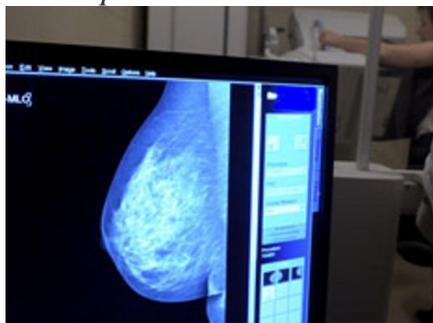


<http://www.corriere.it/salute/>

NUOVE CONFERME

La mammografia riduce il rischio di morire di cancro al seno

Benefici maggiori dallo screening nelle donne fra i 50 e i 69 anni, ma i vantaggi sono chiari anche per le 70enni. Si studiano nuovi esami efficaci, soprattutto per le 40enni



Le donne che si sottopongono regolarmente allo screening con mammografia tra i 50 e i 69 anni riducono del 40 per cento i rischi di morire per un tumore al seno rispetto alle loro coetanee che non partecipano ai controlli. L'ultima conferma arriva da un vasto studio da poco pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e coordinato dagli esperti dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc), l'agenzia che all'interno dell'Organizzazione Mondiale di Sanità è specializzata sui tumori.

L'indagine

Gli esperti hanno valutato gli esiti di 11 sperimentazioni e 40 studi osservazionali (quelli che servono ad analizzare associazioni tra fattori di rischio o fattori protettivi e la patologia in studio) che hanno coinvolto parecchie migliaia di donne in tutto il mondo. Le conclusioni a cui sono giunti hanno messo in evidenza che i benefici maggiori si ottengono con lo screening mammografico nelle donne fra i 50 e i 69 anni (quello attivo anche nel nostro Paese, per cui tutte le italiane in quella fascia d'età ricevono ogni due anni la lettera a sottoporsi gratuitamente al test). «Ogni mille donne che si sottopongono all'esame nei programmi organizzati vengono trovati da 4 a 10 tumori della mammella (la variabilità dipende dall'età e se è la donna è al primo esame o a uno successivo) – dice Marco Zappa, responsabile dell'Osservatorio Nazionale Screening -. Oggi il 70 per cento delle donne italiane dopo i 50 anni riceve un invito per sottoporsi allo screening mammografico contro il tumore al seno, meno di una su sei però coglie l'occasione che può salvare loro la vita».

Controlli anche per le donne sopra i 70 anni e per le 40enni

Diversi studi hanno inoltre mostrato importanti vantaggi per le donne fra i 70 e i 74 anni, mentre le evidenze a favore dello screening fra le 40enni sono più limitate, anche se vanno nella stessa direzione delle donne più anziane. Ogni anno in Italia sono circa 46mila i nuovi casi di cancro al seno: l'80 per cento riguarda donne con più di 50 anni, ma l'incidenza nelle 30-40enni è in crescita.

Le raccomandazioni sulla partecipazione allo screening e gli esami da fare per un'eventuale diagnosi precoce in questa fascia d'età sono materia dibattuta da tempo e molti specialisti concordano sul fatto che il programma di prevenzione (per tempistica dei controlli e tipologia di esame, se ecografia o mammografia eventualmente abbinate a risonanza magnetica) debba essere elaborato «su misura», tenendo conto dei vari fattori di rischio che ha ogni donna e della forma anatomica del suo seno. «In Italia quello che si sta studiando è se, a seconda della densità del seno in età giovanile si possono pensare intervalli di screening diversi: ad esempio una mammografia annuale per i seni densi e ogni due anni per quelli chiari - aggiunge Zappa - . Al momento attuale suggerirei alle 40enni che, soppesati vantaggi e svantaggi (ovvero rischio di sovradiagnosi e “accumulo”, seppur limitato, di radiazioni) vogliono comunque sottoporsi a un test di controllo, un esame mammografico all'anno, eseguito però in centri dove si diagnosticano (e si trattano) molti casi di tumore ogni anno».

Lo screening salva la vita: 9 donne su 10 guariscono con diagnosi precoce

«Queste conclusioni permettono di rassicurare ancora una volta le donne di tutto il mondo – commenta Eugenio Paci, tra gli autori dello studio ed epidemiologo all'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze -: lo screening con mammografia salva vite e l'evidenza prova che è uno strumento determinante per diagnosticare il cancro al seno in fase precoce, permettere un trattamento appropriato e, quindi, ridurre il numero delle morti. Per quanto riguarda poi i possibili aspetti negativi dello screening (ovvero le diagnosi e le eventuali diagnosi e trattamento in eccesso, i falsi positivi, le radiazioni accumulate tramite i ripetuti esami), appare ben dimostrato che i benefici superano i rischi. Il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente in tutto il mondo, causa ogni anno di milioni di morti, ma 9 donne su 10 che lo scoprono ai primi stadi guariscono definitivamente e la mortalità per questo tumore è in diminuzione. Ogni 1000 donne che dai 50 anni seguono il protocollo suggerito nei programmi di screening organizzato in Europa circa 20 sarebbero morte di questa malattia, ma se partecipano allo screening è stato stimato che da 7 a 9 hanno la loro vita salvata dall'aver partecipato al programma. Ecco perché è fondamentale sottoporsi ai controlli».

Oltre la mammografia, si studiano e valutano nuovi esami efficaci

Lo studio Iarc si conclude con l'affermazione che si può e si deve fare di più per raggiungere un'ulteriore riduzione della mortalità da cancro al seno. Esperti e ricercatori, anche in Italia, già studiano metodi alternativi alla mammografia, che abbiano la stessa o migliore efficacia e minori effetti collaterali. Come la promettente tomosintesi digitale, ovvero un nuovo sistema di imaging tridimensionale del seno che potrebbe migliorare l'accuratezza dell'esame perché consente di vedere meglio attraverso i tessuti mammari più densi (come ad esempio il seno in giovane età). «Infine – concludono Zappa e Paci - vanno messi a punti metodi «personalizzati» per le donne più a rischio, per la loro storia familiare (madri, zii, nonne, sorelle con un tumore al seno) o per il loro assetto genetico (mutazione dei geni Brca1 e Brca2), che devono essere sottoposte a controlli ravvicinati nel tempo e che iniziano già in giovane età. Ad esempio, la risonanza magnetica della mammella è considerata una tecnologia utile nell'identificazione di carcinomi nelle donne giovani ad alto rischio genetico, ma è necessario promuovere ulteriori ricerche»



Il tumore non ostacola la bellezza

Occuparsi di sé e della propria bellezza: si combatte anche così il tumore all'ovaio, con cui convivono 37 mila italiane. Per questo, Acto onlus (actoonlus.it), da settembre, organizza *Sguardi d'energia* ([facebook.com/scattidenergia](https://www.facebook.com/scattidenergia)) per offrire programmi personalizzati di make-up nei centri di cura specializzati. «I cambiamenti fisici, causati dalle terapie, incidono profondamente sulla qualità della vita» dice Nicoletta Cerana, presidente di Acto onlus. «Con questo progetto vogliamo infondere nelle pazienti una carica di energia perché ognuna si veda più bella e più forte».

Paola Trombetta

Fumo, immagini-choc sui pacchetti

Pronto il decreto del ministro **Lorenzin** che il governo dovrebbe varare già lunedì. Sigarette vietate in auto se a bordo ci sono minori e stop a quelle aromatizzate

PAOLO RUSSO
ROMA

L'immagine al limite del raccapricciante e del cattivo gusto è quella di due genitori affranti accanto a una piccola bara bianca, con sotto la scritta «Il fumo può uccidere il bimbo nel grembo materno». Ma anche il buco alla gola causato dal cancro o il paziente intubato a seguito di attacco cardiaco non sono da meno. Con queste immagini choc e una nuova sventagliata di divieti, il **ministro della Salute Lorenzin** prova a far passare la voglia di fumare agli 11,6 milioni di italiani che fino a oggi hanno continuato ad accendere bionde fuori dai recinti alzati 12 anni fa dalla legge Sirchia.

La nuova stretta anti fumo arriva per decreto legislativo, 38 articoli che recepiscono l'ultima direttiva europea sul tabacco, comprese quelle disposizioni che era «facoltà» dei singoli Paesi adottare o meno. Ora le commissioni parlamentari competenti avranno 60 giorni per esprimere un parere, comunque non vincolante, al testo che già lunedì dovrebbe essere sdoganato dal Consiglio dei Ministri.

I pacchetti - stabilisce il provvedimento - saranno com-

posti al 65% da immagini raccapriccianti e scritte sui danni da fumo, mentre oggi solo il 30-40% era destinato allo scopo. In più dovranno essere esposti dal lato frontale, con le immagini choc.

Le confezioni non conterranno più nemmeno le scritte sul contenuto di catrame, nicotina e monossido di carbonio, ritenute «ingannevoli» per il consumatore, visto che le sostanze cancerogene sono almeno 40. Altra novità destinata a far discutere è il divieto di fumare in auto in presenza di minori o donne in gravidanza. Un provvedimento che era già stato annunciato lo scorso anno dal **ministro della Salute** e che aveva scatenato veementi reazioni tra anti-proibizionisti e fumatori incalliti, Emma Bonino in testa. Allora non se ne fece nulla ma questa volta lo stop voluto dall'Europa diventerà legge anche da noi.

Vietato anche accendere o arrotolare sigarette aromatizzate a mentolo, vaniglia, erbe e spezie. Tutte sostanze, dicono gli esperti di tabagismo, studiate per invogliare al fumo soprattutto i giovanissimi e che diventeranno off limits nelle nostre tabaccherie. Ma non da

subito. Per le sigarette al mentolo e tutte quelle con una quota pari almeno al 3% del mercato, il divieto scatterà solo dal 20 maggio del 2020.

Insieme agli aromatizzanti, i fumatori dovranno fare a meno anche di tutta una serie di additivi, come la caffeina o la taurina, un aminoacido contenuto in una nota bibita «che mette le ali». Scompariranno dagli scaffali delle tabaccherie le confezioni di tabacco da rollare inferiori a 30 grammi e i pacchetti da 10. Una volta usati soprattutto dai ragazzi a corto di quattrini, ma con la crisi acquistati anche da non pochi adulti. Stop anche al sempre più redditizio commercio on line di prodotti da fumo, a volte di dubbia origine se non proprio contraffatti.

Sarà vietato fumare in cortili, giardini e terrazze di reparti ospedalieri pediatrici e Istituti di ricovero a carattere scientifico, mentre si inaspriscono le sanzioni per chi vende sigarette e affini ai minori, con multe da mille a 4.000 euro (il doppio se il comportamento è reiterato) e la sospensione di 3 mesi della licenza. Sigarette elettroniche e loro ricariche dovranno infine essere a prova di bomba per i bambini ed antirottura per gli adulti.

Le tappe dei divieti

1975

la prima

La prima legge antifumo in Italia viene approvata l'11 novembre 1975 (n. 584) e vieta il fumo sui mezzi pubblici, treni, tram e bus, e in alcune categorie di locali pubblici: cinema, teatri, musei, biblioteche, scuole e ospedali

2003

legge Sirchia

Il 16 gennaio

2003 viene approvata la legge n. 3, conosciuta come Legge Sirchia, dal nome del **ministro della salute** che l'ha promossa. Stabilisce il divieto di fumo in tutti i locali pubblici al chiuso, a meno che non abbiano sale dedicate

Le nuove norme dopo 12 anni



Le illustrazioni

Il 65% della superficie dei pacchetti di sigarette dovrà essere coperto da immagini raccapriccianti che facciano da deterrente



Vetture "pulite"

Scatterà il divieto assoluto di fumo in auto se a bordo ci sono bambini o donne in stato di gravidanza





Niente più aromi

Fine delle sigarette aromatizzate al mentolo, alla vaniglia, alle erbe e alle spezie. Ma solo dal 20 maggio 2020



Basta mini confezioni

Spariscono i pacchetti da dieci sigarette e le confezioni di tabacco da "rollare" inferiori a 30 grammi



Luoghi aperti

Sarà vietato fumare pure nei cortili, nei giardini e nelle terrazze di ospedali pediatrici e istituti di ricovero a carattere scientifico

Terapia d'urto

Le nuove immagini che i consumatori troveranno sui pacchetti di sigarette non lasciano più alcun dubbio sugli effetti che il fumo provoca sull'organismo umano



Il fumo causa il cancro alla bocca e alla gola



Il fumo danneggia i tuoi polmoni



Il fumo causa attacchi cardiaci



Il fumo causa ictus e disabilità



Il fumo ostruisce le tue arterie



Il fumo aumenta il rischio di cecità



Il fumo può uccidere il bimbo nel grembo materno



I figli dei fumatori hanno più probabilità di cominciare a fumare

LA STRETTA DEL MINISTRO LORENZIN, AVVISI SHOCK SUI PACCHETTI

Addio alla sigaretta in macchina

MICHELE BOCCI

IMMAGINI di persone nel letto di ospedale oppure corpi malati. E poi gli avvertimenti: il fumo provoca l'ictus, il cancro, riduce la fertilità. Dopo l'estate, su circa due terzi della superficie dei pacchetti di sigarette ci saranno foto e frasi shock per convincere i consumatori a smettere. Non solo: sarà vietato accendersi una "bionda" in auto se ci sono bambini o donne incinte.

A PAGINA 25

Fumo, sui pacchetti via alle foto shock e sigarette vietate con bambini in auto

Giro di vite del governo: pronto il decreto legge
Per chi vende ai minori sanzioni e licenza sospesa

 **PER SAPERNE DI PIÙ**
www.salute.gov.it
www.iss.it

MICHELE BOCCI

IMMAGINI crude di persone nel letto di ospedale oppure particolari di corpi malati. E poi gli avvertimenti: il fumo provoca l'ictus, il cancro, riduce la fertilità, ostruisce le arterie. Dopo l'estate, nei pacchetti di sigarette il nome del produttore avrà poco spazio, perché su circa due terzi della superficie del pacchetto ci saranno foto e frasi shock per convincere i consumatori a smettere. Non solo: come annunciato, sarà vietato accendersi una "bionda" in auto se ci sono bambini o donne incinte, stesso divieto anche fuori dai reparti di pediatria e ginecologia. Inoltre sono state previste sanzioni pesantissime per chi vende ai minori: un errore e la licenza viene sospesa, un altro e viene revoca-

ta. Il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** ha preparato la bozza del decreto legislativo che recepisce la "direttiva tabacco" dell'Europa. Buona parte delle novità più importanti entreranno in vigore velocemente, in circa tre mesi. Per le altre è previsto uno scadenziario nello stesso atto. La vita per chi fuma diventerà sempre più difficile.

I NUOVI PACCHETTI

La novità forse più forte ha a che fare con i pacchetti di sigarette. Per il 65 per cento saranno coperti da foto a colori molto dure e da frasi come "il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene" e "il fumo uccide". Resterà lo spesso riquadro nero che è già presente ma che delimita uno spazio più ridotto, del 30-40 per cento della superficie del pacchetto. Inoltre verranno indicati anche numero verde anti fumo dell'Istituto superiore di sanità e sito del ministero. Dal-

le confezioni spariranno le indicazioni sul contenuto di catrame, nicotina e monossido di carbonio perché possono ingannare il consumatore.

Per essere sicuri che le immagini producano il loro effetto anche prima dell'acquisto, si introduce l'obbligo di esporre i pacchetti, nei negozi e nei distributori, con il lato lungo visibile. A breve, inoltre, spariranno le confezioni da 10, perché si ritiene che siano più appetibili per i giovani grazie al costo ridotto. Per la stessa ragione i sacchetti di ta-



bacco sfuso da arrotolare non possono pesare meno di 30 grammi. Non si potranno introdurre sul mercato sigarette, e tabacco da arrotolare, che contengano aromi come mentolo, vaniglia, spezie o additivi vari perché tendono a dare l'impressione di essere meno dannose.

DIVIETO DI FUMO

Era stato annunciato e presto diventerà realtà. Il divieto di fumare in macchina se ci sono bambini o donne incinte viene finalmente introdotto dal decreto legislativo. Novità inattesa è invece quella che riguarda lo stop nelle "pertinenze esterne" dei reparti pediatrici degli ospedali e degli istituti di ricerca. Non solo dentro, dunque, ma anche fuori dalle strutture dove vengono curati i bambini. Lo stesso divieto vale anche per ginecologie e ostetricie e neonatologie.

SANZIONI PIÙ DURE

Nella bozza del decreto si ribadisce l'importanza di tenere i minorenni lontani dalle sigarette, anche quelle elettroniche. E chi commercia deve fare molta attenzione. È tenuto a chiedere il documento di identità se ha dei dubbi sull'età dell'acquirente e se per caso vende ad una persona con meno di 18 anni va incontro a una sanzione da 1.000 a 4.000 euro e alla sospensione di tre mesi della licenza. Se il fatto si ripete, la sanzione pecuniaria raddoppia e la licenza viene revocata. Per quanto riguarda i distributori automatici, che funzionano dopo l'inserimento dei documenti, devono essere verificati ogni anno dal ministero dello Sviluppo economico. Sempre riguardo alla vendita, è vietato acquistare da rivenditori di altri Stati. Una misura probabilmente pensata riguardo al commercio online.

STRETTA SULLE E-CIG

Viene intanto chiarito che le sigarette elettroniche che usano nicotina non possono essere vendute ai minorenni. Devono poi essere dotate di requisiti di sicurezza come chiusure a prova di bambino e di manomissione, per limitare il rischio di ingestione. Devono avere un foglietto di istruzioni con controindicazioni e avvertenze, oltre ad informazioni sugli effetti nocivi e sulla capacità di indurre dipendenza e tossicità. E sulle confezioni va scritto, appunto: "Prodotto contenente nicotina, sostanza che crea un'elevata dipendenza. Uso sconsigliato ai non fumatori". La pubblicità sulle e-cig sarà vietata.

GRUPPO EDITORIALE L'ESPRESSO



1

LE CONFEZIONI

Sul 65% della superficie dovranno esserci immagini e scritte per segnalare i rischi per la salute dei fumatori. Oggi gli avvertimenti sulla pericolosità del fumo occupano il 30-40% dei pacchetti

2

FUORI DAL MERCATO

Scompaiono i pacchetti da 10 e viene bloccato l'ingresso di prodotti a base di aromi come menta e vaniglia e additivi vari i quali fanno pensare che le sigarette non siano pericolose

3

L'ESPOSIZIONE

I pacchetti devono essere esposti in piedi con scritte e immagini in vista sia nelle tabaccherie che nei distributori automatici, per i quali sono obbligatorie verifiche annuali da parte del ministero

4

I DIVIETI

È vietato fumare in automobile se all'interno ci sono bambini oppure donne incinta. Lo stesso divieto vale anche fuori dai reparti di pediatria, ginecologia e ostetricia

5

I MINORENNI

Chi vende sigarette agli under 18 va incontro alla sospensione di tre mesi della licenza e a una sanzione pecuniaria da 1000 a 4000 euro. Al secondo episodio scatta la revoca della licenza

6

LE E-CIG

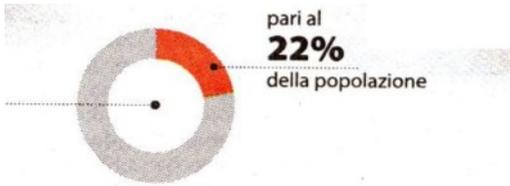
Quelle che contengono nicotina sono vietate ai minori e sulle confezioni devono essere scritte avvertenze per i consumatori che mettono in guardia sui rischi di dipendenza

7

ACQUISTI ALL'ESTERO

Viene introdotto il divieto di vendita a distanza transfrontaliera di prodotti del tabacco, comprese le e-cig a base di nicotina. La misura è legata agli acquisti su internet e ai rischi di contrabbando

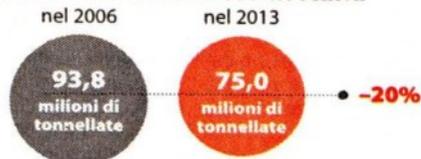
I fumatori in Italia



Consumo giornaliero di sigarette



Consumo di tabacco in Italia



Consumo di sigarette fai-da-te (+157% (2005-2010))



LE IMMAGINI
Alcune delle immagini che compariranno sui pacchetti di sigarette in vendita in Italia dopo l'estate. Sono associate a frasi che mettono in guardia i consumatori contro i rischi del fumo



Appendicite senza bisturi

In mancanza di complicazioni, tipo peritonite, un trattamento mirato con antibiotici può bastare a curare l'appendicite. Lo sostiene uno studio finlandese su *Jama*. «Si discute da tempo della possibilità di trattare l'infiammazione dell'appendice senza bisturi: in casi selezionati, potrebbe essere una alternativa» dice Uberto Fumagalli, responsabile della Sezione di chirurgia esofago-gastrica dell'Istituto Humanitas di Milano (*humanitas.it*). «Sono, però, ancora da definire i criteri per individuare i pazienti più adatti. Da un lato, la chirurgia è più sicura perché elimina il problema alla base, dall'altro si tratta pur sempre di un intervento con rischi intrinseci».

Antonella Sparvoli

<http://www.lastampa.it/>

Hai l'osteoporosi? 7 consigli per evitare fratture in estate

Oltre i 50 anni una donna su tre è affetta da osteoporosi. Dopo la menopausa, quando si registrano bassi livelli di estrogeni, le ossa iniziano a perdere calcio e fosforo e lentamente diventano più fragili. Talmente fragili da andare incontro ad una frattura anche in seguito ad un micro trauma. Ecco perchè gli esperti di varie società scientifiche (SIOMmMS, SIOT, SIR, ORTOMED, GISOOS e GISMO) hanno lanciato la campagna "Stop alle fratture", un'iniziativa volta a sensibilizzare le donne sulle possibili conseguenze dovute alla fragilità scheletrica. In particolare ecco i 7 consigli elaborati dagli scienziati per affrontare le vacanze in modo sicuro.

- 1) Calza sempre le scarpe adatte: in montagna o al mare sono ideali calzature chiuse o sandali aperti, purché dotati di tacchi bassi e soles antiscivolo.
- 2) Viaggia in modo confortevole: sia che ti muova in treno o in aereo, quando prenoti richiedi un posto comodo (lato corridoio in modo da poter stendere le gambe) e il servizio speciale per passeggeri a ridotta mobilità per accedere all'aeromobile.
- 3) Scegli bene la tua camera da letto: verifica se l'hotel o la casa in cui alloggerai dispone di camere ben illuminate, con letti facilmente accessibili (non troppo alti, né troppo bassi) e bagni con vasca o doccia dotate di maniglie di sostegno.
- 4) Non sottovalutare l'importanza del movimento: anche se hai da poco subito un intervento chirurgico, il periodo delle vacanze è adatto a riprendere una moderata, ma costante attività fisica. Ti aiuterà a migliorare la forza muscolare, l'agilità e l'equilibrio, riducendo così il rischio di cadute.
- 5) Ricorda che il sole non basta a rafforzare le ossa: il sole è un prezioso alleato delle ossa, specialmente per quanto riguarda la vitamina D che viene immagazzinata nell'organismo grazie ai suoi raggi. Anche in vacanza non trascurare però un'alimentazione ricca di calcio e vitamina D (latte, yogurt, formaggi, pesce azzurro, rucola...) e assumi, se prescritta dal tuo medico, l'eventuale supplementazione di queste sostanze.
- 6) Non mandare in vacanza la tua terapia: i farmaci prescritti per la cura dell'osteoporosi servono a rendere le tue ossa più resistenti e quindi a fratturarsi meno. Per questo non smettere di assumerli in

villeggiatura: rischieresti di perdere i benefici di un'appropriata terapia farmacologica, fondamentale per garantirti una vita attiva.

7) Al tuo ritorno, effettua le visite mediche di controllo programmate: se necessario, il tuo medico potrà prescriverti anche accertamenti diagnostici, come la MOC e la radiografia della colonna vertebrale, per poter seguire nel tempo l'evolversi della patologia.

quotidianosanita.it

Sabato 18 LUGLIO 2015

Tiroide. Crescono i disturbi anche nel sesso maschile: in Italia è la malattia endocrina più diffusa dopo il diabete

Le forme subcliniche anche negli uomini aumentano il rischio di fratture ossee, così come sottolineato anche da una recentissima metanalisi pubblicata su Jama. E' quanto emerso a margine del Congresso Cuem che si è svolto a Brescia il 3 luglio. Buone notizie invece per quel che riguarda i noduli tiroidei, la maggior parte sono benigni e molti possono essere tenuti sotto osservazione senza necessità di trattamento.

Crescono i disturbi della tiroide anche nel sesso maschile, guadagnando il secondo posto delle malattie endocrine dopo il diabete per numero di casi con 500mila pazienti solo in Italia. Le forme subcliniche anche nei maschi aumentano il rischio di fratture ossee, così come sottolineato anche da una recentissima metanalisi pubblicata su *Jama*. E' la notizia emersa a margine del Congresso Cuem che si è svolto a Brescia il 3 luglio durante la sessione dedicata alle patologie tiroidee, generalmente appannaggio del sesso femminile. La ricerca ha preso in esame oltre 70mila uomini, al 5,8% dei quali è stata riscontrata una forma subclinica di ipotiroidismo e al 3,2% ipertiroidismo subclinico, quelle condizioni in cui i valori ormonali sono al limite della patologia.

“Lo studio, che ha preso in considerazione un numero pari di uomini e donne ha mostrato che un basso livello di TSH (l'ormone tireotropo, prodotto dall'ipofisi anteriore che regola la produzione tiroidei T3 e T4) e una tiroide che tende a funzionare troppo sono associati ad un più alto rischio di fratture d'anca e vertebrali, il doppio del rischio dei soggetti con valori tiroidei normali - spiega **Andrea Giustina**, Ordinario di Endocrinologia presso l'università di Brescia e Presidente del Congresso -. La relazione tra ormoni tiroidei e fragilità ossea è data da un aumento del turn-over osseo causato anche da un lieve eccesso di ormoni tiroidei circolanti”. Un basso livello di TSH è associato ad un rischio di 1,6 volte superiore di fratture d'anca e di 1,9 volte per tutte le ossa. Mentre i soggetti con una tiroide pigra non sembrano avere aumentato rischio di fragilità scheletrica.

Buone notizie invece per quel che riguarda i noduli tiroidei, la maggior parte sono benigni e molti possono essere tenuti sotto osservazione senza necessità di trattamento. Lo ha spiegato **Sebastiano Filetti** nella sua relazione in cui ha presentato i dati rassicuranti pubblicati dello studio italiano pubblicato su *Jama*: “I noduli sono un evento molto frequente nella popolazione generale e interessano dal 30% al 50% delle persone. Nella maggior parte dei casi non danno disturbi e vengono scoperti durante controlli casuali. Di questi, l'80% sono formazioni benigne, il 16,5% hanno un profilo indeterminato da sottoporre quindi ad ulteriori controlli e solo il 3,5% presentano un sospetto di malignità. Nel nostro studio multicentrico abbiamo sottoposto un gruppo di 993 pazienti a follow up con una ecografia annuale e controlli dei dosaggi FT4 e TSH evidenziando che a 5 anni il 66% dei noduli rimane stabile, il 15,4% cresce di dimensioni (sia pure lentamente, parliamo di circa 5 mm in 5 anni) e, dato rilevante, il 18% tende a regredire. In questa coorte di pazienti solo il 9% presentava nuovi noduli al controllo “Abbiamo individuato un profilo più a rischio di crescita: si tratta di soggetti che hanno più noduli, una età inferiore ai 43 anni ed indice di massa corporea superiore a 28. Questi presentano un rischio maggiore di andare incontro ad un aumento di dimensioni del nodulo tiroideo”.

“L’incidenza minore della patologia nodulare tiroidea negli uomini non deve essere un pretesto per abbassare la guardia - conclude Giustina -. Infatti, quando il nodulo tiroideo si riscontra in un paziente maschio ha più probabilità di essere un tumore maligno. Anche una ricerca pubblicata su BMC Cancer di aprile ha mostrato che l’incidenza di microcarcinoma papillare in pazienti con patologie tiroidee benigne sottoposti a intervento chirurgico era del 16-17% in entrambi i sessi. E’ importante che la tiroide maschile non venga trascurata”.

ilFattoQuotidiano.it / [BLOG](#) / di Domenico De Felice

SOCIETÀ

Sanità, il sistema in Europa e in Italia



Società

di Domenico De Felice | 17 luglio 2015

COMMENTI

Tweet

Più informazioni su: [Beatrice Lorenzin](#), [Europa](#), [Italia](#), [Ministero della Salute](#), [Sanità](#), [Sanità Pubblica](#), [Sistema Sanitario Nazionale](#)

Domenico De Felice

Medico, opinionista di sanità sociale

[Post](#) | [Articoli](#)

All'interno dell'**Unione Europea** permane la piena autonomia di scelta e gestione del proprio **sistema sanitario**. In **Francia** e **Germania** ad esempio si prevede il finanziamento con l'iscrizione obbligatoria all'assicurazione sanitaria, che rimborsa le spese mediche ai cittadini. In Italia invece si prevede il finanziamento in prevalenza dal gettito fiscale e organizzato in sistema sanitario nazionale.

In Italia secondo i dati del **ministero della Salute**, ci sono 1.091 istituti di cura, di cui il 53% pubblici ed il rimanente 47% privati accreditati. Inoltre ci sono 9.268 centri per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 6.526 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.787 per l'assistenza territoriale semiresidenziale e 1.027 per l'assistenza riabilitativa. In sanità sono impiegate 629.713 unità e il personale è ripartito per il 70,9% nel ruolo sanitario, il 17,7% nel ruolo tecnico e l'11,2% nel ruolo amministrativo.

In particolare, in **Italia** lavorano 243 mila medici (51% nel sistema sanitario, il 33% è convenzionato, e il 16% lavora in strutture private equiparate al pubblico o case di cura), 332 mila infermieri, di cui l'86% alle dirette dipendenze del ssn, e 49 mila unità di personale con funzioni riabilitative. Le **spese per il personale** complessivamente nel 2013 sono ammontate a 36 miliardi (circa il 7% del pil), secondo i dati pubblicati dalla **Ragioneria dello Stato**: nel 2010 ammontavano a 38 miliardi, e il risparmio è stato essenzialmente dovuto al blocco del turn over del personale.

L'Italia invecchia anche come personale sanitario e non si assume

Casa.it **Sei single?**
Scopri com'è facile fare nuovi incontri con Meetic. Iscriviti adesso, è gratis!

Casa.it **Annunci casa.it**
700mila immobili sul portale n 1 in Italia. Trova subito la casa giusta per te!

Annunci Immobiliari
Su Immobiliare.it trovi oltre 900.000 annunci di case in vendita e in affitto. Cerca ora!

DALLA HOMEPAGE

Grecia, il rimpasto di Tsipras: "9 nomi nuovi"

Dopo i no al piano fuori i radicali di Syriza

Zonaeuro

GIUSTIZIA & IMPUNITÀ

Ilva, al lavoro in altoforno sequestrato 19 operai denunciati: violazione sigilli

CRONACA

Bimba siriana muore su barcone: scafisti avevano buttato via l'insulina

VAI ALLA HOMEPAGE



per risparmiare mentre occorrerebbe risparmiare dove si può subito. Ad esempio Lorenzin quando vuole risparmiare [#unmilione dieuro al giorno](#)? Vuole chiedere come deve fare a **Napoleone Ferrara**? Nonostante il ministero si disinteressa a cercare di risparmiare dove si può per poter ricominciare ad assumere secondo [la classifica internazionale stilata annualmente da Bloomberg](#), l'Italia è al terzo posto al mondo (prima fra i Paesi europei) per efficienza, per le aspettative di vita del paziente (quasi 83 anni in media), per il costo pro capite del sistema sanitario (3 mila dollari). Al sesto posto (secondo tra i paesi europei) la Francia. **Serdar Dalkilic**, medico francese (e vicepresidente della Federazione europea dei medici salariati) [ha raccontato più nel dettaglio un Paese che pare avere più risorse del nostro](#) e che le ripartisce in modo più oculato: “per l’Oms la sanità francese è una delle migliori, in Francia esistono casse di previdenza sociale che attraverso quote trattenute del salario finanziano il 75% della spesa sanitaria nazionale, mentre l’11 % è sostenuto attraverso la spesa privata. La previdenza sociale francese ha un budget complessivo di 624 miliardi di euro, pari ad un terzo del Pil. Una vera e propria macchina da guerra, che copre anche le spese per le pensioni, i sussidi di disoccupazione, e per i migranti irregolari. Il costo pro capite della sanità è pari a 4mila dollari”. La spesa per la sanità francese è una delle più alte al mondo, pari a 240 miliardi di euro, di cui 180 miliardi appunto provenienti dalle casse di previdenza sociale, a fronte di un servizio pubblico statale di 2.751 ospedali, 427 mila posti letto, 198 mila medici, di cui 64 mila generici e 41 mila specialisti.

Anche in Germania le assicurazioni sanitarie, che sono obbligatorie, coprono il 90 per cento della popolazione (esistono anche assicurazioni pubbliche). Nel 2013, secondo [l’ufficio statistico federale tedesco](#), si sono spesi per la sanità 293 miliardi di euro (pari, esattamente come in Francia, all’11% del pil). Nel sistema tedesco, i contributi alle assicurazioni sono versati in parte dal lavoratore e in parte dal datore. La particolarità della sanità tedesca è che malgrado essa impieghi già il 10% degli occupati del Paese, siano ancora disponibili posti lavoro con una forte richiesta di medici provenienti anche dall’estero. **Erich Merholz**, del direttivo del sindacato tedesco dei medici ospedalieri, ha spiegato che “i giovani laureati in medicina tedeschi non bastano a coprire la necessità e servono ulteriori 3mila medici. Ad oggi abbiamo 9,8 infermieri ogni mille abitanti, più che in Italia (7 infermieri ogni mille abitanti) e 5 medici ogni mille abitanti (in Italia 4)”.

Aspettiamo che la **Lorenzin** non obblighi i nuovi laureati italiani a spostarsi in Germania per poter lavorare.

Secondo i dati della Ragioneria dello Stato la spesa si è ridotta come abbiamo visto di 2 miliardi in tre anni per mancanza di assunzioni: Lorenzin sa che è proprio la spesa che abbiamo buttato per Lucentis? [Vuole rispondere per favore](#)? Lo vuole spiegare ai cittadini e a tutti i giovani medici? O pensa di poter coprire il tutto ‘pagando’ gli specializzandi che riescono ad entrare nelle scuole di specializzazione per trovarsi disoccupati alla fine? Vuole continuare un turn over di specializzandi che coprono le mancanze di assunzioni?

di Domenico De Felice | 17 luglio 2015



Sono	<input type="text" value="uomo"/>
Cerco	<input type="text" value="donna"/>
Età tra	<input type="text" value="25"/> e <input type="text" value="45"/>
Regione	<input type="text" value="indifferente"/>

[Iscriviti ora! È GRATIS](#)

PIÙ COMMENTATI

Venezia: caro Brugnaro, sospenda anche i programmi tv che mostrano famiglie 'diverse'

Grecia, la lezione di Atene (che l'Italia dovrebbe imparare)

Crisi demografica: il contributo degli stranieri alla sopravvivenza del Paese – Seconda Parte

Dieta emotiva: nutrire la nostra salute psichica è possibile

VAI A SOCIETÀ



DIRETTORE TESTATA ONLINE: PETER GOMEZ

SEGUI ILFATTOQUOTIDIANO.IT



COMMENTI

Tweet

Venerdì 17 LUGLIO 2015

Ocse. Spesa sanitaria. In rapporto al Pil spendiamo meno della Grecia. Nel 2013 calo del 3,5%

La Grecia si assesta sul 9,2% del Pil, mentre noi scendiamo all'8,8%. Ma nel complesso dei Paesi Ocse la spesa è in crescita dell'1%. Boom di aumenti in Asia e Sud America, incrementi più modesti in Canada e Usa. Per il nostro Paese spesa sul Pil ormai sotto la media dei paesi mediterranei. E anche le previsioni per il 2014 sono negative. [IL REPORT SULLA SPESA – FOCUS ITALIA](#)

“Una spesa di tutti i membri che aumenta dell'1% ma con molti paesi europei che hanno visto ulteriori riduzioni alla spesa sanitaria nel 2013”. È quanto rileva l'Ocse nel secondo Report 'Health Statistics 2015' che ha mappato la spesa sanitaria dei 34 Paesi dell'Organizzazione e delle economie emergenti.

“La spesa sanitaria – evidenzia l'Ocse - ha continuato a ridursi in Grecia, Italia e Portogallo nel 2013. La maggior parte dei paesi dell'Unione europea ha riferito la spesa sanitaria pro capite reale al di sotto dei livelli del 2009”. Il tutto mentre al di fuori dell'Europa, la spesa sanitaria è cresciuta di circa 2,5% l'anno dal 2010. In generale tra tutti i Paesi in esame la spesa sanitaria è stimata essere aumentata del 1% in termini reali tra i paesi OCSE nel 2013, dopo lo 0,7% del 2012 e lo zero del 2010.

Italia spende ormai meno della Grecia. In rapporto al Pil la spesa sanitaria italiana è più bassa di quella greca nonostante la crisi del paese ellenico. Nel 2013 i greci hanno investito in sanità, tra pubblico e privato, il 9,2% del loro Pil, l'Italia si è fermata all'8,8%.

In tutti i Paesi Ocse in ogni caso la crescita della spesa sanitaria è generalmente rimasta in linea con la crescita economica, così come la spesa sanitaria in percentuale del PIL è rimasta stabile rispetto al 2012. Nel 2013, la spesa sanitaria (esclusi gli investimenti) in percentuale del PIL è stata dell'8,9%, posizionandosi tra il 5,1% in Turchia e il 16,4% negli Stati Uniti.

Boom spesa in Asia e Sud America. Al di fuori dell'Unione europea, la crescita reale media della spesa sanitaria registrata dall'Ocse è stata di circa il 2,6% nel 2013, sostenuta da una forte crescita in Asia e Sud America. In Cile e Corea, la crescita della spesa sanitaria è superiore al 5% nel 2013; il livello di spesa pro capite è aumentato in entrambi di quasi il 25% in termini reali dal 2009.

Incrementi anche in Nord America. Le cifre Ocse per il Canada mostrano una tendenza costante di crescita della spesa sanitaria al di sotto di quello della crescita economica. Negli Stati Uniti, la spesa sanitaria è cresciuta del 1,5% nel 2013, meno della metà del tasso di crescita medio annuo negli Stati Uniti prima del 2009. Le ultime previsioni disponibili dai centri per punto Medicare e Medicaid Services riferiscono di una crescita più rapida nel 2014 con più americani che avranno la copertura assicurativa sanitaria.

Per il 2014 stime prevedono ancora aumenti di spesa per la sanità. A livello globale per il 2014 alcuni dati preliminari riguardanti una dozzina di paesi OCSE “suggeriscono un modesto aumento della spesa complessiva, ma con una crescita che rimarrà ben al di sotto dei livelli pre-crisi”.

Fonti di spesa. Per i ¾ è pubblica. “I tre quarti della spesa sanitaria continua a provenire da fonti

pubbliche – rileva il Report - , ma le misure di contenimento dei costi in alcuni paesi hanno portato ad un aumento della quota privata - sia attraverso l'assicurazione sanitaria privata o attraverso pagamenti diretti da parte delle famiglie. Grecia e Portogallo hanno visto la quota privata di aumento spesa sanitaria di circa 4 punti percentuali dal 2009, gli incrementi maggiori in seno all'OCSE, con il risultato che un terzo di tutta la spesa sanitaria proviene da fonti private”.

Luciano Fassari

Venerdì 17 LUGLIO 2015

Contratto. Per i medici sarà un autunno caldo? "La trattativa sarà complessa. Ma sulla parte economica non facciamoci illusioni". Forum con i sindacati della dirigenza Ssn

Dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha sanzionato la [illegittimità del blocco dei contratti della PA](#) anche per la parte economica, i sindacati stanno affilando le armi per un negoziato che si profila tutt'altro che facile. Ecco cosa hanno in mente Troise (Anaa), Cassi (Cimo), Cozza (Cgil), Torluccio e Bonfili (Uil), Vergallo (Aaroi) e Gigli (Fesmed), Di Tullio (Fassid) e Papotto (Cisl).

Con la sentenza della Corte Costituzionale che ha sanzionato l'illegittimità del blocco della contrattazione per il pubblico impiego anche per la parte economica cade l'ostacolo normativo alla riapertura delle trattative a 360° gradi con i sindacati. Abbiamo chiesto ai rappresentanti dei sindacati quali sono le iniziative che intendono intraprendere per riaprire subito le trattative. Ed anche quali potrebbero essere le richieste economiche dopo anni di blocco delle retribuzioni e quali invece, i nodi normativi da sciogliere nelle proprie aree di pertinenza.

Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed: "Pronti alla mobilitazione per sostenere il Ssn e il lavoro dei professionisti"

"Un passo essenziale sarà quello di raccogliere, il momento in cui si andrà a discutere la legge di Stabilità, un impegno normativo ed economico in favore della contrattazione del pubblico impiego e quindi della sanità". Questo il punto di partenza per l'avvio delle trattative secondo il segretario nazionale dell'Anaa Assomed Costantino Troise, che ha anche ribadito la ferma intenzione del sindacato di mettere in campo una mobilitazione per tutte le questioni che riguardano le sorti della Ssn e dei professionisti che lavorano al suo interno. "La ripresa del contratto e quindi l'ottemperare a un obbligo della Corte Costituzionale diventano uno degli elementi di rivendicazione da tenere in pista. Credo che alla fine su questo punto il Governo – ha aggiunto – non vorrà esporsi a un'accusa di comportamento anticostituzionale, per cui si creeranno le premesse per aprire le trattative. In ogni modo è ragionevole pensare che prima del 2016 non partiremo.

Tra l'altro bisognerà anche capire quale sarà il modello contrattuale che verrà applicato, se triennale o quadriennale".

Per quanto riguarda le richieste sulla parte economica, Troise ritiene sia prematuro ragionare oggi su questo punto. "Bisogna tenere conto di molti fattori – ha detto – ossia della perdita del potere di acquisto e le condizioni reali delle retribuzioni delle dirigenza medica e sanitaria da una parte e le condizioni economiche del Paese dall'altra. Di certo è che vogliamo tornare a chiedere in sede nazionale o decentrata aziendale che ci sia la giusta valorizzazione del lavoro che viene messo in campo a garanzia della tenuta del sistema".

Sulla questione normativa, per il segretario dell'Anaa il primo nodo da sciogliere è quello relativo alla questione dell'area contrattuale. "Il Governo continua ad eluderla bocciando senza motivazioni tutti gli

emendamenti che il Parlamento tenta di introdurre – ha spiegato – ad oggi, l'area contrattuale delle dirigenza medica e sanitaria è mescolata in maniera inappropriata a quella della dirigenza regionale. Area che tra l'altro non ha una sua rappresentatività, per cui avremo il paradosso che saranno i dirigenti medici ad assicurare i contratti della dirigenza amministrativa del Ssn. Il grande nodo è comunque quello dell'orario di lavoro. Già nel prossimo mese di novembre verrà a galla come conciliare l'obbligo di rispettare la direttiva su riposi e pause di lavoro con le dotazioni organiche. Poi c'è il problema dei contratti atipici e quindi la stabilizzazione dei precari con la fine dell'abuso di una contrattazione impropria che viene assunta a surrogato di quella che è la linea maestra della contrattazione di assunzione per concorso. Infine – ha aggiunto – c'è anche il nodo degli standard e delle progressioni di carriera che devono essere assicurati con fondi certi e disponibili quali quelli che scaturiranno dalla ripartenza dei fondi contrattuali”.

Riccardo Cassi, presidente nazionale Cimo: “La questione del lavoro dei medici deve essere affrontata, se così non fosse potremmo anche arrivare allo sciopero”

“La sentenza della Corte Costituzionale è molto importante, ma vogliamo aspettare di conoscere il testo definitivo per capire esattamente quali sono i termini della questione e subito dopo poter chiedere al Governo di predisporre un provvedimento ad hoc, ormai divenuto indispensabile”. Parte da qui Riccardo Cassi, presidente della Cimo, per capire come fronteggiare la questione sull'apertura delle trattative contrattuali. Una questione legata anche al fatto che per il 2015 la legge di stabilità non prevede il finanziamento del contratto e quindi un punto sul quale bisognerà intervenire.

“C'è il problema dell'area contrattuale – ha poi aggiunto – siamo ancora fermi alla Brunetta e alla perdita di un'area autonoma. Soprattutto troviamo assurdo che il ministro Madia, trattando dei medici veterinari e sanitari del Ssn, riconosca che i dirigenti sono fuori dal ruolo unico della dirigenza regionale e hanno perciò regole diverse su come si configura il trattamento economico, ma poi poi non intervenga a restituire anche alla dirigenza medica un'area contrattuale autonoma riconoscendo quindi la specificità del nostro lavoro che ha caratteristiche diverse dalla dirigenza del Pubblico impiego. Per questo – ha aggiunto – alla luce di tutte queste questioni ancora irrisolte, insieme agli altri sindacati, assumeremo tutte le iniziative opportune. Se ci saranno risposte soddisfacenti da subito, bene. In caso contrario, intraprenderemo le iniziative sindacali di protesta più opportune fino anche, come estrema ratio, allo sciopero”.

Cassi esprime poi la sua cautela sulla questione relativa alla parte economica: “È sicuramente un questione molto delicata da affrontare in quanto il Paese non è uscito ancora dalla crisi e come parte responsabile del Paese non possiamo non tenerne conto. Tuttavia questo non vuol dire che chi effettua un lavoro come il nostro che è sottoposto a stress e a rischi di ogni genere compresi quelli legati alla colpa professionale che non si sono ancora voluti risolvere, non debba anche avere una corrispondente gratificazione economica. Quindi cercheremo di controbilanciare le due cose.”

Per quanto riguarda invece la parte normativa, per il presidente della Cimo il primo nodo da sciogliere è quello relativo ai riposi e all'orario di lavoro, anche perché, ha ricordato la proroga che il Governo si era dato scade tra pochi mesi. “Dobbiamo capire come organizzare il lavoro negli ospedali e nelle strutture sanitarie recuperando anche un ruolo dei sindacati che Brunetta ci aveva tolto. Non dimentichiamo – ha spiegato – che i riposi e turni che si riflettono non solo sulla salute degli operatori ma hanno ricadute importanti su chi è sottoposto alle cure da un medico stressato da turni di lavoro inaccettabili.

Questo è un problema che va affrontato una volta per tutte e risolto”. Altra questione è quella della carriera professionale, un cavallo da battaglia della Cimo. “Il sistema degli incarichi dirigenziali così come delineato dalla 229 è fallito – ha detto – inoltre la riduzione di strutture semplici e complesse toglie ogni possibilità di sviluppo di carriera apicale. La questione è quindi cercare di premiare i più meritevoli in assenza di un incarico prevalentemente gestionale. Noi avevamo proposto già un anno fa un meccanismo che consentisse di valutare le competenze individuali del medico le sue capacità e farlo così progredire progressivamente anche da punto di vista economico. Non bisogna diventare “primario” per vedersi riconosciute anche economicamente le proprie competenze – ha aggiunto – non sempre il miglior clinico è dotato anche di competenze gestionali che sono richieste per gestire una struttura, e per questo vedersi penalizzato. Meglio andare a individuare e premiare i meriti di ognuno. Il Governo

ha parlato tanto di buona scuola e di premiare i più meritevoli. Noi chiediamo che venga applicato anche alla sanità".

Massimo Cozza (Cgil Medici): "Ridefinire le aree contrattuali riconoscendo la specificità dei dirigenti che lavorano nel Ssn"

"E' da diversi anni - ricorda il segretario nazionale Fp Cgil Medici - che rivendichiamo il rinnovo del contratto nazionale sia per la parte normativa sia per la parte economica. Sono infatti oltre 5 anni che tutto è stato congelato dai diversi Governi che si sono succeduti da Berlusconi a Renzi, passando per Monti e Letta. E non si tratta solo di ottenere il recupero del potere di acquisto delle retribuzioni ma anche di poter innovare e migliorare il sistema. Basti pensare alla necessità di rivedere le norme sugli orari in chiave europea". Per queste ragioni, osserva, "si sono già svolte tre grandi assemblee delle categorie del pubblico impiego Cgil-Cisl-Uil con lo slogan "Contratto subito". Unitariamente alle altre organizzazioni della dirigenza del Ssn abbiamo già scritto a Governo e Regioni, ed abbiamo in cantiere una grande stagione di mobilitazione subito dopo l'estate. Se il Governo Renzi continuerà a tacere, nonostante l'inequivocabile e chiara sentenza della Corte Costituzionale che ha giudicato illegittimo il blocco della contrattazione nel pubblico impiego, sarà un autunno caldo".

Nel complesso per Cozza è però "ancora prematuro parlare di una quantificazione delle risorse necessarie per il rinnovo del contratto dopo il congelamento retributivo scattato dal 1 gennaio 2010. Comunque servirà un recupero ed un incremento delle risorse economiche con cui riconoscere un percorso di crescente valorizzazione della professionalità, con criteri ben definiti, trasparenti e condivisi, senza arbitraria discrezionalità aziendale, e un finanziamento di programmi di produttività per migliorare la qualità dei servizi. Andrà rafforzata - riflette - la contrattazione aziendale con un sistema di relazioni sindacali con maggiori spazi di confronto, con un ruolo chiave per il governo dell'organizzazione del lavoro e la funzionalità dei servizi, a partire dal fabbisogno del personale, dalla mobilità e dalle politiche occupazionali. Dobbiamo infine - auspica - mettere la parola fine ai tagli ed al drammatico peggioramento delle condizioni di lavoro negli ospedali così come nei presidi sanitari territoriali".

Per quanto riguarda le principali questioni normative in campo, "In primo luogo vanno ridefinite le aree contrattuali riconoscendo la specificità dei dirigenti che lavorano nel Ssn. Dobbiamo mettere la parola fine ad una automatica (e dannosa) equiparazione agli altri dirigenti del pubblico impiego. Basti pensare alle normative sull'orario di lavoro: una cosa è un dirigente di Palazzo Chigi o di un Comune, una cosa è il medico che lavora nel pronto soccorso".

Cozza ritiene inoltre che sia giunto il momento di "cambiare anche le confuse denominazioni riconoscendo che non tutti i medici dipendenti del Ssn sono dirigenti ma lo sono coloro che hanno una vera responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Per gli altri si potranno così investire le risorse necessarie per valorizzare adeguatamente i loro percorsi professionali, riconoscendo i loro diritti contrattuali, a partire dallo stesso orario di lavoro. Va poi affrontato il tema della responsabilità professionale sanitaria. In primo luogo con la rapida approvazione di una nuova legge da troppo tempo impantanata in Parlamento in assenza di un forte impegno del Ministro Lorenzin. In secondo luogo - conclude - con una assunzione diretta di responsabilità da parte dell'azienda con il coinvolgimento obbligatorio dei medici interessati nelle denunce".

Toruluccio e Bonfilii (Uil Fpl Medici): "L'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie deve passare alla fase attuativa"

"La sentenza della Corte Costituzionale è una sentenza politica - hanno affermato Giovanni Torluccio, segretario generale Uil Fpl e Roberto Bonfilii, coordinatore nazionale Uil Fpl Medici - dichiarando che il blocco è illegittimo, ma non per il passato, dimostra come la Consulta abbia preso questa decisione valutando soprattutto l'impatto economico che ne sarebbe scaturito, salvando il Governo Renzi dall'ennesima batosta dopo quella delle pensioni. Decisione per noi gravissima; questa operazione ha prodotto risparmi per 35 mld di euro per quanto riguarda il blocco dei contratti, e al tempo stesso la Corte dei Conti ha detto che, visto la loro 'bravura', hanno risparmiato ulteriori 8mld 500 mln di euro sugli stipendi dei dipendenti pubblici. Parliamo in totale di 43mld 500 mln di euro, l'equivalente di due finanziarie. Chiederemo di veder riconosciuto ai dipendenti il loro giusto compenso".

Se da una parte si è cercato di salvare i conti pubblici, hanno aggiunto Torluccio e Bonfilii, questa

sentenza dall'altra "rende obbligatorio per il Governo riaprire la partita dei contratti. Per questo il Governo e l'Aran devono convocare immediatamente le parti sociali riaprendo le trattative sul rinnovo dei contratti che ricordiamo coinvolge oltre 3 milioni di dipendenti pubblici. In caso contrario continueremo con la mobilitazione nazionale".

Per quello che riguarda la parte normativa, dopo anni di intenso confronto con Governo e Regioni, con la sua consacrazione a rango normativo ritenuta necessaria proprio dall'esecutivo e sancita dal comma n. 566 dell'art. 1 della legge di stabilità "l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie deve passare alla sua fase attuativa".

"Parliamo infine di un altro aspetto che riguarda la dirigenza medica, la responsabilità professionale – hanno sottolineato – la medicina difensiva è la prima reazione del medico al rischio di contenzioso sanitario e determina l'aumento dei costi del Servizio sanitario nazionale con un danno enorme che attualmente si ritiene arrivi a pesare sui contribuenti per 10-13 miliardi di euro ogni anno. Per quanto riguarda i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, lo Stato dovrebbe farsi carico degli errori che si verificano nelle Aziende sanitarie, eventualmente rivalendosi in via amministrativa su chi ha commesso l'errore, in caso di provata inosservanza delle norme".

Alessandro Vergallo, presidente nazionale Aaroi-Emac: "No a deroghe sui diritti dei lavoratori e dell'utenza. Contratto nazionale sia valorizzato".

"Negli ultimi anni, anche con la progressiva demolizione delle trattative sindacali, l'assetto contrattuale dei medici pubblici dipendenti, in particolar modo quello degli ospedalieri, è stato sensibilmente svuotato di valore e reso aleatorio nell'applicazione dei suoi contenuti". È quanto sostiene il presidente degli anestesisti-rianimatori dell'Aaroi-Emac Alessandro Vergallo che segnala come "c'è voluta una sentenza della Corte Costituzionale affinché (sembrerebbe lecito sperare) il Governo debba decidersi a ringraziare le Organizzazioni Sindacali di una convocazione a trattativa". In ogni caso la rotta è quella di una valorizzazione della professione nel contratto. "Non demorderemo affinché sia in qualche modo riconosciuta la specificità della professione medica, dopo che, pochi giorni or sono, la Commissione Affari Costituzionali della Camera ha persino bocciato un'area comune autonoma alla dirigenza medica e a quella sanitaria. Contestualmente, occorrerà puntare al ripristino della valenza nazionale del CCNL, senza deroghe, tenendo conto anche delle necessità dell'utenza in merito alla qualità e alla sicurezza delle cure".

Ma il presidente Aaroi detta anche i punti cardine su cui incentrare la trattativa. "Sedi di lavoro stabili e non erranti tra ospedali 'multipresidio' e 'di aree vaste', servizi d'emergenza basati sulle guardie, e non più su anacronistiche e pericolose 'pronte disponibilità', frenare la decimazione dei primari ospedalieri, impedire un'inaccettabile e pericolosa dicotomia tra incarichi di direzione gestionale e professionale, riorganizzare un sistema trasparente e meritocratico di incarichi professionali, ridisciplinare lo smaltimento delle ferie arretrate e delle ore lavorate in esubero, la programmazione dei turni di lavoro, dell'aggiornamento professionale, e della libera professione. Sarà indispensabile prevedere corrette modalità di sviluppo dei sistemi di "risk management" e di tutela assicurativa".

Ma non solo, per Vergallo il sindacato s'impegnerà "per l'individuazione di criteri accettabili per la distribuzione di particolari turni di lavoro (p. es. guardie e pronte disponibilità notturne) in modo più equo per fasce di età anagrafica. E anche per una ridefinizione dei rapporti tra medici ospedalieri e medici universitari, oggi nettamente sbilanciati a favore di questi ultimi. A latere, continueremo a richiedere con forza che siano istituiti controlli nazionali e regionali sulla corretta applicazione decentrata del Ccnl, con sanzioni a carico degli Amministratori inadempienti". Dal punto di vista economico l'Aaroi dice "no ad un rinnovo isorisorse". "Dovranno essere ridiscusse e riportate ad una dignità professionale tutte le voci stipendiali – afferma Vergallo –, ma concentreremo i nostri sforzi su tre componenti economiche: l'indennità di esclusività, nell'ottica più ampia di un riconoscimento di valore a tale condizione; la retribuzione di posizione, per riequilibrare i diversi incarichi dirigenziali previa una loro miglior declinazione normativa; il trattamento accessorio legato al servizio notturno e festivo, ordinario e straordinario, prestato nei turni di guardia e di pronta disponibilità". E in questo senso il presidente Aaroi evidenzia anche le iniziative possibili per riaprire le trattative.

"Una mobilitazione generale compatta di categoria sarebbe uno strumento potente; siamo però consapevoli sia del disagio che gli Anestesisti Rianimatori causerebbero all'utenza bloccando anche

solo con un giorno di sciopero tutte le sale operatorie programmate in elezione, sia della difficoltà di una partecipazione massiccia. Se sceglieremo questa strada, eserciteremo ospedale per ospedale ogni iniziativa per tutelare il diritto effettivo allo sciopero, finora ampiamente violato, per esempio attraverso cooptazioni in servizio non conformi alla normativa vigente, o tramite moltiplicazioni del numero di medici necessario alla copertura dei servizi minimi ed essenziali, o con 'recuperi' dell'attività operatoria non svolta, o con normali liste operatorie confezionate sotto le mentite spoglie di interventi operatori "d'urgenza": amministratori e direttori vari sono avvisati fin d'ora".

Carmine Gigli (Fesmed): "Stanziamenti per contratti adeguati a compensare la perdita del potere di acquisto subita dai medici in questo periodo"

Gigli in primis ricorda che la Fesmed, insieme alle altre organizzazioni sindacali, "ha già chiesto l'immediata riapertura della contrattazione nazionale e, in via preliminare, che i Ministri competenti riconoscano una specifica area di contrattazione per la dirigenza medica. Iniziative di protesta sono in cantiere per l'autunno, anche se auspichiamo che il Governo decida di prendere autonomamente le decisioni necessarie a ottemperare quanto stabilisce la sentenza della Corte Costituzionale, a cominciare dallo stanziamento dei fondi dedicati al rinnovo dei contratti".

Il problema strutturale risiede nei contratti che "sono fermi dal 2009 e le retribuzioni bloccate al 2010, di conseguenza - sottolinea - è necessario che cessi innanzitutto il blocco degli stipendi e, nello stesso tempo, che vengano destinati dei fondi per i contratti. Chiediamo che gli stanziamenti siano in misura adeguata a compensare la perdita del potere di acquisto subita dai medici in questo periodo, in termini di inflazione previsionale o di inflazione programmata".

Nel complesso i problemi "si sono andati accumulando e l'elenco è diventato lungo, a cominciare dall'orario di lavoro, per passare al turn over del personale con l'annessa questione dell'accesso all'impiego e del blocco del precariato, senza dimenticare l'irrisolto problema della copertura assicurativa della responsabilità civile da parte delle Aziende. Inoltre, è necessario rimettere mano al conferimento degli incarichi dirigenziali, che attualmente mortificano il medico e che richiedono una nuova visione per gli sviluppi della carriera professionale e gestionale. Su questo punto - chiede fermamente - si impone una vera riforma con un finanziamento adeguato".

Alessandra Di Tullio, coordinatore della (Fassid). "Bisogna ridisegnare l'organizzazione e riconoscere il ruolo clinico dei servizi che costituiscono il tessuto connettivo del Ssn".

"Metteremo in campo - annuncia - tutte le iniziative possibili per riaprire immediatamente le trattative, tramite manifestazioni e continue sollecitazioni verso il governo e le autorità competenti. Bisogna far ripartire al più presto i contratti, dato che l'erosione del potere d'acquisto registrata in questi anni di blocco è stata enorme".

D'altro canto, Di Tullio sottolinea che "non ignoriamo il contesto economico particolarmente complicato in cui versa il Paese. Le conseguenze riguardano ovviamente anche il comparto sanitario, come dimostra il recente taglio al Fsn per il 2015. Tuttavia sono convinta che, tramite efficaci processi di ottimizzazione, si possano reperire risorse all'interno del nostro contratto nazionale di lavoro per condurre una buona trattativa. Non c'è quindi bisogno di interventi esterni, a patto che - spiega - venga ridisegnata realmente l'organizzazione. Il punto di partenza da cui non si può prescindere risiede nel riconoscimento di un'area autonoma per la dirigenza sanitaria. Ho notizia che la Camera abbia approvato un ordine del giorno della Miotto in tal senso, si tratterebbe di un primo segnale positivo. Ora, però, il Governo dia all'Aran il mandato".

Per Fassid un nodo cruciale è "il riconoscimento del ruolo clinico dei servizi che costituiscono il tessuto connettivo del Ssn. Mi riferisco alla radiologia, ai laboratori di analisi, alla farmacia, alla medicina del territorio e alla psicologia. E' poi fondamentale stabilire la cessazione della giungla dei contratti, con tipologie assolutamente anomale e diversissime tra loro. In sostanza la questione è il precariato. Auspico - conclude - l'applicazione di un jobs act anche per la sanità".

Biagio Papotto, segretario generale Cisl Medici. "Continuiamo a chiedere un tavolo separato per le trattative della Dirigenza Medica"

"Come avevamo già sostenuto la Corte Costituzionale ci ha dato ragione, il blocco dei Contratti della

dipendenza a tempo indeterminato era illegittimo. Abbiamo già invitato il Presidente del Consiglio ed i Ministeri competenti a porre un'immediata attenzione relativamente alla problematica di cui all'oggetto; abbiamo altresì chiesto di essere immediatamente convocati per poter calendarizzare l'apertura del tavolo contrattuale con un adeguato finanziamento".

"E' un nostro desiderio - sottolinea - poter recuperare la perdita salariale del blocco di questi ultimi 6 anni, come è altrettanto importante un adeguato finanziamento del Ssn per poter al meglio garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) in tutte le Regioni dal nord al sud, ci preoccupa, infatti, il taglio di più di 2 miliardi di euro che le Regioni vogliono fare ancora alla Sanità e in particolare ai Dirigenti medici".

Papotto ribadisce infine che "abbiamo sempre chiesto un tavolo separato per le trattative della Dirigenza Medica, già la Legge Brunetta aveva ipotizzato una specificità medica, oggi chiediamo con forza, nell'istituzione delle aree contrattuali, l'Area della dirigenza medica e veterinaria insieme agli altri dirigenti sanitari. Nella modifica del titolo V della Costituzione si deve avere il coraggio di trovare un percorso per riconoscere la peculiarità della specificità del medico come punto di riferimento della sanità".

quotidianosanita.it

Sabato 18 LUGLIO 2015

Dossier sanitario elettronico. In Gazzetta Ufficiale le nuove linee guida del Garante della Privacy

Pubbligate le nuove indicazioni dell'Autorità. I pazienti potranno rifiutare di avere un dossier sanitario. Per chi accetta, maggiori tutele, più trasparenza. Obbligo per le strutture sanitarie di comunicare immediatamente all'Autorità i cosiddetti data breach (violazioni o incidenti). Il paziente avrà la possibilità di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier. [LE LINEE GUIDA](#)

Più tutele per i dati dei pazienti, più trasparenza e obbligo per le strutture sanitarie di comunicare immediatamente all'Autorità i cosiddetti data breach (violazioni o incidenti informatici, come attacchi, accessi abusivi, azioni di malware, perdita, furto), che possano avere un impatto significativo sui dati. Il paziente avrà la possibilità di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier. Questi alcuni dei punti contenuti nelle nuove linee guida per il dossier sanitario elettronico deliberate dal Garante della Privacy e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale.

Questi i punti principali. “Scopo delle Linee guida è quello di definire un quadro di riferimento unitario per il corretto trattamento dei dati raccolti nei dossier, già istituiti o che si intendono istituire, da parte di strutture sanitarie pubbliche e private”, spiega una nota del Garante che ricorda che il dossier sanitario elettronico è lo strumento costituito presso un'unica struttura sanitaria (un ospedale, un'azienda sanitaria, una casa di cura), che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura. Si differenzia dal fascicolo sanitario elettronico in cui invece confluisce l'intera storia clinica di una persona generata da più strutture sanitarie.

Il provvedimento del Garante stabilisce, in particolare, che ai pazienti deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno il dossier sanitario. In assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dal paziente o in precedenti prestazioni fornite dallo stesso professionista. “La mancanza del consenso – sottolinea l'Autorità - non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste”.

Inoltre, per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia) sarà necessario un consenso specifico.

Per consentire al paziente di scegliere in maniera libera e consapevole, la struttura dovrà informarlo in modo chiaro, indicando in particolare, chi avrà accesso ai suoi dati e che tipo di operazioni potrà compiere.

La struttura sanitaria inoltre, dovrà garantire al paziente l'esercizio dei diritti riconosciuti dal Codice privacy (accesso ai dati, integrazione, rettifica, etc.) e la conoscenza del reparto, della data e dell'orario in cui è avvenuta la consultazione del suo dossier. Al paziente dovrà essere garantita anche la possibilità di “oscurare” alcuni dati o documenti sanitari che non intende far confluire nel dossier.

Considerata la particolare delicatezza del dossier il Garante ha prescritto l'adozione di elevate misure di sicurezza. I dati sulla salute dovranno essere separati dagli altri dati personali, e dovranno essere individuati criteri per la cifratura dei dati sensibili. L'accesso al dossier sarà consentito solo al personale sanitario coinvolto nella cura. Ogni accesso e ogni operazione effettuata, anche la semplice consultazione, saranno tracciati e registrati automaticamente in appositi file di log che la struttura dovrà conservare per almeno 24 mesi.

Eventuali violazioni di dati o incidenti informatici dovranno essere comunicati all'Autorità, entro quarantotto ore dalla conoscenza del fatto, attraverso un modulo predisposto dal Garante all'indirizzo: databreach.dossier@pec.gdpd.it.