica positivamente la novità, introdotta dal Dl semplificazioni di rendere possibile la prescrizione su ricetta fino a sei confezioni di farmaci per i pazienti cronici o con malattie rare, invece delle precedenti tre; tuttavia ammonisce: «Gli enti regionali incomincino a valutare l'operato dei medici non in base al numero di confezioni, pensando sempre che vi sia dolo, ma agli esiti delle malattie, soprattutto croniche, che indicano se i farmaci vengono dati in maniera corretta».

Renato Torlaschi

Patto Salute, si va a settimana prossima. Aceti (Tdm): atto segreto

Prosegue l'iter del Patto per la Salute, che dovrà ricevere il via libera dai Governatori, dopo l'ok dell'Economia – che ha confermato che i risparmi rimarranno nella sanità – e dopo che si è conclusa la discussione al Ministero della Salute, al termine degli incontri tra ministro e assessori regionali. «Un lavoro di elaborazione del Patto per la Salute - che ha visto in questi giorni protagonisti il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e una delegazione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni» secondo il Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani «che ha portato alla predisposizione di una bozza. Si tratta di un passaggio positivo e coerente con gli impegni che avevamo assunto. La Conferenza delle Regioni valuterà nel merito i contenuti della bozza e si esprimerà la prossima settimana quando sarà convocata una riunione straordinaria che avrà all'ordine del giorno proprio la proposta del nuovo Patto per la Salute 2014-2016. Questo – ha concluso Errani - è il percorso che avevamo definito e a questo percorso, senza alcuna fuga in avanti, ci atterremo». Sembrano per ora confermate le misure già anticipate sulla farmaceutica, mentre per quanto riguarda la riorganizzazione delle cure primarie punto di partenza dovrebbe essere quanto già previsto dalla legge Balduzzi sull'obbligo delle aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e delle unità complesse di cure primarie (Uccp). Sul fronte ospedali, rimarrebbe a 60 il limite di posti letto per le case di cura private accreditate che tuttavia tramite la possibilità di accorpamenti a partire dai 40 posti letto rimarrebbero operative nella maggior parte dei casi. Ma sui contenuti arriva il monito di Cittadinanzattiva, che rileva come il Patto sia praticamente un atto segreto: da un Governo che fa della partecipazione dei cittadini un punto di forza, scrive **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, in una nota, «non ci saremmo aspettati un Patto per la Salute praticamente "segreto", passato sopra la testa di cittadini, professionisti e anche del Parlamento». E purtroppo chi ne farà le spese sono i cittadini, che per altro vedono rimandare la revisione dei Lea che risalgono ormai a 15 anni fa. Tra le richieste avanzate la riduzione dei ticket, revisione dell'Isce e nessun passo indietro sui diritti acquisiti quali possono essere le esenzioni per cronici e rari, più attenzione ai Lea e «contemporaneità della riorganizzazione della rete ospedaliera con quella dell'assistenza territoriale, affiancando agli standard nazionali ospedalieri, quelli per l'assistenza territoriale».

Francesca Gianì

Lavaggio mani disatteso. In ospedale bandire la stretta di mano

Cosa fate se un medico, un dentista o un infermiere porge la sua mano per stringere la vostra? La risposta viene da un editoriale del Journal of American Medical Association, che suggerisce di bandire la stretta di mano dai contesti sanitari sostituendola con altri cenni di saluto che meno si prestano a diffondere infezioni, per esempio sorridere con un cenno del capo o agitare le mani.

«Gli operatori sanitari hanno sulle mani germi dei tipi più diversi, e nonostante la proliferazione dei liquidi disinfettanti appesi su ogni muro, disimpegno, bagno o cucina, il personale non se le lava» dice **Lynn Ramirez-Avila** dell'Epidemiology and Infection Control, Ronald Reagan UCLA Medical Center, Los Angeles, California, coautrice dell'articolo, specificando che i tassi di lavaggio delle mani tra medici e infermieri si aggirano intorno al 40%. Per questo stringere la mano nelle sale d'attesa, mense, stanze di degenza e bagni a pazienti e visitatori che toccheranno a loro volta amici e parenti, non è una buona idea. Come non lo è lavarsi le mani per pochi secondi, tempo del tutto insufficiente a uccidere i germi che alloggiano, per esempio, tra le pieghe che separano le dita. «Il rischio infettivo della stretta di mano è descritto nella letteratura medica dal ventesimo secolo, e ha aperto la strada a molte campagne di igiene delle mani negli ospedali di tutto il mondo. Tanto per fare un esempio è ormai dimostrato che il *Clostridium difficile*, causa comune di diarrea in ambito sanitario, può essere trasmesso con la stretta di mano. La soluzione? Si potrebbe continuare a formare il personale. Insistere con medici, odontoiatri e infermieri convincendoli, dati alla mano, dei vantaggi antifettivi del lavaggio delle mani. Ma secondo gli autori dello studio è giunto il momento di arrendersi. «Il lavaggio delle mani non viene eseguito ora e non lo sarà in futuro» spiega Ramirez-Avila, proponendo la sua alternativa: fare di cliniche, ospedali e ambulatori odontoiatrici zone franche dove bandire la stretta di mano. Non certo per maleducazione o mancanza di rispetto, ma per evitare di diffondere germi a persone ignare della loro esistenza. «La stretta di mano è un problema solo in sanità, e solamente se le mani che si stringono non sono state accuratamente lavate di recente» rassicura la ricercatrice. [Jama 2014 May 15. doi: 10.1001/jama.2014.4675](#)

L'era digitale migliora la sicurezza dei farmaci?

Nell'era digitale le persone cercano sempre più su Internet informazioni sulla salute e questa è un'opportunità senza precedenti per gli operatori sanitari, specie nel campo della sicurezza dei farmaci. Lo afferma **John Seeger**, farmacologo dell'Harvard Medical School di Boston e coautore di un editoriale pubblicato sul New England Journal of Medicine. A questo proposito il crescente accesso a siti come Wikipedia e WebMD ha fatto emergere una questione importante: in che modo vengono messe in rete le segnalazioni degli effetti avversi di un farmaco? Per rispondere gli autori hanno verificato le comunicazioni sulla sicurezza dei farmaci emessi dalla US Food and Drug Administration (Fda) tra il 1° gennaio 2011 e il 31 dicembre 2012 esaminando i contenuti di Wikipedia, la risorsa sanitaria più consultata, 60 giorni prima e dopo l'annuncio. Le avvertenze di sicurezza riguardavano 22 farmaci per malattie come l'ipertensione, la leucemia mieloide cronica e l'epatite C, prodotti che tutti assieme hanno attivato 13 milioni di ricerche su Google e 5 milioni su Wikipedia per ognuno dei due anni di studio. «L'emissione dei *warning* da parte della Fda ha aumentato in media dell'82% le ricerche su Google la settimana dopo l'annuncio e del 175% le visite a Wikipedia il giorno della pubblicazione» riprende Seeger. Ma le informazioni che gli utenti trovano sono tempestive? Ebbene, il 41% delle pagine di Wikipedia vengono aggiornate entro 2 settimane dalla diffusione del *warning* Fda, percentuale che sale al 58% se i farmaci curano malattie con elevata prevalenza e scende al 23% per farmaci poco diffusi. «Ma in alcuni casi Wikipedia non viene aggiornata anche per un anno» puntualizza il farmacologo. E questi risultati hanno implicazioni pratiche: le nuove tecnologie offrono la possibilità di raggiungere pazienti e medici in modo efficiente, ma il primo passo dovrebbe essere quello di migliorare l'accessibilità delle informazioni sui farmaci sul sito web della Fda, non lasciando il compito ai soli portali d'informazione medica. «Data la frequenza con cui i pazienti cercano su Internet notizie di salute, è tempo per la Fda di farsi garante dell'accesso immediato a informazioni sanitarie accurate e complete, inclusi gli aggiornamenti tempestivi sulla sicurezza dei farmaci» conclude Seeger.

[N Engl J Med. 2014 Jun 26; 370\(26\):2460-2462](#)