

OSPEDALI DI VALLE ■ CIANGHEROTTI PAG.22

Sanità, assessori da parti opposte al convegno



«Ospedali di valle, qui la sanità è buona»

Convegno di specialisti organizzato da Panizza e Gilmozzi (contrari alle chiusure) per portare l'esempio di altre zone

di Matteo Ciangherotti

► TRENTO

Salvare i punti nascita dei territori di montagna, a tutti i costi e a prescindere all'accordo Stato-Regioni sulla salute siglato nel 2010. Salvarli anche se effettuano meno di 500 parti l'anno, anche a discapito degli standard sulla sicurezza indicati dal Ministero e dall'Istituto Superiore di Sanità. Salvarli - dicono i maligni - anche perché rappresentano un discreto bacino elettorale. Così, sotto la bandiera dell'Intergruppo Parlamentare per lo Sviluppo della Montagna, ieri mattina nella sala riunioni del Consorzio dei Comuni di via Torre Verde, si sono ritrovati alcuni amministratori locali e qualche primario dell'area alpina italiana per costituire un gruppo di lavoro capace di riportare il tema degli ospedali periferici nella Conferenza «romana» tra Stato e Regioni.

Padroni di casa l'assessore provinciale Mauro Gilmozzi e il senatore Franco Panizza, vicepresidente dell'Intergruppo guidato dal deputato del Pd Enrico Borghi. Dopo un'introduzione a porte chiuse - accompagnata da un piccolo battibecco tra Gilmozzi e Panizza - si è scelto di riportare i giornalisti in sala per assistere al confronto. Così al tavolo si sono succeduti rappresentanti

della classe medica e amministrativa delle province di Trento e Bolzano, della provincia montana di Sondrio e di Belluno, del Friuli Venezia Giulia e del Piemonte. Tutti hanno descritto la propria esperienza di piccoli punti nascita costretti a fronteggiare una politica sanitaria regionale che, in nome di sicurezza, qualità e razionalizzazione delle risorse, ha avviato una lenta revisione delle competenze nel percorso neonatale. L'Italia è in testa nella classifica europea del ricorso ai cesarei con il 38%. A tale percentuale si è giunti in modo progressivo partendo dall'11% circa del 1980. Vi sono notevoli differenze tra Regioni con il record «negativo» di tagli cesarei che spetta alla Campania con oltre il 60%. Circa il 30% dei punti nascita si colloca sotto i 500 parti l'anno (un numero che rappresenta già una deroga all'accordo originale che fissava a 1.000 i parti considerati in sicurezza) e si tratta di presidi privi di guardia attiva h 24 del personale sanitario necessario (almeno un anestesista, un ginecologo, un pediatra, un'ostetrica e una sala operatoria a portata di mano). Il numero di cesarei praticati in questi piccoli ospedali di montagna, compresi quelli di Trentino e Alto Adige, è contenuto

intorno al 20%. A mancare, però, è il personale sanitario dedicato e fissato dal documento del Ministero, sottoscritto anche dai ginecologi italiani (Sigo), per garantire un parto sicuro e appropriato. Secondo il presidente della Sigo, Paolo Scollo, sono 122 i punti nascita «a rischio» sul territorio nazionale. Tra questi ci sono anche i quattro trentini: Cles, Cavalese, Tione e Arco. «Avere 122 strutture a rischio - ha detto Scollo - è grave. Anche perché, nonostante i proclami per la chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno, nessuno, a livello politico si prende la responsabilità. Noi ginecologi ci siamo impegnati con forza, in prima linea, ma non basta». Ad ascoltare Gilmozzi e compagni c'era anche la «collega» di giunta Donata Borgonovo Re. L'assessora alla salute - una che la responsabilità richiamata da Scollo se l'è presa - non è intervenuta, limitandosi ad ascoltare e a scrollare più volte la testa, in segno palese di dissenso.



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

FRANCIA

A Parigi il tumore al seno si opera sotto ipnosi

Una tecnica di sedazione profonda cui non tutti possono essere sottoposti. Le pazienti possono parlare e ricordano l'operazione



In Francia il tumore al seno si opera anche con l'ipnosi. Oltre 70 donne all'istituto *Curie* di Parigi hanno scelto questa opzione offerta da qualche mese. La possibilità data è di decidere tra l'anestesia generale, che a volte desta un po' di preoccupazione nelle pazienti, e l'ipnosi anche quando si tratta di mastectomia totale per l'asportazione completa della mammella, intervento con una maggiore durata operatoria.

Come funziona

Le donne che hanno scelto l'ipnosi sono state sottoposte comunque ad anestesia locale. Questa è una tecnica di sedazione profonda, anche se non utilizza farmaci, e quindi non tutti possono esservi sottoposti e non in ogni situazione, infatti l'ipnosi al momento viene proposta solo ad alcuni tipi di pazienti: in particolare donne che hanno bisogno di recuperare rapidamente, come le giovani madri, oppure le pazienti fragili per le quali l'anestesia generale rappresenterebbe un rischio, o ancora, persone cardiopatiche o con sindromi respiratorie gravi.

Le donne - racconta un articolo di *Le Figaro* - possono rispondere a domande durante l'operazione e l'anestesista che pratica l'ipnosi parla loro in tono tranquillo scandendo lentamente le parole e cercando di portare i pensieri delle pazienti verso momenti felici o posti dove sono state bene.

Non tutti possono usare questa tecnica

Le donne che hanno provato l'ipnosi hanno detto di ricordare le parole dei chirurghi durante l'operazione, ma nessuna sensazione dolorosa. «Ciò che mi faceva più paura dell'intervento - ricorda una paziente di 66 anni - era l'anestesia generale. Era il mio dodicesimo intervento chirurgico. E non sempre ho avuto risvegli facili. Posso dire che, se fosse necessario, rifarei l'operazione sotto ipnosi». Si stima però che solo un terzo circa dei pazienti possa sostenere un intero intervento con questa tecnica che è legata alla capacità del paziente stesso di entrare in stato ipnotico, capacità che hanno 3 o 4 persone su 10. Inoltre bisogna considerare che un 5-10% di persone non sono ipnotizzabili del tutto.



Martedì, 10 Febbraio 2015, 09.06

A A A

Farmacista33

CERCA

BACHECA ANNUNCI
BANCA DATI ALIMENTI
BANDI E CONCORSI
CERCA LA FARMACIA
FORUM
NOVITÀ IN PRONTUARIO
SUL BANCO

SERVIZI

HOME SANITÀ FARMACI DIRITTO OMEOPATIA FITOTERAPIA NUTRIZIONE BENESSERE FORMAZIONE RICERCA IN CODIFA PUNTO EFFE

SANITÀ

Home / Sanità

feb
10
2015

Liberalizzazioni, Farmacie private vs Gdo: la guerra è appena cominciata

TAGS: FARMACISTI, ASSOCIAZIONI DI FARMACISTI, FARMACIE, PARAFARMACIE, MOVIMENTO NAZIONALE LIBERI FARMACISTI (MNLF), FARMACIE COMUNALI



ARTICOLI CORRELATI

26-01-2015 | Nuove sedi farmaceutiche, Tar: illegittima la proposta avanzata da Sindaco

05-12-2014 | Farmacie lombarde, anno intenso per affrontare la crisi a viso aperto

04-12-2014 | Liberalizzazioni, Renzi conferma i provvedimenti ma nel 2015

Rimanere uniti in questo momento difficile e prepararsi ad affrontare i «giorni di dura battaglia» che sono in arrivo. Sono queste le due priorità della "chiamata alle armi" che il presidente di Federfarma **Annarosa Racca** lancia alla categoria nell'intervista pubblicata oggi da Farmacista 33. Una chiamata cui hanno risposto prontamente sia Federfarma Lazio, per voce del suo presidente **Franco Caprino**, che non ha mai lesinato critiche alla gestione Racca, sia FarmacieUnite, con il suo presidente **Franco Gariboldi Muschietti** a capo del "giovane" sindacato di titolari nato per supplire alle latitanze di Federfarma. Segno che ci volevano le dichiarazioni del ministro Guidi alla trasmissione televisiva Agorà nei giorni scorsi per ricompattare una categoria, quella dei farmacisti di farmacia privata, che negli ultimi tempi sembrava sempre più frammentata al suo interno e priva di una voce univoca sulle problematiche relative alla professione. Il nemico comune si chiama parafarmacie ma soprattutto Grande distribuzione organizzata come spiega Caprino nella nota inviata alla stampa, laddove sottolinea che «le misure sulle farmacie contenute nel ddl Concorrenza del ministro Guidi» sono «il modo per spalancare la distribuzione del farmaco alla voglia di business di tutti coloro - e sono molti - che da anni non chiedono altro che di fare affari con le medicine». FarmacieUnite dal canto suo evidenzia come «l'apertura indiscriminata di nuovi esercizi, oltre a non creare nuove opportunità professionali, andrebbe a impoverire un settore già in sofferenza e metterebbe a repentaglio molti posti di lavoro, causando ulteriori danni alla professione stessa». Una preoccupazione condivisa con i giovani farmacisti di Fenagifar che

sottolineano come «a causa dei licenziamenti che saranno costrette a fare le farmacie di maggior dimensione, sarebbe a rischio l'occupazione di tanti giovani farmacisti; licenziamenti che certamente non saranno compensati dagli occupati nelle sedi di nuova istituzione». E a dare manforte alla categoria ci sono anche rappresentanti del mondo medico, dai medici di famiglia con Giacomo Milillo in rappresentanza della Fimmg, agli oncologi con il presidente di Aiom **Carmine Pinto** fino agli otorinolaringoiatri rappresentati dal presidente nazionale della Società italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia cervico-facciale (SIOeChCf) **Giuseppe Spriano**. Per tutti unanimemente non si può rinunciare alla professionalità del farmacista che, sottolinea Pinto «rappresenta un alleato importante che dovrebbe essere ulteriormente valorizzato». Dall'altra parte della barricata al momento si levano le voci delle parafarmacie e del Movimento nazionale dei liberi farmacisti. Per **Davide Gullotta**, presidente della Federazione nazionale delle parafarmacie italiane «è palesemente falso che se le parafarmacie venderanno anche i farmaci di Fascia C ci sarà un abuso di medicinali: la fascia C viaggia, infatti, indissolubilmente con la prescrizione medica e sempre dietro ricetta continuerà a essere dispensata». I Liberi farmacisti, a loro volta, evidenziano come «a dieci anni dalla riforma "Bersani" che ha permesso la vendita dei prodotti Sop nelle parafarmacie e nella Gdo, oltre il 90% del mercato, sia in volumi che in valori, continua a passare per il canale delle farmacie tradizionali, nessuna farmacia ha dovuto chiudere per questa riforma». La guerra si preannuncia lunga e tra le tante armi che le farmacie private hanno intenzione di sfoderare sembra imminente una petizione popolare contro l'uscita della fascia C dalla farmacia. L'intento è quello di emulare i farmacisti francesi che, proprio grazie a una petizione di grande successo sono riusciti a evitare l'uscita degli Otc dalle farmacie.

Marco Malagutti

medkey



ACCEDI A MEDIKEY >

i nostri Blog



Cosmesi
a cura di Elena Penazzi



NaturaMedica
a cura di Fabio Firenzuoli



MondoFarmacia
a cura di Paolo Vintani

ANNUNCI

INSERISCI IL TUO ANNUNCIO >

0 che si in < >>

Immagine non disponibile

09/02/2015 12.08.00 CERCO LAVORO

Vedi tutto l'annuncio >

Iscriviti a Farmacista33

avrà in anteprima le notizie del giorno

PBpharma
Healthcare Solutions

Scopri l'homecare!
gli Ausili Sanitari
nella tua Farmacia

OLTRE 3000 ARTICOLI • UNA SOLA AZIENDA

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

9 febbraio 2015

Farmacie, Medici di famiglia e oncologi contro le liberalizzazioni. Coro di no dall'Ipasvi a Federanziani

Medici di famiglia, oncologi, otorini, infermieri e associazioni della Terza età. E' un coro di no all'ipotesi di liberalizzazione delineata dal [ddl concorrenza del Ministero dello Sviluppo economico](#), che secondo la bozza da noi anticipata prevede più farmacie (abbassando il tetto degli abitanti) e toglie loro l'esclusiva sui farmaci di fascia C (a carico del cittadino).

I medici di famiglia (Fimmg) si dicono «preoccupati per l'ipotesi liberalizzazione farmacie, soprattutto per lo spostamento di risorse sanitarie dalla rete dei professionisti a quella commerciale». Lo dichiara il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. «Il mondo delle professioni - aggiunge - presenta un cronico deficit di finanziamento e le liberalizzazioni comporterebbero un netto peggioramento della situazione. Se vogliamo mantenere un Ssn degno di questo nome non possiamo permetterci l'indebolimento dei professionisti della sanità. Non servono tagli, servono investimenti».

Contro il Ddl scende in campo anche l'Associazione italiana di oncologia Medica (Aiom). «I farmacisti italiani - spiega il presidente Carmine Pinto - rappresentano da anni un reale punto di riferimento per tutti i cittadini e i pazienti di questo Paese. Sono presenti capillarmente su tutto il territorio nazionale e offrono un presidio realmente importante. Per questo riteniamo critica e non adeguata per la realtà italiana la liberalizzazione della vendita dei farmaci di fascia C in altre strutture».

A non convincere è l'ipotesi di aprire la vendita dei farmaci di fascia C anche agli ipermercati. «Il farmaco, anche quello in fascia C, svolge un ruolo spesso essenziale, che non va banalizzato e va gestito da farmacisti - spiega il presidente - proprio per evitare una possibile assunzione non controllata e talora con informazioni non sufficienti su un farmaco. Non dobbiamo dimenticare poi che i maggiori consumatori sono le persone anziane, oltre 12 milioni nel nostro Paese. Sono i pazienti più fragili che molto spesso devono assumere più farmaci insieme perché colpiti da più patologie croniche, talora anche in concomitanza con terapie orali oncologiche. E molti sono anche pazienti che sono riusciti a sconfiggere il cancro. Proprio per questo il farmaco in fascia C va distribuito in strutture con personale sanitario. Anche per noi come Aiom, infatti, il farmacista rappresenta un alleato importante che dovrebbe essere ulteriormente valorizzato proprio quando, grazie ai progressi della ricerca, stiamo rendendo croniche molte patologie oncologiche».

Contrari alla liberalizzazione anche gli otorini. «I farmaci in fascia C devono essere venduti esclusivamente in farmacia. Le previste liberalizzazioni - sottolinea Giuseppe Spriano, presidente nazionale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOeChCf) - rischiano di creare confusione e di banalizzare l'utilizzo di un farmaco che invece rappresenta un atto medico importante. Come otorino ci occupiamo di patologie che coinvolgono il bambino, l'adulto e l'anziano e che trovano nelle terapie un validissimo ausilio. Il rischio però spesso è di abuso e sottovalutazione degli effetti collaterali. Il farmacista è un professionista laureato in grado di consigliare il paziente e di fornire, se richiesto, un consiglio tecnico importante. Questo vale soprattutto nei piccoli centri dove la farmacia rappresenta un vero e proprio presidio sanitario che va difeso e valorizzato. I risparmi nella sanità - sottolinea Spriano - vanno cercati altrove, e tutti noi siamo pronti a fare la nostra parte, ma non bisogna adottare misure che rischiano di creare disorientamento, soprattutto in quella fascia di popolazione come gli anziani che, oltre al medico, possono trovare nel farmacista un valido ausilio».

Riflessione critica dagli infermieri: dal farmacista un sostegno informativo essenziale. «Abbandonare la strada del sostegno informativo e della capacità di compliance del cittadino - sottolinea la senatrice e presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi, Annalisa Silvestro - potrà produrre, forse, del risparmio, ma potrebbe produrre ben altri impatti (e quindi costi) sul mantenimento di un buon equilibrio di salute dei cittadini».

«Liberalizzare e ampliare l'orizzonte della concorrenza - aggiunge - è un meccanismo che ha portato nel tempo a livellare prezzi e spese dei cittadini per molti generi diretti al pubblico, non c'è dubbio, ma la salute non è un bene che si può 'livellare', né può scendere al di sotto di determinati indici di qualità e di sicurezza. E ancora meno può essere lasciata alla libertà spesso poco informata di chi non si deve occupare di curarla, ma solo di stare meglio,

il cittadino» .

«Il farmacista è il professionista che può guidare il fai-da-te del paziente sicuramente in modo più preciso e immediato - conclude Silvestro - essendo quello che deve dispensare il farmaco proprio e anche per tenerne sotto controllo l'uso corretto e non l'abuso. Per questo credo sia più che opportuna una ulteriore riflessione anche perché, purtroppo, il livello di educazione sanitaria oggi nella comunità è quasi assente. Non a caso una scelta a suo tempo fatta del Governo è stata quella di prevedere nelle nuove e moderne "farmacie dei servizi" il contatto con gli infermieri: per rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini attraverso un riferimento professionale competente, per garantire la tutela della loro salute, perché non siano lasciati a se stessi e all'improvvisazione».

Federanziani ribadisce il suo secco «no» alle liberalizzazioni. La Federazione delle associazioni della Terza età è pronta a scendere in piazza per difendere le farmacie rurali. Per Federanziani liberalizzare questo mercato significherebbe infatti «costringere le 7.000 farmacie rurali a chiudere, lasciando, così, interi territori completamente abbandonati!». Le farmacie rurali, ricorda la Federazione, dispensano farmaci e assicurano servizi di tutela della a 10 milioni di persone, di cui un terzo anziani, che da un giorno all'altro rischiano di ritrovarsi soli sul territorio, privi del loro unico presidio sanitario.

In Italia vi sono 8.092 comuni, il 70% dei quali sono piccoli comuni rurali. 5.683 comuni hanno una media di 1.823 abitanti, per un totale di 10 milioni di abitanti. Gli anziani che vivono in questi piccoli centri sono mediamente il 25% della popolazione, con punte del 30%. In questi comuni lavorano circa 7.000 farmacie rurali, di cui 3.500 sussidiate, ovvero finanziate da noi cittadini, con le nostre tasse, affinché non chiudano e restino sul territorio.

«Queste farmacie non si limitano a dispensare farmaci - spiega Federanziani - ma svolgono un fondamentale ruolo di consulenza verso il paziente, ed erogano servizi e prestazioni fondamentali: eseguono prelievi del sangue, misurazioni della pressione, elettrocardiogrammi, esami a domicilio, e sono disponibili H24 per prestare soccorso.

In territori come questi, in caso di urgenza, i malati devono percorrere tra i 20 e i 40 chilometri di strade e stradine per arrivare al più vicino pronto soccorso. Per fortuna ci sono le farmacie rurali, che in caso di emergenza hanno il defibrillatore e salvano vite!».

9 febbraio 2015

segui [quotidianosanità.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)


Tumori. Lo screening rimane l'arma più efficace



09 FEB - *Gentile direttore,*

il 4 febbraio è stato il world cancer day. Molti si sono espressi a proposito della gestione di questa grande patologia. Molti sono stati gli appelli dal mondo scientifico, dai medici, dalle Istituzioni e dalla politica. Tutte le dichiarazioni fanno riferimento all'obiettivo di ridurre la mortalità, almeno quella così detta "evitabile" in base alle conoscenze attuali, e all'umanizzazione delle cure. L'appello è giusto, l'obiettivo è chiaro. Ma per ridurre realmente la mortalità "evitabile" non è sufficiente la spinta emozionale contenuta negli appelli, serve fare sinergia tra istituzioni, politica e stakeholders del Servizio Sanitario Nazionale. Dietro la riduzione della mortalità evitabile ci deve essere una reale politica della prevenzione. Lo screening è l'arma più forte contro il cancro. Si pensi che fare

lo screening di tutta la popolazione eleggibile, anche semplicemente in base a criteri di età e di familiarità, permette in non pochi casi di conoscere prima, dunque prevedere, l'insorgenza di uno specifico tumore, se non addirittura scoprirlo nel momento stesso degli esami. Oggi, rispetto al passato, la tecnologia medica ci permetterebbe di "screenare" un gran numero di pazienti a costi ridotti.

Se si ragiona su grandi numeri di pazienti, e soprattutto se si pensa ai costi risparmiati grazie alla diagnosi precoce, è chiaro che esiste una "convenienza" terapeutica ed economica nello screening della popolazione su specifiche malattie altamente impattanti su salute e costi, come il cancro. Per fare un esempio, si pensi alle tecniche mininvasive di colonscopia che ad oggi, con una semplice ingestione di una pillola che contiene una telecamera, permettono di mappare e ricostruire in digitale le pareti dell'intestino, e poter vedere la presenza di polipi, diverticoli e altri elementi che rilevano l'entità del rischio di sviluppare un tumore, e a consigliare al paziente di effettuare un intervento di asportazione o semplicemente effettuare controlli più frequenti per una diagnosi precoce di un probabile tumore. Si immagini una lettera della ASL che invita i

cittadini, al raggiungimento del 40-esimo anno di età, a fare uno screening per questa patologia, come per altre. La realtà è che ad oggi è possibile effettuare screening sulla popolazione per prevenire molte malattie, soprattutto nell'oncologia. Lo screening permetterebbe di ridurre in maniera drastica l'incidenza dei tumori, o quantomeno i loro effetti.

Ciò che serve è una Pubblica Amministrazione efficiente che riesca a recepire la migliore tecnologia all'interno di percorsi integrati di prevenzione e cura a livello nazionale. Bisogna essere attenti, inoltre, a non creare disuguaglianze di accesso a tali percorsi tra i cittadini italiani. Infatti, ad oggi esistono esperienze di successo nello screening in Italia, ma localizzate in alcune parti del territorio italiano, e solo per una popolazione ristretta rispetto a quella totale. Serve un maggiore sforzo di coordinamento da parte delle Istituzioni nazionali e regionali, serve sicuramente un input più forte da parte del [Ministero della Salute](#). Gli elementi contenuti nel nuovo Patto della Salute fanno ben sperare. Oltre al nuovo aspetto dell'umanizzazione delle cure, il Patto prevede anche un piano per la prevenzione di 200 mln di euro ogni anno.

Fa ben sperare anche l'orientamento della nuova dirigenza del Ministero e delle sue Tecnostrutture a dare vita in maniera rapida e concreta alle previsioni del Patto. Ci si attende dunque un cambio concreto nelle politiche di prevenzione, soprattutto in riferimento allo screening della popolazione per specifiche patologie, per ridurre realmente le morti evitabili a vantaggio dei cittadini e del sistema nel suo complesso.

Davide Integlia

Direttore Area Innovazione di I-Com

09 febbraio 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in *Lettere al direttore*



[Professioni sanitarie. Laureati, ma trattati ancora come i "manovali" della sanità](#)



[Medici, siamo già troppi. Ci mancava solo la sentenza del Consiglio di Stato](#)



[Precariato. Una nuova sentenza a favore della trasformazione del contratto a tempo determinato in indeterminato](#)



[Inps e gestione separata. Una mazzata per i professionisti sanitari](#)



[Comma 566. Ancora dubbi sulla](#)



[La Toscana e la sanità a "doppio"](#)

Lunedì 09 FEBBRAIO 2015

Ipertensione. Maxi-studio: ecco la pressione che ci fa rischiare

La pressione sistolica (massima) sopra i 150 mmHg aumenta il rischio di infarto e ictus ed altri eventi cardiovascolari anche fatali, mentre l'aumento del rischio sarebbe assente per i pazienti con valori compresi tra i 130 e i 150 mmHg, una categoria su cui il dibattito è aperto. Se la pressione sale, inoltre, la terapia dovrebbe essere intensificata al massimo entro un mese e mezzo circa. Lo afferma uno [studio](#) sul *British Medical Journal*

Uno studio retrospettivo su più di 88mila adulti ipertesi dimostra che avere una pressione sistolica (massima) al di sopra dei 150 mmHg è un fattore che aumenta il rischio di eventi cardiovascolari potenzialmente fatali, tra cui infarto ed ictus. Lo studio, condotto dal Brigham and Women's Hospital - BWH (Boston, Stati Uniti) e [pubblicato](#) sul *British Medical Journal*, ha esaminato anche i pazienti con pressione sanguigna sistolica compresa tra i 130 e i 150 mmHg, per capire qual è l'impatto del trattamento farmacologico sul rischio di avere un infarto o un ictus: i ricercatori riferiscono che è la prima volta in cui tale analisi viene effettuata su questa categoria di persone, si tratta di un gruppo di pazienti i per i quali l'opportunità del trattamento è dibattuta e "controversa", si legge nello studio, data anche la scarsità di trial clinici svolti su questo tema.

Nei pazienti con pressione sistolica compresa tra i 130 e i 150 mmHg i ricercatori non hanno riscontrato un aumento del rischio di eventi cardiovascolari anche fatali, mentre al di sopra dei 150 mmHg si rileva un incremento progressivo di tale rischio.

In particolare, i ricercatori sottolineano che mentre studi precedenti hanno analizzato l'influenza del trattamento farmacologico sull'insorgenza di eventi cardiovascolari negli adulti ipertesi con pressione sistolica tra 150 e 159 mmHg, non altrettanto è avvenuto nei pazienti con valori compresi tra 140 e 149 mmHg (una categoria per la quale si dibatte riguardo al trattamento), e che le raccomandazioni riguardo al migliore trattamento per il paziente differiscono tra le varie linee guida nazionali.

A tal proposito, lo studio mette in luce alcuni momenti chiave in cui un opportuno intervento, come l'introduzione di nuove cure, è in grado di ridurre il rischio di decesso per evento cardiovascolare. Tra gli interventi presi in considerazione l'inserimento di farmaci, l'intensificazione del trattamento e la rivalutazione della situazione del paziente.

"Il nostro è il primo studio che osserva queste misurazioni-chiave in un ampio database relativo all'assistenza primaria di pazienti ipertesi", ha affermato **Alexander Turchin**, senior author, MD, MS, medico e ricercatore presso la Divisione di Endocrinologia al BWH e direttore di Informatica clinica all'Harvard Clinical Research Institute. "I nostri risultati potrebbero aiutare a guidare i clinici nel valutare le modalità con cui i loro pazienti dovrebbero essere trattati negli ambulatori".

Lo studio ha preso in considerazione 88756 pazienti adulti ipertesi che hanno ricevuto assistenza primaria tra il 1986 e il 2010 nel Regno Unito.

Oltre alla pressione sistolica superiore ai 150 mmHg, i ricercatori hanno individuato altri due fattori collegati ad un maggior rischio di decesso per evento cardiovascolare (infarto, ictus o altro): si tratta del ritardo nel trattamento o nell'intensificazione della terapia e nella rivalutazione (follow-up) del caso del paziente.

"Abbiamo voluto raccogliere un numero maggiore di prove per capire meglio in che modo i ritardi nel trattamento della pressione sanguigna elevata possano influenzare il verificarsi di questi eventi" cardiovascolari, ha spiegato Turchin.

Nel caso in cui la pressione sanguigna del paziente abbia avuto un aumento, ritardare di più di 1,4 mesi (circa un mese e mezzo) l'intensificazione del dosaggio farmacologico o l'aggiunta di nuovi medicinali è un fattore che può contribuire a far crescere il rischio di eventi anche fatali; lo stesso vale se si ritarda di più di 2,7 mesi (quasi 3 mesi) la rivalutazione (follow-up) dei livelli della pressione sanguigna dopo l'intensificazione del trattamento farmacologico.

"L'ipertensione è curabile", prosegue Turchin. "Il trattamento medico giusto può ridurre il rischio individuale. Ma abbiamo bisogno di conoscere la pressione sanguigna ottimale, il momento più opportuno per intensificare il trattamento e per rivalutare [il paziente]. La nostra ricerca evidenzia l'importanza di evitare ritardi nel trattamento e di fissare appuntamenti di follow-up per i pazienti con ipertensione".

Viola Rita

*Wenxin Xu et al., Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study, BMJ 2015; 350 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h158> BMJ 2015;350:h158

** Lo studio è stato finanziato da Harvard Center for Primary Care

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

Insonnia: le sette regole d'oro per vincerla

Il disturbo colpisce 12 milioni di persone in Italia. Alla lunga può provocare ipertensione, depressione e demenza precoce. Fumo, alcol e cibi grassi mai prima di andare a letto



VALENTINA ARCOVIO

A tutti sarà capitato, e probabilmente anche più di una volta, di rigirarsi nel letto di notte senza riuscire a chiudere occhio. Ebbene, è quel che si definisce un episodio di insonnia. Più precisamente una forma di insonnia molto comune. Infatti, questo mostro “mangia-sonno” può avere volti diversi: oltre alla difficoltà ad addormentarsi, c'è la difficoltà a mantenere il sonno e quindi avere molti risvegli, oppure di avere la sensazione di dormire poco o male. Si stima che in Italia siano ben 12 milioni le persone che soffrono di insonnia, ovvero il 10 per cento della popolazione. Ma per molti si tratta di un dato sottostimato. Nonostante questo, spesso il problema viene liquidato come se fosse un qualcosa di passeggero. Eppure, molte volte non è così e le conseguenze, specialmente sul lungo periodo, possono essere anche gravi. “Il sonno è qualcosa a cui non possiamo assolutamente rinunciare, anche se molti vorrebbero”, dice Liborio Parrino del Centro del Sonno dell'Università di Parma e segretario nazionale dell'Aims (Associazione italiana medicina del sonno).

RISCHI

Sono sempre più numerose le evidenze scientifiche che dimostrano quanto la mancanza di sonno faccia male alla nostra salute. Ad esempio, un recente studio pubblicato sulla rivista Hypertension ha suggerito che chi soffre d'insonnia cronica avrebbe fino al 400% di probabilità in più di sviluppare l'ipertensione. Altri studi recenti hanno evidenziato come l'insonnia sia il più rilevante sintomo prodromico, ovvero cioè che anticipa la comparsa, della depressione. Un alterato equilibrio sonno-veglia, infatti, causa nervosismo, stress ed eccessiva tensione.

Inoltre, la letteratura scientifica è ricca di studi che hanno collegato l'insonnia a un rischio maggiore di sviluppare demenza con il tempo, di avere le difese immunitarie più basse, di sviluppare disturbi alla vista, di essere in sovrappeso. La lista è davvero lunga.

RIMEDI

Ma la buona notizia è che ad essere lunga è anche la lista dei possibili rimedi. “Anzi più che rimedi, si tratta di una lista di cose che non bisogna fare prima di andare a letto”, precisa Parrino. “Se ci pensiamo bene, infatti, non

abbiamo alcun bisogno di imparare a dormire – continua - perché già nella pancia della mamma siamo bravissimi a farlo. Basterebbe infatti solo non ostacolare il sonno con abitudini e comportamenti oggi molto diffusi, ma nemici del sonno”. Per l’esperto, non è necessario stravolgere le nostre abitudini, ma di moderarle seguendo il buon senso.

No ai cibi grassi.

Per fare pace con il sonno bisogna cominciare a stare attenti a cosa si mette in tavola a cena. “Sono sconsigliati i piatti pesanti, come salsicce e bistecche”, spiega l’esperto. “Il rischio è di sovraccaricare il metabolismo di sera”, aggiunge. Meglio quindi consumare carboidrati, come la pasta, il riso, l’orzo e il pane. O latte e latticini che contengono L-triptofano, un aminoacido che stimola la sintesi della serotonina, il neurotrasmettitore cerebrale che favorisce il rilassamento dell’organismo. “Una tazza di latte con cereali e biscotti sono un ottimo viatico per il riposo”, spiega Parrino.

Vietato digiunare.

Mangiare leggero non significa lasciare la pancia vuota. “Se non si mangia, mentre dormiamo il cervello ci sveglia e fa scattare la fame che impedisce un buon sonno”, spiega Parrino.

Niente alcol o bevande eccitanti.

“Anche se è vero che l’alcol è un sedativo e fa venire sonno, è altrettanto vero che dopo 4 ore di lavoro per il fegato l’alcol scompare dal sangue e causa delle mini-crisi d’astinenza che disturbano il sonno”. L’esperto, inoltre, invita a evitare caffeina, cola, tè ed energy drink.

Non fumare.

Anche se è difficile a credersi: il fumo non rilassa. In realtà, accade qualcosa di simile a quello che succede con gli alcolici. “La nicotina ha un’emivita breve e può creare delle microcrisi di astinenza nel pieno del sonno”, dice Parrino.

Niente tv a letto. “In generale, guardare la tv a letto disturba il sonno”, dice l’esperto. “La luce del televisore uccide - continua - la melatonina, l’ormone amico del sonno, e di conseguenza disturba il sonno”, aggiunge. L’idea è quella di considerare il letto il luogo in cui si dorme. Quindi, meglio guardare la tv sul divano.

Non usate smartphone, tablet e pc.

“Può sembrare che non abbiano alcuna influenza, ma la sola luce che emettono può interferire con la melatonina, disturbando il sonno”, spiega Parrino.

Ok alle letture, ma occhio alla luce. Un buon libro prima di addormentarsi va bene. “Purché in condizioni luminose protette”, sottolinea l’esperto. “E’ consigliabile non usare lampade che emettono luce blu e che, notoriamente, disturbano il sonno”, aggiunge.

Assecondare il proprio cronotipo.

“Se si è allodole, ovvero mattinieri, allora è preferibile assecondare questa predisposizione”, dice l’esperto. “Non bisogna sforzarsi - continua - di rimanere in piedi fino a tardi per stare con la famiglia o guardare la tv. So che è difficile, ma se il nostro organismo ci dice che abbiamo sonno, allora è il caso di ascoltarlo”.

Attività fisica sì, ma lontana dal sonno.

Fare esercizio fisico fa bene alla salute. “Ma fare attività poco prima di mettersi a letto può creare difficoltà ad addormentarsi per via dell’adrenalina che il movimento fisico libera nell’organismo”, conclude l’esperto.

IN COLLABORAZIONE
CON ADN KRONOS SALUTE



**adnkronos
salute**

VACCINI

Influenza, il virus sta per essere "disarmato"

Scientziati dell'università di Oxford hanno riprodotto per la prima volta l'intero involucro di protezione di un virus dell'influenza A, grazie a una simulazione virtuale che ha utilizzato tecniche di cristallografia, spettroscopia, microscopia crioelettronica e lipidomica. Si tratta del primo modello completo della "busta" che avvolge una singola particella virale di influenza A, e viene descritto da Tyler Reddy dell'ateneo britannico a Baltimora (Usa), durante il 59esimo meeting annuale della Biophysical Society.

La relazione di Reddy - specificamente impegnato nello studio delle proteine di membrana, fra cui quella responsabile della più comune forma di nanismo umano (acondroplasia) - si basa su un lavoro di dinamica molecolare confermato da Daniel Parton, oggi in forze al Memorial Sloan Kettering Center di New York, che da anni progettava di ricostruire completamente il "guscio" del virus influenzale.

I ricercatori sono riusciti anche a studiare le traiettorie virali possibili a differenti temperature e la composizione lipidica della mem-

brana protettiva. Informazioni chiave che potranno aiutare gli scienziati a comprendere meglio le tecniche di sopravvivenza del virus nell'ambiente o all'interno di un "ospite", così da combatterlo con maggiore efficacia.

Tra le informazioni emerse dallo studio, ce n'è una relativa alla particolare disposizione delle proteine che sporgono dall'involucro virale, e che indicherebbe la possibilità di utilizzare anticorpi bivalenti (a forma di "Y") disegnati per attaccare il germe in 2 punti diversi contemporaneamente.

Non solo. Capire com'è fatto strutturalmente il guscio nel quale il virus è "imbustato" può aiutare a studiare i tempi di sopravvivenza del virione in ambienti diversi, per esempio l'acqua dei fiumi. Un dato interessante, poiché precedenti ricerche hanno indicato che la presenza di virus dell'influenza A nei fiumi permetteva agli uccelli acquatici di entrare in contatto contemporaneamente con il microbo e con residui di composti antivirali utilizzati dall'uomo, spianando la strada alla possibile selezione di ceppi influenzali resistenti ai farmaci.



RSALUTE

Tumori. Continua l'aumento dei casi di mesotelioma, cancro causato da esposizione all'amianto liberato nell'ambiente da tetti, tubazioni, isolanti, ecc. Dal '92 è bandito, ma ci sono ancora 32 milioni di tonnellate da smaltire. E ai ritmi attuali ci vorranno almeno 85 anni

Quella lunga guerra a un nemico invisibile

ANNAMARIA MESSA

I AMIANTO si continua a morire: a Casale Monferrato, a Bari, e nel resto d'Italia. Ne smaltiamo 380 mila tonnellate l'anno e a questo ritmo ne servono altri 85 per bonificare tutto: ci sono 32 milioni di tonnellate in industrie ed edifici pubblici e privati.

Dal 1992 la legge (27-3-1992, n. 257) vieta estrazione, commercio, importazione e lavorazione. Fino ad allora l'amianto (o asbesto, dal greco: eterno) si usava in frizioni e freni di autoveicoli e treni, rotaie, tetti, garage, tubi, serbatoi, cassoni, canne fumarie, scuole, palestre, imballaggi, ecc. Ma vento, stress termico, pioggia, sfregamento liberano nell'ambiente microfibre inalabili dall'uomo. «Le fibre di amianto penetrano nei polmoni e come aghi s'infilano nelle cellule dove, essendo indistruttibili, innescano un'inflammatione cronica e poi il cancro del mesotelioma (rivestimento della cavità toracica) o mesotelioma pleurico, il tumore più direttamente collegato all'esposizione ad amianto. Non vi sono test che svelano se vi sono fibre nel tessuto polmonare e se indurranno tumori. E non conosciamo sintomi caratteristici del mesotelioma. In sintesi, la diagnosi precoce è impossibile», ha spiegato Giorgio Scagliotti, direttore dipartimento Oncologia università di Torino, intervenendo a Bari, una delle città più colpite da questa «vera e propria epidemia evitabile», alla III Consensus Conference Italiana per il controllo del mesotelioma maligno della pleura.

Dopo anni di studio la Consensus ha elaborato e discusso le prime Linee Guida, strumento operativo per affrontare la patologia dal punto di vista diagnostico, clinico, terapeutico, sociale. «L'Italia guida la task force europea per la sorveglianza attiva dell'amianto e le istituzioni possono far fronte a questo impegno solo con un patto con i clinici e i media», hanno precisato i due presidenti della Consensus, Scagliotti e Carmine Pinto, presidente AIOM, Associazione Italiana Oncologia Medica e direttore UO Oncologia Az. Osp. Univ. Parma.

«Vanno accelerati i tempi della bonifica, eseguibile solo da personale specializzato e

secondo i rigorosi protocolli di sicurezza previsti», allerta Pinto.

L'Oms ha stimato in 125 milioni le persone esposte sul lavoro a questo minerale e in 90 mila i decessi all'anno per mesotelioma. «L'80% dei mesoteliomi è imputabile all'amianto anche se solo il 5% delle persone esposte ripetutamente si ammala», evidenzia Scagliotti. «Il mesotelioma è nell'elenco delle malattie professionali ma ci sono inconcepibili ritardi nel riconoscimento previdenziale», aggiunge Pinto.

Le previsioni epidemiologiche predicono nel prossimo decennio un aumento delle vittime da amianto a causa di lunghissimo periodo di incubazione. Oggi si hanno 120 mila morti l'anno nel mondo. Circa 3000 in Italia, la metà per mesotelioma. E nel 2014 sono state 1800 le nuove diagnosi. L'Istituto Superiore di Sanità prevede un picco di mortalità tra il 2015 e il 2020. Il rischio più accentuato a Casale Monferrato, cittadina piemontese sede dell'Eternit che conta finora oltre 1700 vittime, a Bari con la Fibronit situata (fino al 1985) tra i quartieri cittadini, a Taranto con l'Ilva. Un'altra decina i siti particolarmente esposti. «Il mesotelioma è ancora incurabile e l'incidenza coincide con la mortalità. Il fattore di rischio è una dose cumulativa di esposizione alle fibre, ma nessuno è in grado di stabilire una quantità e un tempo massimi tollerati, oltre i quali aumenta la probabilità di ammalarsi», spiega Scagliotti.

«Oggi c'è un'incidenza rilevante di mesotelioma tra chi svolge lavori manuali come elettricisti, meccanici, muratori, e tra bidelli e insegnanti per l'amianto in alcune scuole di costruzione datata. Anche i comuni cittadini sono esposti inconsapevolmente all'inquinamento ambientale o alle emissioni da edifici i cui materiali di costruzione contengono l'amianto», aggiunge dall'Osservatorio Nazionale Amianto, Luciano Mutti, direttore del Dipartimento Ricerca e Cura del Mesotelioma.

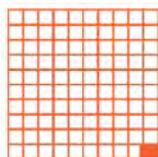
Ed è solo di qualche giorno fa la scoperta fatta a Sannicandro (Bari) dal Corpo forestale dello Stato: l'alveo di un torrente riempito da rifiuti di amianto e materiale edile poi interrati per nascondere i rifiuti stessi e ottenere una superficie coltivabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



32 milioni

di tonnellate di amianto da smaltire in Italia



380 mila tonnellate (1,2%) vengono smaltite ogni anno

83 anni il tempo necessario a bonificare l'Italia

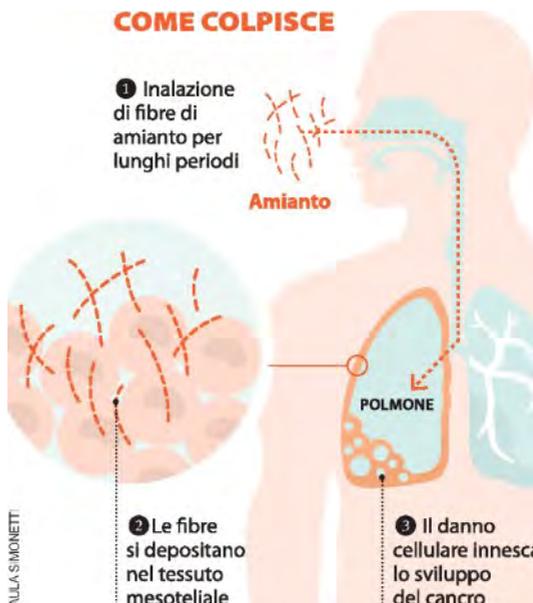
PER SAPERNE DI PIÙ

A RISCHIO ANCHE L'ACQUA

Diversi studi scientifici rilevano una relazione tra esposizione ad amianto e tumori gastrointestinali ma anche per trachea, laringe, reni, esofago e cistifellea. Segnalati anche mesoteliomi e tumori all'ovaio in casalinghe che hanno inalato amianto scuotendo gli abiti da lavoro del marito prima di lavarli. Le fibre di amianto possono superare la barriera intestinale e trasferirsi a rene, vescica e cistifellea. La dottoressa Fiorella Belpoggi dell'Istituto Ramazzini di Bologna, da tempo afferma che l'amianto nell'acqua potabile, portato dalla disgregazione delle vecchie tubazioni in cemento-amianto, è un altro grave pericolo per la nostra salute, come quello nell'aria. Tumori di esofago, stomaco, e colon-retto, già negli anni '50, sono stati associati all'amianto e, attualmente, poiché la questione è ancora controversa, le fibre dell'amianto e l'acqua potabile sono oggetto di attenti studi riguardo i tumori della laringe. Numerosi lavori scientifici rielvano che chi beve acqua contaminata da amianto ha un'alta probabilità di contrarre tumori dell'apparato gastro-intestinale. La risoluzione del Parlamento Europeo del 2013, sulle malattie professionali legate all'amianto dice testualmente «[...] anche diversi tipi di tumori causati non soltanto dall'inalazione di fibre trasportate nell'aria, ma anche dall'ingestione di acqua contenente tali fibre, proveniente da tubature in amianto, sono stati riconosciuti come un rischio per la salute e possono insorgere anche dopo alcuni decenni».

(Roberto Suozzi)

COME COLPISCE



VALLA SIMONETTI

Contro il logorio dei turni

Nuova ricerca: non solo calo dell'attenzione
ecco tutti i rischi per chi lavora dal tramonto
all'alba. I test per capire le attitudini di ciascuno

RSALUTE

Medicina del lavoro. Squilibri ormonali
e di umore, maggiore frequenza di tumori a seno e polmone, infarti, ictus
I risultati delle ricerche sul caos prodotto dall'inversione luce-buio

Stress, logorio organi a rischio È l'effetto notte sui "turnisti"

**Su Pnas e British Medical
Journal i dati che segnalano
incrementi di patologie**

GIUSEPPE DEL BELLO

ACCIO una notte a settimana. Ma quando manca qualche collega, mi capita anche di farne due». Carlo, 47 anni, da 24 fa l'infermiere nel pronto soccorso del Cardarelli (il più grande e affollato ospedale del sud). Soffre di esofagite da reflusso con ernia jatale, crisi d'ansia e una lieve aritmia. «E mi è andata pure bene», ironizza,

«l'anno scorso un collega si è fatto il "viaggio". Morto così, a 52 anni per infarto, dopo una vita tra barelle, cateteri e trasferte in ambulanza». Quando "smonta" dalla notte, Carlo si tappa in casa e cerca di recuperare: «Però, mettersi a letto alle 10 del mattino e appisolarsi per tre ore non equivale a un bel sonno notturno. E quello perduto, niente e nessuno te lo restituirà».

È duro lavorare di notte. Effetti negativi di una vita al "contrario", rovescio della medaglia di una società sempre connessa, abituata ad avere tutto in ogni istante. Ventiquattr'ore su 24. Ma le conseguenze si pagano, eccome. Praticamen-

te tutti gli organi diventano bersaglio dello stravolgimento circadiano. L'ultimo allarme arriva da una ricerca pubblicata su *Pnas* (*Proceedings of National Academy of Sciences*) e ripresa dalla Bbc britannica, in cui un'équipe del centro del Sonno del Surrey mette in guardia



per il "caos" devastante e per i danni a lungo termine sull'organismo. Dagli squilibri ormonali alla temperatura, all'umore, al diabete di tipo 2, all'infarto, e fino al tumore. Un lavoro organizzato a turni esporrebbe a sconquassi profondi, anche a livello molecolare. Di notte poi, gli effetti negativi si svilupperebbero in forma più grave e con maggior rapidità.

Lo studio ha seguito 22 persone, monitorando ciò che avveniva nel loro corpo successivamente al passaggio dal modello lavorativo giornaliero a quello notturno. Simon Archer dell'università del Surrey spiega che, in condizioni normali, il 6 per cento dei geni (custodiscono le informazioni nel Dna) è tarato per essere più o meno attivo in momenti specifici della giornata: «Quando i volontari hanno lavorato per tutta la notte, la regolarità della funzione genetica è andata persa». Insomma, se salta il sincronismo tra sonno e ritmo dei geni, il nostro organismo ne risente. Aggiunge Derk Jan Dijk, ricercatore: «Il crono-caos è come vivere in una casa in cui c'è un orologio in ogni ambiente che riporta orari diversi».

Uno studio pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2012 ha analizzato il lavoro notturno come possibile conseguenza di un incremento significativo di

alcuni tumori, in particolare del polmone. Per quest'ultimo, il dato arriva da un articolo dell'*American Journal of Preventive Medicine*, secondo cui la causa della maggiore incidenza e dell'aumento della mortalità dell'11 per cento risiederebbe nell'alterazione dei regolari ritmi del sonno per un periodo minimo di cinque anni. «Un'altra ricerca, incrociando i dati di una casistica globale su circa due milioni di pazienti», riferisce Franco Rengo, professore emerito alla Federico II di Napoli e direttore della Fondazione Maugeri a Telese (Benevento), «ha dimostrato che chi lavora di notte va incontro a un rischio maggiore di infarto del 23 per cento, di ictus del 5 e di eventi coronarici del 24. E il maggiore stress è legato anche alla tipologia di lavoro: non è la stessa cosa fare il guardiano di uno stabilimento o l'operaio nella catena di montaggio».

Singolare ma ben interpretabile, il riscontro di una prevalenza aumentata di tumore della mammella nelle donne che abbiano svolto un lavoro notturno per un periodo lungo, dai 20 ai 30 anni. «È una patologia che in molti casi è dipendente dagli estrogeni», spiega Rengo, «che vengono contrastati dalla melatonina

prodotta nelle ore notturne. Ma se quest'ultima viene meno perché non si dorme, la conseguenza è l'incremento di estradiolo».

E se la "sindrome del lavoratore turnista" è dato scientifico acquisito, oggi la Medicina del Lavoro è sempre più attenta alle conseguenze del turno notturno, dalle 22 alle 7: «Gli effetti a lungo termine sono tanto devastanti», sottolinea lo specialista e ricercatore della Fondazione Maugeri di Pavia Giuseppe Taino «che il 20 per cento dei turnisti dà forfait». Proprio per questo, la Società di Medicina del Sonno ha redatto le linee guida, un decalogo utile a minimizzare le conseguenze del lavoro notturno. Per esempio, per prevenire le turbide dei ritmi biologici, è indicata la "rotazione anterograda" (mattina, pomeriggio, notte e riposo). E comunque, mai più di tre notti consecutive. Come pure bisogna programmare almeno 12 ore di intervallo tra un turno e l'altro, mentre quello del mattino non deve iniziare prima delle 7. L'attività lavorativa deve svolgersi tra le 8 e le 12 ore, a seconda del tipo di impegno che richiede. E infine, la giornata in cui si smonta dovrebbe essere dedicata al recupero, e non ad altre attività».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Asma, nei prematuri la vulnerabilità sparisce con la crescita

Studio danese su 1 milione e 800mila bambini: i rischi, dopo una certa età, identici agli altri soggetti



NICLA PANCIERA

MILANO

È noto che i nati pretermine hanno un rischio più elevato degli altri bambini di sviluppare asma e difficoltà respiratorie. Questa **maggior vulnerabilità sparisce tuttavia con la crescita**, quando la loro probabilità di ammalarsi si riduce sempre di più, fino a diventare pressoché identica a quella dei loro coetanei nati al termine naturale della gravidanza. A dirlo è uno studio danese appena pubblicato sulla rivista *PLoS ONE* e condotto su 1 milione 790 mila bambini nati in Danimarca tra il 1980 e il 2009.

Dall'analisi dei dati relativi alla durata della gravidanza e alla presenza di problemi respiratori alla nascita, si conferma del legame tra età gestazionale e asma. Infatti, il ricorso a trattamenti farmacologici era stato necessario per quasi il 27% dei bambini nati prima della 27esima settimana di gestazione, per il 18% e il 13% rispettivamente dei prematuri gravi e moderati (dopo una gestazione di 28-31 e di 32-26 settimane) e per quasi il 9% dei nati a termine.

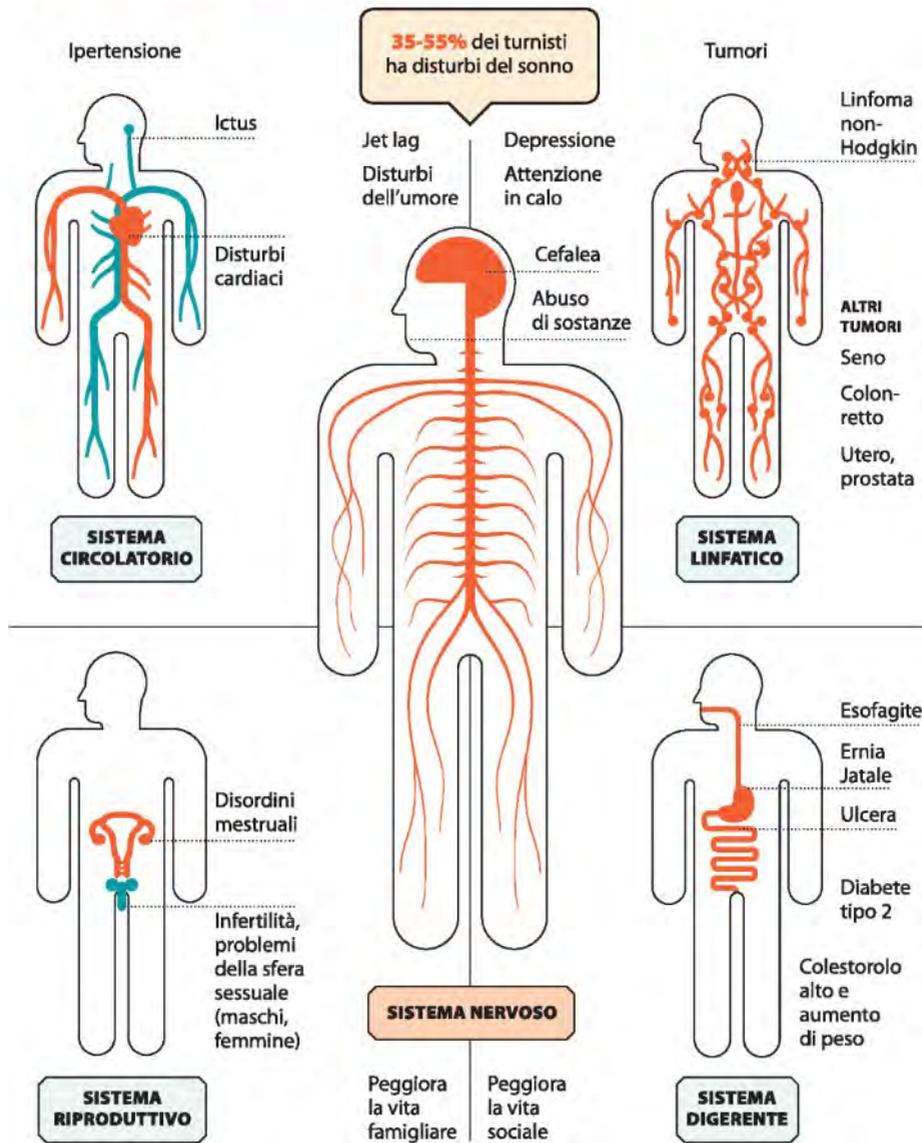
I ricercatori, che hanno seguito i soggetti fino ai trent'anni, hanno visto che nel tempo la differenza si annulla e ad aver bisogno ancora di trattamenti in età adulta è il 2,4% dei prematuri, una percentuale pressoché identica a quella dei nati a termine (il 2,1%). «I bambini prematuri costituiscono la maggior parte dei pazienti asmatici in età pediatrica, ma quando crescono questa tendenza diventa via via meno pronunciata» ha commentato Theis Lange del dipartimento di biostatistica dell'Università di Copenaghen, uno degli autori dello studio. I progressi della medicina rendono possibile una sempre maggior sopravvivenza dei bambini pretermine e questi risultati indicano che, una volta raggiunta l'età adulta, il loro sistema respiratorio non sarà più vulnerabile di quello dei loro coetanei. «Resta da scoprire – scrivono gli autori dello studio – cosa accadrà più in là negli anni», ovvero se il rischio di disturbi respiratori tornerà ad aumentare con la vecchiaia.

www.agi.it

Sesso: dieta mediterranea batte l'impotenza

(AGI) - Vienna, 9 feb. - Altro che Viagra. Pesce, insalata, olio d'oliva, cereali, frutta, verdura e qualche bel bicchiere di vino potrebbero cambiare la vita degli uomini che soffrono di impotenza. A scoprire gli effetti della dieta mediterranea sulla vita sessuale e' stato il cardiologo Athanasios Angelis dell'Hippokraton Hospital di Atene in una ricerca presentata al meeting dell'European Association of Cardiovascular Imaging di Vienna. Il medico greco ha dimostrato che il consumo di alimenti tipici della dieta mediterranea aiuta a ripulire i vasi sanguigni, soprattutto quelli stretti che si trovano nei genitali che sono essenziali per le performance maschili. "La dieta mediterranea e' ben nota per essere una dieta sana ed e' associata a una vita piu' longeva, al benessere e a una minor incidenza di cancro e malattie cardiovascolari", ha detto Angelis. "E questo e' molto importante perche' le persone possono scegliere questo tipo di dieta per prevenire o ripristinare la propria salute vascolare", ha aggiunto. Secondo Angelis, i problemi di erezione possono "essere un segno di problemi di salute peggiori" perche' i vasi sanguigni del pene sono "molto, molto sensibili" a quello che succede nel resto del corpo. "L'adozione di una dieta e di uno stile di vita sano puo' contribuire a invertire la disfunzione erettile moderata", ha detto il cardiologo. Quindi, altro che pilloline blu. Il passaggio a una dieta mediterranea, in combinazione con una maggior attivita' fisica, potrebbe essere molto efficace. "Quello che fanno le pillole (di Viagra) e' di sostituire le sostanze che non possono essere prodotte dal corpo a causa di una cattiva salute vascolare", ha spiegato Angelis. "Aiutano a ripristinare una risposta - ha continuato - vascolare adeguata. Ma se siamo in grado di farlo attraverso l'adozione di una stile di vita sano, possiamo invertire almeno le prime fasi della malattia senza il farmaco". Il cardiologo greco consiglia quindi di mangiare molti cereali, frutta, verdura, olio d'oliva, pesce e pollo. La carne rossa, una volta a settimana, sarebbe sufficiente. Angelis ha infine anche consigliato di bere due o tre piccoli bicchieri di vino al giorno.

I RISCHI PER LA SALUTE



MEDICINA RIGENERATIVA

Così il callo osseo può ricostruire i tessuti

Negli ultimi anni abbiamo assistito a grandi passi in avanti nella medicina rigenerativa culminati nel 2012 con il premio Nobel a Shinja Yamana per la scoperta delle iPS (Induced Pluripotent Stem Cells), nelle quali si ripongono le speranze per il trattamento di numerose malattie incurabili come il Morbo di Parkinson, le cardiopatie, il diabete e le malattie degenerative muscolo-scheletriche. Tuttavia, sono sorte alcune importanti limitazioni allo sviluppo di terapie basate su iPS dovute principalmente alla loro sicurezza e alla difficoltà di produzione, poiché le cellule impiegate sono ottenute artificialmente attraverso una estensiva manipolazione. Per questo motivo terapie rigenerative basate su cellule stromali adulte (Mesenchymal Stromal Cells-Msc) rappresentano oggi un'alternativa più vicina alla pratica clinica e più accettabile per l'opinione pubblica.

In linea con questo concetto, negli ultimi anni abbiamo lavorato a un nuovo approccio basato su Msc per la rigenerazione ossea. Sebbene le ossa guariscano molto bene in condizioni normali, in altre situazioni, peraltro non infrequenti come per esempio le revisioni di protesi articolari e i traumi più gravi, il processo di rigenerazione del tessuto osseo è compromesso e richiede l'impianto di sostituti ossei in grado di favorire la guarigione. A oggi, però, una terapia efficace e sostenibile in grado di rigenerare il tessuto osseo nella sua complessità, non esiste.

Il nostro approccio, apparentemente semplice e intuitivo, si basa sulla replicazione del normale processo di svilup-

po della maggior parte delle ossa (ossificazione endocondrale) che è molto simile a quello di riparazione delle fratture.

Questo concetto ha rappresentato un cambio di paradigma nella medicina rigenerativa che consiste nel passaggio dal tentativo di ingegnerizzare un tessuto così com'è in natura (Tissue Engineering) a quello di ingegnerizzare il processo naturale che porta alla rigenerazione del tessuto (Developmental Engineering). Le fratture guariscono grazie alla formazione di un callo osseo costituito da tessuto cartilagineo che funge da intermedio e che viene poi rimodellato in osso.

La novità della nostra ricerca è costituita dall'idea di impiantare un "callo osseo", laddove questo non si forma autonomamente, poiché il normale processo di guarigione è bloccato da vari fattori (scarsa vascolarizzazione, necrosi, dimensioni del difetto osseo che superano le capacità di guarigione ecc.), anziché cercare di coltivare in vitro un tessuto osseo simile a quello nativo.

Lavoriamo a questo concetto da circa cinque anni e la prestigiosa rivista americana *Phas* (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America) ha già pubblicato tre dei nostri lavori: nei primi due ci siamo concentrati sulla dimostrazione della validità del principio e della capacità delle Msc umane di rigenerare un osso funzionale, in grado anche di supportare la formazione di midollo osseo allo stesso livello delle ossa native.

Con il lavoro più recente, abbiamo gettato le basi dell'ap-

plicazione clinica di questa metodica dimostrando la fattibilità di un approccio cell-free, senza cellule vive al momento dell'impianto. Questo perché oggi i costi della coltura di cellule autologhe (cioè derivate dal paziente stesso che le riceverà successivamente) e la loro variabilità inter-individuale ne rendono difficile l'applicazione clinica.

Con la nostra tecnica utilizziamo un gene suicida che viene inserito all'interno delle cellule con un vettore per far "suicidare" le Msc dopo che queste hanno prodotto il tessuto. Questo tessuto può quindi servire da "callo osseo", grazie ai fattori di crescita accumulati dalle Msc prima della loro morte, ed essere rimodellato in osso. Tale metodica ha già dato risultati promettenti nelle prime sperimentazioni pre-cliniche ed è in corso un progetto di collaborazione europeo per lo sviluppo di una metodica applicabile nella pratica clinica basata sui nostri lavori sperimentali, che ha come partner l'Ospedale universitario di Basilea, l'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, Céllec Biotek AG, società orientata allo sviluppo di bioreattori e Holostem terapie Avanzate Srl, la prima azienda italiana specializzata in prodotti per terapie avanzate basati su colture di cellule staminali.

Si prevede una prima sperimentazione clinica entro quattro-cinque anni.

Celeste Scotti

*ortopedico, ricercatore
équipe universitaria
di ortopedia rigenerativa
e ricostruttiva*

*Irccs Ist. Ortopedico Galeazzi
(Gruppo Osp. S. Donato)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Più istruiti più sani

Il livello di istruzione influenza pesantemente la salute e l'invecchiamento delle persone. Un gap che incide sugli stili di vita.

A PAG. 10-11

IL LEGAME TRA SCOLARIZZAZIONE E SALUTE

Più istruiti più sani: così la cultura migliora la qualità della vita

Laureati e diplomati vivono meglio e più a lungo - Negli Usa il gap si spinge fino a 10 anni

Esiste una lunga tradizione di studi sul rapporto tra salute e istruzione che suggerisce che le persone più istruite dovrebbero avere una salute migliore. Le due teorie principali elaborate negli anni sono la teoria allocativa e la teoria produttiva. Secondo la teoria allocativa, i maggiormente istruiti scelgono una diversa e migliore combinazione di stili di vita (fumo, dieta, attività fisica, alcool, accesso alle informazioni mediche e visite mediche), ottenendo pertanto migliori risultati in termini di salute. Secondo la teoria produttiva, anche a parità di input della funzione di produzione della salute (ovvero a parità di stili di vita e informazioni mediche) i più istruiti sanno utilizzare meglio tali input ottenendo risultati migliori.

Dal punto di vista empirico il dato di partenza è l'osservazione che i più istruiti hanno un'aspettativa media di vita significativamente più elevata negli Stati Uniti (fino a più di 10 anni di differenza) con un gap che resta significativo, ma si riduce fortemente sino a 3-5 anni nei Paesi europei. L'analisi statistico-econometrica che proponiamo nel nostro lavoro si propone di separare l'effetto diretto dell'istruzione sulla salute (e in particolare sull'insorgenza di malattie) da altri fattori concomitanti che possono spiegare la differenza di aspettativa di vita sopra considerata.

Per fare solo qualche esempio, parte del gap può essere determinata dal fatto che i meno istruiti tendono a incorrere di più in incidenti stradali e che l'istruzione incide significativamente sul reddito che a sua volta può incidere positivamente sulla salute (trattasi in questo caso comunque di effetto indiretto dell'istruzione sulla salute). Altri fattori spuri o indiretti possono essere determinati da variabili non osservate (come il livello di istruzione dei genitori e la loro propensione al bene e all'investimento sulla salute dei figli).

I risultati presentati dalla nostra ricerca confermano l'effetto positivo dell'istruzione sulla salute con alcune particolari qualificazioni come quella di impatto diverso da quello atteso sull'insorgenza dei tumori. Da un punto di vista descrittivo le differenze sono molto rilevanti. La differenza nella quota di soggetti con proble-

mi di ipertensione va dal 41,5 per cento degli intervistati con licenza elementare al 30 per cento dei laureati. Differenze simili sono identificate su diabete (15 contro 8 per cento), malattie polmonari croniche (7 contro 4 per cento), Parkinson (1,1 contro 0,6 per cento), artrite (29,4 per cento contro 15,8 per cento) e fratture femorali (3 contro 1,4 per cento). Significativa anche la distanza generale in termini di probabilità di contrarre una malattia di lungo periodo (55 per cento per chi ha la licenza elementare e 44 per cento per i laureati). I dati per chi ha licenza media e diploma di scuola superiore si collocano coerentemente nel mezzo fra questi due estremi.

La differenza tra più e meno istruiti è ampia e significativa anche in termini di funzionalità fisiche e mentali. L'indicatore di abilità motoria (dove valori più elevati indicano maggiore abilità) presenta valori medi di 0,82 per coloro in possesso di licenza elementare e 0,30 per i laureati. In direzione simile le altre misure di funzionalità fisiche come Iadla e Adla. Gli indicatori di funzionalità mentali registrano dinamiche simili con un numero di parole ricordate medio di 4,06 per i primi e di 5,84 per i secondi e un indice di abilità numerica di 2,71 nel primo caso e di 3,9 nel secondo. A queste differenze corrispondono differenze analoghe in termini di stili di vita. La percentuale di obesi tra chi non ha più della licenza elementare è 22,4% contro il 13,6% dei laureati (la percentuale se includiamo i sovrappeso, indice di massa corporea >29) diventa di 66,1% contro il 53,5 per cento), la quota di coloro che non svolgono nessun tipo di attività fisica passa dal 54,8% tra i possessori di licenza elementare al 34,7% tra i laureati (ben venti punti percentuali di differenza). Unica eccezione riguarda la quota di fumatori, dove i laureati registrano valori leggermente più elevati (17,5%) rispetto a coloro in possesso di licenza elementare (16,1%) anche se inferiori a coloro in possesso di diploma di scuola superiore (22%).

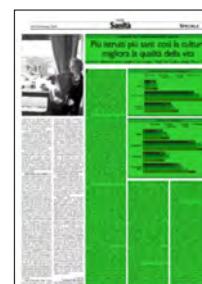
Coerentemente con questi dati, i laureati dichiarano un livello di soddisfazione medio sulla salute più elevato pari a 2,54 (corrispondente a valori intermedi tra "molto buona" e "buona") contro il 3,24

per coloro che non hanno più della licenza elementare (corrispondente a valori intermedi tra "buona" e "discreta") e registrano un minor numero medio di visite mediche annue (5,57 contro 8,02).

L'anomalia rispetto a questi dati riguarda la probabilità di incorrere in tumori dove la correlazione positiva tra istruzione e salute s'inverte (4,5% degli intervistati con licenza elementare, 5% per chi ha il diploma di scuola superiore e 5,4% dei laureati).

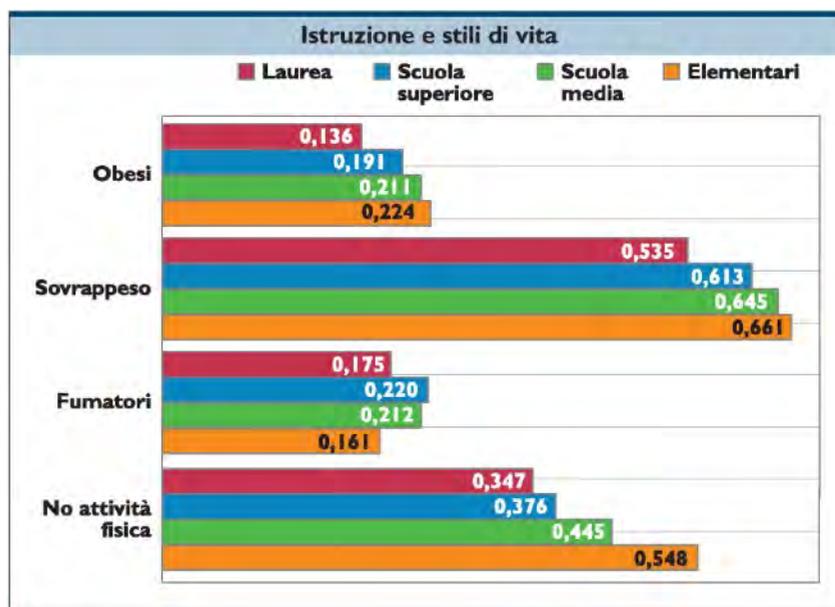
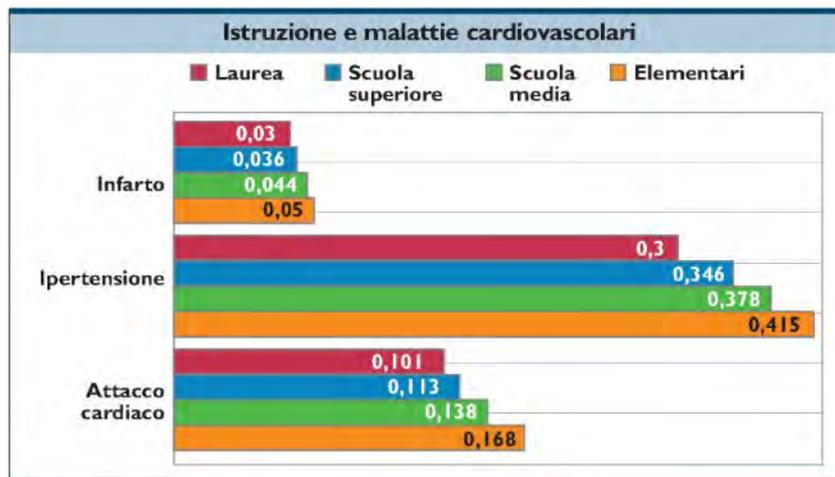
Nell'analisi econometrica che separa l'effetto salute da tutti gli effetti concomitanti controllando per tutti i fattori socio-demografici e gli effetti paese troviamo sostanziale conferma di queste prime evidenze descrittive. I risultati sono inoltre controllati (in questo lavoro come nei successivi) per il cosiddetto attrition bias, ovvero tengono conto delle non risposte tra due indagini consecutive e dei fattori che le determinano, riponderando secondo un approccio standard le osservazioni per l'inverso della probabilità di non sopravvivenza. I più istruiti hanno migliori risultati di salute (a eccezione dei tumori), migliori funzionalità fisiche e mentali, adottano stili di vita più sani (a eccezione del fumo).

In particolare con un approccio di variabili strumentali riusciamo a calcolare l'effetto degli anni d'istruzione sulla salute al netto di tutti gli effetti spuri, indiretti e concomitanti. Questa particolare metodologia affina i nostri risultati e conferma in particolare la robustezza dell'impatto su funzionalità fisiche e mentali. Per quanto riguarda le patologie specifiche i risultati su ipertensione e tumori si confermano quelli più significativi. L'anomalia del rapporto istruzione-tumori conferma quanto già identificato negli Stati Uniti



da Cutler e Lleras-Muney (2006). Tra le possibili interpretazioni ci sono quelle che i più istruiti si ammalano meno di altre malattie e quindi alla fine finiscono per ammalarsi di più di tumore, che gli stessi sono più accurati nel registrare l'insorgenza della malattia. Altre spiegazioni sono legate a differenze di stili di vita non osservate (come a esempio maggiore sedentarietà, stress da lavoro o residenza in ambienti urbani più inquinati). Il dilemma dell'interpretazione di questo risultato resta aperto. Una conclusione del nostro lavoro su questo ambito è che, visti i risultati ottenuti, il gap di aspettativa di vita tra istruiti e non istruiti (comunque positivo e significativo a favore degli istruiti) dovrebbe aumentare se i progressi nelle cure sul cancro saranno più veloci di quelli sulle altre malattie e viceversa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RSALUTE

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



L'OBESITÀ HA MOLTI PADRI

Non inventiamoci un colpevole! L'obesità ha molti padri. Almeno 30 anni fa comparve anche in Italia un libro *Your basic Guide to Nutrition* di Fredrick J. Stare, fondatore dell'Harvard University Department of Nutrition. In pochi ebbero occasione di leggerlo. Scrive testualmente Stare: «Tutti i cibi possono essere considerati salutari, quando vengono consumati come componenti di una dieta equilibrata, ma alla stessa maniera qualunque cibo può diventare "junk" (da gettare via) quando ne mangiamo quantità così grandi da non lasciare più posto agli altri cibi necessari per un'equilibrata alimentazione». Questa premessa, figlia dell'antico detto "è la dose che fa il veleno", già basta a sintetizzare meriti e demeriti riferiti non solo alle patatine fritte,

ai maxi-hamburger, alle pluri-merendine ma a qualsiasi altro cibo consumato oltre misura. Chiunque sia minimamente aggiornato sul progresso delle tecnologie alimentari sa bene che le attuali merendine contengono esattamente quanto testimoniato in etichetta e non comportano alcun problema igienico o salutistico. Il problema, semmai, nasce dal fatto che trattandosi di cibi gradevoli al gusto possono entrare nella dieta non come pezzo unico ma in più esemplari! E questo avrebbe dovuto saperlo anche chi vaneggia di "cibo killer" o chi suggerisce di stampigliare sugli alimenti molto ricchi di grassi e di zuccheri dei moniti analoghi a quelli previsti per il fumo: "Nuoce alla salute".
edeletoma@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COMUNICARE LA PREVENZIONE

New media e salute tra chance e rischi

In Italia vuoto normativo sulle App dedicate alla sanità

DI EUGENIO SANTORO *

In new media hanno modificato il modo in cui gli italiani si relazionano con la sanità? Sembra di sì, a giudicare dal recente rapporto Forum per la ricerca biomedica-Censis. Eppure i siti istituzionali risultano arretrati, così come è arretrata la loro comunicazione sui social network. Sui principali social media sono infatti presenti poche Asl e aziende ospedaliere. E quelle che comunicano attraverso i new media spesso non sfruttano appieno le loro potenzialità.

Eppure in questo ambito si potrebbero fare molte cose per comunicare la salute. A esempio attivare campagne di informazione per modificare errati stili di vita (che spesso sono alla base di malattie come il diabete, l'ipertensione e diverse patologie cardiovascolari e oncologiche), o per favorire la lotta alla sedentarietà, al fumo, alle malattie sessualmente trasmesse e all'abuso di alcol.

D'altra parte i social media sono gli strumenti prevalentemente utilizzati dai giovani per informarsi (in Italia come nel resto del mondo) e programmi di promozione della salute basati su questi media avrebbero il grande vantaggio di ottenere maggiore visibilità, coinvolgimento e partecipazione. Inoltre, tali programmi potrebbero prevenire malattie dall'elevato impatto economico e sociale, con la conseguente riduzione dei costi necessari per gestirle.

Qualcosa di simile sta già avvenendo negli Stati Uniti, come dimostrano i programmi di comunicazione e promozione della salute della Mayo Clinic (la più importante rete di ospedali americani).

D'altra parte iniziano a esserci evidenze prodotte da studi scientifici che i social media possono modificare comportamenti e stili di vita e prevenire le malattie (soprattutto quelle croniche).

Per esempio, uno studio condotto negli Usa dimostra che dichiarare su Facebook l'intenzione di donare gli organi e condividere questa scelta con i

propri "amici" aumenta il numero effettivo di donatori. Altri studi dimostrano come utilizzare una community virtuale di pazienti sopravvissuti a una patologia oncologica per diffondere programmi di esercizi fisici e lasciare loro discutere i risultati ottenuti favorisca l'aumento del tempo da loro dedicato all'allenamento e riduca il loro peso. Altri ancora suggeriscono come programmi di alimentazione (integrati da programmi di esercizio fisico) mediati dai social network aiutino i pazienti a prevenire il diabete di tipo 2.

Questi programmi di promozione della salute sono basati sull'idea della condivisione di obiettivi con gli altri e sul meccanismo della emulazione che scatta nelle persone appartenenti alle reti sociali (gli "amici", i "follower" ecc.) a cui il "condivisore" appartiene.

Questo meccanismo funziona anche con le app per smartphone e tablet. Esistono "app" che fissano degli obiettivi per il dimagrimento, il controllo del benessere, il cambio di stile di vita, e la condivisione su Facebook crea un effetto emulativo.

Tali strumenti, se inseriti in un programma per la gestione di malattie croniche (come per esempio il diabete), integrato con un adeguato supporto informativo e con la possibilità di scambiare opinioni nella community, possono fornire strumenti dalle potenzialità inimmaginabili.

Esiste fiducia da parte degli utenti/pazienti in questi strumenti innovativi? Forse addirittura troppa. Molte app in ambito medico non sono validate. La validazione, se avviene, è fatta in genere a posteriori, mentre dovrebbe essere fatta a priori per non mettere inutilmente a rischio la salute degli utilizzatori.

E non sono certificate. In Europa c'è una assenza totale di regole in merito. Negli Stati Uniti la Food and drug administration (l'ente che regola la messa in commercio di farmaci e dispositivi medici) richiede la validazione e la certificazione per quelle app che, se usate, possono essere ad alto rischio per la salute.

E la privacy dei cittadini, è tutelata? Anche qui sembra esserci un eccesso di fiducia da parte del cittadino. Il Garante per la privacy italiano (per conto delle varie Authorities che in Europa si occupano di riservatezza dei dati) ha esaminato 50 applicazioni scoprendo che una su due non seguiva le leggi che nei di-

versi Paesi europei tutelano la privacy del cittadino.

Infine, da ricercare c'è una domanda a cui mi interessa ancora di più trovare una risposta: app e social media, una volta validati e certificati, hanno delle implicazioni misurabili in termini di sanità pubblica? Sono in grado di modificare gli esiti più di quanto non riescano strumenti e programmi oggi impiegati e usati come standard? Mi aiutano a dimagrire, a ridurre il mio rischio cardiovascolare, o gestire meglio la malattia di cui soffro più di quanto possono fare gli usuali strumenti offerti dal sistema Salute?

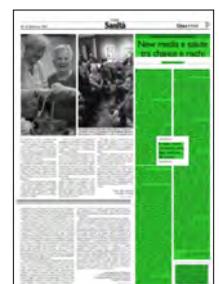
Alcuni studi sembrano andare verso questa direzione, ma è necessario indagare più a fondo (anche in Italia, dove non sembra esserci sufficiente attenzione su questi temi) attraverso metodologie di ricerca più sofisticate rispetto a quelle usate finora e coinvolgendo un numero maggiore di pazienti/cittadini. La ricerca in questo campo è ancora molto giovane e necessiterebbe di appositi finanziamenti.

I tempi sono maturi per impiegare questi strumenti. Le istituzioni sanitarie dovrebbero usare di più i social media (e le app) sia per comunicare e promuovere la salute, sia per interagire con i cittadini. Il problema è che non ci sono regole. Chiunque realizza un'app in Italia, purtroppo oggi fa (più o meno) quello che gli pare. È ora che il legislatore e le istituzioni che hanno il compito di vigilare sulla nostra salute considerino seriamente il problema.

* Irccs - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I temi illustrati in questo articolo sono stati esposti dall'autore nel corso del workshop "Fiducia e Innovazione: nuovi modelli di relazione e di misura" che si è svolto il 20 novembre scorso alla Camera dei deputati, organizzato da Culture in collaborazione con l'Intergruppo parlamentare per l'Innovazione tecnologica.



I sindacati dei camici bianchi scrivono al **ministro della salute**

Nuove competenze, medici vs infermieri

DI **BENEDETTA PACELLI**

Riapre il cantiere per ridefinire le competenze delle professioni sanitarie, infermieri prima di tutti. E arriva immediata la protesta dei sindacati dei medici (Anaa-Assomed, Fvm, Assid-Federazione Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr-Direnti, Cisl-medici, Anpo-Ascoti-Fials-medici, Alleanza per la professione medica) che in una lettera al **ministro della salute Beatrice Lorenzin**, chiedono l'abrogazione della norma. È un passaggio contenuto (art. 1, comma 566) nella manovra 2015 a prevedere, «ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia», un accordo stato-regioni che definisca «i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari». Dunque accordi che innanzitutto amplino le attuali competenze di infermieri e in seconda battuta delle altre professioni sanitarie, attuando nello stesso tempo quella riforma attesa da quasi 10 anni (legge 43/06).

La norma prevede inoltre l'elaborazione di protocolli concordati e condivisi tra le professioni interessate, con cui definire ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle stesse. Si è partiti perciò dalla «ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e

delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico» con l'individuazione di alcune aree per lo sviluppo delle loro competenze specialistiche: cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l'infermiere di famiglia), area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze.

Ma l'avvio non è andato giù alle sigle dei camici bianchi che in una lettera inviata ieri al ministro **Lorenzin** e al presidente della conferenza stato-regioni Sergio Chiamparino puntano il dito contro il metodo utilizzato, visto che «né le rappresentanze ordinarie né quelle sindacali dei medici sono state consultate, se non a cose fatte», e il merito poiché «un pilastro dell'ordinamento professionale viene apoditticamente e strumentalmente vivisezionato, secondo criteri



Beatrice Lorenzin

e parametri indistinti e ambigui». Nessuno vuole impedire agli infermieri, si legge ancora nella protesta, «di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale», ma questo va fatto «senza superare il ruolo di leadership funzionale del medico nei processi e nelle attività di diagnosi cura e riabilitazione». Insomma la norma va abrogata altrimenti, annunciano, «non prenderemo parte ai lavori della Cabina di Regia», di cui fanno parte **ministro della salute**, regioni e sindacati del personale del Servizio sanitario nazionale proprio per affrontare le problematiche che deriveranno dall'attuazione del Patto per la Salute 2014/2017.

— © Riproduzione riservata —



RSALUTE



> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

SE IL MEDICO DISCRIMINA
IN BASE A CENSO E RAZZA

LA SANITÀ svizzera vanta la maggior fiducia dei cittadini nei medici: 83%. La soddisfazione dopo la prima visita scende al 64%. Valori alti, se confrontati con la fiducia espressa negli Usa (58%), cui corrisponde un'analoga insoddisfazione dopo la visita (56%). C'è chi si fida dei medici, ma non sempre ne è soddisfatto e chi invece diffida. Delusi i francesi, che si fidano nel 77% dei casi ma sono soddisfatti solo per il 38%. Nella classificazione pubblicata, l'Italia non compare. L'impressione, tuttavia, è che da noi esista una discreta fiducia nel SSN solo dove la qualità dell'offerta è elevata (Forlì, Cesena...). Sfiducia in altre (Palermo, Napoli, Vibo...). Altro aspetto, che ora preoccupa anche l'Italia (non solo gli Usa): la discriminazione razziale. Vergogna professionale da evitare. Per esempio, che fare del pediatra del pronto soccorso che rifiuta di visitare bimbi extra comunitari, chiedendo ai colleghi di farlo al posto suo? Scrivetelo.

camici.pigiami@gmail.com



Specializzazioni, ecco il «decreto Giannini»

VISTO il Dpr 11 luglio 1980, n. 382, «Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica»;

VISTO il Dpr 10 marzo 1982, n. 162, «Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento»;

VISTA la legge 19 novembre 1990, n. 341, «Riforma degli ordinamenti didattici universitari», e, in particolare, l'articolo 11, commi 1 e 2;

VISTO il decreto del ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il ministro della Sanità 31 ottobre 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 261 dell'8 novembre 1991, concernente l'approvazione dell'elenco delle specializzazioni mediche conformi alle norme della Comunità economica europea e successive modificazioni e integrazioni;

VISTI i decreti ministeriali 11 maggio 1995 e 3 luglio 1996 rispettivamente pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 167 del 19 luglio 1995 e n. 213 dell'11 settembre 1996 concernenti modificazioni all'ordinamento didattico relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto ministeriale 6 settembre 1995 relativo alle scuole di specializzazione del settore farmaceutico;

VISTO il decreto ministeriale 7 maggio 1997, concernente la scuola di specializzazione di fisica sanitaria;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127, «Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo» e successive modificazioni e integrazioni, e, in particolare, l'articolo 17, comma 95;

VISTO il decreto ministeriale 21 maggio 1998, n. 242, «Regolamento recante norme per la disciplina dei professori a contratto»;

VISTO il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e, in particolare, l'articolo 20, così come modificato dall'articolo 21 del decreto legge 12 settembre 2013 n. 104, convertito in legge 8 novembre 2013 n. 128 e dall'articolo 15 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11

agosto 2014, n. 114;

VISTO il decreto ministeriale 4 ottobre 2000 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 249 del 24 ottobre 2000, concernente la rideterminazione dei settori scientifico-disciplinari e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge 24 ottobre 2000, n. 323, e in particolare l'articolo 7;

VISTO il decreto ministeriale 28 novembre 2000 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 18 del 23 gennaio 2001 concernente «Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie»;

VISTA la legge 29 dicembre 2000, n. 401, e, in particolare, l'articolo 8;

VISTO il decreto interministeriale 4 marzo 2002, concernente l'approvazione dell'elenco delle specializzazioni in odontoiatria;

VISTO il decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270, recante «Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei approvato con Dm 3 novembre 1999, n. 509 del ministro dell'Università, della ricerca scientifica e tecnologica»;

TENUTO CONTO che il decreto ministeriale n. 270/2004 stabilisce all'articolo 3, comma 7, che possono essere istituiti corsi di specializzazione esclusivamente in applicazione di direttive europee o di specifiche norme di legge;

VISTO il decreto ministeriale 1 agosto 2005 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2005, recante «Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria» e successive modifiche e integrazioni;

VISTO il Dm 17 febbraio 2006 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2006 che ha modificato il Dm 1 agosto 2005 inserendo la tipologia di scuola «medicina d'emergenza-urgenza» nella Classe medicina clinica generale;

VISTO il Dm 31 luglio 2006 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 244 del 19 ottobre 2006, recante «Riassetto delle scuole di specializzazione in Odontoiatria»;

VISTO il decreto ministeriale 29 marzo 2006 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 105 dell'8 maggio 2006, recante «Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione», e successive modifiche

e integrazioni;

VISTO il decreto ministeriale 16 marzo 2007 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 157 del 9 luglio 2007, riguardante la «Determinazione delle classi di laurea magistrale»;

VISTA la legge 30 dicembre 2010, n. 240 «Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario»;

VISTO il decreto ministeriale 29 luglio 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 203 del 1° settembre 2011 «Determinazione dei settori concorsuali, raggruppati in macrosettori concorsuali, di cui all'articolo 15 della legge 30 dicembre 2010, n. 240»;

VISTO l'articolo 15 del decreto legge 24 giugno 2014 n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114;

VISTO il parere del Consiglio Universitario Nazionale (Cun), reso nell'adunanza del 16 dicembre 2014;

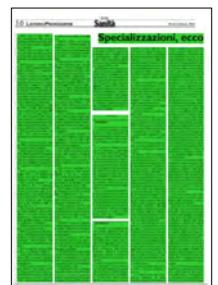
VISTA la nota prot. 1671-P in data 14 gennaio 2015 con la quale il **ministro della Salute** ha trasmesso il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità, espresso in data 13 gennaio 2015;

RITENUTO necessario apportare d'ufficio all'allegato al presente decreto le modifiche richieste dal suddetto parere del Consiglio Superiore di Sanità nel proprio allegato I;

VISTA la nota prot. 11781 in data 18 dicembre 2014, con la quale è stato richiesto il parere della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;

CONSIDERATA la necessità di ridefinire gli obiettivi formativi delle citate Scuole di specializzazione in adeguamento a quanto previsto all'articolo 34 e seguenti del citato decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;

CONSIDERATA altresì la necessità di procedere alla riduzione della dura-



ta dei corsi di formazione specialistica rispetto a quanto previsto del decreto ministeriale 1 agosto 2005, nel rispetto dei limiti minimi previsti dalla normativa europea in materia, riorganizzando altresì le classi e le tipologie di corsi di specializzazione medica secondo quanto previsto dal succitato articolo 20, comma 3 bis, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;

RITENUTO pertanto necessario procedere con urgenza alla riorganizzazione delle classi e le tipologie di corsi di specializzazione di area sanitaria secondo quanto previsto dal succitato articolo 20, comma 3 bis, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 modificando gli ordinamenti didattici delle Scuole di specializzazione mediche a normativa comunitaria e per le esigenze del Servizio sanitario nazionale, finalizzandoli al conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale dello specializzando, fondata su una solida base scientifica;

DECRETA:

Articolo 1

1. Il presente decreto individua le scuole di specializzazione di area sanitaria, il profilo specialistico, gli obiettivi formativi e i relativi percorsi didattici suddivisi in aree e classi, di cui all'allegato al presente decreto.

2. I regolamenti didattici di Ateneo, di cui all'articolo 11 della legge 19 novembre 1990, n. 341 disciplinano gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria in conformità con le disposizioni del presente decreto da adottarsi nel rispetto dei tempi previsti dalla vigente normativa e comunque in tempo utile per l'avvio dell'a.a. 2014/2015, utilizzando le procedure informatizzate predisposte dal ministero dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca nell'apposita banca dati.

3. Con successivo provvedimento da emanarsi entro e non oltre 60 gg dalla pubblicazione del presente decreto saranno individuate le scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso misto nonché gli ordinamenti didattici destinati ai soggetti in possesso di titolo di studio diverso dalla laurea magistrale in medicina e chirurgia.

Articolo 2

1. Le scuole di specializzazione di area sanitaria afferiscono alle seguenti tre aree: Area medica, Area

chirurgica e Area dei Servizi clinici. Nell'ambito delle singole aree le scuole sono aggregate in classi omogenee al fine di consentire una migliore utilizzazione delle risorse strutturali, didattiche, assistenziali comprese le attività denominate di tronco comune di cui al successivo comma 7.

2. Per il conseguimento del Titolo di specialista nelle tipologie di corsi di specializzazione compresi nelle classi di area medica, chirurgica e dei servizi clinici lo specializzando in formazione deve acquisire 180 Cfu complessivi per le scuole articolate in 3 anni; 240 Cfu complessivi per le scuole articolate in 4 anni di corso; 300 Cfu complessivi per i percorsi formativi delle scuole articolate in 5 anni di corso. Per ciascuna tipologia di scuola è indicato il profilo specialistico e sono individuati gli obiettivi formativi e i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali e abilità professionali.

3. I percorsi didattici sono articolati nelle attività formative di cui al comma 4, preordinate al raggiungimento degli obiettivi formativi utili a conseguire il titolo. Le attività sono, a loro volta, suddivise in ambiti omogenei di sapere, identificati da settori scientifico-disciplinari.

4. Le attività formative e i relativi Cfu sono così ripartiti:

a) attività di base a cui sono assegnati 5 Cfu;

b) attività caratterizzanti a cui sono assegnati almeno 155 Cfu per le scuole articolate in 3 anni di corso, 210 Cfu per le scuole articolate in 4 anni di corso e 270 Cfu per le scuole articolate in 5 anni di corso;

c) attività affini, integrative e interdisciplinari a cui sono assegnati 5 Cfu;

d) attività finalizzate alla prova finale a cui sono assegnati 10-15 Cfu;

e) altre attività a cui sono assegnati 5 Cfu.

5. Almeno il 70% del complesso delle attività formative di cui al comma 4 del presente articolo è riservato allo svolgimento di attività formative professionalizzanti (pratiche e di tirocinio), pari a 126 Cfu per le tipologie di scuole articolate in 3 anni di corso, 168 Cfu per le tipologie di scuole articolate in 4 anni di corso e 210 Cfu per le tipologie di scuole articolate in 5 anni di corso. I Cfu professionalizzanti hanno un peso in ore lavoro dello specializzan-

do pari ad almeno 30 ore per Cfu tali da equiparare l'impegno orario dello specializzando a quello previsto dal Servizio sanitario nazionale. Tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 1 del Dpr n. 382/1980 e successive modificazioni e integrazioni, l'attività didattica all'interno delle Scuole di specializzazione rientra nei compiti didattici dei professori e ricercatori universitari.

6. Le attività di base di cui al comma 4 a) comprendono uno o più ambiti, e i relativi settori scientifico-disciplinari, finalizzati all'acquisizione di conoscenze generali comuni per la preparazione dello specializzando nelle varie tipologie di scuole comprese nella classe. I Cfu relativi a tale attività formativa sono conteggiati dai docenti nella propria attività didattica frontale ai sensi di quanto previsto in termini di espletamento del carico didattico personale del docente come previsto dalle norme vigenti.

7. Le attività caratterizzanti di cui al comma 4 b) sono articolate in almeno:

- un ambito denominato tronco comune identificato dai settori scientifico-disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni, coordinato da un docente della classe che, nell'area medica e nell'area chirurgica va identificato, di norma, nel docente di Medicina interna e nel docente di Chirurgia generale, mentre nell'area dei servizi clinici corrisponde al titolare della disciplina prevalente in ciascuna classe. Al tronco comune sono dedicati di norma da un minimo di 15 Cfu fino a un massimo di 30 per le tipologie di scuole articolate in 3 o 4 anni di corso secondo quanto riportato per le specifiche tipologie di cui all'allegato e da un minimo di 15 a un massimo di 60 Cfu per le tipologie di scuole articolate in 5 anni di corso. I Cfu del tronco comune sono dedicati ad attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Nell'area medica e nell'area chirurgica, i suddetti Cfu devono essere dedicati ad attività professionalizzanti cliniche interne alla rispettiva classe, e nella Classe della Medicina clinica generale e specialistica e delle Chirurgie generali e specialistiche, rispettivamente, ad attività professionalizzanti cliniche di Medicina interna e di Chirurgia generale. Nell'area dei servizi le attività professionalizzanti di tronco comune sono differenziate per classe; alcune tipologie dell'area dei servizi

possono avere Cfu dedicati ad attività professionalizzanti cliniche di area medica o chirurgica in relazione alle specifiche esigenze del percorso formativo;

- un ambito denominato discipline specifiche della tipologia identificato da uno o più settori scientifico-disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione. Alle discipline specifiche della tipologia sono assegnati da un minimo di 125 a un massimo di 195 Cfu per le scuole articolate in 3 o 4 anni e da 210 a un massimo di 255 Cfu per le scuole articolate in 5 anni di corso.

I Cfu delle attività della classe della farmaceutica hanno una distribuzione differenziata per la quale si rinvia alla specifica tabella.

Il 30% dei Cfu di attività formativa di tipo non professionalizzante dell'ambito denominato discipline specifiche della tipologia è conteggiato dai docenti dei Settori scientifico-disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione nella propria attività didattica frontale, ai sensi di quanto previsto dalle norme vigenti in termini di espletamento del carico didattico personale del docente.

8. Le attività affini, integrative e interdisciplinari di cui al comma 4 c) comprendono uno o più ambiti, identificati da settori scientifico-disciplinari utili alle integrazioni multidisciplinari. I Cfu relativi ai Ssd delle attività affini e integrative possono essere inseriti nelle attività caratterizzanti.

9. Le attività finalizzate alla prova finale di cui al comma 4 d) comprendono crediti destinati alla preparazione della tesi per il conseguimento del Diploma di specializzazione. Tali Cfu sono anche utili alla preparazione scientifica dello specializzando che dovrà essere considerata una parte integrante del percorso formativo professionalizzante.

10. Le altre attività di cui al comma 4 e) comprendono crediti finalizzati all'acquisizione di abilità linguistiche, informatiche e relazionali. Tra tali attività sono comprese, in particolare, quelle per l'apprendimento della lingua inglese a livello sufficiente per la comprensione di testi e la partecipazione a conferenze di ambito scientifico e clinico in quanto condizione indispensabile per l'aggiornamento e l'educazione medica continua. Tali Cfu sono anche utili alla ulteriore preparazione scientifica dello specializzando che dovrà esse-

re considerata una parte integrante del percorso formativo professionalizzante.

11. Durante il percorso formativo lo specializzando potrà svolgere attività presso istituzioni estere per una durata massima di 18 mesi.

Articolo 3

1. Le scuole di specializzazione hanno sede presso le Università.

2. Le scuole di specializzazione di Area medica, chirurgica e dei servizi clinici afferiscono alle Facoltà/scuole di Medicina e ai relativi Dipartimenti universitari; le scuole di specializzazione della tipologia Farmacia ospedaliera afferiscono, ove presenti, alle Facoltà/scuole di Farmacia e ai relativi Dipartimenti universitari.

3. Ai sensi dell'articolo 34 e seguenti del Dlgs n. 368/1999 la scuola opera nell'ambito di una rete formativa, certificata dal Rettore con proprio decreto utilizzando le relative procedure informatizzate predisposte dal ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca nella specifica banca dati dell'offerta formativa e aggiornate ogni anno. La struttura di sede e la rete formativa sono dotate di risorse assistenziali e socio-assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti, secondo gli standard individuati dall'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica di cui all'articolo 43 dello stesso decreto legislativo. Con specifico e successivo decreto verranno identificati i requisiti e gli standard per ogni tipologia di scuola, nonché gli indicatori di attività formativa e assistenziale necessari per le singole strutture di sede e della rete formativa ai fini dell'attivazione della scuola.

4. Le necessità e le dimensioni della rete formativa relativa alle scuole sono stabilite in relazione al potenziale formativo della struttura di sede secondo quanto previsto dal provvedimento di cui al comma 3, relativo a requisiti e standard. Le Università assicurano a proprio carico il personale docente universitario necessario, mentre le Aziende e le Istituzioni convenzionate del Servizio sanitario assicurano a proprio carico la docenza affidata a dipendenti del Servizio sanitario. L'inserimento dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali del Servizio sanitario nella rete formativa avviene tramite valutazione del possesso dei requisiti strutturali e di qualità di cui al provvedimento indicato al

comma 3 relativo a requisiti e standard, con obbligo di riservare alle attività specificamente svolte dagli specializzandi almeno il 20% dell'attività annualmente svolta. La rete formativa è definita su base regionale o interregionale, di norma tra Regioni viciniori, in base a specifici accordi o protocolli di intesa promossi dalle Università interessate. Le strutture extrauniversitarie afferenti alla rete formativa sono identificate dall'Università su proposta del Consiglio della scuola. Lo specializzando viene assegnato ai reparti delle Strutture sanitarie facenti parte della rete formativa secondo il piano formativo individuale deliberato dal Consiglio della scuola e per il tempo necessario ad acquisire le abilità professionali da esso previste. Durante il periodo, e per le attività svolte presso la Struttura sanitaria, la stessa (attraverso il dirigente della Unità operativa o struttura assimilabile) è responsabile della attività dello specializzando che è coperto da polizza assicurativa della struttura ospedaliera o territoriale. L'Università, tramite le apposite strutture didattiche e di coordinamento, emana i bandi per la copertura degli insegnamenti riservati ai dirigenti di unità operativa delle strutture sanitarie della rete formativa, o struttura assimilabile del territorio; il reclutamento avviene mediante la valutazione del curriculum scientifico-professionale dei candidati da parte degli Organi accademici preposti, tenuto conto anche degli attuali parametri di valutazione scientifica. L'Università e la struttura sanitaria di riferimento, nell'ambito delle rispettive competenze, definiscono di concerto modalità e forme di partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale all'attività didattica in relazione ai deliberati dei competenti organi accademici. I dirigenti di cui al presente comma assumono il titolo di «Professore a contratto» ai sensi della normativa vigente e, in quanto tali, sono responsabili della certificazione del tirocinio svolto dagli specializzandi, secondo quanto previsto dal Regolamento della scuola di cui al successivo articolo 5, comma 6. Il personale dirigente del Servizio sanitario regionale delle strutture coinvolte nell'attività didattica che abbia assunto il titolo di Professore a contratto fa parte, nel rispetto dell'ordinamento didattico e dell'organizzazione delle strutture dell'Università, del Consiglio della scuola e

concorre all'elettorato attivo in misura pari al 30% dello stesso. L'attività didattica viene svolta contestualmente alla attività assistenziale, salvaguardando le esigenze relative alla stessa; in merito allo svolgimento dell'eventuale attività di didattica frontale presso la sede della scuola, per il personale del Servizio sanitario regionale, è necessario il nulla osta degli organi competenti della rispettiva direzione aziendale. Lo svolgimento di funzioni di tutorato del tirocinio formativo affidate a personale universitario strutturato o a personale del Servizio sanitario, previo assenso della rispettiva struttura sanitaria, costituisce parte integrante dell'orario di servizio.

5. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 38, comma 3, del Dlgs n. 368/1999, lo specializzando inserito nella rete formativa assume progressiva responsabilità durante il percorso formativo, con particolare riguardo all'ultimo anno del corso. Tale responsabilità deriva dalle competenze acquisite, e certificate dal tutor nel libretto-diario di cui all'articolo 5, comma 5. In ogni caso lo specializzando non può essere impiegato in totale autonomia nella assunzione di competenze di natura specialistica.

6. Per i fini di cui all'articolo 43 del Dlgs n. 368/1999, tenuto conto dei criteri di accreditamento, le Facoltà/scuole di Medicina/Strutture di raccordo universitarie comunque denominate possono istituire e attivare una sola scuola di specializzazione per ciascuna tipologia. La possibilità di attivazione della scuola nonché l'assegnazione dei contratti alla medesima sono determinati sulla base dei parametri di cui al presente articolo, al decreto di cui al comma 3 e ai requisiti di docenza previsti dall'articolo 4. Ferma restando l'utilizzazione dei criteri qualitativi e quantitativi sopra riportati e di quanto previsto nel provvedimento di cui al comma 3 relativo a requisiti e standard, le scuole di specializzazione vengono attivate presso le singole sedi, fermo restando che si può procedere all'attivazione di una scuola per Regione o per aggregazioni di Regioni in considerazione del contingente nazionale per singola tipologia di scuola.

7. Le scuole di specializzazione possono essere istituite e attivate anche in collaborazione con altre Facoltà/scuole di Medicina/Strutture di raccordo universitarie comunque denominate di altre Università, al fine di assicurare una vantaggiosa

utilizzazione delle risorse strutturali e del corpo docente, previa stipula di apposita convenzione. La sede amministrativa della scuola è la sede presso cui la scuola è attivata; presso tale sede devono essere presenti le risorse finanziarie, strutturali e di personale docente occorrenti al funzionamento della scuola stessa, anche per i fini di cui all'articolo 3, comma 10, del Dm n. 270/2004. Le altre sedi universitarie appartengono alla rete formativa di cui ai precedenti commi del presente articolo.

Articolo 4

1. Il corpo docente delle scuole di specializzazione di area sanitaria è costituito da professori di ruolo di I e II fascia, da ricercatori universitari e da personale operante nelle strutture appartenenti alla rete formativa della scuola nominato dagli organi deliberanti dell'Università, su proposta del Consiglio della scuola, ai sensi del Dm 21 maggio 1998, n. 242.

2. Il corpo docente deve comprendere almeno due professori di ruolo nel settore scientifico-disciplinare di riferimento della tipologia della scuola. Per le scuole per le quali non è identificabile un singolo settore scientifico-disciplinare di riferimento, il corpo docente comprende almeno due professori di ruolo afferenti a uno dei settori scientifico-disciplinari indicati nell'ambito specifico della tipologia della scuola. Inoltre il corpo docente di ciascuna scuola è determinato ai sensi dell'articolo 43 del Dlgs n. 368/99.

3. Ai sensi dell'articolo 14 del Dpr n. 162/82, la direzione della scuola è affidata a un professore di ruolo del settore scientifico-disciplinare di riferimento della scuola appartenente alla sede della stessa. Nel caso di multipli settori scientifico-disciplinari di riferimento la direzione della scuola è affidata a un professore di ruolo di uno dei settori-scientifico disciplinari compresi nell'ambito specifico della tipologia della scuola appartenente alla sede della stessa. Nel Consiglio della scuola è garantita la presenza dei professori di ruolo, ricercatori universitari e professori a contratto provenienti dalle strutture del Servizio sanitario nazionale appartenenti alla rete formativa, secondo quanto previsto dall'articolo 3 del presente decreto, nonché la rappresentanza degli specializzandi.

4. Nella fase transitoria di applica-

zione del presente decreto e per la contemporanea presenza di diversi ordinamenti e aggregazioni, le funzioni del Consiglio della scuola sono affidate a un Comitato ordinatore, che comprenda i rappresentanti di tutte le sedi universitarie concorrenti, nonché una rappresentanza degli specializzandi.

5. Le modalità per lo svolgimento della funzione tutoriale sono definite ai sensi dell'articolo 43 del Dlgs n. 368/99; il docente con funzioni tutoriali ha la responsabilità della certificazione delle competenze acquisite dallo specializzando nei confronti del Consiglio della scuola e ai fini della graduale assunzione di responsabilità di cui al precedente articolo.

Articolo 5

1. Al termine del corso di specializzazione lo studente consegue il diploma di specializzazione, che deve essere obbligatoriamente corredato dal supplemento al Diploma, rilasciato dalle Università ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del Dm n. 270/2004, che documenta l'intero percorso formativo svolto dallo specializzando nonché le competenze professionali acquisite.

2. La prova finale consiste nella discussione della tesi di specializzazione e tiene conto dei risultati delle valutazioni periodiche derivanti dalle prove in itinere di cui al successivo comma 4, nonché dei giudizi dei docenti-tutori per la parte professionalizzante.

3. Per il conseguimento del Diploma di specializzazione, così come indicato all'articolo 2, comma 2, del presente decreto, lo specialista in formazione deve aver acquisito 180, 240 o 300 crediti secondo la durata del corso di specializzazione.

4. Ai sensi dell'articolo 38, comma 2, del Dlgs n. 368/99, ai fini delle periodiche verifiche di profitto la scuola predispone prove in itinere in rapporto con gli obiettivi formativi propri delle singole scuole volte a verificare l'acquisizione delle competenze descritte negli ordinamenti didattici anche al fine della progressiva assunzione di responsabilità.

5. Il monitoraggio interno e la documentazione delle attività formative, con particolare riguardo alle attività professionalizzanti, deve essere documentato, come previsto dall'articolo 38, comma 2 del Dlgs n. 368/99, dal libretto-diario delle attività formative nel quale vengono

mensilmente annotate e certificate con firma del docente-tutore le attività svolte dallo specializzando, nonché il giudizio sull'acquisizione delle competenze, capacità e attitudini dello specializzando.

6. Ciascuna scuola predispone un Regolamento della scuola, ove vengono anche specificate le modalità di valutazione dello specializzando, e programma il percorso formativo per ciascun anno di corso, definendo la progressiva acquisizione delle competenze volte all'assunzione delle responsabilità autonome dello specializzando nell'ambito degli obiettivi formativi della scuola, secondo quanto stabilito dall'articolo 3, comma 5 del presente decreto.

Articolo 6

1. Le università assicurano la conclusione dei corsi di specializzazione e il rilascio dei relativi titoli, secondo gli ordinamenti didattici previgenti, agli specializzandi già iscritti al momento dell'adeguamento del regolamento didattico di ateneo, garantendo la possibilità - ai sensi dell'articolo 20, comma 3-ter del Dlgs n. 368/99, come modificato dal Dl n. 90/2014, convertito con legge n. 114/2014 - di opzione per il nuovo ordinamento da parte degli specializzandi iscritti agli anni precedenti l'ultimo anno di corso. Sarà cura degli organi accademici rimodulare in tal caso il relativo percorso formativo al fine di garantire la completa acquisizione degli obiettivi formativi previsti.

2. Con riferimento all'articolo 4, comma 3, del presente decreto, per le scuole già attivate, in casi eccezionali e motivati e in via transitoria per non più di un anno, la direzione della scuola può essere affidata a un professore di ruolo del macro-settore concorsuale corrispondente a quello della tipologia della scuola, secondo quanto previsto dal Dm n. 336 del 29 luglio 2011.

3. Sempre in via transitoria, e per non più di tre anni, il corpo docente della scuola, in deroga a quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, può comprendere un solo professore di ruolo del settore scientifico-disciplinare di riferimento della tipologia della scuola.

Il presente decreto sarà inviato ai competenti organi di controllo e sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. ●

Le indicazioni del Garante in materia di giustificazioni ospedaliere

Sanità con privacy totale

Nessun documento deve svelare la patologia

DI ANTONIO CICCIA

La giustificazione per il datore di lavoro, rilasciata dall'ospedale, non deve riportare il nome del reparto, la specializzazione del medico o altre notizie che facciano capire la patologia del paziente. Il garante della privacy (newsletter del 9 febbraio 2015) ha stabilito che, così come l'ospedale non può, di regola, dire a terzi il reparto in cui è ricoverato il malato, la stessa cautela va osservata nelle certificazioni rilasciate ai pazienti o ai loro accompagnatori per attestare la presenza in ospedale e giustificare l'assenza dal lavoro o per altri usi.

Sul modulo non devono essere riportate indicazioni che possano far risalire allo stato di salute. Deve, invece, essere rilasciata una attestazione di carattere generico.

La normativa sulla privacy, infatti, impone attenzioni per prevenire la conoscenza, da parte di estranei, dello stato di salute di un paziente attraverso la semplice correlazione tra la sua identità e l'indicazione della struttura o del reparto in cui è stato visitato o ricoverato.

Banca d'Italia. La Banca centrale italiana può conservare fino a un anno le immagini riprese dal proprio sistema di videosorveglianza nello stabilimento in cui si svolgono attività di produzione, confezionamento e distruzione di banconote euro e di carta filigranata. Il garante ha accolto la richiesta

di Bankitalia di allungamento dei termini di conservazione delle immagini. Si è tenuto conto delle prescrizioni della Banca centrale europea, che ha stabilito anche precisi termini minimi di conservazione delle immagini registrate: 12 mesi per le immagini riferite alla produzione, confezionamento e distruzione di banconote e quattro mesi per le immagini raccolte nelle aree dove si effettua la conservazione delle banconote, della carta filigranata o di altri elementi di sicurezza dell'euro.

Snodi internet. Il garante della privacy è anche intervenuto sugli snodi internet presenti sul territorio italiano (Roma, Milano e Torino). In questi centri si interconnettono le infrastrutture di rete dei maggiori operatori tlc nazionali e internazionali, degli Internet service provider, nonché di importanti fornitori di servizi on-line (come Google e Facebook). Le sedi degli Ixp, ospitano anche gli apparati che gestiscono le reti di comunicazione tra quasi tutte le pubbliche amministrazioni italiane. Il garante ha preteso alcune misure di sicurezza: sistemi di tracciamento delle attività svolte dai tecnici; più monitoraggi su anomalie come deviazioni o duplicazioni del traffico Internet; eliminazione delle credenziali tecniche «condivise», così da poter identificare il singolo operatore o amministratore di sistema; meccanismi di audit e alert per prevenire o scoprire eventuali attività ostili.

—© Riproduzione riservata—



Privacy. Quando il lavoratore va in ospedale

Permessi sanitari con dati generici

OFF LIMITS

L'attestazione deve riportare solo il nome del nosocomio: l'indicazione del reparto o del medico fanno risalire alle condizioni di salute

Maurizio Caprino

■ Il certificato di presenza in ospedale che occorre portare al datore di lavoro per giustificare un'assenza non deve riportare né il reparto in cui il paziente si è recato, né la specializzazione del medico che attesta la presenza. Se le riportasse, violerebbe la normativa sulla privacy. Ciò vale indipendentemente dal fatto che il lavoratore fosse lui stesso il paziente oppure accompagnasse una persona che per legge ha diritto a farsi assistere da lui. Lo ha precisato il Garante della privacy in un'istruttoria avviata nei confronti di un policlinico segnalato da un paziente proprio per il fatto che il certificato rilasciato riportava indicazioni che potenzialmente sono idonee a svelare lo stato di salute dell'interessato.

L'istruttoria si è chiusa subito, perché il direttore sanitario del policlinico ha rimediato all'errore, diramando immediatamente a tutto il personale sanitario una nuova modulistica - priva dell'indicazione del reparto ove si è recato il paziente - e precise raccomandazioni per mettersi in regola con le disposizioni dettate dal Garante. In sostanza, le attestazioni devono essere di carattere generico perché l'unico dato rilevante ai fini del datore è la presenza della persona in un dato ospedale in un certo orario.

Un principio che il Garante desume dal proprio provvedimento generale sul rispetto della dignità nelle strutture sanita-

rie, emanato il 9 novembre 2005: alla lettera g) del paragrafo 3, vi si afferma che occorre «prevenire che soggetti estranei possano evincere in modo esplicito l'esistenza di uno stato di salute del paziente attraverso la semplice correlazione tra la sua identità e l'indicazione della struttura o del reparto presso cui si è recato o è stato ricoverato» e che «tali cautele devono essere orientate anche alle eventuali certificazioni richieste per fini amministrativi non correlati a quelli di cura», tra cui le «giustifiche» per assenze dal lavoro o da concorsi pubblici.

Analogamente, nel 2007, era stato richiamato un ospedale che aveva inviato un referto a casa di un paziente con l'indicazione del reparto. Più di recente, nel 2013, il Garante ha stabilito che la riservatezza va garantita anche nelle consegne a domicilio di presidi sanitari. E il 14 novembre 2014 il Garante ha scritto una lettera alla Fimmg (la federazione dei medici di base) per puntualizzare che le ricette possono essere lasciate presso gli studi medici o le farmacie, purché in busta chiusa.

Restando in materia di riservatezza sulla salute del lavoratore, il Garante ha emanato linee guida il 13 dicembre 2006: i dati sanitari vanno conservati in fascicoli separati e il certificato di malattia non deve riportare la diagnosi, ma la sola indicazione di inizio e durata presunta. Inoltre, il datore non può accedere alle cartelle sanitarie dei dipendenti sottoposti ad accertamenti dal medico del lavoro e, in caso di denuncia di infortuni o malattie professionali all'Inail, deve limitarsi a comunicare le informazioni connesse alla patologia denunciata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

