

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 13 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI Aou Paziente dimesso e gestione dei ricoveri
- ❖ LETTERA *Sassari Cliniche universitarie: grande professionalità*

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Lorenzin: "Esami inutili legati a medicina difensiva ci costano 13 mld di euro l'anno. Al lavoro su norme per evitare gli sprechi"
- ❖ Ordini e incompatibilità. L'audizione di Cantone alla Camera: "Presidenti di ordini non possono essere parlamentari". Sì da M5S. Forti dubbi da Pd, Fi e Sc
- ❖ Il sale: nemico o alleato della salute? Scienziati divisi
- ❖ In Italia si consuma ancora troppo sale. Nuovi accordi per ridurlo anche in alimenti diversi dal pane

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Agenas al setaccio della Corte dei conti: bene i bilanci, ridurre i residui passivi
- ❖ Inquinamento indoor. Studio Ue: nelle Rsa qualità dell'aria e salute respiratoria scarse

DOCTOR 33. IT

- ❖ DIRITTO SANITARIO Mmg e libertà prescrittiva: i tetti di spesa su farmaci costosi non la compromettono

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Aou Paziente dimesso e gestione dei ricoveri

Un paziente ricoverato nella clinica Oculistica dell'Aou ha accusato dolori di tipo cardiaco. È stato visitato, gli è stato riscontrato il disturbo e la necessità immediata di trasferimento all'Unità coronarica dell'Asl. E qui è nato il problema, perchè Aou e Asl sono sì ospedali, ma con due differenti "amministrazioni". Dell'episodio abbiamo scritto sul giornale di ieri e subito la Direzione aziendale della Aou ha avviato un procedimento interno di verifica e valutazione di quanto accaduto, porgendo anzitutto le doverose scuse al paziente e alla famiglia per il difetto di corretta comunicazione.

Una prima considerazione è che si deve confermare l'assoluta necessità ed improrogabilità che i due grandi ospedali cittadini vengano accorpati, così da poter operare in maniera decisamente più efficace ed efficiente al servizio della comunità. Si tratta di un'unificazione urgente, che, come è noto, è stata finalmente prevista dalla recente legge regionale di riforma sanitaria, alla cui attuazione stanno lavorando in maniera congiunta le Direzioni della Aou e della Asl, appositamente incaricate di questo importante obiettivo dall'Assessorato Regionale competente. L'unificazione consentirà, tra le altre cose, di sanare i punti critici emersi anche nella vicenda specifica del paziente dimesso dall'oculistica della Aou e trasportato all'unità coronarica dell'Ospedale civile dall'ambulanza del 118. Dalla verifica effettuata è emerso che la dimissione del paziente in realtà è stata una necessità tecnica data dal sistema di gestione dei ricoveri, dovuta al fatto che i due ospedali sono due presidi separati e distinti: pertanto le procedure informatiche sono separate, e anche questo sarà sanato a seguito del processo di unificazione. Il paziente peraltro è stato seguito costantemente durante la degenza in oculistica, visitato dai diversi specialisti e l'indicazione degli stessi è stata, viste le condizioni cliniche, quella della necessità di un trasferimento in unità coronarica, presso l'Ospedale Civile Santissima Annunziata, dove il paziente è stato effettivamente ricoverato. L'anomalia riguarda quindi non il trattamento inadeguato del paziente, né, tantomeno, l'abbandono in "odissea" dello stesso, ma la modalità del trasferimento, avvenuto con ambulanza del 118 e non con ambulanza di servizio in Aou. Su questo punto la Direzione dell'Aou, verificato che la condizione del paziente è stata sempre sotto stretto controllo clinico, sta effettuando le necessarie verifiche per tutti i successivi provvedimenti.

LETTERA *Sassari Cliniche universitarie: grande professionalità*

*Vorrei ringraziare pubblicamente tutta la struttura della Clinica Neurologica dell'Aou di Sassari per la professionalità e competenza dimostrata in occasione del mio recente ricovero. Il grazie deve essere esteso anche a tutti i reparti delle altre cliniche (otorinolaringoiatrica - pneumologia - tac/rm, etc.) coinvolti nel mio caso per le consulenze specialistiche. Colgo l'occasione per sottolineare un aspetto caratterizzante la professione degli operatori sanitari, nell'eccezione più ampia del termine, che ho avuto modo di apprezzare durante la mia degenza. Mi riferisco all'umanità e alla qualità eccellente del rapporto tra gli operatori e i pazienti, considerati veramente ospiti, loro malgrado, e sempre amorevolmente coccolati, a prescindere dalle loro conoscenze e/o dalla loro condizione sociale. Chiaramente alcune dotazioni strutturali del reparto (letti, materiali sanitari, organico del personale) possono, in alcune situazioni, vanificare, agli occhi dei pazienti e dell'utenza, l'impegno del personale nell'applicazione pratica di queste qualità. L'auspicio è che la Direzione possa integrare queste caratteristiche positive del proprio personale (eventualmente incentivandone la presenza e/o investendo in formazione specifica) con le dotazioni materiali necessarie che porterebbero, sicuramente, ad un miglioramento complessivo dell'immagine della sanità pubblica e dell'Azienda Universitaria in particolare. **Vincenzo Maini, Sassari***

Lorenzin: “Esami inutili legati a medicina difensiva ci costano 13 mld di euro l’anno. Al lavoro su norme per evitare gli sprechi”

Il ministro della Salute nel corso di un ‘liveblog’ presso l’Ansa ha parlato anche dei nuovi Lea: “Speriamo entro giugno e che siano sostenibili”. Per i ticket invece “tempi lunghi”. Su eterologa “no a pagamento donatrici” e sui vaccini: “Sono fondamentali. Saremo un martello”. E infine: “Politiche attive sulla natalità, o nel 2050 non nasceranno più figli in Italia”.

Dagli esami inutili dovuti alla medicina difensiva passando per i Lea, la fecondazione eterologa, i vaccini con uno sguardo anche alle questioni di politica nazionale. Questi alcuni degli argomenti trattati dal Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, durante un ‘liveblog’ presso la sede dell’Ansa.

“**Gli esami diagnostici inutili** legati alla medicina difensiva costano all'Italia 13 miliardi di euro l'anno" ha affermato Lorenzin evidenziando come si stia lavorando a “protocolli stringenti per le direzioni generali che evitino gli sprechi, a partire dagli esami che si fanno durante la gravidanza”.

Il Ministro ha parlato anche dei **nuovi Lea**. “Abbiamo finito il lavoro ormai da un mese, così come sul nomenclatore delle protesi. Noi siamo intervenuti con un impatto finanziario molto minore rispetto a quello che si pensava, abbiamo calcolato intorno a 415-420 milioni di euro, una sostenibilità che ci dovrebbe mettere al riparo anche dalla Corte dei Conti. Spero che le Regioni chiudano entro giugno i loro lavori”. Sui ticket invece tempi ancora lunghi. “Sui ticket invece l'operazione è più complicata, perché essendo in campo una riforma del fisco la riforma dei ticket deve essere agganciata a questa. Noi vogliamo agganciare le prestazioni al reddito reale, e per questo il Mef ha elaborato diverse opzioni, fra cui l'utilizzo dell'Isee, ma non possiamo farlo finché la riforma fiscale non sarà varata”.

Fumo in auto. “Fosse per me sarebbe già legge, ma aspettiamo il Parlamento - ha spiegato -. Il vero risultato è far capire agli adulti che fumare in macchina con i bambini dentro fa male ai bambini. Abbiamo tutti gli studi fatti ormai da anni sul fumo passivo, e i danni che vengono arrecati sono veramente tanti. E' innanzitutto un atto di civiltà, io ne continuo a parlare e spero che il messaggio sia arrivato, e spero che il Parlamento vari presto la legge”.

Per quanto riguarda l’**eterologa** il Ministro ha evidenziato che non si possono prevedere pagamenti per le donatrici. “Non dobbiamo mascherare i rimborsi spese sanitari, più che legittimi, con una retribuzione di donazione di cellule e tessuti. Noi abbiamo una delle legislazioni più civili al mondo su questo punto. Questo non significa che i donatori non abbiano il rimborso, noi avevamo equiparato il rimborso a quello della donazione di midollo osseo. Ora nella legge di stabilità è stato introdotto il registro, e ora proporremo le nuove linee guida nazionali, che sono quasi pronte, che risolveranno i problemi ancora aperti con le regioni. Poi bisognerà fare

campagne per la donazione degli ovociti, fare una sensibilizzazione anche per l'egg sharing”.

Toccato anche il tema della **natalità**. Nel 2050, con i tassi di natalità attuali, in Italia non nasceranno più figli. “Bisogna cominciare a centrare il problema con politiche attive - ha detto Lorenzin - questo sarà un tema dei prossimi governi, di qualunque colore. Il 18 di marzo dovremmo avere i risultati del tavolo sulla fertilità che ho istituito, da cui elaborare nuove iniziative. Accanto a questo abbiamo fatto il bonus bebè, un primo tassello, e un secondo blocco grazie al ministro Poletti, rendendo più agevole l'accesso a maternità e paternità, con tempi più elastici. Non è sufficiente, bisogna decidere dove investire, bisogna fare investimenti più forti”.

Una battuta anche sul tema dei **vaccini**. “Saremo un martello - assicura - perché se oggi alcune malattie non esistono più è grazie alle vaccinazioni di massa. E - sottolinea Lorenzin - non bisogna abbassare la guardia: laddove si torna indietro con le vaccinazioni, le patologie ricominciano a palesarsi”.

Ultimo tema prettamente sanitario toccato riguarda gli **Ospedali psichiatrici giudiziari**. Il Ministro ha assicurato che non ci sarà nessuna nuova deroga sulla chiusura fissata al 31 marzo. “Non voglio fare una terza deroga sugli Opg - ha spiegato -, ne ho parlato anche con il ministro Orlando, chi non ha rispettato i tempi si assumerà le proprie responsabilità. Si potrà arrivare anche al commissariamento, come prevede la legge”.

Il Ministro ha fatto anche un **bilancio sulle riforme del Governo Renzi**. “Il bilancio è positivo ha spiegato - abbiamo appena approvato la riforma costituzionale, e come tutti i passaggi così complessi è stato animato dalle giuste critiche. Accanto alla riforma costituzionale abbiamo visto cosa ha fatto il Jobs Act appena uscito dal Cdm, ora si sta lavorando sulla delega fiscale, abbiamo in campo riforma scuola e abbiamo la riforma della pubblica amministrazione. Io invece ho in cantiere la riforma del sistema sanitario, per cui ho immaginato un percorso a tappe, che riguarda nel complesso tutta la struttura sanitaria per raggiungere dal 2017 una concreta attuazione del patto per la Salute per avere una sostenibilità del sistema sanitario per i prossimi 10 anni”.

Per quanto riguarda le alleanze future Lorenzin ha affermato che “stiamo lavorando con una alleanza di governo solida e leale che punta a riformare il paese, quello che accadrà nel 2018 lo vedremo, noi vogliamo costruire un'area popolare in Italia che al momento non c'è”.

Ordini e incompatibilità. L'audizione di Cantone alla Camera: “Presidenti di ordini non possono essere parlamentari”. Sì da M5S. Forti dubbi da Pd, Fi e Sc

Si è svolta ieri sera davanti alle commissioni riunite Affari Costituzionali e Affari Sociali. Il presidente dell'Autorità anticorruzione ha risposto alle domande dei parlamentari su come applicare la legge Severino agli Ordini professionali con particolare riferimento all'incompatibilità tra ruolo di Presidente e membro del Parlamento.

Un Parlamento composto da rappresentanti di lobby o un Parlamento degli 'incompetenti'? E sui possibili conflitti di interesse di parlamentari che ricoprono incarichi apicali in Enti pubblici, è deputato a decidere il Parlamento stesso o l'Anac? Si è discusso di tutto questo ieri sera nel corso dell'audizione del presidente dell'Autorità anticorruzione, **Raffaele Cantone**, presso le commissioni riunite Affari Costituzionali e Affari sociali della Camera.

L'audizione, sollecitata dal M5S, si è trasformata in un acceso dibattito politico su come applicare la legge Severino agli Ordini professionali con particolare riferimento all'incompatibilità tra ruolo di Presidente e membro del Parlamento. "All'Anac è stata segnalata la possibile incompatibilità di 4 senatori che hanno cariche all'interno del Parlamento. Noi abbiamo ritenuto che in un caso vi fosse questa incompatibilità, mentre negli altri casi l'incompatibilità non c'era, perché si applica la norma transitoria che prevede che il decreto 39 non si applichi per tutti quegli uffici che siano stati assunti prima dell'entrata in vigore del decreto stesso", ha esordito Cantone.

In proposito, ha spiegato Cantone, "abbiamo affrontato il tema di come vada interpretato l'articolo 1, comma 2, lettera l) del decreto legislativo n. 39 del 2013, in ordine alla presenza di deleghe di carattere gestionale da parte dei presidenti degli Ordini. Abbiamo ritenuto, con una nuova delibera adottata stasera, che l'individuazione della funzione o meno di attività di tipo gestionale vada verificata in concreto in relazione a quelli che sono i compiti che sono svolti specificamente dai presidenti degli organi. E nel caso di specie, applicandosi con riferimento in particolare all'ordine dei farmacisti, abbiamo ritenuto che il regolamento che riguarda l'ordine dei collegi delle federazioni dei farmacisti individuasse il ruolo di presidente come idoneo a consentire che nel caso in questione ci fossero deleghe di carattere gestionale. La delibera sarà comunicata domani (ndr. oggi per chi legge) all'ordine di Bari, Barletta, Andria e Trani".

Netta la spaccatura tra diversi partiti. Oltre ai deputati del M5S che hanno sollevato anche il problema riguardante il mancato adeguamento degli Ordini alle norme sulla trasparenza, anche **Paola Binetti (Ap)**, nel suo intervento, ha sottolineato come, se non a norma di legge, "a norma di opportunità c'è moltissimo da eccepire sulla possibilità di ricoprire contemporaneamente un ruolo di presidente di un Ordine professionale e di senatore". Sì perché, come prevedibile, la discussione generale si è lentamente spostata su quei quattro casi particolari di senatori che ricoprono anche ruoli apicali negli Ordini dei medici, dei farmacisti e degli infermieri.

Di inopportunità di un doppio ruolo ha parlato anche **Gian Luigi Gigli (Pi-Cd)**, registrando l'esistenza di un conflitto di interesse che non riguarda solo l'attività legislativa, ma anche il fatto che i consigli degli Ordini siano "espressione di attività sindacale, sono eletti cioè da liste sindacalizzate che rappresentano precisi interessi anche di natura corporativa".

A difesa dei quattro senatori si è invece schierata **Anna Miotto (Pd)**, che ha respinto la tesi della presenza in Parlamento di una lobby sanitaria: "Non mi sembra di aver visto in questo anno e mezzo provvedimenti così segnati da un'influenza lobbistica in questo campo". Anche il capogruppo Pd in commissione Affari Sociali, **Donata Lenzi**, ha criticato la 'deriva' della discussione che chiamava in causa 4 senatori che,

non essendo presenti, "non hanno la possibilità di difendersi". A questo punto è stato lo stesso presidente della commissione Affari costituzionali, **Francesco Paolo Sisto** ad ammonire: "Non possiamo trasformare audizione in processo in contumacia a 4 senatori assenti".

Sisto, poi, rivolgendosi a Cantone ha esternato il suo timore di una possibile "politica dei non saperi". Un'applicazione in senso troppo restrittivo del decreto 39 del 2013, infatti, per il presidente della I commissione di Montecitorio, rischia di porre in essere il seguente paradosso: "Se i parlamentari sanno o se operano nella loro vita al di fuori del Parlamento, diventano incompatibili".

Una lettura, questa, respinta da Cantone che ha spiegato come l'incompatibilità "non ha nulla a che vedere con l'incompetenza". "Si vogliono solo evitare sovrapposizioni di funzioni e conflitti di interesse - ha dichiarato -. Qui c'è una valutazione fatta dal legislatore: chi ha incarichi di vertice all'interno di alcuni enti pubblici non deve rivestire altri incarichi".

Il presidente della commissione Affari Sociali, **Pierpaolo Vargiu**, ha invece invitato a riflettere sulla incompatibilità "formale" e "sostanziale". "L'attività lobbistica all'interno del Parlamento non è forzatamente legata a incarichi ricoperti all'interno di strutture - ha detto -. Forse il tema fondamentale è quello della trasparenza di tali attività".

Proprio sul tema della trasparenza, in precedenza sollevato anche dai deputati del M5S, Cantone ha spiegato: "Ci sono Ordini che ad oggi non si sono ancora adeguati alle norme sulla trasparenza. Non abbiamo inviato controlli perché, a fronte di alcuni problemi oggettivi che riguardano soprattutto gli Ordini più piccoli, non siamo ancora riusciti a dare indicazioni su come tutti gli Ordini possano adeguarsi a queste norme. Speriamo nel giro di pochissimo tempo di riuscire a fare delle linee guida su questo e su come far funzionare i meccanismi sanzionatori".

Quanto poi al tema fondamentale di chi sia deputato a decidere sulla effettività incompatibilità dei parlamentari che ricoprono anche altri incarichi in Enti pubblici, il presidente dell'Anac è stato molto chiaro: "Chi decide è il Parlamento. L'Anac si occupa della vigilanza sugli Enti pubblici, e quindi solo dei ruoli che si ricoprono in quegli Enti. In caso di conflitto, se il Parlamento dovesse ritenere che non ci sia incompatibilità su un problema invece riconosciuto come tale dall'Anac, a quel punto è evidente che prevarrebbe la valutazione del Parlamento, questo è fuori discussione". Quanto alla natura dell'attività gestionale da dover verificare, il presidente dell'Anac ha precisato che "il potere di emanare una circolare, di assumere personale e di partecipare a processi eventualmente con capacità di transazioni non possono definirsi poteri di mera funzione di indirizzo".

Cantone ha inoltre chiarito come la questione della incompatibilità non si possa applicare ai consiglieri degli ordini, ma solo gli organi di vertice degli enti pubblici a causa di "una carenza della norma". Norma che viene a più riprese definita dal presidente Anac come "mal scritta" e sulla quale "da tempo chiediamo una sua revisione e il Dl Madia potrebbe essere un'occasione per farlo".

Infine, rispondendo ad una domanda del presidente Sisto, il presidente dell'Anac ha confermato che una possibile modifica dello statuto degli Enti pubblici possa

"consentire di aggirare il meccanismo di incompatibilità".

Il sale: nemico o alleato della salute? Scienziati divisi

A distanza di pochi giorni, due articoli pubblicati su prestigiose riviste internazionali giungono a conclusioni opposte sugli effetti del sale sulla salute. Secondo la review pubblicata su JACC l'eccesso di sale è un vero e proprio flagello, a prescindere che aumenti o no la pressione. Ma un lavoro tedesco pubblicato su Cell Metabolism, lo propone addirittura come strategia vincente contro le infezioni

All'indomani del servizio della rivista *Time* dello scorso 2 marzo, dedicato al sale come potente alleato della salute nella lotta contro i batteri, arriva invece da [JACC](#) (*Journal of the American College of Cardiology*), la rivista dei cardiologi americani, una vera e propria doccia fredda. Una revisione degli articoli pubblicati in letteratura porta infatti gli autori di questo lavoro a concludere che il sale fa male, sempre. A prescindere dal fatto che faccia o meno aumentare la pressione arteriosa.

“Le risposte della pressione arteriosa alle variazioni del sodio nella dieta – spiega uno degli autori dello studio, **William Farquhar** del *Department of Kinesiology and Applied Physiology*, Università del Delaware - mostrano un'ampia variabilità di risposte e questo ha portato al concetto di ipertensione ‘sensibile al sale’. In realtà non esistono linee guida standardizzate che consentano di classificare gli individui come affetti da ipertensione ‘sale-sensibile’.

Questa ‘classificazione’ scaturisce dunque solo dall'osservazione che nei periodi di dieta ad elevato contenuto di sodio, la pressione arteriosa in una determinata persona tende ad aumentare, per poi ridursi eliminando l'eccesso di sale dalla dieta. I soggetti che non mostrano alterazioni pressorie al variare del contenuto di sale nella dieta, vengono al contrario considerate ‘sale-resistenti’.”

Ma anche queste persone, apparentemente protette dagli effetti negativi del sale, hanno poco di che stare allegre, secondo gli autori dello studio pubblicato su JACC. Anche senza lasciare segni visibili, come quelli sulla pressione, il sale infatti esercita una serie di potenziali effetti negativi sulle arterie, compreso quello di alterare la normale funzionalità dell'endotelio, il ‘rivestimento’ interno dei vasi. Questo a sua volta provoca a cascata una serie di ricadute sulla adesione piastrinica, sulla coagulazione e sulle funzioni immunitarie. Un eccesso di sodio infine può portare anche ad un ‘irrigidimento’ della parete dei vasi. Ma non è tutto.

“Una dieta ad elevato contenuto di sodio – spiega un altro autore dello studio, **David Edwards** dell'Università del Delaware – può provocare anche un'ipertrofia del ventricolo sinistro e, man mano che la parete di questa camera cardiaca si ispessisce, il ventricolo diventa meno compliant, cioè si riempie con maggior difficoltà e poi fa fatica a pompare il sangue verso l'aorta”.

E le malefatte del sale non si limitano all'apparato cardiovascolare. Una serie di studi hanno dimostrato ad esempio che un eccesso di sale provoca un deterioramento della funzionalità renale, mentre a livello del sistema nervoso simpatico attiva la cosiddetta risposta ‘fuggi-o-combatti’.

“Consumare cronicamente una dieta ricca di sale – spiega **Farquhar** – provoca una

specie di ‘sensibilizzazione’ dei neuroni simpatici nel cervello, fatto questo che causa una risposta eccessiva ad una serie di stimoli, compresa la contrazione dei muscoli scheletrici. In questo modo, anche in presenza di una pressione arteriosa non elevata, l’iperattivazione simpatica cronica comporta dei danni a livello degli organi bersaglio”.

Non è facile naturalmente provare in maniera scientifica che riducendo il sale nella dieta, si riesca ad invertire questi fenomeni e limitare i danni. Finora tuttavia sono stati condotti una serie di studi che confermano la plausibilità biologica dell’associazione tra eccesso di sale e aumento della pressione arteriosa ed eventi cardiovascolari. E per questo l’*American Heart Association* raccomanda di consumare meno di 1,5 milligrammi di sodio al giorno.

Cosa fare dunque per limitare i danni e ridurre il contenuto di sale nella dieta di tutti i giorni? “Bisognerebbe cominciare – affermano gli autori della *review* – col non mettere a tavola la saliera. Ma naturalmente non basta, visto che circa il 70 per cento del sale che ingeriamo con la dieta viene dal consumo di cibi processati, compresi alcuni ‘insospettabili’, quali pane e cereali. Grande attenzione deve fare chi mangia spesso al ristorante dove è noto che si fa un abbondante uso di sale, certamente maggiore che nella cucina casalinga. Altro consiglio è dunque quello di cercare di consumare cibi preparati in casa, insaporendoli magari con spezie ed erbe al posto del sale, e di limitare al massimo le uscite al ristorante.

Riuscire a sradicare l’abitudine del mangiare ‘saporito’ non è certo realizzabile da un giorno all’altro e perché abbia un impatto a livello di popolazione generale, è necessario e auspicabile uno sforzo condiviso e una sinergia tra società scientifiche, industria alimentare, ristoratori, politici ed educatori.

■ [Il sale, un potente anti-batterico?](#)

In Italia si consuma ancora troppo sale. Nuovi accordi per ridurlo anche in alimenti diversi dal pane

L’Oms raccomanda un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 g al giorno. Ma a 3 anni di distanza dagli Accordi tra il Ministero della salute e le Associazioni dei panificatori, il consumo giornaliero è risultato essere ancora quasi il doppio rispetto alla quantità consigliata (negli uomini da 10.8g a 9.5g, nelle donne da 8.4g a 7.4g). Se ne è parlato oggi al Ministero della Salute.

Presentati oggi presso il Ministero della Salute i risultati di due progetti promossi dal Centro per il Controllo delle Malattie, finalizzati a determinare, nella popolazione adulta, nei bambini e nei soggetti ipertesi, i livelli urinari di sodio e potassio, quali indicatori del consumo di sale e di frutta e verdura, nonché l’efficacia di un programma strutturato di comunità per favorire comportamenti salutari, in particolare per la riduzione del consumo di sale.

E’ ampiamente dimostrato, infatti, che il consumo eccessivo di sale nella alimentazione è responsabile dello sviluppo di malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, osteoporosi, malattie renali. I risultati di diversi studi epidemiologici,

osservazionali e di trial clinici, hanno evidenziato la relazione causale e hanno portato l'Organizzazione Mondiale della Sanità a raccomandare il consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 g al giorno.

La riduzione del sale nell'alimentazione è una priorità dell'OMS e dell'Unione Europea, nell'ambito delle strategie di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, nonché uno degli obiettivi perseguiti dal Ministero della Salute con il programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", ribadito nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

Grazie al primo progetto CCM un campione nazionale rappresentativo della popolazione adulta, composto da 1782 uomini e 1730 donne di età 35-79, è stato arruolato nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/health examination survey. Dalla determinazione di sodio e potassio nelle urine delle 24 ore è emerso negli uomini un consumo di 10.8g di sale e nelle donne un consumo di 8.4g. Sono stati, inoltre, esaminati 766 ragazzi e 658 ragazze di età compresa fra 8 e 11 anni; anche in questo campione i valori medi di consumo sono risultati al di sopra delle raccomandazioni dell'OMS (7.4g nei ragazzi, 6.7g nelle ragazze).

Dalle analisi condotte su un campione di soggetti ipertesi, infine, è emerso che, anche in questa popolazione a rischio, oltre il 90% degli uomini e l'80% delle donne consuma più di 5 g al giorno di sale.

Per quanto riguarda il potassio, nel campione di popolazione generale adulta l'apporto alimentare medio è risultato pari a 2.5 g/die negli uomini e a 2.2 g/die nelle donne, nettamente inferiore ai livelli di assunzione raccomandati ($\geq 3,9$ g), indice di un insufficiente consumo di frutta, verdura e legumi, alimenti fra tutti più ricchi in potassio.

Con il secondo progetto CCM "Meno sale più salute", a tre anni di distanza dagli Accordi tra il Ministero della salute e le Associazioni dei panificatori per la riduzione del sale nel pane in attuazione di "Guadagnare salute", è stato esaminato un altro campione rappresentativo di popolazione adulta, composto da 663 uomini e 729 donne. Complessivamente è stata registrata una riduzione del 12% del consumo di sale nella alimentazione (negli uomini da 10.8g a 9.5g, nelle donne da 8.4g a 7.4g). L'introito di sale resta comunque quasi il doppio di quello raccomandato dall'OMS.

"Meno sale più salute", inoltre, ha realizzato in un'area della Campania un programma di intervento di comunità finalizzato alla riduzione del consumo di sale nella popolazione e ne ha dimostrato la fattibilità e la possibilità di essere replicato su tutta l'Italia.

Nel corso del Convegno sono state presentate le iniziative condotte a livello nazionale e regionale per il conseguimento dell'obiettivo. Dopo la stipula nel 2009 dei primi Protocolli d'intesa tra il Ministero della salute e le Associazioni dei Panificatori Artigianali ed Industriali (Federazione Italiana Panificatori, Assipan-Confcommercio, Assopanificatori-Fiesca-Confesercenti e Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari-AIIPA) volti a ridurre il contenuto di sale nel pane, sono stati compiuti ulteriori passi in avanti, sia per favorire l'adesione sul territorio dei panificatori artigianali, con il supporto delle Regioni, sia attraverso la firma di nuovi accordi con l'industria alimentare (Associazione Produttori Pane

Confezionato–APPC, Associazione Produttori Pasta Fresca-APPF, AIIPA Settore surgelati) per la riduzione del sale anche in altri prodotti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, approvato il 13 novembre 2014 con Intesa Stato-Regioni, inoltre, prevede tra gli obiettivi finalizzati a ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili anche la riduzione del consumo eccessivo di sale.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Agenas al setaccio della Corte dei conti: bene i bilanci, ridurre i residui passivi

L'esercizio 2013 di Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) si chiude con un avanzo finanziario di competenza pari a 9,005 milioni e un rilevante incremento di € 3,383 milioni (+60%) rispetto al 2012. A rendere possibile questo risultato, secondo l'analisi della Corte dei Conti che ha passato al setaccio i bilanci dell'Agenzia, è la crescita delle entrate complessive (+23%) rispetto alle spese (+13%). Nell'ultimo bilancio, infatti, spiccano le entrate relative all'attività di gestione del Sistema nazionale di educazione continua in medicina (Ecm) arrivate a 15,589 milioni di euro rispetto ai 15,044 milioni del 2012, nonché i maggiori trasferimenti correnti da parte dello Stato, passati da 7,592 milioni a 11,167 milioni (+47%). Si è notevolmente incrementata, inoltre, sia la partecipazione degli enti e privati al cofinanziamento dei progetti di ricerca finalizzata e dei programmi speciali nazionali ed europei (da € 188 mila a € 615 mila) sia gli introiti da parte delle regioni per accordi di collaborazione (+30%), pari ad € 638 mila (€ 491 mila nel 2012), mentre risulta leggermente diminuito l'apporto delle altre entrate (-4%).

Anche nell'esercizio in esame, tuttavia, secondo la Corte dei conti, si conferma la necessità – compatibilmente con la pratica attuazione dei programmi di ricerca la cui approvazione spesso supera i limiti temporali legati alla predisposizione del bilancio di previsione - che l'Agenzia «continui ad adottare tutte le iniziative idonee a ridurre la consistenza dei residui passivi».

I compensi per il personale In relazione alla dinamica retributiva dei compensi corrisposti al personale in servizio nel 2013, la Corte segnala la necessità di continuare l'azione di contenimento di tali oneri in linea con l'orientamento generale invalso nei confronti delle pubbliche amministrazioni.

Per le collaborazioni concernenti l'attività di Ecm l'Agenzia ha impegnato € 1,604 milioni (a fronte di € 1,014 milioni nel 2012), con netto incremento determinato dall'avvenuto definitivo passaggio dell'intero sistema dal ministero della salute all'Agenzia.

Gli incarichi temporanei di collaborazione finalizzati all'attuazione di ricerche, sperimentazioni o per altri programmi speciali hanno comportato una spesa di € 4,777 milioni (€ 3,700 milioni nel 2012), mentre per incarichi di collaborazione finanziati con entrate proprie l'Agenzia ha impegnato € 3,268 milioni (€ 2,241 milioni nel 2012).

La crescita del patrimonio netto In considerazione della più evidente crescita delle

entrate complessive (+23%) rispetto alle corrispondenti spese (+13%), l'esercizio in esame si chiude con un avanzo finanziario di competenza pari a € 9,005 milioni ed un netto incremento di € 3,383 milioni (+60%) rispetto al 2012.

In particolare si registra un maggior (+16%) saldo positivo della gestione caratteristica dovuto alla più consistente crescita, in valore assoluto, dei ricavi rispetto ai costi; a fine 2013, l'utile d'esercizio raggiunge l'importo di € 7,599 milioni con un decremento del 25 per cento, conseguenza del venir meno dei proventi straordinari del 2012; il patrimonio netto, per effetto del positivo risultato economico e della stabilità del fondo di dotazione, si attesta ad euro € 78,487 milioni, superiore dell'11 per cento rispetto al 2012; discreta è la crescita (+11%) del fondo di cassa che, al termine del 2013, presenta la consistenza di € 74,343 milioni, mentre la gestione dei residui continua a presentare marcata preminenza dei passivi rispetto agli attivi, in ragione anche della durata pluriennale di taluni programmi di attività; l'avanzo di amministrazione, infine, riporta nel 2013 (€ 66,591 milioni), un incremento del 19 per cento.

Serve un'attenta previsione di spesa Secondo la Corte, infine, gli accertamenti e gli impegni continuano ad evidenziare notevoli scostamenti, sebbene inferiori rispetto all'esercizio precedente, sulle previsioni di bilancio (rispettivamente pari al 26% e al 50%) «e inducono a ribadire la necessità di una più attenta ponderazione delle esigenze dell'Ente in occasione della stesura del documento previsionale, specie in materia di spese, al fine di assicurarne la reale pianificazione e l'attendibilità, nonché lo svolgimento delle attività assegnate all'Agenzia e, in particolare, di quelle connesse alla ricerca e alla sperimentazione».

Inquinamento indoor. Studio Ue: nelle Rsa qualità dell'aria e salute respiratoria scarse

Nelle Rsa tira una brutta aria e gli ospiti più anziani ne pagano le conseguenze in termini di problemi respiratori. Tra gli imputati principali dell'inquinamento indoor: impianti di riscaldamento e condizionamento, materiali edili, arredi, disinfettanti e prodotti per la pulizia. Le soluzioni per una corretta prevenzione: limitare le fonti d'inquinamento, migliorare la ventilazione e monitorare la salute respiratoria degli ospiti. E' quanto risulta dal primo studio europeo che analizza i disturbi respiratori degli ospiti più anziani e conferma la relazione tra l'esposizione degli alti livelli di PM 10 e NO2 con respiro affannoso e tosse, di PM 0.1 e sibili, di formaldeide e Bpco. Hanno partecipato allo studio tra gli altri gli Istituti Cnr di fisiologia clinica di Pisa e di biomedicina e immunologia molecolare di Palermo. La ricerca è stata pubblicata oggi online sullo European Respiratory Journal.

I ricercatori del progetto «Gerie» finanziato dall'Ue, tra cui Giovanni Viegi, direttore dell'Istituto di biomedicina e immunologia molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibim-Cnr) di Palermo, hanno raccolto dati relativi a cinque agenti inquinanti indoor provenienti da fonti quali impianti di riscaldamento e condizionamento, materiali edili, arredi, disinfettanti e prodotti per la pulizia - PM10, PM0.1, formaldeide, NO2 e O3 - in 50 residenze di sette Paesi (Belgio, Danimarca, Francia, Grecia, Italia, Polonia e Svezia), coinvolgendo 600 ospiti di età superiore ai 65 anni e

media di 82 anni, di cui il 74% donne.

«Sul totale europeo, e considerando che il 40% del campione è composto da fumatori e che il 19% subisce fumo passivo, abbiamo rilevato le seguenti prevalenze: 7% asma, 29% tosse, 24% espettorato, 14% respiro sibilante, 46% respiro affannoso», spiega Viegi.

In Italia il 9% degli ospiti monitorati presenta asma, il 30% tosse, quasi il 40% espettorato, il 22% respiro sibilante. «Sul totale europeo - continua Viegi - le associazioni risultano maggiori nell'81% di ambienti dichiarati dagli stessi responsabili come poco ventilati e per gli ospiti di età superiore agli 80 anni ma, è importante evidenziare, anche con concentrazioni di inquinanti entro i limiti delle linee guida internazionali. Il rischio aumentato negli ospizi europei è del 73% di contrarre tosse a causa di polveri inalabili, del 53% di tosse per ossido di azoto, del 249% di broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) a causa di formaldeide e del 182% di respiro sibilante a causa delle polveri ultrafini. In caso di elevato livello di CO₂, la concentrazione media è di 572 parti per milione, il maggior rischio di contrarre la Bpco è del 194%, respiro affannoso del 68%, respiro sibilante del 93%, tosse del 101%».

Con l'innalzamento dell'aspettativa di vita, un numero sempre maggiore di persone vive in residenze sanitarie assistenziali quando, con l'invecchiamento e la ridotta mobilità, il corpo diventa più suscettibile ai danni causati dall'inquinamento atmosferico indoor. «I nostri risultati hanno indicato un effetto indipendente di diversi agenti inquinanti sulla salute respiratoria degli anziani», prosegue Viegi, past president della European Respiratory Society (Ers). «Si tratta di un problema preoccupante, le residenze dovrebbero impegnarsi di più per limitare le fonti d'inquinamento, migliorare la ventilazione e monitorare la salute respiratoria degli ospiti».

DOCTOR 33. IT

DIRITTO SANITARIO Mmg e libertà prescrittiva: i tetti di spesa su farmaci costosi non la compromettono

Finché la Regione non sanziona il medico i tetti ai farmaci costosi sono saggi e non compromettono la libertà prescrittiva. Così il Consiglio di Stato (sentenza 687 dell'11 febbraio, III sezione, sul sito Legal Corner) boccia il ricorso di Merck Serono contro l'atto di orientamento della Regione Toscana del 2013 che mira a limitare le ricette di farmaci biotech. Pietra dello scandalo la delibera che, fatte cento le prescrizioni di farmaci a base di ormone della crescita, chiede che almeno metà siano relative a farmaci biosimilari e non a specialità di marca.

Per i giudici amministrativi d'appello il provvedimento fissa un obiettivo quantitativo generale e rimette al medico la possibilità di prescrivere un diverso farmaco. Inoltre, pur "finalizzato a realizzare l'uso più appropriato delle risorse a parità di risultato terapeutico in conformità alla normativa statale e regionale" (cioè ai criteri dettati

dall'Agenzia Farmaco e dallo specifico Position paper del 2013), "non stabilisce criteri di equivalenza terapeutica, rimettendosi quindi alle fonti abilitate e alla valutazione finale del medico con riferimento agli specifici casi". «E' corretto che una Regione vincoli i medici all'appropriatezza prescrittiva e noi medici di famiglia ne sappiamo qualcosa», commenta il toscano **Saffi Giustini** responsabile Area farmaco della Società di Medicina Generale Simg. «In tema di biosimilari va però anche detto che il discrimine tra uso di nuove molecole e di "repliche biologiche" è legato solo alla prescrizione specialistica. Gli specialisti sono chiamati ora a rispettare vincoli che i Mmg già conoscono. Questo ha conseguenze positive e negative; di fatto noi Mmg per le cronicità sul territorio -ipertensione, diabete - usiamo ormai quasi solo farmaci non di marca e tutta l'appropriatezza che in passato ci fu richiesta è un po' "fuori moda". Ora duemila colleghi saranno cooptati nella scrittura dei piani terapeutici al pari degli specialisti, grazie all'Agenzia del Farmaco, ma si tratta di un medico di famiglia ogni venti, troppo pochi. In realtà l'impatto dei nuovi farmaci ha bisogno di platee più ampie, e il medico di famiglia dovrebbe riacquistare voce in capitolo nella sperimentazione e prescrizione di nuove molecole».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584