



Chirurgia ambulatoriale, Cic: il vuoto normativo rischia di mettere a repentaglio la salute e le tasche dei cittadini

15/02/2013



La spending review del Governo e la recente delibera della Regione Lombardia non chiariscono il regime della Chirurgia Ambulatoriale. È quanto denunciano i chirurghi - con il Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic) ed il suo Presidente, Marco d'Imporzano - manifestando il loro disappunto e propendono per un intervento immediato affinché il vuoto normativo non produca seri danni per la sicurezza dei pazienti oltre che esborsi economici inappropriati. Le Società Scientifiche, intervenute alla conferenza stampa di ieri a Milano, chiedono inoltre di essere preventivamente consultate rispetto alle decisioni delle Istituzioni.

“Già da un anno” hanno spiegato “le Regioni hanno deliberato in tema di Chirurgia Ambulatoriale in merito al passaggio di alcuni interventi (come ad es. la cataratta ed il tunnel carpale) al regime ambulatoriale. Di fatto si tratta solo di un cambio di denominazione in quanto, per ora, i percorsi sono rimasti uguali ma le società scientifiche esprimono in merito il loro disappunto ed i motivi”. Tutti gli interventi nel corso dei lavori dell'incontro si sono espressi secondo un unico importante messaggio: il passaggio dalla day surgery alla chirurgia ambulatoriale può rivelarsi a scapito del paziente nel momento in cui rischia di essere svolto non rispettando le condizioni di sicurezza. I chirurghi, in regime di spending review, “comprendono quanto sia necessario diminuire i ricoveri inappropriati in ambito medico ma in un momento ove le aspettative del cittadino nei confronti della chirurgia sono altissime non possono accettare di declassare la chirurgia da day surgery a chirurgia ambulatoriale. Infatti se i pochi regolamenti deliberati dalle Regioni si riferiscono al classico percorso della day surgery l'unico vantaggio sarebbe solo quello di introdurre il ticket. Quello di diminuire in modo falso ed artificioso i letti accreditati chiamandoli letti tecnici e non utilizzandoli per il computo della dotazione letti per 1000 abitanti. Ma entrando ancor più nel merito tecnico non si intuisce qual è il beneficio nel portare la chirurgia che si svolge in sala operatoria in un regime ambulatoriale. Mancano regole del gioco su documentazione clinica, sicurezza, accreditamento dei percorsi, ma non solo. Cambiando i flussi informativi da SDO a 24 SAN potremmo avere difficoltà nel reperire quei dati di out che ci proponiamo di mettere sotto controllo con il programma AGE.NA.S Esiti - ricoveri- mortalità post-operatoria. Queste nuove regole prevedono che la chirurgia ambulatoriale, quale chirurgia minore, possa essere eseguita da un solo chirurgo aiutato da uno strumentista ma allora ci si chiede: 1. esiste in Italia la figura dello strumentista e della nurse anestesilogica come in altri paesi europei ed extra EUROPEI o esiste solo la figura dell' infermiere professionale (e atti professionali come 'tenere le valve' potrebbero essere giudicati abuso di professione?); 2. perché il legislatore che ben conosce le problematiche della formazione in campo chirurgico non ha deciso nell'allegato di prevedere “un chirurgo strutturato ed uno in formazione” mentre si fa cenno ad un solo infermiere in sala operatoria. Un solo chirurgo e' insufficiente per questo tipo di interventi così come l'anestesista non deve essere a disposizione ma presente per molte di queste procedure, idem dicasi per il ferrista. Nella realtà” hanno spiegato i chirurghi “non esiste differenza di percorso fra Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale in quanto la Day Surgery ha già snellito al massimo e tolto tutto quello che vi era di superfluo e ridondante nel campo della piccola e media chirurgia, togliere altri segmenti come ad esempio prevedere le dimissioni del paziente senza visita chirurgica ed anestesilogica come potrebbe ipotizzarsi per la chirurgia ambulatoriale non è certamente nell'ottica della sicurezza delle cure, quindi l'introduzione della chirurgia ambulatoriale appare non come un miglioramento nell' appropriatezza dell'utilizzo delle risorse ma come un taglio lineare di risorse (letti- personale) allungando le mani nelle tasche dei cittadini con la richiesta del ticket. «La priorità in questo momento – ha dichiarato il Presidente Cic d'Imporzano «se vogliamo contenere i costi, è quella di avere una chirurgia sicura, che tuteli la salute del paziente minimizzando le complicità e dunque le richieste di risarcimento. La sicurezza del paziente e dell'atto chirurgico sono fondamentali, le aspettative, se tradite, conducono al contenzioso medico legale. Questo va assolutamente evitato. La stampa ci deve supportare nel diffondere il nostro appello. Come presidente del CIC mi impegnerò nel comunicare con le Istituzioni per far presente il punto di vista espresso da noi tutti qui stamane in merito alle delibere della Regione Lombardia sul tema». Cosa vogliono i professionisti? Avere un percorso sicuro: in camera operatoria e con il corretto numero di professionisti dotati dei corretti profili professionali.

Lunedì 16 FEBBRAIO 2013

Giorda (AMD): “Le regioni si mettano una mano sulla coscienza: il Piano va applicato”

“Si tratta della più grande novità legislativa sul diabete negli ultimi 25 anni”. Così **Carlo Giorda**, Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi, descrive la stesura del Piano Nazionale per la malattia diabetica, pubblicato in Gazzetta Ufficiale appena una settimana fa. “Era dalla legge 115 del 1987 che non si prendeva una posizione ufficiale sulla malattia in Italia, un risultato che è partito dalla richiesta dell'Unione Europea, dell'Onu e dell'Oms: si chiedeva di affrontare uno dei maggiori problemi sanitari del secolo, con politiche specifiche e ben pianificate. Questo Piano mette in pratica esattamente quelle direttive. Oggi abbiamo sancito definitivamente che il modello di cura del diabete italiano, basato sull'integrazione tra servizi di diabetologia e medico di famiglia, è quello da seguire, basato su evidenze cliniche: è dimostrato scientificamente che questo approccio può ridurre del 30% la mortalità e le complicanze”.

C'è da dire, infatti, che la cura del diabete in Italia era già all'avanguardia nel mondo e che il sistema di assistenza per la persona diabetica era già ottimo. “Dall'estero guardano al nostro modello di cura, che è uno dei più evoluti anche grazie ai circa 650 centri di erogazione dell'assistenza che sono già attivi su territorio nazionale”, ha spiegato Giorda. “Già prima della stesura ufficiale di questo Piano la cura basata su un'interazione tra la rete dei diversi servizi di diabetologia e i medici generalisti o altri specialisti che si occupano di questa malattia: oggi tutto ciò è sancito per legge. In più, all'interno di questo percorso di empowerment si inserisce l'importante contributo delle associazioni dei pazienti, coinvolte in maniera importante nel processo decisionale e il cui intervento è oggi indispensabile. Non è un caso che Diabete Italia sia stato un attore così importante per la stesura del Piano Nazionale”.

Il messaggio dunque oggi non è tanto di cambiare registro, quanto di mantenere l'alto livello di cura che già viene offerto. “Il messaggio chiaro che deve arrivare ai politici è quello di non smantellare la rete di assistenza, anche se stiamo affrontando un momento di crisi e ingenti tagli”, ha continuato il presidente AMD. “Il problema è sopravvivere. Per capire qual è la portata delle difficoltà basta pensare che il personale che va in pensione ad oggi sistematicamente non viene rimpiazzato, sia che si tratti di medici che di infermieri. È chiaro che il problema cruciale di questo Piano e della Sanità italiana oggi è che non ci sono finanziamenti”. Infine, l'applicazione della legge. “Bisogna evitare la frammentazione e la disomogeneità delle cure che talvolta derivano dal federalismo in Sanità”, ha concluso Giorda. “Se il Piano è stato approvato dalla conferenza Stato-Regioni, ora che le regioni si mettano una mano sulla coscienza e si impegnino nella sua applicazione.”

Laura Berardi

Lunedì 16 FEBBRAIO 2013

Piano Nazionale Diabete. Valentini (Diabete Italia): “Ora affrontiamo la malattia a 360 gradi”

Un enorme passo in avanti per la Sanità italiana. Il Piano mette al centro bisogni del paziente e qualità della cura. E può aiutare anche in termini di sostenibilità per ridurre il numero dei malati e delle complicazioni. Il fardello più grande anche a livello economico quando si parla di diabete.

Dopo l'approvazione in conferenza Stato-Regioni a [dicembre](#), il Piano Nazionale per la malattia diabetica è stato pubblicato la [settimana scorsa](#) in Gazzetta Ufficiale, ed è dunque ormai legge. Risposta alla risoluzione del Parlamento europeo con cui il 14 marzo 2012 si chiedeva agli Stati membri di dotarsi di uno strumento codificato e ufficiale contro la malattia, il Piano sancisce un importante passo in avanti nella lotta al diabete, in diversi modi. Abbiamo chiesto a **Umberto Valentini**, presidente di Diabete Italia, consorzio che riunisce tutte le Società scientifiche, Associazioni di pazienti e operatori professionali del mondo del diabete, e tra i primi artefici del Piano, di raccontarci quali sono i cardini su cui esso si fonda.

“Quello del diabete sta diventando sempre più un problema di sostenibilità, oltre che di salute pubblica”, ci ha spiegato Valentini, contattato telefonicamente. “Secondo i dati Oms siamo arrivati oggi ai livelli di diffusione della malattia che prevedevamo per il 2025. Le cause sono molteplici, da una parte l'invecchiamento generale della popolazione, dall'altra – soprattutto – la diffusione di stili di vita sbagliati, ma la conseguenza è che ad oggi il diabete è una delle quattro patologie più costose al mondo. Questo vuol dire che per forza di cose le risorse con cui far fronte al problema si stanno riducendo, soprattutto in un periodo di crisi come questo, e che in qualche modo il diabete sta probabilmente ‘erodendo’ anche le risorse che sarebbero state destinate ad altri problemi di salute pubblica. Ben presto se le cose non cambiano tutto ciò diventerà insostenibile e per questo le istituzioni internazionali, Commissione europea, Onu e Oms si sono attivate per sollecitare gli Stati”.

Soprattutto, perché la malattia diabetica è abbondantemente prevenibile. “Il 60% dei pazienti potrebbe evitare di diventare diabetico per i prossimi dieci anni semplicemente dimagrendo 5 kg e facendo i 30 minuti di attività fisica giornaliera consigliata”, ha continuato. “Ma oltre a ridurre il numero di persone che diventano diabetiche, altro fattore importante è quello della prevenzione delle complicazioni più gravi: il trattamento di una malattia diabetica senza complicanza impiega molte meno risorse, e i pazienti hanno una qualità e un'aspettativa di vita molto migliore. Il piano dunque vuole fare proprio questo, prevenire, oltre che – naturalmente – continuare a curare ad alto livello”.

Per far sì che le terapie e l'assistenza siano le migliori possibili, il piano contiene alcuni accorgimenti. “Presenta una parte generale e alcune parti specifiche, per risolvere alcune difficoltà particolari che riguardano la patologia o alcuni ambiti precisi come il diabete in gravidanza o in età evolutiva”, ha spiegato ancora Valentini. “Il punto cruciale da cui si è partiti è che un paziente deve sarà curato in maniera diversa a seconda che la malattia sia acuta o cronica, o a seconda che ci siano complicazioni o meno. Il Piano vuole fare proprio questo, adattare la cura ai bisogni del paziente. Ma soprattutto, vuol fare sì che ci sia una rete tra i livelli assistenziali: questo vuol dire che a prescindere da quale sia la gravità del paziente quando si rivolge al medico e a prescindere da quale sia il professionista cui si rivolge per primo, gli obiettivi da raggiungere e le modalità di trattamento

devono essere chiari e ci deve essere una comunicazione impeccabile tra i diversi attori del percorso assistenziale”.

E oltre a questo devono esistere degli indicatori che possano misurare l'efficacia delle cure stesse. “Ad esempio, noto che la cancrena diabetica è la prima causa di amputazione di arti è utile censire quante persone subiscono questo intervento, che tra l'altro è anche facilmente ‘tracciabile’: sapere quante persone si devono sottoporre a un'operazione di amputazione per cancrena diabetica dà una misura della qualità della cura, ovvero se diminuiscono gli interventi vuol dire che in qualche modo sta migliorando la cura”.

Infine, cruciale è il ruolo assegnato alle associazioni di volontariato e dei pazienti. “In Italia esistono più di 300 associazioni che si occupano di diabete, che hanno sempre più un ruolo cruciale di rappresentanza dei bisogni della persona diabetica”, ha continuato il presidente di Diabete Italia. “Per quanto preparato il medico non vive la malattia in prima persona. Per questo c'era necessità di inserire nel processo decisionale chi vede la patologia più a 360 gradi e quindi sa anche qual è il reale accesso alle cure, la loro qualità, così come qual è la vera qualità di vita dei pazienti diabetici. Insomma, si è tentato di mettere la persona diabetica al centro di questo Piano Nazionale”.

Ora tutto sta a vedere se il piano verrà effettivamente applicato e in che modo. “Saranno le regioni ad occuparsi dell'applicazione, e probabilmente avremo delle difficoltà, soprattutto in alcuni posti dove ci sono più problemi. È possibile che ci saranno – come in altri casi è successo – differenze a livello nazionale”, ha concluso Valentini. “Viviamo in un paese in cui le cose vengono scritte, ma poi abbiamo difficoltà ad applicarle. Speriamo non sia questo il caso”.

Laura Berardi