

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
11 FEBBRAIO 2014

## ASL1/ SASSARI

### **Il Centro Screening della ASL di Sassari è operativo all'ex Ospedale Conti**

#### **Comunicato stampa**

La Asl di Sassari informa che le attività cliniche del Centro Screening (pap test, visite e colposcopie) sono state trasferite presso l'ambulatorio dell'ex Ospedale Conti, primo e secondo piano.

Per informazioni si può contattare il servizio ai numeri 079/2062600, 079/2062629 oppure 079/2062922.

Il Centro Screening è operativo tutte le mattine, dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 14.

Si ricorda, inoltre, che è sempre attivo il numero verde gratuito del Centro Screening 800 66 33 55

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Fimmg, stato agitazione contro Regioni. Milillo: politica inerte e unilaterale**

Uno stato di agitazione contro «una politica unilaterale orientata a distruggere il rapporto di fiducia coi medici di famiglia». Così il segretario nazionale della Fimmg **Giacomo Milillo** commenta la decisione di dichiarare lo stato di agitazione della categoria nei confronti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con una lettera inviata ai ministri competenti e ai presidenti delle Regioni. Una decisione, aggiunge, diretta a «Vasco Errani e alla sua guida della Conferenza delle Regioni», in più Milillo manifesta «stupore sul fatto che molti presidenti delle Regioni accettino ancora di essere governati con questo sistema». Nell'elencare le inadempienze Milillo sottolinea come la legge n. 189 del 2012 «prevede l'obbligo per le Regioni di pervenire alla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale entro l'11 maggio 2013. Non solo la Conferenza delle Regioni non si è attivata per adempiere all'obbligo, ma a tutt'oggi - rileva Milillo - il Comitato di Settore non ha ancora approvato l'atto di indirizzo necessario all'avvio delle trattative». Per Milillo, «l'inerzia non trova alcuna giustificazione nella crisi economica perché è chiaro che il rinnovo deve avvenire a costanza di risorse, e proprio la riscrittura della Convenzione costituisce momento fondamentale per l'improcrastinabile riorganizzazione dell'assistenza primaria, per un uso più razionale delle risorse rese disponibili dal finanziamento del Ssn, e rappresenta quindi un contributo alla sostenibilità del Ssn stesso che qualsiasi amministratore interessato al bene della popolazione dovrebbe perseguire nel più breve tempo possibile». La Fimmg denuncia quindi la «gravità di una simile condotta politico-amministrativa che, unitamente al rifiuto ormai triennale delle Regioni a definire il Patto della Salute con tutti i Governi succedutisi, costituisce un grave pregiudizio alla tutela della salute prevista dall'art. 32 della Costituzione». Ora, come precisa lo stesso Milillo bisognerà

aspettare almeno una settimana «per sapere quali saranno le modalità di manifestazione del dissenso». Un tempo tecnico previsto «dalla legge per eventuali procedure di conciliazione». Da escludere lo sciopero che per Milillo non rappresenta «l'arma più efficace». La risposta delle Regioni non tarda ad arrivare e parla di «stupore e amarezza» perché, come spiegano in una nota congiunta **Claudio Montaldo**, presidente del Comitato di settore, e **Luca Coletto**, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, «sono stati espletati, come è noto alle organizzazioni sindacali, tutti i necessari passaggi per pervenire a un documento condiviso al massimo livello e da parte di tutte le Regioni. Nelle prossime ore invieremo, dopo una riunione del Comitato di settore, alla Sisac l'atto di indirizzo per la nuova convenzione di medicina generale. Così come è noto, entrando nel merito, che mentre la normativa prevedeva un semplice aggiornamento della Convenzione, si è ritenuto opportuno, di comune intesa, procedere a una razionalizzazione e a migliorie che consentano al testo della nuova convenzione di corrispondere al meglio alle esigenze dei cittadini, della classe medica, degli operatori sanitari».

## **Distacchi sindacali, «la sentenza di Ravenna non è sfavorevole ai mmg**

Una convenzione in ritardo (doveva firmarsi a maggio 2013), un atto d'indirizzo che non arriva, il sindacato leader che dichiara lo stato di agitazione: ma al di là della trattativa, tra medici di famiglia e regioni si combatte un'altra guerra nei tribunali, sul tema dei distacchi sindacali. Dopo l'ordinanza di Pavia favorevole ai mmg, il 5 febbraio il giudice del lavoro di Ravenna ha respinto il ricorso Fimmg per un medico che chiedeva all'Asl di liquidargli – come di consueto - le ore del sostituto senza dover dimostrare l'avvenuta sostituzione. Non solo la sostituzione va dimostrata, ma il rimborso del sostituto dipende dalle ore passate da quest'ultimo in studio, non dal monte ore ufficializzato dal sindacato. Per il giudice ravennate quella di Fimmg è una «lettura estensiva sostenuta dalla prassi» ma non «dalla lettera del testo negoziale e del suo oggetto». Peraltro, l'avvocato Antonio Puliatti che ha patrocinato il sindacato Smi in una causa vinta a Lecce sul tema, l'ordinanza romagnola non avalla la posizione restrittiva della Sisac né contraddice sentenze fin qui favorevoli ai mmg. La Sisac, ente interregionale controparte dei mmg nella trattativa, basandosi su una sentenza del Tribunale di Roma del 13 luglio 2012 (che per la verità negava il rimborso per sostituzioni per 120 ore a un medico convenzionato per molte meno ore) sancì a settembre 2012 che il medico ha diritto di assentarsi nel limite delle ore per cui è prestata l'attività di sostituzione comunicata all'Asl ma poi i compensi al sostituto gli sono trattenuti tutti. Pronunce successive hanno dato ragione ai medici. Per il Tribunale di Lecce (settembre 2013) il medico può essere rimborsato per le sostituzioni fino a 40 ore di trattativa se ha 1500 scelte di carico lavorativo, oltre no. Il Tribunale di Pavia a gennaio ha sancito che la linea Sisac è tacciabile di “condotta antisindacale”. «La pronuncia di Ravenna – dice Puliatti - afferma che l'attività del sostituto è “coperta” dall'Asl. Ma solo per le ore effettive svolte. Tale posizione non contraddice le pronunce di Lecce e Pavia; anzi, ribadisce la linea – sposata persino dall'Asl Ravenna! - secondo cui il sostituto si rimborsa ma non forfettariamente, cioè basandosi sulle ore chieste dal sindacato, bensì facendo riferimento al lavoro svolto per il mmg sostituito».

## **Dopo un ictus qualità di vita donne peggiore che negli uomini**

Secondo uno studio pubblicato su *Neurology*, anche se da 10 anni a questa parte la mortalità per ictus è considerevolmente migliorata, le donne che sopravvivono hanno una peggiore qualità della vita rispetto agli uomini. Lo afferma **Cheryl Bushnell**, coautrice dell'articolo e professore associato di neurologia al Wake Forest Baptist Medical Center di Winston-Salem, North Carolina. Per giungere a questa conclusione i ricercatori statunitensi hanno paragonato la qualità della vita nelle donne e negli uomini dopo un ictus o un attacco ischemico transitorio, includendo nell'analisi un totale di 1.370 pazienti fra 56 e 77 anni. La qualità della vita dei pazienti è stata misurata a distanza di tre mesi e a un anno dall'episodio cerebrovascolare valutando la mobilità, la cura di sé, le attività quotidiane, la depressione, l'ansia e il dolore. Ebbene, a uscire sconfitte dal confronto sono state le donne, nelle quali la qualità della vita fino a 12 mesi dall'evento risultava significativamente peggiore, anche dopo aver preso in considerazione le differenze dovute alle variabili socio-demografiche, alla gravità dell'ictus e alla disabilità residua. Aggiunge Bushnell: «È importante sottolineare che sempre più persone sopravvivono a un ictus, ma ora i medici e tutti gli operatori sanitari del settore dovrebbero prestare maggiore attenzione a migliorare la qualità di vita dei sopravvissuti con interventi specifici per genere». I risultati dello studio mostrano che a tre mesi, le donne, rispetto ai maschi, avevano maggiori problemi di mobilità, ma anche livelli più elevati di dolore o disagio, di ansia e di depressione, specie oltre i 75 anni. A un anno dall'evento, le donne avevano punteggi di qualità di vita complessiva ancora inferiori rispetto agli uomini, anche se con un divario sensibilmente ridotto. «Età, etnia e stato civile sono fondamentali nel determinare la differenza tra uomini e donne a tre mesi dall'ictus, ma in linea generale l'età ha un significato meno rilevante sulla qualità della vita» sottolinea la neurologa. E conclude: «I nostri risultati suggeriscono che ulteriori studi sulla mobilità, sul dolore e sullo stato dell'umore possono fornire una più chiara comprensione di come migliorare lo stato di salute delle donne dopo l'ictus».

## **DIRITTO SANITARIO Equipe chirurgica: non automatica la responsabilità di aiuto e assistente**

La rubrica di diritto sanitario si occupa della sentenza già trattata nei giorni scorsi sull'assoluzione del chirurgo benché non abbia dissentito dal capo. Di seguito i dettagli

### **Il fatto**

All'imputato era stato contestato il reato di lesioni personali colpose per avere partecipato a due interventi chirurgici effettuati dal primario del suo reparto su un paziente che aveva subito una appendicectomia da cui era sorta una emorragia post-operatoria. In particolare, il primario eseguiva un intervento con l'assistenza in qualità di aiuto dell'imputato; persistendo l'emorragia, lo stesso giorno fu eseguito un altro intervento sempre dal primario, avendo come aiuto altro medico e come assistente ancora l'imputato. Il primo intervento del primario aveva leso la milza, per cui il secondo era consistito nell'asportazione di questa, cagionandosi così, inoltre, laparocèle.

### **Profili giuridici**

Il Tribunale aveva pronunciato l'assoluzione per non avere commesso il fatto, ritenendo che all'imputato, nella sua qualità, non era addebitabile alcun comportamento colposo che avesse contribuito alla causazione delle lesioni; dichiarava invece colpevole il primario. La

Corte d'appello pur ritenendo il reato estinto per intervenuta prescrizione, in relazione alla posizione dell'aiuto, diversamente dal Tribunale, ha ritenuto sussistere un dovere di dissociarsi dalla conduzione della operazione facendo rilevare il suo dissenso sul diario clinico, richiamando in tal senso una pronuncia giurisprudenziale della Suprema Corte risalente al 2000, in base al quale deve ritenersi che "se primario, aiuto ed assistente condividono le scelte terapeutiche, tutti insieme ne assumano la responsabilità. Quando invece l'assistente o l'aiuto non condividano le scelte terapeutiche del primario (il quale non abbia peraltro esercitato il suo potere di avocazione), possono andare esenti da responsabilità solo se abbiano provveduto a segnalare allo stesso primario la ritenuta inidoneità o rischiosità delle scelte anzidette". La Cassazione ha chiarito la questione evidenziando che vi era una sostanziale differenza tra il caso concreto e il fatto oggetto della sentenza del 2000, essendo inoltre incongrua l'affermazione secondo cui l'assistente o l'aiuto possono andare esenti da responsabilità solo se segnalano al primario la inidoneità e la rischiosità delle scelte. Nel caso specifico si trattava di un'attività manuale espletata dal primo operatore, cioè dal primario, ed a questo attribuibile, non potendo i suoi assistenti interferire in modo efficace su quanto egli compiva.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Convenzioni. Fimmg contro Regioni. “Gravemente inadempienti”. Medici di famiglia pronti allo sciopero**

*Gli Accordi Collettivi Nazionali dovevano essere siglati entro l'11 maggio 2013. Invece, denuncia il sindacato, “non solo la Conferenza delle Regioni non si è attivata per adempiere all'obbligo, ma a tutt'oggi il Comitato di Settore non ha ancora approvato l'atto di indirizzo necessario all'avvio delle trattative. Un'inerzia che non trova alcuna giustificazione”.*

La Fimmg dichiara lo stato di agitazione della categoria dei medici di medicina generale nei confronti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per denunciare “le gravi inadempienze” della stessa nei confronti della Medicina Generale.

In una lettera inviata oggi ai ministri competenti e ai presidenti delle Regioni e delle Province autonome, il segretario nazionale **Giacomo Milillo** ha sottolineato: “La legge n. 189 del 2012 prevede l'obbligo per le Regioni di pervenire alla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale entro l'11 maggio 2013. Non solo la Conferenza delle Regioni non si è attivata per adempiere all'obbligo, ma a tutt'oggi il Comitato di Settore non ha ancora approvato l'atto di indirizzo necessario all'avvio delle trattative”.

Per Milillo si tratta di una “inerzia” che “non trova alcuna giustificazione nella crisi economica, perché è chiaro che il rinnovo deve avvenire a costanza di risorse, e proprio la riscrittura della Convenzione costituisce momento fondamentale per l'improcrastinabile riorganizzazione dell'assistenza primaria, per un uso più razionale delle risorse rese disponibili dal finanziamento del SSN, e rappresenta quindi un contributo alla sostenibilità

del SSN stesso che qualsiasi amministratore interessato al bene della popolazione dovrebbe perseguire nel più breve tempo possibile”.

“E’ volontà di questo sindacato – conclude Milillo - denunciare la gravità di una simile condotta politico-amministrativa che, unitamente al rifiuto ormai triennale delle Regioni a definire il Patto della Salute con tutti i Governi succedutisi, costituisce un grave pregiudizio alla tutela della salute prevista dall’art. 32 della Costituzione. Perciò – conclude la lettera - la Fimmg dichiara lo stato di agitazione e, trascorsi i termini previsti dalla legge per eventuali procedure di raffreddamento e conciliazione, si riserva di mettere in atto ogni legittima forma di protesta fino ad individuare e comunicare le date e le modalità di eventuali scioperi”.

## **Troise (Anaa) a Lorenzin: “Non si può fare il "Patto" senza i professionisti della salute”**

*Di fronte agli eccessi di federalismo sanitario, ai suoi squilibri e alle sue inefficienze, Ministro e Regioni continuano a pensare di potere assicurare sostenibilità e governo del sistema chiudendosi nella ridotta di un regolamento di conti che elude la partecipazione dei professionisti. Un Patto della salute così impostato non basterà a garantire il sistema delle cure*

L’[intervista](#) concessa dal Ministro della Salute a *Quotidiano Sanità* merita più di scarni commenti a caldo. Se, come dice [Cesare Fassari](#), il Ministro è “innamorata” del mondo che Le è capitato di incontrare, è, forse, tempo di passare dall’innamoramento all’amore. Certo, Le va dato atto e merito dell’impegno e della determinazione con i quali difende una linea politica di salvaguardia del SSN. O di quello che ne resta. Senza però rinunciare a rilevarne i limiti.

**Il Ministro dà per realizzata una stabilizzazione dei precari** dalla quale siamo, purtroppo, ancora lontani, per numeri e tempistica. E lascia intravedere fantastiliardi di risparmi derivati da e-health, riduzione di medicina difensiva, costi standard, spending review e, perché no, definizione dei fabbisogni di personale che, da che mondo è mondo, ha sempre significato riduzione numerica dello stesso. Risparmi, però, tutti ipotetici e futuribili, mentre di certo rimane il taglio di 25 mld, o 31 secondo la Corte dei Conti, che le manovre di Tremonti e Monti hanno inferto alla sanità e la perdita di potere di acquisto delle retribuzioni dei suoi dipendenti, cui si aggiunge la certissima defalcazione di altri 1,6 mld dalla loro busta paga nel 2015 e 2016. La stessa “certezza del finanziamento “(??) si traduce in una sua incidenza sul PIL che nel 2017 sarà al di sotto di quella del 2012, ed in termini di spesa pro capite nemmeno prova a ridurre il gap con Germania, Francia e Regno Unito, evidenziato anche dal rapporto Oasi 2013. Ai professionisti, che del sistema sanitario costituiscono la spina dorsale, ed oggi sono al centro di un attacco senza precedenti, il Ministro prospetta solo un “orizzonte certo”, che troppo ricorda quel sol dell’avvenire che pure è estraneo alla sua cultura politica.

**La sanità italiana è senza contratto da 5 anni e rischia di rimanerci ancora a lungo**, visto che nessuno esclude un rinvio a tempo indeterminato. E mentre il nuovo contratto è ostaggio di un futuro incerto, quello vecchio viene smantellato ogni anno dalle leggi finanziarie ed ogni giorno da una cultura aziendalista che considera le regole un optional da disattendere quando e come si vuole. Depredato di istituti economici e normativi. Unico tratto che accomuna la sanità italiana da Nord a Sud. E se la legge di stabilità 2014 concede,

bontà sua, un rinnovo solo normativo, il Ministro non può non sapere che manca ancora la definizione delle aree contrattuali, cioè del tavolo e delle sedie di confronto, cui Regioni e Ministero si sono finora sottratti, troppo affaccendati con le competenze professionali. Per di più, pesa come un macigno la mancata deroga per il 2014 al blocco retributivo, deroga che, mentre il ministro contava i miliardi che verranno, il Governo di cui fa parte, concedeva, con dote aggiuntiva, ad altre categorie del pubblico impiego. Per noi invece, a differenza degli insegnanti, nessun cuore ha sanguinato e nessuna voce si leva se non per dire che “non ci sono soldi”. E dovremmo pure capire! E se la riforma delle cure primarie, come era prevedibile, “non si può fare a costo zero”, malgrado i fiumi di parole spesi in merito, evidentemente a costo zero, o sottozero, si può fare il CCNL 2013-2015 per 650000 dipendenti del SSN. Per i quali Regioni e Ministero hanno adottato il divide et impera, prospettando agli “infermieri a doppio zero” (**Cavicchi**) la carota di un mirabolante sviluppo di competenze capace di produrre un big bang che ne trasformerà, almeno una parte, in pseudo medici, come contropartita di un blocco contrattuale feroce anche con loro. Per i medici e dirigenti sanitari, invece, rimane il bastone della mobilità “sia regionale che nazionale”.

**Il Ministro deve essere allergico alle parole “personale, o risorse umane, o capitale umano”** che dir si voglia, se nei suoi interventi esse ricorrono di rado e declinate per lo più in termini di fabbisogno, ovvero quantità di fattore produttivo da impiegare. Per non parlare di quella altra parolina, “ospedale”, che in una intervista che occupa ben 4 pagine di stampa torna solo 3 volte, ed in contesti non positivi. Non meraviglia quindi che il riconoscimento che “la sanità ha bisogno di investimenti per cambiare” si accompagni ad una serie di interventi da fare, non gratis, dai quali rimangono esclusi i luoghi di lavoro ed il lavoro stesso di chi mantiene in funzione tutti i giorni e tutte le notti quel nodo non secondario del sistema sanitario che si chiama rete ospedaliera. Al cui interno le condizioni di lavoro, e le loro ripercussioni sulla sicurezza delle cure, sono al limite estremo del sopportabile, ma non tanto, evidentemente, da richiedere interventi che non siano isorisorse, cioè gratis.

**Il punto è che si continua a sfuggire al passaggio cruciale del rapporto con i Medici dipendenti del SSN**, indispensabile per qualunque politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre, come sta accadendo, qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario. Perché anche la efficienza e la ottimizzazione dei costi scaturiscono dalla applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, oggi misconosciuti dalla prosopopea di una cultura manageriale che tutto riduce a fattore produttivo, fino a fare dei medici il problema per antonomasia. Anche per rileggere i LEA alla luce delle evidenze scientifiche e della appropriatezza clinica ed organizzativa occorre arruolare le intelligenze dei professionisti. I quali sono lasciati privi di ruolo all'interno di una transizione organizzativa senza precedenti, figlia di quella demografica ed epidemiologica, che non li riconosce come “autori di salute”, ma al massimo come “dipendenti”, forse di concetto, tenuti ai margini, alla stregua di “macchine banali”, anche di quel patto con le Regioni che per loro significherà altri tagli. Dopo stipendi, posti letto, strutture semplici e complesse, ora è il turno di competenze professionali ed unità numeriche. Il mondo ospedaliero si rinsecchisce ma rimane intatta, pur al di sotto di ogni standard, la sanità universitaria, autorizzata a vivere e comportarsi come variabile indipendente del sistema sanitario ed economico. Ma fuori dalla agenda del Ministro, che non pare rendersi conto che il bisogno di professionisti sanitari non è più compiutamente soddisfatto, né per qualità né per quantità, dal modello formativo centrato sul monopolio accademico, che ha peraltro prodotto una

“vera emergenza nazionale”, per dirla con il Ministro **Carrozza**, per cui è necessario ed urgente recuperare il ruolo e le prerogative del SSN.

**Di fronte agli eccessi di federalismo sanitario, ai suoi squilibri ed alle sue inefficienze**, Ministro e Regioni continuano a pensare di potere assicurare sostenibilità e governo del sistema chiudendosi nella ridotta di un regolamento di conti che elude la partecipazione dei professionisti. Un patto della salute così impostato non basterà a garantire il sistema delle cure, che non si salva senza, o contro, chi quelle cure è chiamato ad erogare a salvaguardia di un bene tutelato dalla Costituzione. Occorre evitare politiche che colpiscono insieme il diritto alla cura ed il diritto a curare, trasformando i diritti delle persone in un optional ed il valore del lavoro e della responsabilità in una variabile da saldare al ribasso. E lavorare per ricostruire le ragioni di un contratto sociale da tempo scaduto ed abbandonato. Ma nessun segnale di attenzione in tal senso, o di rispetto, trapela da esternazioni o patti.

Ha ragione Massimo Cozza, non bastano interviste. Serve, al trentacinquesimo anno di vita del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscere, senza se e senza ma, il ruolo centrale e strategico del sistema sanitario nazionale, universale e solidale, quale scelta di civiltà e di attuazione dei diritti costituzionali. Ed insieme la autonomia e la responsabilità dei Dirigenti medici e sanitari che operano al suo interno oltre che la necessità di un nuovo protagonismo delle loro rappresentanze sindacali e professionali. Serve quel riformista che non c'è per politiche nazionali che ri-collochino salute e sanità in un mondo cambiato.

Non si faccia attirare il Ministro dalla illusione ottica di soluzioni facili a problemi complessi. Di solito sono quelle sbagliate, e produrrebbero i risultati di sempre.

**Costantino Troise**

*Segretario nazionale Anaa Assomed*

**SOLE24ORE/SANITA'**

## **Banche del latte umano: ecco le linee guida. L'accordo Stato-Regioni in Gazzetta**

Criteri uniformi, requisiti essenziali del servizio, indicatori di qualità ed efficienza, criteri di funzionamento di eventuali reti regionali per le banche del latte umano, un'attività oggi coordinata dall'Associazione italiana delle banche del latte umano donato (Aibnud), nata nel 2005, di cui fanno parte 28 banche, un numero che fa dell'Italia, insieme con la Svezia, la nazione leader in Europa su questo fronte (capofila la Toscana, con sei banche, seguita da Emilia Romagna, con 4 banche e Puglia con 3).

È questo l'obiettivo dell'accordo «Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno», approvato dalla Stato-Regioni a dicembre 2013 ([VEDI](#)), anticipato a settembre su questo sito ([VEDI](#)) e pubblicato sulla [Gazzetta Ufficiale n. 32 dell'8 febbraio 2014](#).

Le indicazioni - destinate agli operatori sanitari delle banche del latte, ai reparti di Neonatologia e di Terapia intensiva neonatale e a tutti gli operatori del percorso nascita - sono finalizzate a garantire standard di qualità uniformi su tutto il territorio nazionale nella

varie fasi della filiera: selezione delle donatrici, procedure di raccolta e conservazione, accertamenti infettivologici, metodiche di pastorizzazione e stoccaggio.

Le linee guida stabiliscono innanzitutto dei criteri di esclusione dalla donazione: presenza di malattie infettive, madri fumatrici, che fanno uso di droghe, che assumono quantità eccessive di di xantine (caffè, tè, cola, cacao) o di alcolici, che si sono esposte ai rischi di contrarre l'Hiv (con rapporti sessuali non protetti, piercing e tatuaggi, trasfusioni).

Vengono poi presi in considerazione i criteri per il trasporto del latte alla banca, per il quale è necessario applicare il sistema di sicurezza igienico-sanitaria seguendo i principi dell'Haccp: il trasporto del latte raccolto a domicilio deve avvenire nel rispetto della catena del freddo, in modo che il latte arrivi alla banca ancora congelato. Il latte umano donato richiede inoltre controlli colturali e trattamenti di bonifica e conservazione. Prima della pastorizzazione devono essere sempre valutate le caratteristiche organolettiche del latte e alla prima donazione vanno fatti accertamenti batteriologici. Il latte viene successivamente pastorizzato.

La conservazione del latte accettato dalla banca va effettuata in frigoriferi muniti di termometro, in freezer dedicati, dotati di termoregistrazione, allarmi acustici e luminosi. I contenitori devono essere muniti di etichetta per l'identificazione della banca e della donatrice, con data della raccolta e della pastorizzazione.

Per quanto riguarda gli aspetti medico-legali, la donazione del latte umano non deve prevedere alcuna forma di remunerazione, né per la donazione né per il suo utilizzo.

Il Ssn con la collaborazione dell'AibluD, eserciterà il controllo e la vigilanza sul rispetto delle Linee di indirizzo, per monitorare a livello nazionale l'appropriatezza operativa e gestionale delle banche del latte umano attualmente in funzione e di quelle che sorgeranno in futuro.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584