

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
13 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Aziende sanitarie, otto modelli diversi Ognuna fa a modo suo quando pubblica i bilanci sulla Rete Ricerche complicate e comparazioni impossibili sui costi di “trasparenza”

La commissione Salute del Consiglio regionale, senza distinzione fra maggioranza e opposizione, l'altro giorno dall'assessore alla Sanità ha preteso un'«immediata trasparenza» sui bilanci delle otto Asl. Anzi, qualche commissario si è addirittura risentito perché l'ospite, convocato in audizione, non avesse pensato da solo di presentarsi con la «necessaria contabilità». Flemmatico e senza far pesare che molti dei suoi interlocutori siedono in quei banchi da molto prima che lui entrasse in Giunta, Luigi Arru, il medico-assessore, ha risposto: i conti saranno presto disponibili. Così, nella saletta del Palazzo, il fuoco di fila è diventato meno pressante di quello all'inizio della seduta. Salvo il puntiglio di chi, a cifra grossa, ha ricordato: «La spesa sanitaria pesa sul bilancio della Regione intorno al 65 per cento ed è tutta a nostro carico». Poi subito dopo: «Il costo vivo della sanità è di 3 miliardi e 338 milioni sui 7 complessivi in bilancio». Per denunciare infine: «Ormai il deficit delle Asl è molto vicino al tetto dei 380 milioni». Tutti i commissari, a quel punto, si sono fatti tristi, per poi prendersela con la maggioranza se cinque anni fa erano all'opposizione, o viceversa, ma questa è un'altra storia. La caccia. Memorizzati questi numeri tutt'altro che fantastici e nell'attesa dell'annunciato dossier ufficiale, senza voler sorpassare nessuno a sinistra e neanche a destra, quei bilanci pretesi a gran voce dai consiglieri regionali dovrebbero essere consultabili da tempo sulle home page delle Aziende sanitarie, alla voce «Amministrazione trasparente», bottone rosso nella colonna di sinistra. Purtroppo non è così facile scaricarli come dovrebbe essere e non lo è neanche per i navigatori più abili. La colpa è tutta delle otto Asl, perché nonostante le disposizioni stringenti ogni Azienda pubblica quello che vuole. Non c'è omogeneità fra i documenti e persino alla voce «chi siamo» le personalizzazioni sono esagerate, con libertà di ogni tipo persino sulla storia delle Province d'appartenenza e sui chilometri costieri o montani amministrati. Utili e perdite. Scoprire ad esempio come le Asl hanno chiuso l'ultimo bilancio disponibile, quello del 2012, è infilarsi in un labirinto: sono troppi vicoli ciechi. Per cominciare, il risultato finale dell'Azienda di Sassari, la numero 1, è scritto nella delibera 502 del 29 giugno 2013, firmata dal direttore generale Marcello Giannico: +13.406,80 euro, l'utile dichiarato. Impossibile invece sapere come lo stesso anno è andata all'Asl di Cagliari, che per grandezza è fra le prime cinque Aziende sanitarie nazionali. Alla voce bilanci, gli uffici della 8 non hanno caricato il consuntivo del 2012 e per scusarsi mettono le mani avanti «In questa sezione sono consultabili solo i consuntivi dal 2008 al 2011». Del 2012 quindi non c'è traccia. Eppure da qualche parte deve pur essere (certo negli uffici, non sul sito) se nell'arcinota e contestata delibera salva Asl della giunta Cappellacci, adottata un mese dopo la sconfitta elettorale, all'Azienda cagliaritano è stato assegnato un trasferimento netto superiore di 50 milioni

rispetto al lordo previsto. Per la precisione, 920 milioni contro 872. Il che vuol dire: questa è una Asl da «profondo rosso», ma scovarla fra le «trasparenze» è difficile. Più a Nord, nell'Azienda di Oristano, a quanto pare non si dannano certo l'anima per pubblicizzare i conti: «Pagina in fase di completamento», è la giustificazione che sfiora il ridicolo per colpa di un refuso: scrivono bialncio, testuale. Poi la navigazione continua più spedita per concludersi con un file compresso che sputa fuori 15 sottocartelle. Nella prima si legge 7.307.243, è questo l'utile d'esercizio del 2012. Siccome è una performance niente male, per esaltare il risultato propongono anche il raffronto con la perdita del 2011, -14.261.081. È interessante, l'idea delle tabelle specchio: i due bilanci affiancati chiariscono bene l'andamento della gestione da un anno all'altro, ma non tutte le Aziende hanno la stessa delicatezza seppure autoreferenziale. L'Asl 6 di Sanluri prova invece a fare la prima della classe: uno sopra l'altro pubblica il bilancio consuntivo del 2012 (-216.278 comunque meno pesante del -9.962.716 del 2011) e quello preventivo del 2013 seppure in forma sintetica. Addirittura fa meglio l'Asl 3 di Nuoro, che è proiettata davvero nel futuro: non pubblica il 2012, ma il bilancio di previsione triennale 2014-2016, con ipotesi di perdita compresa fra 445 e 635 mila euro. Con una curiosità, è questa l'unica Azienda a risparmiare sull'inchiostro: le cifre, precisa la legenda, «vanno intese in migliaia di euro» e quindi a prima vista (ma solo a prima vista) le spese sembrano più contenute. All'Asl 7 del Sulcis hanno una predilezione per gli archivi: i bilanci in serie sono dal 2009 al 2012, ma chissà perché non c'è il 2011. Comunque a pagina 8 di una relazione corposa, 128 fogli pdf, il dato è un utile: 3.481.872 contro un -10 milioni e mezzo del 2011, per colmare il «buco» presente nell'altra videata. Negli uffici amministrativi dell'Asl di Olbia, la numero 2, è certo di casa l'efficienza: del 2012 hanno caricato delibera di approvazione, nota integrativa e relazione finale. Del 2013 lo stato economico e il conto economico più gli allegati del piano triennale. Per l'anno in corso, è cliccabile il pacchetto intero. Un esempio da seguire, non c'è dubbio, con i costi addirittura divisi per trimestre. Le pecche sono altre: alcuni documenti hanno un download (scaricamento) lentissimo e poi a mettere paura sono gli oltre 6 milioni di perdita ancora da certificare per il 2013. Dalla lunga carrellata è evidente che ogni Asl ha un suo modo d'intendere la trasparenza e comparare le tabelle non è possibile. Ci vorrebbe omogeneità e anche di questo dovrà occuparsi l'assessore, oltre che provare a ridurre la spesa. Chi siamo. A proposito di differenze è nelle home page che le Asl danno il meglio. In quella di Nuoro l'apertura è riservata agli auguri di Pasqua, ormai vecchi, del manager. In Gallura sono precisi nello svelare che amministrano soprattutto chilometri costieri. A Sassari dichiarano fino all'ultimo dipendente (4.978). Cagliari si vanta di essere nella top ten nazionale. Sanluri pubblica il numero degli «abitanti serviti», 102mila. Oristano si presenta con una vigorosa stretta di mano. Sì, servirebbe pulizia anche nel «chi siamo», non solo nella «trasparenza amministrativa».

SASSARI Un «sassarino» dirigerà psicologia dell'emergenza L'Asl inaugura un nuovo servizio che sarà ospitato al Santissima Annunziata A guidarlo Fabrizio Demaria, psicologo, psicoterapeuta e ufficiale dell'esercito

La Asl di Sassari ha attivato il nuovo servizio di Psicologia ospedaliera e delle emergenze (Poe). La struttura avrà sede al piano terra dell'ospedale Santissima Annunziata e nasce con l'obiettivo di garantire sostegno psicologico sia ai pazienti durante il loro ricovero ospedaliero che e alle persone che accedono al pronto soccorso. La struttura complessa, che

estenderà l'organizzazione delle attività anche nei presidi ospedalieri di Alghero e Ozieri, è diretta dallo psicologo e psicoterapeuta, e "sassarino" Fabrizio Demaria. Siracusano di 45 anni, il dottor Demaria arriva infatti all'azienda sanitaria sassarese dopo una lunga esperienza nelle forze armate: è stato ufficiale psicologo dell'esercito per il ministero della Difesa, ha lavorato al Centro di selezione e reclutamento nazionale dell'esercito di Foligno e sino a novembre del 2013 è stato impiegato come ufficiale psicologo al comando della brigata meccanizzata "Sassari". Fabrizio Demaria, inoltre, è stato psychological support officer nell'operazione Leonte 2 e 3 in Libano nella missione Onu e psicologo durante il periodo post-emergenza del terremoto dell'Aquila. Fabrizio Demaria, in linea con gli obiettivi della direzione generale della Asl di Sassari, dovrà ottimizzare il processo di umanizzazione ed empatia nel percorso di emergenza/urgenza sia durante l'attività di triage del pronto soccorso che durante il ricovero ospedaliero della persona sofferente e dei suoi familiari. Inoltre, dovrà coadiuvare le strutture sanitarie nella gestione psicologica del rischio clinico nei servizi resi alla persona e alla collettività. «Per la Asl di Sassari – spiega una nota dell'azienda – l'attivazione della nuova struttura, rappresenta un grande cambiamento in linea con i principi riguardanti l'ottimizzazione degli accessi, l'umanizzazione del percorso di cura, il sostegno professionale ed adeguato alla persona sofferente, così come indicato nel Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria della Regione Sardegna.» Il servizio di psicologia ospedaliera e delle emergenze, oltre che con il pronto soccorso, ha già avviato una prima collaborazione con il centro grandi ustioni e l'unità operativa di Neurochirurgia dell'ospedale civile di Sassari.

L'UNIONE SARDA

SASSARI Infermieri precari, blitz in ospedale Striscione appeso al Pronto soccorso contro la Asl

Hanno scelto la giornata dedicata agli infermieri per raggiungere di prima mattina il Pronto Soccorso dell'ospedale civile di Sassari e appendere il loro striscione di protesta. «Senza infermieri non esiste assistenza», hanno scritto gli oltre 200 giovani del Comitato infermieri precari e disoccupati della Provincia di Sassari, in guerra contro l'Asl che non ha ancora bandito un concorso pubblico.

L'ultimo risale al 2009 e le nuove professionalità, sfornate dal corso di laurea in Scienze infermieristiche, si ritrovano senza un lavoro o costrette ad emigrare altrove. Tra le strutture dell'Asl e quelle dell'Azienda ospedaliera, si registra però la mancanza di 253 figure professionali, carenza che provocherà disagi soprattutto durante l'estate.

«Siamo al paradosso - hanno scritto in una nota - perché da una parte abbiamo reparti ospedalieri senza personale, dall'altra tanti colleghi che devono rinunciare a ferie e riposi ». Dai prossimi giorni infatti, comincerà la rotazione per i riposi estivi e il rischio è quello di non garantire i livelli essenziali di assistenza soprattutto nei reparti di medicina di Sassari, il 118, la Rianimazione e i punti di Pronto Soccorso di Sassari e Alghero. Ieri mattina hanno scritto all'assessore regionale Luigi Arru e al presidente del consiglio regionale Gianfranco Ganau.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Ecco il Piano nazionale sulle malattie rare all'attenzione della Stato Regioni

Il Piano di durata triennale era stato annunciato lo scorso aprile dallo stesso ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Nel documento ampio spazio alle reti europee di riferimento così come alla rete nazionale dei presidi e alle azioni di coordinamento delle attività regionali. Un ruolo di rilievo lo avranno le stesse associazioni di pazienti. Spazio ai privati per la ricerca. IL DOCUMENTO

Ecco il Piano nazionale sulle malattie rare, di durata triennale, che il Ministero della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha inviato all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni. “Le persone affette da malattie rare si ritrovano tutte con lo stesso problema – aveva [affermato ad aprile Lorenzin](#) – le famiglie si sentono sole e l’assistenza territoriale non è coordinata in modo uniforme. Credo che in un Paese come il nostro dobbiamo essere in grado di dare risposte anche ai malati di malattie meno conosciute. Questo Piano è un passo avanti in tal senso”. Nel documento, un ruolo di grande importanza viene dato all'Europa. Si spiega infatti come, a causa del limitato numero dei pazienti e delle limitate esperienze disponibili, per garantire la diagnosi e la cura di queste malattie, la CE considera indispensabile l'istituzione di una rete di riferimento europea per le malattie rare (MR), nell'ambito della quale poter scambiare esperienze, informazioni, dati, campioni biologici e immagini radiologiche, anziché movimentare i pazienti.

Tra gli strumenti che la CE intende maggiormente condividere sono elencati i registri e i database, le linee-guida e le informazioni, le immagini trasmesse per via telematica, le attività di formazione. Spetterà poi al Comitato Eucerd fornire indicazioni sulla selezione dei Centri di expertise, suggerendo alcuni criteri prioritari, definiti anche in base alle raccomandazioni formulate dalle Associazioni dei pazienti nell'ambito del progetto Europlan.

Le **Reti europee di riferimento**, European Reference Networks (ERNs), verranno individuate dai singoli Stati membri, mentre a livello europeo saranno definite le tipologie dei servizi e le strutture necessarie e le risorse da condividere e saranno individuate formalmente le modalità di condivisione delle competenze e delle informazioni, comprese le indicazioni sulle migliori pratiche da diffondere per favorire la diagnosi ed il corretto trattamento. Le singole reti di riferimento dovranno adottare procedure per il controllo della qualità e l’intero sistema dovrà essere sottoposto a una valutazione.

Nel documento viene richiamata anche la direttiva sull'**assistenza transfrontaliera** ricordando come in essa, in tema di malattie rare, venga sostenuta attivamente la cooperazione tra Stati, specificando che, quando una persona affetta o con un sospetto diagnostico di MR chiede l’autorizzazione preventiva, può essere effettuata una valutazione clinica da esperti del settore. Se gli esperti non possono essere individuati nello Stato membro di affiliazione, o se il parere degli esperti non è conclusivo, lo Stato membro di affiliazione può richiedere a uno Stato membro un parere scientifico.

Si passa poi al contesto nazionale. Di grande rilievo, il fatto che le attività, i servizi e le prestazioni destinate alle persone affette dalle MR sono qui definite parte integrante dei **Livelli essenziali di assistenza (Lea)** che il Ssn è tenuto a garantire ai propri assistiti, in relazione alle condizioni cliniche individuali e per tutte le patologie. A causa della varietà e della complessità dei sintomi clinici delle MR, la norma non definisce puntualmente le prestazioni erogabili in esenzione, ma prevede, per quelle presenti nell'elenco allegato al DM, il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni incluse nei LEA, necessarie a confermare la diagnosi, appropriate per il monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Al momento, i tumori rari restano fuori dall'ambito di trattazione del presente Piano, non essendo inclusi nell'elenco delle malattie rare allegato al decreto ministeriale n. 279/2001; tuttavia, non si esclude una modifica in futuro, alla luce dell'evoluzione della disciplina delle MR in atto in ambito europeo.

I nodi principali della Rete nazionale delle MR sono i **Presidi accreditati**, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni tra quelli in possesso di documentata esperienza nella diagnosi e nella cura di specifiche MR o di gruppi di MR, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, ad esempio per la gestione delle emergenze e per la diagnosi biochimica, genetica e molecolare. I Presidi compresi nella rete dovranno operare secondo protocolli clinici concordati e collaborano con i servizi territoriali e i medici di famiglia per la presa in carico e la gestione del trattamento. L'individuazione dei Presidi della rete dovrà rispettare i requisiti previsti dalle raccomandazioni definite dall'Eucerd. Dal momento di completamento di questo processo, essi potranno svolgere i compiti previsti per i centri di expertise europei e candidarsi per partecipare alle reti europee in corso di istituzione.

I centri di expertise dovranno essere incardinati nella rete assistenziale regionale. Nel processo di valutazione continua della qualità dell'assistenza di tali strutture, le Regioni potranno acquisire il parere delle Associazioni dei malati e potranno proporre programmi di valutazione esterna di qualità anche mediante audit esterni, secondo modelli già in atto in diversi paesi europei.

Un altro aspetto di rilievo consiste nel miglioramento della **codifica** e della **classificazione** delle MR è un obiettivo prioritario a livello nazionale e internazionale perché una corretta codifica e classificazione è fondamentale per assicurare la rintracciabilità dei casi nei sistemi informativi sanitari, per esempio, nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO), per realizzare i registri epidemiologici o per effettuare analisi statistiche sia ai fini della programmazione sanitaria, sia per finalità di ricerca. L'accuratezza dei flussi rappresenta infatti una fonte informativa importante sui bisogni assistenziali, costituisce una fonte significativa per la produzione delle statistiche dei dati di morbosità, di efficacia e qualità dei sistemi sanitari e pertanto rappresenta uno strumento indispensabile per adottare appropriate ed efficaci misure di sanità pubblica.

Si passa poi ai **registri dei pazienti** e alle **banche-dati**, che vengono definiti strumenti chiave per la ricerca clinica sulle MR, per migliorare la presa in carico dei pazienti, pianificare la loro salute e valutare gli esiti sociali, economici e la qualità della vita. In Italia, si ricorda nel documento, Orphanet ha censito 51 registri, 35 dei quali nazionali, 9 regionali, 2 europei e 5 globali. Particolarmente utili vengono poi definiti i registri dei pazienti trattati con farmaci orfani, in quanto consentono di valutare l'appropriatezza e l'efficacia della

terapia e gli eventuali effetti collaterali, tenuto presente che le autorizzazioni alla commercializzazione di solito vengono rilasciate quando le evidenze sono ancora limitate, ancorché già convincenti.

Le **biobanche** sono invece servizi dedicati alla raccolta ed alla conservazione del materiale biologico umano, finalizzate alla diagnosi, agli studi sulla biodiversità e alla ricerca. L'Italia partecipa (www.bbmri-eric.it) all'infrastruttura di ricerca europea Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure che si propone di assicurare accesso sicuro alle risorse biologiche e garantirne una gestione appropriata ai fini del miglioramento della salute dei cittadini europei.

Tutti gli **accertamenti diagnostici** devono essere eseguiti secondo i criteri, supportati dalle evidenze scientifiche, di appropriatezza ed efficacia, essenzialità e sicurezza. Qualora alla fine dell'iter diagnostico si confermi la presenza di una MR compresa nell'elenco del DM 279/2001 è compito dello specialista del Presidio redigere il certificato di MR e rilasciarlo al paziente nel più breve tempo possibile. Le Asl di residenza del paziente in possesso della certificazione rilasciata da un presidio della Rete specificamente individuato per la patologia in questione, rilasciano l'attestato di esenzione corrispondente alla malattia certificata. Una volta formulata la diagnosi di malattia, è ancora compito del presidio della Rete definire il profilo del danno attuale ed evolutivo presentato dal paziente ed il suo potenziale funzionale. Questa seconda parte dell'inquadramento diagnostico viene definito essenziale per consentire successivamente la redazione del piano di trattamento, che deve tenere conto degli specifici bisogni assistenziali identificati in base alle caratteristiche individuali della persona e perciò non definiti unicamente in base al paradigma standard della malattia. I percorsi devono individuare gli attori, i collegamenti e l'offerta assistenziale disponibile per ogni paziente in ciascuna regione, oltre che definire i piani di responsabilità generale. Entro questi percorsi si sviluppano i piani assistenziali individuali redatti dal Presidio che ha in carico il singolo malato in base al suo profilo di bisogno assistenziale. I piani assistenziali individuali e l'applicazione dei percorsi e dei protocolli devono essere basati sul principio dell'appropriatezza prescrittiva e tenere conto della specifica condizione clinica del singolo paziente.

Nel documento viene ribadita l'importanza della associazioni dei pazienti, gli operatori sanitari e i professionisti medici si dovranno fare promotori di un rapporto costruttivo e collaborativo con i pazienti, incoraggiando la loro informazione e sostenendo atteggiamenti solidali e comunitari. Per contro, la partecipazione ai processi decisionali da parte delle organizzazioni dei pazienti richiederà forte senso civico e capacità di agire nell'interesse della collettività e a questo non giova la frammentazione delle loro rappresentanze.

Ampio spazio è dedicato alla **ricerca**, sia in ambito nazionale che internazionale. La ricerca, sia clinica che di base - si legge - è lo strumento di elezione per accrescere le conoscenze sulle MR. Sebbene essa sia rappresentata a macchia di leopardo in Europa, il volume delle ricerche, complessivamente considerato, resta basso, in rapporto all'elevato numero delle malattie ed alla loro eterogeneità. Per questo, è necessario attivare iniziative in grado di attrarre l'interesse dei ricercatori e dell'industria verso la ricerca sulle MR. Sarà però necessario superare una serie di 'colli di bottiglia': in primo luogo, la scarsa numerosità dei pazienti, che richiede la promozione di studi collaborativi, di respiro nazionale ed internazionale, e la necessità di sviluppare disegni sperimentali clinici alternativi, applicabili a pochi pazienti; in secondo luogo, la limitata disponibilità di piattaforme altamente

tecnologiche e la necessità di investire continuamente nell'innovazione; in terzo luogo, i limiti posti dalla peculiarità clinica delle MR, di solito eterogenee, spesso non adeguatamente documentate a livello fenotipico, la cui storia naturale, in molti casi, è poco o affatto nota, e, più in generale, lo scarso interesse nei confronti della ricerca clinica.

Altro aspetto cruciale è quello della **formazione**. Un importante ambito di interventi formativi è quello dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), che costituiscono il primo punto di contatto del paziente con il Ssn. Per questo è necessario formare specificamente i MMG/PLS e gli specialisti nella interpretazione delle complesse sintomatologie delle MR e nella formulazione del sospetto diagnostico, per evitare i ritardi nella diagnosi e nella presa in carico.

Infine, nel documento si parla di **prevenzione**. Sia di quella primaria, ossia la promozione degli stili di vita corretti che evitino l'esposizione a sostanze teratogene e genotossiche, il consumo di alcol e il fumo, e incentivano un'alimentazione corretta nelle donne in età fertile, nonché l'uso appropriato di acido folico, mediante supplementazione, per ridurre il rischio di insorgenza di difetti congeniti folico-acido sensibili; sia quella secondaria e, soprattutto si torna a sottolineare l'importanza di una diagnosi precoce.

Giornata internazionale dell'infermiere. Allarme in Italia: “Ne mancano almeno 60.000”. L'indagine del Nursind

Il problema non è la mancanza di professionisti disponibili, ma la carenza di risorse per assumerli. Tanto che, secondo i dati del sindacato di categoria, circa il 53% dei laureati trova lavoro e chi lo trova è sempre più spesso precario, part time o a tempo determinato. Che fare? Sblocco turn over, abbassamento età pensionabile e sviluppo del part time per i più 'anziani' per favorire l'ingresso dei giovani. L'INDAGINE.

"Infermieri: Una forza per il cambiamento - una risorsa vitale per la salute". E' questo il tema della Giornata internazionale degli infermieri 2014. Una risorsa su cui, tuttavia, i pazienti italiani rischiano di non poter più contare a causa della mancanza di risorse che rende sempre più critico il problema della disoccupazione infermieristica. A lanciare l'allarme, proprio in occasione della Giornata internazionale degli infermieri, è il Nursind, secondo il quale nel Ssn mancherebbero ben 60.000 infermieri nel Ssn nonostante di professionisti pronti a dedicarsi all'assistenza ce ne sarebbero. Il fatto è che il 53% dei laureati sono disoccupati e chi trova lavoro è sempre più spesso precario, part time o a tempo determinato. Insomma, gli ospedali hanno sempre più bisogno di infermieri ma il Servizio Sanitario Nazionale non può permetterseli.

A disegnare il quadro buio dell'occupazione infermieristica italiana sono i risultati preliminari di un'indagine del Centro Studi del sindacato di settore Nursind, che sottolinea come “il divario tra il nord e il resto del Paese lascia pensare a una qualità di assistenza diversa e la situazione, confermano i dati, peggiora nel tempo”.

Se infatti dal 2003 al 2007 hanno trovato lavoro entro l'anno il 90% dei laureati, la percentuale è scesa fino a raggiungere il 65% nel 2012. Quello della disoccupazione giovanile infermieristica "è un paradosso - spiega **Donato Carrara** della direzione nazionale Nursind - perché effettivamente mancano nel sistema queste unità e chi è attivo dentro i servizi è sottoposto a carichi di lavori pesanti per compensare tagli e carenze". Il

lavoro che si trova, come accennato, dal 2011 è inoltre sempre più spesso precario, part time o a tempo determinato. Mentre ad assumere, se prima era il pubblico impiego, dal 2010 in poi, con il blocco del turn over, sono andate crescendo le assunzioni da parte di cooperative e società di somministrazione del lavoro. D'altronde il pubblico impiego è un eldorado, tanto che ben il 68% degli intervistati ha partecipato a più di un concorso. Per il Nursind, dunque, “non c'è da stupirsi che dopo la fuga dei ricercatori, in Italia si assista alla fuga degli infermieri”. “Mentre fino a qualche anno fa l'Italia era costretta a importare infermieri da altri paesi per far fronte alla carenza nelle strutture sanitarie, oggi - per **Andrea Bottega** Segretario Nazionale Nursind - sono gli infermieri italiani ad emigrare per trovare lavoro”.

Secondo l'indagine del Nursind, la disoccupazione infermieristica tra il 2011 e il 2013 ha riguardato il 24,4% dei neolaureati in Italia. Le regioni con le percentuali più gravi sono Puglia (49,5%), Calabria (43,8), Basilicata (42,9%), contro il 4,5% della Lombardia e il 7% del Friuli Venezia Giulia.

Anche il fenomeno della precarizzazione del rapporto di lavoro è ben presente tra gli infermieri. A partire dal 2011 salgono dal 9 al 38% i contratti a tempo determinato e part time mentre diminuiscono dal 40 al 28% quelli full time o a tempo indeterminato.

Ma quali potrebbero essere le possibili soluzioni al problema? In Nursind ha indagato anche questo. Al primo posto, per gli intervistati, c'è lo sblocco del turn over, poi l'abbassamento dell'età pensionabile e lo sviluppo del part time negli ultimi anni di lavoro per favorire l'ingresso dei giovani.

“L'attenzione che Nursind dà questa importante situazione è elevata ed è già stata portata all'attenzione del Ministro della Salute”, spiega il Nursind annunciando che nei prossimi giorni sarà inviato anche un documento al Presidente del Consiglio e al Ministro della Funzione Pubblica. A conclusione dell'analisi dei dati raccolti, infine, “si provvederà ad intraprendere ulteriori iniziative per dare voce alle situazioni di sofferenza delle dotazioni organiche che limitano la risposta ai bisogni dei cittadini spesso lasciati da soli ad affrontare le situazioni di cronicità, disabilità e fragilità e chiedere l'assunzione di nuove risorse che garantiscano il futuro di un servizio sanitario pubblico e universalistico”.

Anestesia/rianimazione. Aperto a Catania il 10° Congresso Siared

“Appropriatezza delle cure e risorse disponibili” è il tema centrale dell'evento, che si concluderà il 14 maggio. Tra i temi in programma la responsabilità professionale, la donazione degli organi, l'emergenza in mare e in montagna, il trattamento del paziente obeso e l'evoluzione delle tecnologie.

Un programma che comprende 10 corsi e 4 workshop e che coinvolge gli Anestesisti Rianimatori, ma anche altre figure mediche e non. È nel segno della multidisciplinarietà il 10° Congresso SIARED (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), emanazione scientifica dell'AAROI-EMAC (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica), che da ieri e fino al 14 maggio riunirà a Catania oltre 600 medici. Obiettivo della manifestazione è l'approfondimento scientifico attraverso uno stretto collegamento con temi di attualità sanitaria.

Ad aprire il Congresso, infatti, una sessione sulla Responsabilità professionale con relazioni di Anestesisti Rianimatori, medici di organizzazione sanitaria, esperti di giurisprudenza e di gestione del rischio e la lettura magistrale di Ivan Cavicchi, esperto di politiche sanitarie, dal titolo “Le professioni tra necessità di cura e limiti economici: dai conflitti alla coevoluzione” che affronterà la questione del ruolo delle diverse categorie di professionisti in sanità e delle loro competenze.

Verranno poi proposti temi particolarmente delicati, non solo per quel che riguarda l’ambito medico. Si parlerà infatti di trapianti - con particolare attenzione agli aspetti legati alla donazione degli organi e al ruolo svolto dall’Anestesista Rianimatore - e di emergenza in mare e in montagna con un focus sull’emergenza migranti.

Altre sessioni riguarderanno il trattamento del paziente complesso, in particolare del paziente obeso. Proprio l’obesità, infatti, rappresenta una condizione di rischio sia nell’emergenza, sia in sala operatoria da affrontare con competenza ed appropriatezza. Su questo argomento, nel corso del Congresso, la SIARED lancerà una nuova sfida con la proposta di coinvolgere le altre società scientifiche nel passare dalle buone pratiche a vere e proprie raccomandazioni condivise per la gestione del paziente obeso.

Numerosi interventi saranno dedicati all’evoluzione tecnologica, con incontri multiprofessionali sulle problematiche della chirurgia robotica e laparoscopica allo scopo di sviluppare e condividere percorsi in aree ad elevato impatto economico. Così come si parlerà dei nuovi modelli organizzativi in chirurgia ambulatoriale e Day Surgery. In questo ambito verranno presentate le Raccomandazioni AAROI-EMAC/SIAARTI/SIARED sulle prestazioni anestesilogiche nella chirurgia a bassa complessità, NORA (Non Operating Room Anesthesia).

Il Congresso dedicherà due sessioni al tema del dolore acuto, cronico e alla malattia del dolore presentando le più recenti novità in questo settore. La legge 38 sulla terapia del dolore ha infatti posto l’Italia all’avanguardia a livello internazionale, “ma esistono ancora lacune organizzative nell’assistenza al paziente con dolore acuto o cronico”, sottolinea la SIARED. Verranno inoltre presentate le ultime novità nel trattamento del dolore acuto post chirurgico e quelle sulle tecniche antalgiche invasive.

Grande spazio troveranno gli approfondimenti sulle diverse situazioni di emergenza, da quella intra-ospedaliera, alla emergenza ostetrica, con particolare attenzione all’approccio con il paziente politraumatizzato.

“Abbiamo cercato di dare al Congresso un alto valore scientifico, tenendo però conto della realtà – afferma **Adriana Paolicchi**, Presidente SIARED -. Da qui il titolo ‘Appropriatezza delle cure e risorse disponibili’ che riassume la necessità di fare i conti con lo scenario attuale della sanità italiana. L’evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie in un momento in cui le risorse sono sempre più limitate potrà trovare una chiave di volta proprio nell’appropriatezza delle cure, che dobbiamo fare nostra. Il nostro obiettivo, e quindi quello di questo Congresso, è di diffondere il concetto che, lavorando in maniera appropriata, nel rispetto della sicurezza del professionista e del paziente, può voler dire anche risparmio di risorse o quanto meno razionalizzazione delle spese. Da questo punto di vista - sottolinea Paolicchi -, la formazione assume un valore fondamentale. Anche per questo motivo abbiamo scelto di organizzare un Congresso di alto valore scientifico, coinvolgendo diverse

figure professionali e abbinando relazioni generali con altre molto concrete, in grado di dare fino a 25 crediti formativi e caratterizzato da un programma modulare che consente ad ogni partecipante di scegliere un percorso individuale basato sui propri interessi”.

DOCTORNEWS33

Università, Lenzi (Cun): meno concorsi e più chiamate dirette per agevolare ricambio

Si alla proposta del ministro dell'istruzione di selezionare i nuovi docenti nelle università non con concorsi locali ma con chiamate dirette, a patto di fissare tetti al nuovo meccanismo e di istituire un sistema ferreo di valutazione delle scelte degli atenei con penalità per chi nomina “amici degli amici” e di incentivi per chi adotta parametri internazionali. La risposta del presidente del Consiglio Universitario Nazionale **Andrea Lenzi** al ministro **Stefania Giannini** è un sì, convinto, ma richiede « procedure trasparenti, per non ritrovarsi persone sbagliate al posto sbagliato, a fronte della promessa che “presto produrranno”». Eccezion fatta delle chiamate dirette di docenti dall'estero, oggi i professori universitari di I e II fascia sono nominati con concorsi locali, con quel sistema che il ministro Giannini vuol rivedere. Se realizzato, obiettiamo, il nuovo meccanismo impedirebbe scelte “sfacciate”, ma non tutelerebbe in toto dalle raccomandazioni. «In tutto il mondo la competizione tra pari è legata anche a meccanismi di cooptazione, magari a valle dei concorsi. In Italia siamo di fronte a un bivio: o concepire per i docenti un iter di carriera come quello dei magistrati o dei militari, dove c'è un solo concorso iniziale per l'abilitazione e poi si va avanti con criteri di rotazione, o mantenere un sistema concorsuale - parola peraltro intraducibile all'estero dove prevale la “competition”. Il concorso resta comunque un modo “comunitario” di scegliere, pur con i noti limiti: i ricorsi, le varie composizioni delle commissioni, il fatto che anche se ci sono commissari esterni in ambito accademico ci si conosce tutti un po'. Insomma, vorremmo un'opzione atta a garantire un periodo di pace all'università italiana». Il meccanismo a chiamata e il sistema di abilitazione “a sportello” (con prove ad personam anziché con superconcorsi emigliaia di candidati) ventilati da Giannini si presterebbero a creare i presupposti per un ricambio più rapido del corpo docente. Ricambio che per Lenzi urge: «Nel 2015 nelle Facoltà di Medicina si potrebbero perdere decine di cattedre perché il titolare va in pensione e non ci sono soldi per il successore. All'Università è stato tolto quasi un miliardo di euro dal Fondo di finanziamento ordinario: siamo scesi da 7,5 a 6,7 miliardi e anche su nostro input il ministro ha fatto presente il problema al titolare dell'Economia. Occorrerebbero tra i 150 e i 200 milioni l'anno per mettere in sicurezza il sistema. In 40 anni non m'era mai capitato di vedere un impoverimento così marcato dei corsi, mentre tutti gli altri paesi investono».

Trapianti, Congresso Siared: in Italia protocolli sicuri

In Italia esistono protocolli per l'accertamento della morte «inoppugnabili e sicuri». Lo sottolineano gli esperti in materia riuniti a Catania al 10° Congresso Siared (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza Dolore). «In caso di morte per lesioni encefaliche

l'accertamento, durante un periodo di osservazione di almeno sei ore, è effettuato da un collegio medico nominato dalla direzione sanitaria, composto da tre medici: un medico legale (o medico di direzione sanitaria o anatomo-patologo), uno specialista in anestesia-rianimazione e un neurofisiopatologo (o neurologo o neurochirurgo esperti in elettroencefalografia). Per i casi di morte dopo arresto cardiaco la legislazione prevede un tempo di accertamento di venti minuti di elettrocardiogramma piatto: questo tempo – lunghissimo rispetto ai pochi minuti previsti in altri Paesi del mondo occidentale – costituisce una garanzia assoluta di certezza della morte della persona» spiegano gli anestesisti. «Il punto di partenza – continuano gli esperti - è che un donatore può salvare la vita a molte persone. Se è vero che dietro a ogni donazione abbiamo un lutto è altrettanto vero che si prospetta una rinascita e una nuova vita per i riceventi. Per questo motivo è importante che il processo donazione-trapianto sia spiegato in modo semplice e chiaro al maggior numero di persone. D'altra parte» continua la nota «l'incremento delle attività di trapianto di organi e tessuti rappresenta uno dei principali obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale. Per raggiungerlo, è necessario sostenere e promuovere la donazione che attualmente rappresenta la principale fonte utilizzabile per soddisfare, almeno in parte, le necessità dei pazienti in lista di attesa». All'interno dei lavori è stata approfondita anche la differenza tra donatore di organi a cuore battente e donatore a cuore fermo. Mentre nel primo caso (morte encefalica) molto si è parlato, da alcuni anni si sta sviluppando anche in Italia l'aspetto della donazione di organi da donatore a cuore fermo. Al momento il Policlinico San Matteo di Pavia è il centro specializzato in Italia in cui viene effettuato questo tipo di attività.

Organizzazione delle cure per i pazienti complessi. Fadoi annuncia un master

«Una formazione di questo tipo è una novità assoluta per il nostro Paese»: il presidente della Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti **Mauro Campanini** si riferisce al master promosso da Fadoi per la gestione dei pazienti più complessi, affetti da una pluralità di patologie. «Si tratta di pazienti che, con l'aumento dell'età media, costituiscono una realtà emergente e hanno già cambiato l'epidemiologia delle persone che trattiamo», rileva l'esponente degli internisti. «Ma il master non entrerà in dettaglio dal punto di vista clinico; sarà invece di stampo organizzativo e gestionale e fornirà gli strumenti necessari per affrontare al meglio clinical governance e clinical competence». La formazione sarà impartita in quattro moduli che avranno luogo da settembre a dicembre di quest'anno e saranno curati dagli attori coinvolti nel progetto: il ministero della Salute/Agenas e le Università Campus Bio-Medico di Roma, la Carlo Cattaneo – Liuc di Castellanza e la Bocconi di Milano.

«È un master di livello alto – spiega Campanini – ed è dedicato a primari o direttori di dipartimento»: idealmente servirebbe almeno uno di questi medici “super manager” in grado di gestire le situazioni difficili in ognuna delle circa 1.200 Unità operative complesse di medicina interna presenti in Italia: dovranno analizzare costi e formulare proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari ottimizzando i processi dall'accoglienza alla dimissione del paziente complesso, con un occhio attento alla sicurezza delle cure e all'appropriatezza della prestazione e dei tempi di attesa. Per ora i posti sono 45. Che si arrivi a una formazione generalizzata dipenderà anche dai risultati di questo primo master: «ci auguriamo – dice Campanini - che l'iniziativa abbia successo e si possa ripetere per il maggior numero di persone possibile; il master è già stato attivato, a fine maggio verrà

emesso il regolamento e verrà istituita una commissione che valuterà le domande pervenute».

Ivg, medico condannato a risarcire per venti anni errore prescrittivo. Panti: sentenza singolare

Per un pasticcio di un medico di famiglia una donna sposata che, per motivi economici, aveva deciso di interrompere la gravidanza, prese un cerotto per la menopausa al posto di quello anticoncezionale, e la gestazione proseguì fino alla nascita del bambino. Ora, per il Tribunale di Milano il medico dovrà contribuire a mantenere il nuovo nato per 20 anni: la sentenza 16021 del 10 marzo condanna il professionista a versare in tutto 117 mila euro per concorrere nell'arco dei prossimi 23 anni all'istruzione del giovane; non oltre, poiché, data la condizione disagiata della famiglia (che però era riuscita a quantificare 138 mila euro di danni materiali e 60 mila di danni morali, poi negati dal giudice) si suppone che il ragazzo non frequenterà atenei. Sul tema interviene **Antonio Panti**, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, medico di famiglia ed esperto di temi etici con la nota che segue.

“La sentenza milanese suscita qualche stupore. Non vi è dubbio che il medico abbia compiuto un errore professionale dal quale è seguita una conseguenza non voluta che può essere valutata come “danno” nella misura in cui una gravidanza indesiderata comporta ambascie, spese, cambiamenti nei programmi di vita della coppia. Qualcuno potrebbe chiedersi perché la signora, di fronte a una gravidanza non voluta, non abbia abortito. Una domanda improponibile perché vuol indagare sulla coscienza individuale. Allora la gravidanza come causa di danno: risarcibile? E perché? “E’ funesto a chi nasce il di natale”, è stato detto, ma non credo che Leopardi possa fare giurisprudenza. Altresì, anche se non voluti, i figli “so piezz’e core”. Può essere risarcita la nascita? Altra domanda difficile. Comunque il nesso causale tra l’agire del medico e la gravidanza indesiderata forse c’è davvero e quindi le spese ad essa connesse e il disagio morale sarebbero degni di risarcimento. Ma il medico è stato condannato a mantenere materialmente questo figlio che, tuttavia, ha un padre biologico ed è frutto del rapporto di coppia, anche se in questo caso volto soltanto al mero ristoro della concupiscenza. Insomma una sorta di “sangiuseppizzazione” del medico, che diventa padre putativo ed espia la sua colpa pagando in euro il sostentamento del bebè. Sul piano deontologico non vedo infrazioni, sul piano civilistico il ragionamento del magistrato qualche perplessità la lascia. Tra l’altro perché limitare l’istruzione del pupo ai venti anni (un giudizio classista!) perché le condizioni familiari non consentiranno mai la frequenza universitaria? E se il bimbo si rivelasse un genio e dovessimo un giorno ringraziare il medico per il suo benefico errore? Ultima citazione: “diligite justitiam qui judicatis terram”! Il padre Dante ha sempre ragione”.

Ambiente&salute: la ricetta dei medici Isde per il nuovo Parlamento

Un forte ripensamento dell'attuale modello di sviluppo e dell'intero sistema economico, che riconosca la centralità del binomio ambiente-salute. Focus che dovrà orientare ogni intervento legislativo, programmatico e d'indirizzo del prossimo Parlamento Europeo. E' l'appello lanciato da Isde Italia (International Society of Doctors for the Environment – Italia) nel documento "Ambiente e salute per l'Europa dei diritti umani". Un programma d'azione proposto in occasione delle elezioni europee 2014.

Il documento, suddiviso in aree tematiche (aria, acqua, energia, gestione dei rifiuti, pratiche agricole, ambienti di lavoro, campi elettromagnetici, mobilità), indica gli interventi più appropriati per una concreta tutela del diritto alla salute delle popolazioni e per la difesa dell'ambiente.

E sottolinea l'importanza e la responsabilità del medico, che deve far sentire la propria voce. «Il rapporto dinamico, di interdipendenza e indissolubile - si legge nel documento - che lega ambiente e salute deve essere essenziale nel dibattito scientifico e culturale e deve ispirare e orientare tutte le scelte culturali, politiche e economiche. Come medici e ricercatori abbiamo il compito e il dovere morale di indicare tra queste quelle più opportune e sicure per tutelare l'ambiente e la salute dei cittadini e delle generazioni attuali e future e l'intera biosfera».

«Sempre più spesso invece - denuncia l'Isde - l'ambiente è stato ed è considerato come un fiorente settore d'affari e sempre più numerosi e drammatici sono diventati i crimini e gli scempi ambientali».

Presupposti fondamentali per un cambio di rotta: rispetto del principio di precauzione, corretta informazione, partecipazione democratica e condivisione delle scelte. Le parole d'ordine: prevenzione primaria, eliminazione dei cosiddetti inquinanti organici persistenti (Persistent Organic Pollutants -), rafforzamento della direttiva europea Reach, con l'estensione a tutte le sostanze chimiche di sintesi di nuova introduzione. In modo che ogni nuovo prodotto sia sottoposto a prove adeguate di innocuità a carico del produttore e verificate da organismi indipendenti.

Ma anche un maggiore «sostegno alla ricerca biomedica indipendente, destinando ad essa parte delle risorse economiche attualmente impiegate per le spese militari».

Energia. Sì all'incremento delle politiche di risparmio energetico e di ricerca e diffusione delle energie rinnovabili (solare, solare termico, e minieolico) e a programmi concreti di emancipazione rapidamente progressiva dalle fonti di energia fossile in particolare dal carbone e dal nucleare «che rappresenta un'ipoteca inaccettabile - si legge nel dossier - sulla vita delle generazioni future».

In particolare Isde chiede che «il Parlamento europeo si adoperi per l'eliminazione di ogni forma di contributi statali per le fonti energetiche non realmente rinnovabili e classificate

come "assimilate"». Sotto accusa, per esempio «l'attuale regime di incentivazione dell'energia da biomasse fortemente distorto in quanto spinge il mercato verso una corsa alla realizzazione di impianti di grossa taglia assolutamente insostenibili sotto il profilo ambientale e pericolosi per la salute». E le stesse considerazioni valgono per gli impianti a biogas.

Gestione dei rifiuti. «In Italia il fenomeno delle discariche abusive e dello smaltimento illegale dei rifiuti, operato spesso da gruppi criminali - sottolinea il documento Isde - ha creato situazioni di grave e documentato danno ambientale e danno alla salute delle popolazioni, come nella nota area della Campania definita "terra dei fuochi", si chiede quindi una particolare attenzione da parte del Parlamento europeo su tutte le procedure e i fondi destinati alle opere di bonifica di queste aree».

La ricetta è quella già individuata dalle normative europee: riduzione della produzione dei rifiuti, raccolta differenziata "porta a porta", riciclaggio, riuso, riparazione e responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni, così da evitare l'incenerimento dei materiali post-utilizzo e da ridurre progressivamente il conferimento in discarica dei rifiuti. E l'Isde propone anche la formazione di un nucleo investigativo europeo dedicato alla prevenzione e repressione dei crimini ambientali in tema di stoccaggio e illecito smaltimento di rifiuti urbani e industriali.

Acqua. «La qualità dell'acqua, come quella dell'aria, sono due determinanti fondamentali della salute delle persone e per l'intera biosfera. L'acqua è e deve rimanere un Bene Comune». Per questo, l'Isde chiede che le istituzioni europee vigilino affinché in tutti i paesi Ue adottino «politiche concrete di risparmio idrico; di salvaguardia e risanamento degli ecosistemi e dei bacini idrici utilizzati per approvvigionamento di acque potabili; di miglioramento degli acquedotti e delle reti di distribuzione imponendo anche la rimozione dei tratti realizzati in passato con tubature in piombo e cemento – amianto».

E soprattutto stop alle deroghe, che hanno permesso nel recente passato «di erogare come potabili acque con elevati livelli di sostanze tossiche e cancerogene quali ad esempio: arsenico, vanadio, fluoro e selenio». E al cosiddetto "effetto cocktail": «ovvero sommazione e interazione degli effetti tra diverse sostanze tossiche e cancerogene presenti nelle acque anche se in quantitativi ammessi dagli attuali limiti di legge».

Aria. L'Isde chiede di «estendere e potenziare in tutto il territorio europeo le reti di monitoraggio della qualità dell'aria, con utilizzo delle migliori tecnologie disponibili, in particolare nelle aree e nei distretti con presenza di rilevanti fonti d'inquinamento: aree industriali, grandi poli di produzione energetica, città con elevato traffico veicolare, aree aeroportuali». Andrebbero inoltre rese più efficaci «le iniziative fiscali per limitare l'utilizzo dei combustibili fossili, che rappresentano da quasi due secoli la principale fonte delle emissioni inquinanti e climalteranti».

Mobilità. Per i medici dell'Isde va attuata «una progressiva riduzione del traffico automobilistico e per la limitazione delle aree urbane destinate al trasporto privato, nelle grandi e piccole città, che potrebbero così recuperare fascino, bellezza e condizioni di vita più salubri; disincentivare il trasporto commerciale su gomma; sottoporre a politiche di monitoraggio e riduzione il traffico aereo». Per contro, l'Isde chiede di «implementare i collegamenti ferroviari tra le capitali europee e di migliorare le reti ferroviarie locali e nazionali, ma sempre nel rispetto delle peculiarità dei territori e dei diritti delle popolazioni interessate».

Urbanistica ed edilizia. L'Isde chiede «che l'Europa si impegni a favorire l'adozione di leggi e provvedimenti tesi a non incrementare il consumo del suolo e a tutelare l'ambiente e il paesaggio nei singoli Paesi. L'adozione di regolamenti per un'edilizia bio-eco sostenibile in ogni paese è un'altra richiesta che facciamo in considerazione dell'impatto che l'edilizia ha sul consumo delle risorse (acqua, materie prime, consumo di energia), sull'inquinamento del suolo, dell'aria e dell'acqua e sulla produzione di rifiuti».

Ambiente di lavoro e rischi industriali. Innanzitutto «lotta a ogni forma di sfruttamento e discriminazione in particolare nei confronti dei migranti, delle donne e dei bambini». Ma per l'Isde è anche necessario «un maggiore impegno anche per l'eliminazione dei fattori di nocività presenti nei luoghi di lavoro e per l'eliminazione delle cause di infortunio, in modo speciale nel settore edilizio».

Pratiche agricole. Incentivi all'agricoltura biologica (che dovrebbe diventare obbligatoria in prossimità di sistemi idrici che forniscono acque potabili alle popolazioni e integrata) e alla lotta integrata. Stop agli Ogm, «in attesa di evidenze scientifiche certe, che ne dimostrino la sicurezza e l'oggettiva necessità».

Campi elettromagnetici. L'Isde auspica che «si emanino norme e misure atte a ridurre sempre più - in prossimità di scuole, centri sportivi e aeree densamente abitate - l'esposizione (in specie dei bambini e dei più giovani) a questo tipo di energia non ionizzante e che si rivedano le norme relative alle cosiddette "aree wireless"». Il Parlamento europeo, secondo l'Isde dovrebbe anche prodigarsi «perché tutti i Paesi europei elaborino linee guida per la pianificazione della distribuzione degli impianti che emettono radiazioni non ionizzanti tenendo conto della classificazione Iarc e adottando il Principio di precauzione».

Siia: postazioni in tutta Italia per la giornata mondiale dell'ipertensione

Con lo slogan "Impara a conoscere la tua pressione arteriosa" torna l'appuntamento annuale della Società Italiana per l'Ipertensione Arteriosa (Siia) con la Giornata mondiale contro l'ipertensione, in programma il 17 maggio prossimo e promossa in tutto il mondo dalla World Hypertension League. Lo slogan è anche la raccomandazione che la Siia rivolge da sempre ai cittadini per creare una coscienza del problema degli elevati valori pressori e dei rischi a essi correlati e informarli dei vantaggi di una corretta gestione di una patologia che affligge quasi una persona su tre.

L'obiettivo della Giornata è di diffondere un messaggio sociale sull'importanza di tenere sotto controllo questi valori, imparando anche a conoscere i sintomi più tipici della malattia ipertensiva, per una prevenzione che, a partire dalla consapevolezza e attraverso la adozione di piccoli accorgimenti, possa consistentemente limitarne i danni.

Gli ultimi dati diffusi dalla Oms rivelano che l'ipertensione è la prima causa di mortalità al mondo: «Da sola, è responsabile di circa il 14% della mortalità e di quasi il 7% della disabilità mondiale - afferma Claudio Borghi, presidente della Siia - cifre che identificano una realtà mostruosa della quale purtroppo si parla ancora troppo poco. In particolare, si fa fatica a comprendere come mai il problema possa essere ancora vissuto con indifferenza da una fetta importante della popolazione a fronte di accessibili strumenti di diagnosi e della disponibilità di strategie di prevenzione molto efficaci».

In Italia la patologia è presente in circa il 30% della popolazione e, nonostante la disponibilità di terapie efficaci per la grande maggioranza dei casi, solo un paziente iperteso su quattro segue una terapia adeguata.

Per la sua decima edizione, grazie al supporto della Croce Rossa Italiana, saranno allestite in tutto il territorio nazionale numerose postazioni mediche per dare l'opportunità a tutti i cittadini di effettuare il controllo gratuito della pressione. Sarà possibile eseguire gli accertamenti, senza necessità di impegnativa, anche presso gli ambulatori e i centri ospedalieri specializzati messi a disposizione per la giornata e in tutte le farmacie aderenti all'iniziativa. In ognuna di queste sedi sarà possibile ritirare del materiale informativo e divulgativo sui rischi causati dalle cattive abitudini e su un corretto stile di vita, e ricevere indicazioni importanti su come effettuare in modo corretto la rilevazione della pressione a casa propria.

Alla Giornata Mondiale contro l'Ipertensione Arteriosa hanno aderito: la Croce Rossa Italiana, la Rai, la Federazione Ordini Farmacisti Italiani (FOFI), Federfarma, Utifar e Assofarm.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584