



ELSEVIER 2-3 Dicembre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Troppi farmaci ad anziani, Trabucchi: più costi ed effetti collaterali

In media gli anziani costano al Ssn 2.100 euro all'anno, circa quattro volte in più rispetto a un adulto, consumano undici farmaci al giorno e quasi uno su cinque ha avuto un ricovero nell'ultimo anno. Sono i dati forniti dall'Osservatorio Arno, ma secondo il direttore del Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia Marco Trabucchi non si tratta solo delle conseguenze del normale processo di invecchiamento, incide, infatti, anche una cultura geriatrica non sufficientemente diffusa. «Il consumo di farmaci nell'anziano è spesso poco corretto – spiega Trabucchi - perché si tende a controbattere ogni sintomo con un farmaco. E siccome con l'aumentare dell'età i sintomi si moltiplicano e cronicizzano, l'anziano si trova spesso ad assumere una gran quantità di medicinali». Il problema non sta dunque nell'uso del farmaco, ma a monte, e deve essere affrontato attraverso un'attenta scelta clinica: «occorre privilegiare i veri problemi che interferiscono con la qualità della vita e con l'autosufficienza dell'anziano. Altrimenti, se noi spariamo a zero su ogni sintomo rischiamo di caricare il paziente di troppi farmaci con la conseguenza della frequente comparsa di gravi effetti collaterali, difficoltà nella somministrazione e anche un forte aumento dei costi». Secondo Trabucchi, il rischio delle interazioni deve essere sempre tenuto presente: «Se si aumenta rapidamente il numero di farmaci, le probabilità degli effetti collaterali dei singoli e delle interazioni si moltiplicano. La sensibilizzazione su questi aspetti deve interessare sia gli specialisti che il medico di medicina generale, che «dovrebbe compiere scelte prudenti, fare un elenco dei farmaci e stabilire delle priorità, per poi prescrivere solo quelli necessari. Bisogna rivedere profondamente la capacità del medico di scegliere gli obiettivi della terapia, che non possono essere quelli di fronteggiare indiscriminatamente qualsiasi sintomo. Questo può portare a disastri».

Renato Torlaschi

Sicurezza ospedaliera, il decalogo Usa dopo 4 anni di lavori

Sono 10 le più importanti strategie da attuare per la sicurezza del paziente in ospedale, secondo una task force Usa, guidata da Paul G. Shekelle, del Veteran affairs greater Los Angeles healthcare system. In 4 anni di lavoro, dopo una revisione della letteratura e delle pratiche realmente adottate, con una serie di votazioni il board ha selezionato 10 raccomandazioni principali (dalle 158 di partenza). In realtà si tratta di strumenti e procedure il cui uso coinvolge in primis il personale infermieristico. 1°) Checklist preoperatorie per prevenire eventi preoperatori e postoperatori. Ne esistono varie, mirate a evitare errori chirurgici, rendere sicura l'anestesia, controllare tutti i passaggi dal ricovero alla dimissione. 2°) Protocolli comprensivi di checklist per prevenire le infezioni circolatorie associate a una linea venosa centrale. Negli Usa è comune appendere manifesti in reparto che ricordano le principali manovre di asepsi e tengono conto delle settimane trascorse senza infezioni di questo tipo. 3°) Interventi per ridurre l'uso dei cateteri urinari. Spesso sono usati senza reale indicazione, e comunque occorre che l'inserzione e soprattutto la rimozione siano eseguite correttamente per evitare infezioni. 4°) Protocolli per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita comprendenti l'elevazione della testata del letto, sospensioni della sedazione, igiene orale con clorexidina, e tubi endotracheali per l'aspirazione sottoglottica. 5°) Igiene delle mani. I momenti fondamentali sono: prima del contatto con il paziente o di una tecnica asettica, e dopo l'esposizione a fluidi organici o il contatto con il paziente. 6°) Lista di abbreviazioni rischiose da non usare. Molti errori derivano dall'errata interpretazione di acronimi. Ne è nata una lista ufficiale di sigle vietate: per esempio non si deve scrivere "Ms" riferendosi alla "Morfina solfato". 7°) Interventi multidisciplinari per ridurre le ulcere da decubito. Centrale la sorveglianza attiva soprattutto dei pazienti diabetici, obesi e anziani. 8°) Barriere precauzionali per prevenire infezioni associate all'assistenza. 9°) Uso dell'ecografia realtime per l'inserzione della linea venosa centrale. La tecnica facilita la visualizzazione dei vasi, evita la formazione di trombi e guida l'inserzione del catetere. 10°) Interventi per migliorare la profilassi del tromboembolismo venoso e dell'embolia polmonare. I metodi-cardine restano l'anticoagulazione farmacologica e la profilassi meccanica.

Arturo Zenorini

Ann Intern Med, 2013;158(5 Pt 2):365-8.

Libera circolazione pazienti Ue, Conte: per ora è intento

La libertà di cura in tutta l'Unione europea dovrebbe essere possibile a partire dal 5 dicembre ed è annunciato per domani l'arrivo al Consiglio dei ministri del decreto attuativo che recepisce le nuove norme introdotte dalla direttiva europea.

L'entusiasmo di molti è dettato dalla portata ideale del provvedimento, ma il segretario nazionale della Fnomceo Luigi Conte getta acqua sul fuoco: «aspettiamo di vedere il testo, ma per ora mi sembra più che altro un intento di lavoro per il futuro». Conte teme addirittura che le cose diventino più difficili rispetto al passato: «Si tratta di un rimborso di tipo indiretto e naturalmente deve essere fatto alle somme con cui quel tipo di intervento viene retribuito nel Paese di appartenenza. È difficile che possa favorire la libera circolazione se un intervento fatto in Italia fosse retribuito per esempio con la tariffa vigente in Bulgaria o in Romania: non ci sarebbe, per il paese ospitante, nessun interesse a erogare quella prestazione». È evidente che l'elemento economico ha una grande rilevanza e che il sistema di compensazione delle tariffe costituisce lo scoglio più arduo da superare: «un giorno di degenza costa mediamente dai 700 ai 1000 euro nel nostro Paese ma è ben diverso nei Paesi dell'Est europeo, dove generalmente i servizi sono meno qualificati e meno costosi». Questioni altrettanto delicate si pongono riguardo a un altro tipo di libera circolazione: quella dei medici e degli altri professionisti sanitari. Si parla di una tessera che garantisca l'autenticità delle qualificazioni professionali: «Deve essere sofisticata, - dice Conte - e di difficile contraffazione; conterrebbe gli elementi fondamentali validi per l'esercizio della professione, come la laurea, l'abilitazione o il fatto di non avere provvedimenti disciplinari e servirebbe a riconoscere al professionista il diritto di circolare liberamente sul territorio europeo. Ma questa tessera ancora non c'è; insomma, si sta facendo un gran parlare di libera circolazione, ma di fatto in tutti i Paesi c'è un grave ritardo nel renderla effettivamente realizzabile».

Renato Torlaschi