

Ecco il nuovo sistema Ecm: obbligatori 150 crediti nel triennio

L'Agenas, agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, insieme ai tecnici del ministero della Salute e delle Regioni, ha completato il testo che ridisegna il sistema della formazione continua in medicina. Il testo sarà presentato alla Conferenza Stato-Regioni nei prossimi giorni. Il documento riassume tutte le norme prodotte nel passaggio tra la prima fase Ecm, quando venivano accreditati i singoli eventi, e la situazione attuale, che prevede l'accREDITAMENTO dei provider, introducendo anche alcune novità sia riguardo alle materie dei corsi organizzati da Ordini e Collegi, sia sulle scelte formative dei singoli professionisti.

«L'Ecm si prepara finalmente a entrare nella fase a regime. Il coronamento del lavoro compiuto nell'ultimo anno», ha detto con soddisfazione Claudio Cricelli, presidente della Simg e componente della Commissione nazionale Ecm. **Si confermano i 150 crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio, fissato il limite minimo di 25 crediti annui e massimo di 75.** I medici possono farsi riconoscere anche un massimo di 45 crediti riportati dal triennio precedente 2008-2010. Per i professionisti sanitari del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30, con un minimo di 15.

I liberi professionisti avranno maggiore flessibilità sui crediti annui. Gli Ordini, Collegi e associazioni professionali possono organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Ogni professionista ha un dossier formativo costituito da 29 aree con obiettivi formativi dei corsi: obiettivi formativi di sistema (con tematiche valide per tutti), obiettivi formativi di processo (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) ed obiettivi formativi tecnico-professionali (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività).

Indicati come di particolare rilievo per il SSN e i SSR le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore ed alla qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali.

Non potranno rientrare nel sistema Ecm i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale. L'anagrafica dei crediti formativi resta competenza del Cogeaps, il Consorzio che fa capo agli Ordini e alle Associazioni professionali.

Minuziosa la descrizione dei requisiti dei provider, delle risorse finanziarie e organizzative che devono dimostrare di avere e le procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa. Misure precise anche in tema di sponsorizzazioni, che non devono sovrapporsi ai momenti formativi, e conflitto d'interesse di provider e docenti. Si istituisce l'Albo nazionale dei provider, curato dalla Commissione nazionale Ecm.

Spironolattone e trimetoprim: associazione pericolosa

Trimethoprim-sulfamethoxazole induced hyperkalaemia in elderly patients receiving spironolactone: Nested case-control study.

Antoniou T, Gomes T, Mamdani MM, Yao Z, Hellings C, Garg AX, Weir MA, Juurlink DN

BMJ. 2011 Sep 12;343.

L'uso prolungato di diuretici risparmiatori di potassio, come lo spironolattone, può indurre l'insorgenza di iperpotassiemia, soprattutto se lo spironolattone è utilizzato in associazione con altri farmaci che di per sé possono indurre aumento di potassio, come gli ACE-inibitori.

Una molecola che possiede anche questa capacità è il trimetoprim, componente dell'associazione trimetoprim-sulfametossazolo (TMP-SMZ), che riduce l'escrezione urinaria del potassio, per cui diventa rischioso utilizzarlo assieme allo spironolattone. Alcuni ricercatori hanno realizzato uno studio caso-controllo su pazienti anziani ricoverati in ospedale nell'Ontario, trattati contemporaneamente con TMP-SMZ e spironolattone.

Su 166.000 soggetti (di età superiore a 65 anni) trattati con spironolattone in un periodo di 18 anni, 6.900 sono stati ricoverati per iperpotassiemia: 306 entro due settimane dopo l'assunzione di TMP-SMZ, nitrofurantoina, norfloxacin o amoxicillina. Di questi, 248 sono stati parificati con 783 pazienti sempre in trattamento con spironolattone ed uno di questi antibiotici ma senza essere ricoverati.

Dopo i vari aggiustamenti si è visto che i soggetti con iperpotassiemia erano stati trattati con TMP-SMZ con una frequenza oltre 12 volte superiore rispetto ai pazienti trattati con amoxicillina. Anche la nitrofurantoina si è associata ad un aumento dell'iperpotassiemia (Odds Ratio 2.4), mentre la norfloxacin no.

Commento:

E' ampiamente conosciuto che bisogna prestare attenzione, soprattutto negli anziani, alle prescrizioni multiple: le associazioni spesso producono effetti indesiderati, ed il rischio di iperpotassiemia è sempre presente in pazienti in terapia cronica con i risparmiatori di potassio. Il ricorso, in caso di necessità, ad un antibiotico ad ampio spettro come l'amoxicillina, esente da rischi, è l'opzione preferibile.

Gli antipsicotici nell'anziano aumentano il rischio di IMA

Antipsychotic Use and Myocardial Infarction in Older Patients With Treated Dementia

Antoine Pariente, MD, PhD; Annie Fourrier-Re'glat, PharmD, PhD; Thierry Ducruet, MSc; Paddy Farrington, PhD; Sarah-Gabrielle Be'land, PhD; Jean-Francois Dartigues, MD, PhD; Nicholas Moore, MD, PhD; Yola Moride, PhD

Arch Intern Med. Published online March 26, 2012.

I farmaci antipsicotici (AP) sono abitualmente prescritti ai pazienti anziani affetti da demenza. E' ampiamente conosciuto il fatto che questi farmaci aumentano il rischio di stroke ischemico in questa popolazione, ma secondo una recente ricerca essi aumenterebbero anche il rischio di IMA (infarto miocardico acuto) tra i pazienti anziani residenti in comunit  trattati con inibitori della colinesterasi. Queste sono le conclusioni a cui sono giunti il dott. Antoine Pariente ed i suoi colleghi che hanno voluto valutare l'associazione tra uso AP ed il rischio di IMA in pazienti trattati con inibitori della colinesterasi. Sono stati utilizzati i dati ottenuti dalla banca dati del Quebec. Da questa coorte di pazienti anziani in trattamento con inibitore della colinesterasi osservati tra il 1 gennaio 2000 e il 31 dicembre 2009, tutti i nuovi utilizzatori di AP sono stati confrontati con un campione casuale di controlli, ossia pazienti che non utilizzavano gli AP. Il rischio di IMA   stato valutato utilizzando modelli proporzionali di Cox, aggiustato per et , sesso, fattori di rischio cardiovascolare, l'uso di farmaci psicotropi e propensity score. Di 37.138 soggetti in terapia con inibitori della colinesterasi, 10.969 (29,5%) iniziavano la terapia con AP. Dai risultati ottenuti   emerso che entro il 1° anno di trattamento con AP l'1,3% di loro ha avuto un IMA. Gli Hazard ratio per il rischio di IMA dopo l'inizio del trattamento con AP sono stati 2,19 (95% CI, 1,11-4,32) per i primi 30 giorni, 1,62 (95% CI, 0,99-2,65) per i primi 60 giorni, 1,36 (95% CI, 0,89-2,08) per i primi 90 giorni, e 1,15 (95% CI, 0,89-1,47) per i primi 365 giorni. Possiamo quindi concludere che l'uso di AP   associato ad un aumento modesto e limitato nel tempo del rischio di IMA tra i pazienti residenti in comunit  di anziani trattati con inibitori della colinesterasi.

Come si pu  notare, il rischio   maggiore nel primo mese di trattamento.

Infarto miocardico in pazienti ultranovantenni

Myocardial infarction in patients over 90 years of age

Josef Yayan - Department of Internal Medicine, Vinzentius-Hospital, Cornichonstraße 4, Landau, Germany

Clinical Interventions in Aging 2012:7 77–81

Scopo di questo studio è stato quello di esaminare il trend crescente nell'aspettativa di vita in relazione ad attacchi cardiaci e cateterismo. Questo studio retrospettivo è stato effettuato in pazienti ultranovantenni (gruppo di studio) ed in un gruppo controllo di pazienti tra 70 e 79 anni affetti da IMA e sindrome coronarica acuta che hanno effettuato la coronarografia.

Tra il 2007 ed il 2011 sono state eseguiti 1100 cateterismi cardiaci nel laboratorio di emodinamica del Vinzentius-Hospital di Landau, in Germania. Nello stesso periodo le coronarografie effettuate sono state 36 negli ultranovantenni e 354 nel gruppo controllo.

L'infarto miocardico con ST non sopraslivellato (NSTEMI) è avvenuto più frequentemente nel gruppo di studio, mentre la Sindrome coronarica acuta (SCA) è stata più frequente nel gruppo di controllo. E' più probabile che i pazienti anziani con SCA abbiano comorbidità come diabete mellito, insufficienza renale, malattia cerebrovascolare e scompenso cardiaco. Inoltre, demenza e ridotte capacità funzionali sono anche più comuni in questo gruppo di pazienti, cosicché questi fattori devono essere presi in considerazione nelle decisioni di trattamento.

Secondo studi recenti la terapia invasive migliora significativamente la sopravvivenza dei pazienti anziani con infarto miocardico acuto. In questo studio, la probabilità di sopravvivenza era in particolare tra i pazienti più anziani rispetto a quelli più giovani. E' stato inoltre riscontrato che i pazienti con età avanzata, coronaropatie pre-esistenti, pregresso stroke, pregressa insufficienza renale, obesità, infarto NSTEMI, pregressa SCA e presenza di aritmia sopraventricolare hanno maggiori probabilità di subire un trattamento conservativo.

Arriva il "super-infermiere": la bozza della proposta

Arriva il "super-infermiere". **Potrà visitare, diagnosticare e persino prescrivere, sebbene nell'ambito di percorsi condivisi e "multiprofessionali"**, gestiti cioè assieme ai medici e alle altre figure del SSN. La novità è contenuta nel documento del ministero della Salute che riscrive ruolo e competenze degli infermieri in vista di un'intesa dedicata da parte di Stato e Regioni. La bozza, diffusa a Ordine dei medici e Ipasvi (la Federazione dei collegi degli infermieri) per un parere, dà da pensare già dal preambolo. Ricorda come «si stia assistendo a una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali» del sistema sanitario, da cui la necessità di «ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza» in base a modalità «interdisciplinari», in uno scenario che impone «l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione». Tali principi vengono così declinati dal Ministero nelle varie aree dell'assistenza: Cure primarie (cioè territorio), emergenza-urgenza, area chirurgica, area pediatrica, area salute mentale e dipendenza. E per ognuna, la proposta detta uno schema dei nuovi profili che attendono l'infermiere.

Nelle Cure primarie, per esempio, la proposta ministeriale apre agli infermieri attività come l'utilizzo di strumenti standardizzati per l'identificazione precoce di possibili stati patologici (medicina di opportunità e di iniziativa)», il monitoraggio delle condizioni di stabilità della persona cronica, il trattamento «in autonomia» di problemi specifici sulla base di percorsi clinico assistenziali o protocolli condivisi, la prescrizione «in base a procedure e criteri condivisi di presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza», l'impiego di ecografo e «altri strumenti di diagnostica semplice», l'organizzazione di campagne vaccinali, la realizzazione «in collaborazione con gli insegnanti delle scuole di specifici programmi di educazione alla salute» e molto altro ancora. Nell'area dell'Emergenza, invece, l'infermiere dovrà tra le altre cose «riconoscere le principali alterazioni metaboliche, respiratorie e cardiache nel paziente acuto», gestire efficacemente e in sicurezza «i casi non critici», «gestire la terapia su protocolli concordati», eseguire le suture di ferite e trattare i casi minori (sempre sulla base di «protocolli condivisi»), gestire «in ottica multidisciplinare i servizi di follow up post-intensivo» anche «nel *long term* dopo la dimissione a domicilio».

Intanto i sindacati hanno riconfermato tutte le loro perplessità, di cui l'Ordine terrà conto in un memorandum da compilare entro metà maggio per essere consegnato al Ministro: **«Non vogliamo sollevare barriere alla crescita professionale degli infermieri» ricorda Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fnomceo «ma pretendiamo che venga comunque garantita la certezza dei ruoli.** Tra i medici serpeggiano diverse paure, anche perché la bozza è così vaga da sembrare un mansionario e il percorso scelto per vararla (un accordo stato-regioni, ndr) è destabilizzante». «Vogliamo essere coinvolti» rincara Riccardo Cassi, presidente nazionale di Cimo-Asmd «perché va garantito che diagnosi e cura rimangano confinati nella sfera dell'atto medico». «Si vogliono sovrapporre i ruoli senza chiarire le responsabilità» aggiunge Pasquale Orlando, vicepresidente dello Snami «il metodo non può essere condiviso».