



**ACCADEMIA DI QUALITOLOGIA
"BEPPE CARUGO"**

www.qualitologia.it

[Accademia di Qualitologia "Beppe Carugo" | Gruppi | Facebook](#)

NEWSLETTER nr 322 – 03 Settembre 2021

In ricordo di Gino Strada

Fondatore, chirurgo, direttore esecutivo, l'anima di EMERGENCY.

Abbiamo ritenuto opportuno dedicare l'apertura di questa news letter a Gino Strada. Un uomo che ha reso onore alla medicina, agli uomini che amano il prossimo. Con i fatti concreti ha dimostrato come si aiutano i nostri simili che hanno bisogno di salute, a differenza di tanti sgrana-rosari nostrani, stati religiosi, benpensanti, e ipocriti vari che predicano gli aiuti nei salotti ma in pratica nulla fanno.

"I pazienti vengono sempre prima di tutto", il senso di giustizia, la lucidità, il rigore, la capacità di visione: erano queste le cose si vedevano in modo immediato. Sapeva sognare, divertirsi, inventare mille cose.

Gino Strada ha scritto una lettera aperta al quotidiano La Stampa che vi invitiamo a leggere per intero.



[Clicca su questo link per leggere: LA STAMPA - LETTERA APERTA DI GINO STRADA.](#)

Qui ve ne proponiamo alcune parti:

LA SANITÀ È UN COMPITO DELLO STATO.

La sanità è un compito essenziale dello Stato perché lo Stato deve assicurare a ogni cittadino il diritto a essere curato.

Al contrario, la pandemia ha messo in evidenza l'estrema fragilità del nostro sistema sanitario: nel mezzo della pandemia ci siamo resi conto che:

- non avevamo materiali di protezione,
- le terapie intensive non erano adeguate,
- la sanità territoriale (assicurata dai medici di base) era inesistente,

- al di fuori degli ospedali tanti malati non venivano curati ma semplicemente abbandonati al proprio destino.

I TAGLI ALLA SANITÀ.

Siamo stati travolti, come la quasi totalità degli altri Paesi, da un'emergenza incontestabile. Molte delle nostre difficoltà si devono a questo, ma non possiamo ignorare che si tratta perlopiù di problemi strutturali, non emergenziali.

- Le persone che sono morte in casa senza essere mai state visitate da un medico, ad esempio, hanno poco a che fare con l'imprevedibilità dell'evento e molto con il fatto che negli ultimi anni la sanità di base è stata progressivamente smantellata.
- Nel decennio 2010-2019, tra tagli e definanziamenti al Sistema sanitario nazionale, sono mancati circa 37 miliardi...
- Oggi spendiamo in sanità circa 120 miliardi ogni anno, l'8,7% del Pil rispetto alla media europea del 9,9%.

COME DEVE ESSERE LA SANITÀ.

- Il focus del dibattito pubblico è sempre sugli aspetti economici, trascurando la questione centrale: di quale sanità hanno bisogno i cittadini?
- La risposta è semplice: una sanità pubblica, unica e non regionale, gratuita e di alta qualità. Quanto deve spendere lo Stato per realizzarla? Quanto serve: non un euro in più, non un euro in meno.

LA SANITÀ PRIVATA E IL PROFITTO.

- ... Le risorse ci sarebbero, e in abbondanza: basterebbe eliminare i fondi destinati al privato dal budget della sanità pubblica. Ogni anno se ne vanno in convenzioni con ospedali e varie strutture private circa 25 miliardi, pari al 20,3% della spesa sanitaria complessiva.
- ... Pur con differenze regionali, una quota sempre maggiore del budget sanitario va in convenzioni e accordi con il privato innescando una spirale pericolosa.
- Questo è il risultato della scelta di far entrare il profitto nella sanità, di permettere che questa zona sacra – che dovrebbe essere inviolabile – venga invece resa disponibile agli investitori.
- Investitori in un mercato garantito: possiamo scegliere di comprarci o non comprarci un'auto, ma non scegliamo se ammalarci.
- ... Sia chiaro, non ho nulla contro il privato. Chi vuole ha il diritto di costruire e gestire ospedali e cliniche, laboratori e case di cura. Ma dovrebbe farlo con i soldi propri, e non attingendo ai soldi pubblici.
- Se neanche una pandemia epocale – con quasi 70 mila morti in Italia – riesce a farci riorganizzare le nostre priorità, stiamo perdendo l'ultima occasione per riformare le basi della società in cui vogliamo vivere.

SASSI IN PICCIONAIA

Qualità: da dove comincia?

Se poniamo a un certo numero di persone operanti in sanità la domanda: a chi è demandato il compito della qualità? un buon numero direbbe non è affar e mio, altri è compito di chi sta in alto, altri è compito dell'ufficio qualità. Un grande guru della qualità quando si presentava in fabbrica per consulenze sulla qualità di fronte a tutti i dirigenti domandava: di chi è la colpa se la qualità non è buona? Ripeteva la domanda, e nel silenzio assoluto lui diceva: la colpa è vostra, non sono gli operai che lavorano male, siete voi che non sapete organizzare in modo che la qualità prevalga. Questo significa che tutta la dirigenza si deve far carico della qualità. Ma i dirigenti hanno le competenze per fare della buona qualità?

Ad Albert Einstein chiesero di fare il presidente dello stato di Israele. Lui rifiutò dicendo: non ho le competenze. E lui era Einstein.

Qualche domanda: i nostri dirigenti hanno le competenze per fare il direttore? *Possono figure che non sono nate e vissute in un laboratorio avere le necessarie competenze?*

Può un reparto importante come un laboratorio di analisi essere assegnato a menti che non hanno mai lavorato in un laboratorio di analisi cliniche e che non hanno competenza in merito?

Il farmacologo clinico ora è figura equipollente, dal 2018, al biochimico clinico per decreto nazionale del Ministero della salute (la tavola delle equipollenze è atto ufficiale e a disposizione di tutti).

Con l'equipollenza posso fare il farmacologo clinico?

Una cosa è certa: bisogna elevare a rango di reato perseguibile coloro che per incapacità congenita, per ignoranza, ma soprattutto per secondi fini, scrivono leggi che definire delinquenti è dire poco. Non sono meno colpevoli alcuni nostri colleghi che, per spirito di servilismo e per loro opportunità, si vendono anche per meno di un piatto di lenticchie.

(LP)

DAI SOCI

Unità SI nell'era della globalizzazione

In questo notiziario ho riportato un breve cenno di aggiornamento sulle unità SI. Ho poi riportato un breve rapporto su quanto fatto di recente dalle commissioni metrologiche per le unità SI.

I paesi nordici hanno introdotto le unità SI nella sanità nel 1974. René Dybkaer, medico danese, e i suoi colleghi più prossimi hanno iniziato il cambiamento con l'adozione delle unità SI. La data di inizio fu il 1° aprile 1974 come data comune per il cambiamento. Ma come sappiamo di fatto pochi paesi hanno adottato nella pratica sanitaria il nuovo sistema di misura. Da noi, che io ne sappia, non c'è stato uno sforzo, un tentativo serio di introdurre a tutti i livelli il sistema SI nella sanità. Per fare questo ci voleva un considerevole sforzo per spiegarlo ai clinici, e cogliere questa occasione anche per il diffondere bene il concetto dell'appropriatezza delle richieste e per la interpretazione dei risultati di Laboratorio. Ma nulla ci fu. C'è un'altra quantità che merita di essere discussa: il tempo. Ci sono tre modi per specificare un giorno nel calendario: MM/GG/AA, GG/MM/AA e come da norma SI YY/MM/DD. I primi due sono usati rispettivamente dal Regno Unito e dagli Stati Uniti. La modalità di espressione secondo SI ha una logica: da unità grandi a unità piccole. Questo porta logicamente alla scala del tempo delle 24 ore. AM e PM sono fonti costanti di incomprensioni. Non solo. In questo periodo con il COVID, viaggiare in aereo diventa molto vessante. Riempire moduli infiniti con richieste di dati assolutamente inutili, nei quali la domanda "data di nascita" non si sa mai come scriverla. E con programmi scritti da gente che non si chiede mai se il programma come lo hanno scritto è accessibile agli utenti medi. E spesso questi programmi non suggeriscono come si deve scrivere la risposta. Con una evidente NON qualità. (LP)

Valori di riferimento per la popolazione transgender

Durante la mia carriera non ho mai dovuto affrontare il problema dei valori di riferimento per la popolazione dei transgender; i tempi cambiano e le situazioni della composizione della nostra popolazione pure. Segnalo questi due articoli a chi fosse interessato. (LP)

Goldstein Z, Corneil TA, Greene DN. When Gender Identity Doesn't Equal Sex Recorded at Birth: The Role of the Laboratory in Providing Effective Healthcare to the Transgender Community. Clin Chem. 2017 Aug; 63(8):1342-1352.

Greene DN, McPherson GW, Rongitsch J, Imborek KL, Schmidt RL, Humble RM, Nisly N, Dole NJ, Dane SK, Frerichs J, Krasowski MD. Hematology reference intervals for transgender adults on stable hormone therapy. Clin Chim Acta. 2019 May; 492:84-90.

eGFR . Un commento di Eugenio Cerelli

Riguardo la eGFR, concordo con le conclusioni di LP riportate nel notiziario n° 320: "Come molti di voi, ho pensato che l'aggiunta della eGFR nel referto dove viene misurato la creatinina sia utile. Ma questa deve servire solo per allertare, mettere in evidenza che il paziente potrebbe avere dei problemi renali, non altro! Se necessario, chiediamo la Clearance della creatinina, e preoccupiamoci di farle eseguire con tutti gli accorgimenti necessari."

In effetti è certo che la creatininemia funziona bene per il monitoraggio dell'IRC, ma non altrettanto bene nello screening (soprattutto quando la valutazione è fatta da non specialisti), mentre la prevalenza dell'IRC nella popolazione generale aumenta di anno in anno.

Per ovviare a questo problema, nel nostro centro trasfusionale alcuni anni addietro, dopo opportuna standardizzazione della metodica con un metodo tracciabile IDMS e uso della formula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), per la quale avevamo tutti i dati necessari a disposizione, abbiamo provato a valutare la eGFR su tutti i donatori che afferivano abitualmente al nostro centro, asintomatici per patologia renale (la creatinina serica è un esame annuale obbligatorio per i donatori di sangue).

Questo perché:

- la stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) valutata con l'equazione MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) tramite la creatinina serica, il sesso, l'età e la razza, correla bene (lieve sottostima) con la più complessa (per il paziente) misura della clearance della creatinina (normalmente utilizzata per stimare la GFR vera) per valori < 60 ml/min/1.73mq;
- il dato di eGFR calcolato in soggetti ancora asintomatici, assieme alla valutazione dei fattori di rischio (ipertensione, abitudini dietetiche, ecc) e all'eventuale utilizzo di strumenti diagnostici di II livello (ecografia, microalbuminuria, ecc), può aiutare il medico a classificare lo stadio della malattia ed a valutarne la velocità di progressione, allontanando nel tempo le complicazioni con un opportuno trattamento farmacologico e dietetico precoce.

I risultati furono molto interessanti e, sottolineo, **a costo zero**, permettendo l'individuazione di alcuni donatori abituali, anche giovani, assolutamente asintomatici ma meritevoli di ulteriori approfondimenti presso un nefrologo. Purtroppo lo scarso interesse della Direzione per questo progetto, e il piccolo carico di lavoro aggiuntivo per la sua realizzazione, non ne ha permesso la continuazione e la sua implementazione nella routine. Personalmente ritengo che, in questo caso, si sia buttato il bambino con l'acqua sporca: *anche il troppo poco, a volte... storpia...*

Prossimi eventi congressuali



[XV International Congress of Pediatric Laboratory Medicine](#)
Nov 26-28, 2021

Munich, DE

[XXIV IFCC-EFLM EUROMEDLAB
MUNICH 2021](#)
Nov 28 - Dec 02, 2021

Munich, DE

[IFCC-ICHCLR-JCTLM Workshop on overcoming challenges to global standardization of clinical laboratory testing: reference materials and regulations](#)

Dec 6-10, 2021

Paris, FR, online event



https://ems.mzcongressi.com/gestionale/documenti/evento/1806/EUDAY_CivitanovaMarche_def.pdf
4th European Day of Regional Anaesthesia – 11 settembre – Civitanova Marche

https://ems.mzcongressi.com/gestionale/documenti/evento/1794/Programma_Orthopea.pdf
V CONGRESSO NAZIONALE ORTHOPEA – 16/17 settembre – Milano

https://ems.mzcongressi.com/gestionale/documenti/evento/1686/Programma_ALR_23_OTTOBRE_2021_01_132714301301747453.pdf

Blocchi ecoguidati dell'arto superiore e della parete toracica – 23 ottobre – Milano

https://ems.mzcongressi.com/gestionale/documenti/evento/1660/Programma_Congresso_Nazionale_SIFE_28_e_29_Ottobre_10.pdf

Congresso Nazionale SIFE – 28/29 ottobre – Roma

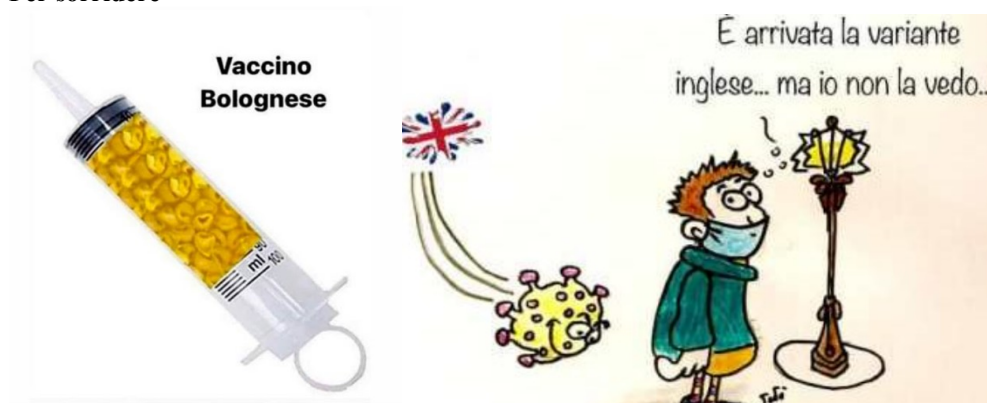
https://ems.mzcongressi.com/gestionale/documenti/evento/1812/Save_the_Date_Cadaver_Lab_4-5_November_Bologna.pdf

BOLOGNA CADAVER LAB: ENDOSCOPIC SURGERY OF THE PARANASAL SINUSES AND SKULL BASE – 4/5 novembre – Bologna

AFORISMI

- Credo che ognuno di noi debba essere giudicato per ciò che ha fatto. Contano le azioni non le parole. Se dovessimo dar credito ai discorsi, saremmo tutti bravi e irreprensibili. (Giovanni Falcone)
- Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze, e non soltanto di quelle che sono contenute nei libri, i suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri (Paracelso)
- "Dosis sola facit venenum"
Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim (1494-1542) alias Paracelsus.
- "La conoscenza parla, ma la saggezza ascolta"
- Nella esistenza umana c'è un tempo in cui hai tante cose da fare e non hai tempo; poi hai tempo e non hai più cose da fare. Quando hai i denti non hai il pane, quando hai il pane non hai più i denti. (dalla saggezza popolare)

Per sorridere



Per le comunicazioni e ogni richiesta rivolgersi a: qualitologia@mzcongressi.com
o direttamente ai coordinatori.