



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il laser che fotografa i tumori Nuova frontiera della chirurgia

Uno strumento in grado di distinguere le cellule tumorali da quelle sane, grazie al laser, in modo preciso e veloce. Potrebbe rivoluzionare la chirurgia del futuro. Si tratta di un microscopio di nuova generazione basato sulla spettroscopia detta 'raman coerente' su cui è al lavoro un team di ricercatori del Politecnico di Milano.

Vaccino anti-aterosclerosi fa barriera al colesterolo

LA RICERCA

Funziona, per ora sul modello animale, il vaccino contro l'aterosclerosi al quale stanno lavorando vari laboratori in Usa: «Nei topi si è registrata una diminuzione del 60-70% delle placche aterosclerotiche e l'obiettivo è iniziare la sperimentazione sull'uomo nell'arco di 2-3 anni».

Ad affermarlo è stato l'esperto statunitense Jawahar Mehta, professore di Medicina al College of medicine-university of Arkansas for medical sciences in occasione della presentazione a Roma del congresso della Società italiana di cardiologia.

IL LABORATORIO

«Gli ultimi risultati - ha spiegato Mehta - dimostrano che il vaccino può ridurre la formazione delle placche aterosclerotiche e nei topi di laboratorio tale riduzione è stata pari al 60-70%. Per la sperimentazione sull'uomo saranno necessari 2-3 anni».

I ricercatori statunitensi hanno sviluppato delle molecole sintetiche con l'obiettivo di bloccare l'ingresso del colesterolo dal sangue alle pareti delle coronarie.

IL COLESTEROLO

L'aterosclerosi è una malattia infiammatoria cronica, progressiva, che colpisce le arterie. Tra le cause anche il colesterolo che, se presente nel sangue in quantità elevata e per un periodo di tempo prolungato, infiamma le arterie e riduce il passaggio di sangue e di ossigeno.

«Abbiamo identificato - aggiunge l'esperto - un peptide promettente, che riduce significativamente la progressione dell'aterosclero-

**SUCCESSO NEI TOPI
TRA DUE ANNI PROVE
ANCHE SULL'UOMO
UNA NUOVA TERAPIA
PER VINCERE
L'IPERTENSIONE**

**LA PROFILASSI
La puntura
dovrebbe
essere
prevista
durante
l'infanzia**

si e il rischio di ipertensione nei topi».

Quindi, il vaccino prossimo venturo, potrebbe essere un'arma anche per affrontare la pressione alta. Patologia sempre più diffusa.

In Italia colpisce 17 milioni di persone (33% uomini, 31% donne). Scatenando complicanze cardiovascolari quali l'ictus, infarto del miocardio e insufficienza renale cronica. I due terzi dei pazienti trattati, con terapia di prima linea, però, non raggiungono il corretto livello di pressione. Oggi, un nuovo approccio terapeutico potrebbe consentire di salvaguardare gli organi bersa-



glio del killer silenzioso: cuore, vasi e reni. Come emerge dallo studio Escape-It.

LA TERAPIA

Il lavoro, realizzato da ricercatori italiani con il supporto della società farmaceutica belga Therabel e pubblicato su "Cardiovascular Therapeutics", ha riguardato l'utilizzo del canrenone, in aggiunta agli "Ace-Inibitori" o sartani e idraclorotiazide (un diuretico). «L'aggiunta del canrenone spiegano i ricercatori - come terzo farmaco ha portato a normalizzare oltre il 70% dei pazienti».

R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Oltre 200mila persone l'anno colpite al cervello
Più possibilità di limitare i danni intervenendo
velocemente dai primi segni: ecco in che modo

Così l'ictus si può prevenire

LA PATOLOGIA

Eun male subdolo che può presentarsi in molti modi diversi, più o meno riconoscibili: mancanza di forze, formicolio a un braccio o a una gamba, difficoltà a parlare e a vedere da un occhio, ecc. È l'ictus, la rottura o l'occlusione di un vaso sanguigno nel cervello, che rappresenta la seconda causa di morte nei paesi occidentali. Si stima che in Italia colpisca all'incirca 200mila persone all'anno, il 20% sono recidive.

L'ATTACCO

La buona notizia è che può essere prevenuto in 8 casi su 10. E può essere curato, purché tutto avvenga nei tempi e nelle modalità giuste. È su questo che si basa l'alleanza recentemente stipulata da Alice Italia Onlus e la Società Italiana di Medicina Generale (Simg). L'idea è quella lavorare insieme per sensibilizzare la popolazione sui percorsi da seguire per la prevenzione.

Per avere, per esempio, più possibilità di superare l'attacco evitando le conseguenze, chiamando aiuto tempestivamente. Maggiore infatti è il tempo che trascorre dall'insorgenza dei sintomi, maggiore è il rischio che l'ictus provochi danni cerebrali e invalidità.

I SEGNALI

«L'ictus va riconosciuto appena compaiono i sintomi - sottolinea Paola Santalucia, vicepresidente dell'Associazione per la Lotta alla Trombosi e alla malattie cardiovascolari - e va curato in modo

appropriato, senza perdere tempo: è un'emergenza medica, e i pazienti dovrebbero essere ricoverati e curati in unità opportunamente attrezzate chiamate Stroke unit».

Eppure nel nostro paese le Stroke Unit, dove si esegue oltre che la trombolisi con farmaci, anche la trombectomia meccanica, sono meno di quanto sarebbe necessario. «La terapia trombolitica con farmaci - spiega Valeria Caso, neurologa presso l'Ospedale Misericordia di Perugia e presidente dell'European Stroke Organization - deve essere somministrata in fase precocissima, entro 4 ore e mezza al massimo dall'inizio dei sintomi e serve quando l'evento acuto ha interessato vasi piccoli o medi, mentre quando ad essere interessati sono vasi di grandi dimensioni la sua efficacia non supera il 40%». In questi casi si hanno 6 ore di

UNO STUDIO USA DIMOSTRA CHE IL PAZIENTE CON UN RAPPORTO D'AMORE STABILE HA UNA RIPRESA MIGLIORE

tempo per andare in sala operatoria e sottoporsi a una trombectomia meccanica.

«La tecnica - sottolinea Caso - prevede l'inserimento di uno speciale stent retriever mediante accesso inguinale che, sotto guida radiografica, raggiunge l'arteria cerebrale occlusa e ne ristabilisce la pervietà, asportando i residui di materiale che lo aveva

ostruito».

GLI SPOSATI

Oltre la medicina, è il mondo emotivo che circonda il paziente ad aiutare la ripresa. Come dimostra uno studio della Duke University di Durham, in Nord Carolina, pubblicato sulla rivista Journal of the American Heart Association: chi ha un matrimonio o una relazione stabile ha migliori prospettive di sopravvivenza.

Gli studiosi hanno analizzato alcuni dati parte di uno studio sulla salute e lo status pensionistico in Usa che poggiava su 50 anni di interviste ai partecipanti, selezionando un campione tra coloro che avevano avuto un ictus dal 1992 al 2010.

IL PARTNER

Sono stati presi in esame 2351 adulti di 41 anni e oltre. I risultati hanno evidenziato che il rischio di decesso dopo un ictus risultava del 71 per cento maggiore per coloro che non erano stati mai sposati rispetto a chi aveva un matrimonio stabile.

Per i pazienti che erano divorziati o vedovi, questo rischio risultava rispettivamente del 23% e del 25% maggiore, con un divario rispetto a chi aveva una relazione stabile che cresceva ancora per coloro che avevano sperimentato il divorzio o la perdita del partner più di una volta. Non vi erano, nel complesso, differenze sostanziali tra uomini e donne.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'alcol

► **Basta con l'abuso di alcol: aumenta la probabilità di ictus. Le donne rischiano molto più degli uomini**

Il fumo

► **Smettere con il fumo: il rischio di ictus cresce con il crescere del numero di sigarette fumate. Declina dopo la sospensione del fumo nell'arco di 2-4 anni**

L'attività fisica

► **Seguire attività fisica regolare: apre più vasi sanguigni nel cuore, limitando i danni di "chiusura" di un'arteria**

Il menù

► **Ridurre la quantità di sodio nella dieta. Il sodio si trova soprattutto nel sale ma anche nei cibi preconfezionati**

Test svela il rischio d'infarto in chi è sano

LA SPERIMENTAZIONE

Un test del sangue rapido e soprattutto economico per capire quali pazienti, apparentemente sani, sono in realtà ad alto rischio di attacco cardiaco. Secondo i medici, l'esame potrebbe essere più efficace del semplice controllo di pressione e colesterolo per stimare il rischio cardiovascolare in assenza di sintomi.

Al momento il test è stato sperimentato solo sugli uomini, ma per il team di ricerca finanziato dalla British Heart Foundation dovrebbe funzionare anche nelle donne. Al centro dello studio il test della troponina, che esamina una proteina rilasciata quando il muscolo cardiaco è danneggiato. I medici già lo usano per la diagnosi di pazienti con un sospetto attacco cardiaco. Ma secondo i ricercatori delle Università di Edinburgo e Glasgow, questo esame potrebbe essere utile per aiutare i pazienti ad evitare un infarto.

LE STATINE

Nella ricerca, Nicholas Mills e i suoi colleghi hanno scoperto che gli uomini con livelli più alti di troponina nel sangue sono più a rischio degli altri di subire un infarto o morire per una cardiopatia fino a 15 anni dopo. Ma mettendo alcuni di questi uomini ad alto rischio in trattamento preventivo (con statine), si è ridotto

il rischio e anche i livelli di troponina. Lo studio è stato condotto su 3.300 uomini con colesterolo alto, ma senza una storia di cardiopatia. Gli scienziati ora puntano ad approfondirlo includendo anche le donne. Secondo David Newby, fra gli autori del lavoro pubblicato sul "Journal of the American College of Cardiology", «la troponina è come un barometro della salute del cuore. Se si alza è male e il tuo rischio di problemi cardiaci aumenta. Se scende va bene».

LE ANALISI

Inoltre, questo valore «sembra in grado di rivelare chi beneficia di più delle statine e apre a una nuova strada per analisi» mirate. Insomma, il test potrebbe aggiungersi alle misure attualmente impiegate per individuare precocemente il rischio cardiovascolare dei pazienti.

«Il test della troponina aiuterà i medici a identificare i soggetti apparentemente sani che hanno una malattia cardiaca silente - spiega Mills - In questo modo possiamo studiare trattamenti preventivi su misura per le persone che ne beneficeranno di più».

**VIENE ESAMINATA
LA TROPONINA
UNA PROTEINA
RILASCIATA QUANDO
IL MUSCOLO CARDIACO
È DANNEGGIATO**

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Crediti Ecm: la Commissione concede "proroga"

 panoramasanita.it/2016/12/20/crediti-ecm-la-commissione-concede-proroga/

Ci sarà tempo per tutto il 2017 per mettersi in pari con i crediti Ecm relativi al triennio 2014 – 2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni). "A stabilirlo" riferisce la Fnomceo, "la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del 13 dicembre scorso. Sempre in quell'occasione, la Commissione ha fissato i **nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti** agli eventi da parte dei provider. Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni (**delibera del 4 novembre**). Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la Commissione ha infatti previsto una riduzione di 15 crediti per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di 30 crediti per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti se il "punteggio si assesta tra 80 e 120. Partiranno a gennaio i nuovi corsi Fad della Fnomceo, offerti gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma Fadinmed. A inaugurare la serie" conclude la Fnomceo, "un corso sulle Vaccinazioni".

quotidianos**sanità**.it

Martedì 20 DICEMBRE 2016

Responsabilità professionale. Il Senato va in vacanza. Votazioni riprenderanno dal 10 gennaio 2017

Al contrario di quanto auspicato nei giorni scorsi, per la ripresa delle votazioni sul provvedimento, interrotte prima del referendum e poi per la crisi di Governo, bisognerà aspettare l'anno nuovo. Ad annunciare il calendario dei lavori del Senato fino al prossimo 12 gennaio è stato oggi il presidente Pietro Grasso. Nelle precedenti sedute l'Assemblea aveva approvato gli articoli 1, 2, 3, 5, 6 e 7, mentre era stato accantonato l'articolo 4. Il testo dovrà comunque troncare alla Camera.

Niente da fare ancora una volta. Il via libera da parte del Senato al disegno di legge Gelli sulla responsabilità professionale ed il rischio clinico (che in ogni caso dovrà tornare alla Camera) viene rinviato al 2017. La ripresa dei lavori sul provvedimento da parte dell'Assemblea di Palazzo Madama riprenderà infatti il prossimo 10 gennaio. Ad annunciarlo è stato oggi il presidente **Pietro Grasso** elencando il calendario dei lavori fino al prossimo 12 gennaio.

Nelle precedenti sedute, prima dell'interruzione per il referendum del 4 dicembre, e successivamente per le dimissioni dell'ex premier Matteo Renzi, l'Assemblea aveva approvato gli articoli 1, 2, 3, 5, 6 e 7, mentre era stato accantonato l'articolo 4.

Questi gli articoli fino ad oggi approvati dall'Aula del Senato.

Articolo 1 (Sicurezza delle cure in sanità). Sono qui presenti norme generali di principio in materia di sicurezza delle cure sanitarie, con le quali viene specificato che essa è parte costitutiva del diritto alla salute, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e si consegue anche mediante l'insieme di tutte le attività intese alla prevenzione ed alla gestione del rischio (connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie) e mediante l'impiego appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Si specifica che alle attività di prevenzione del rischio, messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operino in regime di convenzione con il Ssn.

Articolo 2 (Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente). Qui si prevede che le Regioni possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa. Ricordiamo qui la [polemica sollevata da Cittadinanzattiva](#) per l'esclusione della rappresentanza dei cittadini dall'organismo di garanzia già prevista nel testo approvato dalla Camera.

Il Difensore civico:

- nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

Si prevede che in ogni regione sia istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. il **Centro per la**

avversi e sul contenzioso e li trasmette semestralmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale all'**Osservatorio nazionale** delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità.

Si novella poi il comma 539 della legge di stabilità 2016 laddove si prevede che le regioni dispongano che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario per lo svolgimento di una serie di compiti - inserendo un ulteriore compito riguardante la predisposizione di una **relazione semestrale consuntiva**, pubblicata sul sito web della struttura sanitaria, sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso, e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Articolo 3 (Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità). Qui si dispone che venga istituita presso l'Agenas, e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**, il quale acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi, nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso. Inoltre, anche mediante la predisposizione (con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie) di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'Osservatorio si avvale anche del **Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)**. Il Ministro della Salute trasmette annualmente alle Camere una **relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio**.

Articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida). Si demanda qui ad un Decreto del Ministro della salute la regolamentazione e l'**istituzione di un Elenco di società scientifiche** e si afferma il principio che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale si attengono, salve specificità del caso concreto, alle raccomandazioni indicate dalle **linee guida** elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro 90 giorni (e non più 180 giorni) alla data di entrata in vigore della presente legge e da **aggiornare con cadenza biennale**. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche il decreto del Ministro della Salute stabilisce:

- a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;
- b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione sul sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;
- c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse sono integrati nel **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**. L'Istituto superiore di sanità pubblica sul proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità del rigore metodologico adottato a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Articolo 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria). Questo articolo è stato interamente sostituito. Il nuovo articolo introduce nel **codice penale l'articolo 590-sexies** recante "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", il quale dispone che, se i reati di **omicidio colposo (art. 589 c.p.)** e **lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)** sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste escludendo la punibilità, qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia, quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Conseguentemente viene abrogato il comma 1, dell'articolo 3, del decreto-legge 158/2012 (decreto Balduzzi), convertito, con modificazioni, dalla legge 189/ 2012, in materia di responsabilità professionale

svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non risponde penalmente per colpa lieve.

Articolo 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria). Qui si disciplina la responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie e quella delle strutture sanitarie o sociosanitarie, con riferimento all'operato dei medesimi soggetti. In particolare: **conferma** la **responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria**, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti professioni sanitarie, anche qualora essi siano stati scelti dal paziente e non siano dipendenti della struttura medesima, è di **natura contrattuale**; **specifica** che la responsabilità civile della medesima struttura è di natura contrattuale anche con riferimento alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina; conferma che l'esercente le professioni sanitarie di cui sopra risponde del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 del Codice civile (Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno) salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 e dell'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dal precedente articolo 6.

Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 (**Danno biologico per lesioni di non lieve entità**) e 139 (**Danno biologico per lesioni di lieve entità**) del **Codice delle assicurazioni private** di cui al decreto legislativo 209/2005, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 (Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, si provvede alla predisposizione di una specifica tabella unica su tutto il territorio della Repubblica: a) delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti; b) del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso) e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo.

Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

Giovanni Rodriguez

quotidiano**sanità**.it

Martedì 20 DICEMBRE 2016

Morte cardiaca improvvisa. Dai cardiologi Usa nuove linee guida

L'American Heart Association e l'American College of Cardiology hanno reso note delle nuove linee guida che hanno come obiettivo quello di prevenire la morte cardiaca improvvisa (SCD). Le prestazioni e le misure di qualità delle cure per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa si dividono in quattro categorie: cardiologia preventiva; rianimazione/cure di emergenza cardiovascolare; insufficienza cardiaca/cardiologia generale ed elettrofisiologia.

(Reuters Health) – L'American Heart Association e l'American College of Cardiology hanno reso note delle nuove linee guida che hanno come obiettivo quello di prevenire la morte cardiaca improvvisa (SCD). Le prestazioni e le misure di qualità delle cure per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa si dividono in quattro categorie: cardiologia preventiva; rianimazione/cure di emergenza cardiovascolare; insufficienza cardiaca/cardiologia generale ed elettrofisiologia

Queste misure si declinano in quattro obiettivi: diagnosi, educazione del paziente, trattamento e autogestione. Le misure di qualità proposte includono lo screening per storia familiare di morte cardiaca improvvisa, per la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica – quando è presente una importante familiarità per cardiomiopatia e morte cardiaca improvvisa – istruzioni per il defibrillatore automatico esterno (AED).

Le misure di performance includono la cessazione dell'abitudine al fumo nei pazienti a rischio, l'uso del defibrillatore impiantabile (ICD) in alcuni pazienti, l'accertamento di cause reversibili di arresto cardiaco prima di un impianto di defibrillatore come prevenzione secondaria e la consulenza per i pazienti idonei ad un ICD. Il comitato scientifico che ha redatto queste misure ritiene che esse potrebbero essere di grande aiuto ai medici per migliorare la qualità delle cure e dei risultati, sebbene ci sia ancora molto da studiare e da fare per sviluppare misure in grado di prevenire e curare la morte cardiaca improvvisa.

Fonte: *Journal American College of Cardiology*

Will Boggs

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

quotidiano **sanità**.it

Martedì 20 DICEMBRE 2016

Ecm. Commissione nazionale concede 'proroga'. "Ci si potrà mettere in regola entro il 2017". Arrivano anche i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti

Tutto l'anno prossimo mettersi in pari con i crediti Ecm relativi al triennio 2014 – 2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni). Stabiliti per triennio 2017-2019 nuovi [criteri](#) per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

"Ci sarà tempo per tutto il 2017 per mettersi in pari con i crediti Ecm relativi al triennio 2014 – 2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni)". A stabilirlo, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del 13 dicembre scorso. A darne comunicazione è la Fnomceo.

Sempre in quell'occasione, la Commissione ha fissato i nuovi [criteri](#) per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni (v. [delibera](#) del 4 novembre). Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la Commissione ha infatti previsto una riduzione di 15 crediti per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di 30 crediti per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti se il "punteggio si assesta tra 80 e 120.

Partiranno poi a gennaio i nuovi corsi Fad della Fnomceo, offerti gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma [Fadinmed](#). A inaugurare la serie, un corso sulle Vaccinazioni.

Sanità24

Italia maglia nera per apparecchiature diagnostiche: 58mila sono da rottamare

Maglia nera all'Italia per apparecchiature diagnostiche: ben 58mila, tra risonanze magnetiche, Pet, Tac, angiografi, mammografi e ventilatori per anestesia sono infatti di età avanzata, superando abbondantemente la media degli altri Paesi europei con un incremento di quelle più vecchie di 10 anni e una diminuzione delle tecnologie con meno di cinque anni. E se Francia, Danimarca e Svezia registrano tra il 60% e il 70% di apparecchiature con età fino a cinque anni, l'Italia - solo per fare un esempio - possiede solo il 30% di angiografi sotto questa soglia di età. È quanto emerge dal nuovo Rapporto sullo stato di obsolescenza del parco installato di diagnostica per immagini e sull'elettromedicina in Italia curato dal Centro studi di Assobiomedica e presentato a Roma nell'ambito della IX Conferenza nazionale dei dispositivi medici.

A destare preoccupazione nel nostro Paese sono soprattutto il 74% dei mammografi convenzionali con più di 10 anni di vita, così come il 60% di apparecchiature mobili convenzionali per le radiografie, il 50% dei ventilatori di terapia intensiva e il 77% dei sistemi radiografici fissi convenzionali. «Su 100mila apparecchiature censite - ha fatto sapere Marco Campione, presidente dell'associazione elettromedicali di Assobiomedica - circa il 60% sono obsolete, avendo superato notevolmente la soglia di adeguatezza tecnologica con costi di gestione enormi che potrebbero essere abbattuti, sostituendole gradualmente con tecnologie di ultima generazione. Si tratta di apparecchiature meno sicure, con qualità clinica diagnostico-terapeutica al limite dell'appropriatezza. Abbiamo troppe apparecchiature, troppo vecchie e troppo poco usate».

Secondo Campione urge un investimento su tecnologie innovative «a fronte di un disinvestimento di quelle obsolete - ha proseguito - che sono ben 58mila in Italia. E lo si può fare con tariffe modulate come nel caso di successo della Francia, che da anni prevede meccanismi di rimborso variabili delle prestazioni, che penalizzano

pesantemente e progressivamente l'utilizzo di apparecchiature oltre le soglie di vetusta' stabilite, incentivando l'adozione dell'innovazione tecnologica».

Lo si può fare, inoltre, con leve fiscali come avviene «con successo da anni nel Regno Unito - ha aggiunto ancora Campione - dove si applica un'aliquota Iva agevolata».

Tra le soluzioni proposte dal presidente dell'Associazione elettromedicali di Assobiomedica per superare l'obsolescenza delle apparecchiature diagnostiche nel nostro Paese ci sono anche «l'applicazione di leggi ad hoc, come avviene in Italia con successo da molti anni in altri settori - ha aggiunto- prevedendo ad esempio di incentivare la 'rottamazione' dell'obsoleto a fronte dell'acquisto del nuovo, oppure l'utilizzo di strumenti moderni di acquisizione come 'Managed Equipment Services', come avviene con successo da anni nella maggior parte dei Paesi anglosassoni e di quelli del Nord Europa. Questi sono solo alcuni ingredienti di una ricetta necessaria per una cura shock - ha infine concluso Campione - che si deve mettere in pista da subito a invarianza di bilancio».