

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 14 GENNAIO 2015

COMUNICATO STAMPA ASL 1 SASSARI

Il commissario della ASL di Sassari Agostino Sussarellu ieri mattina ha incontrato il sindaco di Alghero Mario Bruno. Per il neo commissario si è trattato della prima visita istituzionale.

Nel corso della riunione, che si è svolta ad Alghero presso la sede comunale di Sant'Anna, si è fatto il punto sulla situazione della sanità algherese. Erano presenti anche l'assessore comunale alla sanità Nina Ansini e i consiglieri comunali Monica Pulina e Alessandro Nasone. "La riforma sanitaria regionale disegnerà una nuova Azienda Sanitaria Locale, con un diverso assetto organizzativo ma anche una nuova mission" ha spiegato Sussarellu. "In questo nuovo quadro, che per la ASL di Sassari prevede l'accorpamento dell'Ospedale Santissima Annunziata all'Azienda Ospedaliero Universitaria, certamente Alghero si candida a diventare uno dei punti più qualificati dell'assistenza sanitaria territoriale" ha detto il commissario.

"Si dovranno potenziare reparti strategici quali l'Urologia, la Cardiologia e la Riabilitazione. Rilanciare l'Ostetricia e il Punto Nascita attraverso il progetto del parto analgesico" ha aggiunto Sussarellu. Ospedale ma anche territorio tra i temi oggetto dell'incontro istituzionale con il sindaco di Alghero. "Con la nuova rete ospedaliera anche l'assistenza domiciliare subirà notevoli cambiamenti positivi" ha sottolineato il Commissario Sussarellu il quale non ha nascosto il suo grande sogno, da medico in primis, volto al potenziamento delle cure palliative e della Terapia del dolore che permette al paziente di trascorrere in serenità gli ultimi attimi di vita nella propria casa e circondato dai suoi affetti. Un cambiamento culturale, ma anche un salto di qualità nelle cure domiciliari, sul quale il nuovo commissario punta anche per il Distretto di Alghero.

Per quanto riguarda l'ipotesi di un nuovo ospedale Sussarellu è stato chiaro: "Attualmente non ci sono le risorse". Il Commissario ha comunque rassicurato il sindaco di Alghero Mario Bruno: "Anche per la ASL l'accorpamento di alcuni servizi in un'unica struttura è davvero auspicabile".

"La Regione sta cercando di reperire dei fondi per l'edilizia sanitaria" ha rivelato Sussarellu che ha chiesto all'Assessore Regionale di prendere in considerazione, se la costruzione di un nuovo ospedale non dovesse essere supportata, l'ipotesi della realizzazione di una nuova Ala.

“L’ampliamento dell’Ospedale civile di via Don Minzoni potrà garantire l’accorpamento dell’Area chirurgica, la Radiologia e l’Anestesia con gli altri reparti per acuti”.

Il sindaco di Alghero ha ringraziato il commissario della ASL di Sassari per la visita. Mario Bruno e Agostino Sussarellu si rivedranno per un secondo incontro fra un circa un mese.

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Asl, i commissari dovranno ridurre la spesa **La giunta ha approvato le direttive generali e previsto** **quali saranno gli obiettivi per ciascuna azienda**

Gli undici commissari straordinari delle Asl (dieci in carica, più uno al Brotzu ancora da nominare) sanno ora cosa dovranno fare negli otto mesi di mandato. Su proposta dell’assessore alla Salute, Luigi Arru, la Giunta ha approvato «gli obiettivi di mandato» per i traghettatori del sistema sanitario regionale verso la grande riforma annunciata in primavera. La sintesi dell’incarico è questa: l’insieme della spesa sanitaria dovrà scendere da 3,2 miliardi a non più di 2,9 e per riuscirci dovrà esserci una riduzione drastica e immediata degli sprechi, con anche l’avvio dell’Agenzia regionale per le emergenze-urgenze, un’ottimizzazione della spesa, una profonda riorganizzazione del personale, per «raggiungere uno standard elevato nei servizi ospedalieri e territoriali». Entro sessanta giorni i commissari dovranno ora presentare i loro piani aziendali e ciascun dovrà tener conto anche di alcuni «mandati particolari». L’Asl 1 e l’Azienda mista di Sassari dovranno mettersi d’accordo in tempi brevi sul passaggio dell’ospedale Santissima Annunziata sotto il controllo dell’Università. Ancora l’Asl 1 dovrà ridurre la spesa (finora fuori controllo) per l’acquisto di materiali e protesi: dovrà affidarsi alla Centrale unica regionale che regolerà gli appalti. Mentre l’Azienda mista dovrà accelerare la realizzazione del nuovo blocco ospedaliero. Il commissario dell’Asl di Olbia avrà come compito anche quello di «predisporre gli atti preliminari destinati all’inserimento dell’ospedale privato e del centro di ricerca Mater Olbia nel sistema sanitario». L’Asl di Nuoro «valutare con attenzione i costi per il completamento dell’ospedale San Francesco». A Lanusei è stato dato anche l’incarico di «stipulare e gestire la prossima convenzione con la direzione dei vigili del fuoco per l’avvio del servizio di elisoccorso regionale». L’Azienda sanitaria di Oristano dovrà occuparsi anche del rilancio, con un’attenta valutazione dei costi, dell’istituto di riabilitazione Santa Maria Bambina. Per il Medio Campidano, al primo punto della lista delle cose da fare c’è la costruzione (già finanziata) dell’ospedale di San Gavino. L’Asl di Carbonia dovrà «razionalizzare e riqualificare l’intera rete ospedaliera del Sulcis per evitare sovrapposizione nei reparti materno-infantile e chirurgia con la struttura presente a

Iglesias». Al'Asl 8 di Cagliari spetterà anche il compito di migliorare la rete dei laboratori e impostare il lavoro per ridurre l'eccessiva spesa farmaceutica ospedaliera. L'Azienda Brotzu quando avrà il commissario (Graziella Pintus o Giovanni Maria Soro?) gestire al meglio l'accorpamento col Microcitemico e l'Oncologico che non saranno più amministrati dall'Asl 8, per «puntare alla realizzazione del polo ospedaliero-universitario di eccellenza». Infine, l'Azienda mista di Cagliari dovrà costruire e il nuovo blocco ospedaliero già finanziato.

SASSARI Marta, la vita in una briciola di pane **Una ventenne e la sua famiglia raccontano il difficile e straziante percorso esistenziale attraverso anoressia e bulimia**

Arrivare a mangiare un foglia di lattuga e una mela al giorno, sentirsi in colpa per aver ingerito un grammo di pane in più, oppure riempirsi la pancia fino a scoppiare *con il cibo ancora ricoperto dal ghiaccio del freezer e poi correre a vomitare. È una feroce altalena esistenziale* quella attraversata dalle persone affette da anoressia e bulimia, schiave di se stesse e di un pensiero unico: il calcolo delle calorie. Sono di solito adolescenti tra i 15 e i 20 anni ma, dicono gli esperti, la fascia d'età si sta sempre più allargando verso il basso e verso l'alto, ancora la maggioranza sono femmine tuttavia, anche in questo caso, cominciano ad ammalarsi i primi maschi. È un fenomeno in crescita, legato a fenomeni sociologici oltre a quelli biologici. Per le famiglie un vero e proprio terremoto dal quale si esce con le ossa rotte attraverso un doloroso percorso da compiere tutti insieme. Una di queste famiglie ha accettato di raccontare la propria storia a pochi giorni da un convegno in programma nell'aula magna dell'università di Sassari nel quale si parlerà di una patologia per molti versi sconosciuta. L'intento è quello di essere utili a chi si dovesse trovare intrappolato nella morsa della malattia. Marta, così chiameremo la ventenne protagonista del calvario dell'anoressia, oggi è una bellissima ragazza dai grandi occhi scuri, molto alta, longilinea ma non scheletrica. A 17 anni è arrivata a pesare 38 chili però, davvero troppo poco per una persona alta più di un metro e 70. «La prima volta che ho cominciato a pensare che qualcosa non andava è stato durante un soggiorno di studio di cinque settimane in Francia - racconta -. Volevo dimagrire a tutti i costi, mi sentivo grassa, non mi piacevo così mi sono ritrovata a pensare soltanto a togliere cibo. Tutti i giorni toglievo, toglievo. E contavo... le calorie ovviamente. Dovevano essere sempre di meno. Il cibo sul piatto contemporaneamente iniziava a farmi orrore. Non riuscivo a mandare giù niente. Allo stesso tempo ero soddisfatta perché mi rendevo conto che stavo avvicinandomi al risultato di essere la più magra in assoluto, oltre che la più brava a scuola, la più brava a danza. Insomma, perfetta». Marta è tornata dalla Francia che pesava sette chili di meno e i genitori hanno cominciato a realizzare che c'era un problema. «Dopo aver chiesto inizialmente aiuto a mio padre e mia madre, visto che comunque avevo ottenuto un primo risultato ho deciso di continuare questo tipo di alimentazione anche contro il loro volere. Il comportamento

sbagliato è sfociato presto in atteggiamenti compulsivi-ossessivi rispetto al cibo. Per l'intera famiglia il momento del pranzo è così diventato un vero incubo con Marta che aspettava che tutti avessero mangiato, che si chiudeva in cucina, appoggiava una bilancia accanto al piatto e cominciava a pesare il nulla. Fino a che, il giorno del suo compleanno, ha pensato che poteva fare un'eccezione e mangiare ciò che voleva: «Mi sono riempita fino a scoppiare e da quel momento si è innescata la bulimia. A casa dovevano chiudere con il lucchetto i pensili della cucina. Il frigo era sempre vuoto e allora prendevo il pane ancora ghiacciato dal freezer e lo divoravo di nascosto». La bulimia, da come la descrive Marta, è peggio dell'anoressia perché almeno con quest'ultima si raggiungono i risultati sperati, ovviamente dettati da una psiche deformata, mentre con la bulimia ci si sente sempre falliti. Dopo un periodo di psicoterapia a Sassari tra alti e bassi e con la sensazione che Marta fosse sempre più isolata dal mondo i genitori hanno deciso che non si poteva andare avanti così: hanno avuto paura che la loro figlia maggiore potesse morire. «È difficile orientarsi quando ti succede una cosa del genere - dice la mamma - non esistono centri specializzati a cui rivolgersi. Alla fine, attraverso amici abbiamo saputo che c'era un centro a Todi dove venivano prese in carico le ragazze che avevano questo problema. È cominciata così l'avventura in Umbria dove Marta è rimasta per otto mesi. «Il percorso è stato difficile, a volte scoraggiante - dice la giovane - però lì ho iniziato a prendere coscienza di alcune cose importanti. Ad esempio che quello del cibo era soltanto un sintomo. Dietro c'era dell'altro che mi obbligava ad avere sempre il controllo del mio corpo con l'illusione di controllare ciò che non si può controllare, cioè un'emotività eccessiva o il rapporto con la famiglia e con gli amici». Da lì il trasferimento in un altro centro della Valle d'Aosta dove in sei mesi Marta ha finalmente cominciato a uscire dal tunnel. Oggi è tornata a Sassari e sta coltivando il sogno di diventare attrice di teatro, ha ritrovato gli amici di sempre e qualcuno nuovo, sta continuando le terapie psicologiche e si sente più forte. Certo quando è di malumore e si sente più fragile ha paura di ricadere nell'ossessione del cibo, ma ha capito che scavando dentro se stessi e con l'amore delle persone che stanno intorno ci si può salvare.

SASSARI Disturbi del comportamento alimentare: gli esperti si confronteranno all'università

Il convegno intitolato: "I disturbi del comportamento alimentare... ciò che non si conosce" avrà luogo venerdì dalle 9 alle 13 e proseguirà nel pomeriggio dalle 15 alle 18,30 nell'aula magna dell'università. L'associazione Canne al Vento nasce nell'ottobre del 2013 dall'esperienza personale di uno dei soci dalla presa di coscienza dell'insufficiente presenza in Sardegna di strutture e centri medici per la cura dei disturbi del comportamento alimentare. I disturbi del comportamento alimentare costituiscono un problema sociosanitario impellente che sta registrando nella popolazione giovanissima e adolescenziale, soprattutto femminile, un progressivo incremento con numeri tali da rappresentare un fenomeno di grande allarme sociale. Il convegno, moderato dalla professoressa Maria Antonietta Fodda e

introdotto dal sindaco di Sassari Nicola Sanna e dal rettore Massimo Carpinelli, vede la partecipazione di nomi illustri del panorama italiano, quali Laura Dalla Ragione, responsabile del centro Dca Residenza Palazzo Francisci di Todi e Gustavo Pietropolli Charmet, psichiatra psicoterapeuta, docente di psicologia dinamica all'Università Milano Bicocca. È prevista inoltre la partecipazione di Liliana Loretto, docente dell'università di Sassari che presenterà il Servizio Multidisciplinare della Aou di Sassari e dell'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru. Il progetto è stato interamente finanziato dalla Fondazione Banco di Sardegna. Sabato dalle 9 alle 12 lo staff del Centro di Todi sarà a disposizione nella sede dell'associazione in via Manno 22. Informazioni al numero 3899921660.

SASSARI Cinquanta ragazze sono in cura in clinica Ma in Sardegna non esistono centri specializzati e i pazienti spesso sono costretti a “emigrare”

Ha appena compiuto un anno il Servizio multidisciplinare della clinica di Neurospichiatria Infantile dell'azienda ospedaliero universitaria. In questo periodo sono stati presi in carico cinquanta pazienti. Il campione è interamente femminile e il percorso terapeutico è ancora in corso per tutte le pazienti. Per quanto riguarda l'età si osserva un picco tra i 15 e i 30 anni: i giovani pazienti presentano soprattutto forme di anoressia e di bulimia, mentre il disturbo dell'alimentazione incontrollata ha una distribuzione per età più uniforme. Come suggerito anche dalle recenti linee guida internazionali è fondamentale che i livelli di cura garantiscano un approccio multidimensionale e multiprofessionale e consentano una continuità delle cure nel passaggio da un livello assistenziale ad un altro per quella fascia di età (16-18 anni) ad alta incidenza per i disturbi del comportamento alimentare, che, trovandosi al confine tra la psichiatria infantile e degli adulti corre il rischio di essere trascurata da entrambi. L'intervento ambulatoriale costituisce l'approccio principale del percorso terapeutico e solo in casi di particolare gravità si rende necessario un ricovero in day hospital, ordinario o residenziale. Ed è per questi motivi che a Sassari è nato il Servizio multidisciplinare. Non esistono invece molti dati epidemiologici per la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare nella realtà sarda. L'unico studio pubblico è lo screening condotto dall'università di Cagliari, attraverso 215 questionari raccolti negli istituti scolastici secondari di secondo grado della Provincia di Cagliari nel 2006 che indica un'incidenza di disturbi alimentari di tipo generico nel 24,6 per cento delle intervistate, di disturbi di tipo anoressico nel 15,3 per cento e di disturbi di tipo bulimico nel 20 per cento. Un aspetto molto importante nella Sardegna è che l'assistenza ai pazienti con questi disturbi è fornita da ambulatori pubblici, facenti parte delle cliniche psichiatriche, neuropsichiatriche e dei SerD ma mancano centri specialistici multi professionali e centri per il trattamento residenziale.

REGIONE «Riforma Asl con obiettivi precisi» La Giunta fissa i traguardi per ogni azienda sanitaria

Undici obiettivi per altrettanti commissari. La riforma del sistema sanitario parte da qui, dai traguardi che la delibera di Giunta, approvata ieri su proposta dell'assessore alla Sanità Luigi Arru, ha fissato a ciascun dirigente delle Asl. Quello in capo alla numero 1 di Sassari dovrà favorire lo scorporo del presidio ospedaliero Santissima Annunziata, mentre la Asl 2 di Olbia dovrà attivare l'ospedale e il polo di ricerca privato della Gallura. A Nuoro sarà prioritario valutare costi e criticità della ristrutturazione e completamento dei presidi ospedalieri di Nuoro, Sorgono, Macomer e Siniscola. «A Lanusei sarà importante rimodulare il servizio di elisoccorso - ha detto Arru - per coprire in 20 minuti tutta l'Isola».

A Oristano, il Commissario della Asl 5 dovrà valutare i costi della qualità assistenziale e le modalità organizzative per le attività di riabilitazione della struttura Santa Maria Bambina, mentre il commissario della Asl 6 di Sanluri avrà il compito di avviare la realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino. A Carbonia si dovranno riqualificare il settore materno infantile e l'area chirurgia, mentre tra gli obiettivi principali del commissario della Asl 8 di Cagliari c'è lo scorporo dei presidi ospedalieri Microcitemico e Businco. L'accorpamento dei quali sarà compito del commissario del Brotzu. Infine le Aziende ospedaliero universitarie di Cagliari e Sassari, incaricate della realizzazione dei rispettivi blocchi ospedalieri.

ALGHERO Incinta e in fila al gelo: indignazione sul web

Incinta di sette mesi costretta ad aspettare al gelo la distribuzione dei numeri per il prelievo del sangue. La lamentela di una giovane donna algherese lasciata fuori dall'ospedale Civile alle 6.15 del mattino «causa pulizie in corso», ha fatto il giro dei social network scatenando reazioni di sdegno. L'episodio risale a lunedì scorso. Stando al racconto della signora sarebbe stato un vigilantes a impedirle di varcare la soglia della sala d'attesa. L'ambulatorio, infatti, avrebbe aperto solo alle sette e fino a quell'ora tutti i pazienti, compresa lei, dovevano attendere fuori dalla porta. «È mai possibile - si è domandata la malcapitata - che non si possa risolvere la situazione con una migliore organizzazione del servizio?». Sul web una valanga di commenti. La maggior parte degli internauti ha espresso solidarietà nei confronti della donna, mentre altri hanno difeso il vigilantes che «faceva solo il suo lavoro».

Pronto Soccorso. Caos in tutta Italia. Barelle, materassi per terra, personale insufficiente e stressato. Anaao: “Dall'addio al posto fisso alla fine del posto letto fisso”

Disagi lungo tutta la penisola, con corridoi intasati e ambulanze bloccate per ore negli ospedali. Alla base il picco dell'influenza, ma anche ragioni strutturali legati alla carenza di personale e di posti letto. Il sindacato dei medici dirigenti lancia l'allarme: " Lo stato dei Pronto Soccorso è diventato l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato fino nell'attribuzione delle competenze professionali”

Ore di attesa prima di un ricovero, barelle addensate lungo i corridoi, il nervosismo che serpeggia in corsia. Sono giorni travagliati per i Pronto Soccorso italiani sovraffollati e, in molti casi, al collasso da Nord a Sud, accomunati da difficoltà analoghe che stanno persino azzerando le differenze geografiche. “Da Napoli a Genova, da Ancona a Roma – lancia l'allarme l'**Anaao Assomed** - sono sospesi i ricoveri programmati e le foto di pazienti posteggiati sul tavolo operatorio, su panche o su barelle sottratte alle ambulanze, affollano il web. Ed i ‘barellati’ perenni, le corsie strapiene, gli operatori stravolti riempiono le pagine delle cronache cittadine. E non è ancora arrivato il picco di epidemia influenzale. Per una volta la latitudine non c'entra e lo stato dei Pronto Soccorso è diventato l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato fino nell'attribuzione delle competenze professionali”.

Il processo di deospedalizzazione al centro della riorganizzazione del Ssn stenta a decollare, con le Regioni che ancora non riescono a implementare pienamente l'assistenza domiciliare e territoriale. Al Fatebenefratelli di **Milano** le foto scattate da medici e infermieri testimoniano la drammaticità del quadro, con barelle accalate in ogni angolo e pazienti costretti in condizioni precarie anche per quattro o cinque giorni. A Roma, intorno alle 14 di ieri, 42 ambulanze risultavano bloccate nei nosocomi da oltre un'ora, con picchi di addirittura nove ore al San Giovanni e al Sant'Andrea. Mancano infatti i posti letto e i portantini sono spesso costretti ad assistere i pazienti, in attesa che vengano presi in carico dal personale dell'ospedale. Anche a **Palermo** i problemi sono consistenti. “I nostri Pronto Soccorso sono inadeguati – denuncia Luigi Galvano, segretario regionale della Fimmg – Sono angusti e i pazienti sono costretti ad attendere ore e ore prima di essere visitati”. E, la scorsa settimana, il consigliere regionale di Forza Italia, Luigi Mazzei, ha presentato un'interrogazione dopo che dodici ambulanze “sono rimaste in coda un'ora e mezza – ha ricordato – al Vito Fazzi di **Lecce** senza poter scaricare i malati perché mancavano le barelle”. L'impatto mediatico più dirompente spetta però a quanto accaduto al Martini di **Torino**, dove il 9 gennaio un caposala di 43 anni è stato colto da emorragia cerebrale dopo un turno di dodici ore nel Pronto Soccorso intasato sin dalle prime ore

del mattino. Per lui gli sforzi profusi si sono tradotti in un ricovero in neurologia con diagnosi di aneurisma.

A incidere pesantemente è ovviamente anche l'impennata dei casi legati all'influenza. Il virus di stagione rischia però di attecchire in maniera più massiccia rispetto agli scorsi anni in seguito alla vicenda del Fluad, terminata con 'l'assoluzione' dei lotti incriminati, ma comunque in grado di innescare un panico collettivo che ha indotto alcune fasce della popolazione a rinunciare al vaccino. "Alcune segnalazioni evidenziano che dopo metà novembre le vaccinazioni si sono arrestate – ha spiegato **Carlo Signorelli**, presidente della Società italiana di igiene e medicina preventiva (Siti) – L'effetto Fluad c'è stato certamente e da un 50-55% di vaccinati si è arrivati a 40".

Il sovraffollamento che sta attanagliando gli ospedali del Paese è però, ragiona **Sandro Petrolati** – componente della segreteria nazionale Anaa e segretario aziendale al San Camillo di Roma - dovuto prevalentemente a ragioni di carattere strutturale. "Con l'aumento delle malattie respiratorie in inverno si registra un fisiologico incremento degli accessi – sottolinea – Tuttavia la causa alla base del caos di questi giorni non risiede nella vicenda Fluad. Nel Lazio, a partire dal 2008 in corrispondenza dell'avvio del Piano di Rientro, la situazione ha mostrato un progressivo peggioramento a causa della diminuzione del personale". Ma quest'anno la situazione in emergenza "è addirittura più pesante che in passato poiché la restrizione dei posti letto sta esplodendo in tutta la sua drammaticità". E le difficoltà non sono da ascrivere neanche "a un eccesso di inappropriatazza che, in termini quantitativi, non è il fattore decisivo. Il nodo della questione è, invece, rappresentato dalla sperequazione tra necessità di ricovero e disponibilità delle strutture". In questo senso le Case della Salute su cui Zingaretti punta con decisione "non risolvono assolutamente i problemi, poiché non garantiscono la presa in carico, per esempio, di un anziano con la polmonite".

Per l'Anaa i problemi di questi giorni costituiscono quindi il sintomo di una dinamica ben più ampia e complessa. "Il nostro Ssn – osserva il sindacato dei medici dirigenti - sta precipitando nel baratro dell'incapienza. Un'incapienza di posti letto, di medici, di infermieri, di operatori socio-sanitari, di risorse in conto capitale, di formazione. Siamo ai margini dell'Europa come numero di posti letto per mille abitanti, sotto la media UE per le risorse destinate alla sanità. Ed il personale continua inesorabilmente a calare rendendo incompatibile assistenza e sicurezza".

Per questo lo smottamento organizzativo dei Pronto Soccorso è "il primo segnale tangibile della insostenibilità di questa situazione". Di fronte all'aumento dei pazienti cronici, "si tagliano risorse e posti letto agli ospedali. Il diritto ad essere curato in maniera appropriata ed in condizioni dignitose è diventato quasi un privilegio. Dall'addio al posto fisso alla fine del "letto fisso". Come nei Promessi Sposi. Oggi lo regaliamo noi un tweet ed un hashtag ai nostri governanti: "Di nuovo i lazzaretti. La Sanità italiana #cambiaera".

Medicina. Giannini: "Resterà l'accesso programmato."

Nuovo test a settembre". E sugli specializzandi: "Più equilibrio tra laureati e borse di studio"

"Togliere il test significherebbe tornare indietro di decenni e non assicurare una formazione di qualità". Così il ministro per l'Istruzione alla Camera. Il primo provvedimento interno al Miur sarà quello di avviare un'attività di orientamento fin dalle scuole superiori. Sul problema degli specializzandi: "Bisogna coinvolgere finanziariamente le Regioni".

Il test d'ingresso a Medicina rimarrà e quest'anno sarà programmato nella prima decade settembre. "Toglierlo significherebbe tornare indietro di decenni e non assicurare una formazione di qualità". Lo ha riferito oggi il ministro per l'Istruzione, **Stefania Giannini**, nel corso di un'audizione con le commissioni riunite Cultura e Affari Sociali sugli orientamenti del Governo sull'accesso ai corsi di Laurea e alle scuole di specializzazione in Medicina.

Resta però un'anomalia tutta italiana, quello dell'"enorme domanda" per l'accesso alle facoltà di Medicina. E i numeri parlano chiaro: nell'anno accademico 2014/2015 si sono presentati al test 63mila studenti, per un totale di 10.500 posti disponibili. Un primo provvedimento per ridimensionare questi numeri è l'attivazione da quest'anno - ha riferito il ministro - di prime forme di orientamento per gli studenti delle scuole superiori anche attraverso test autovalutativi che sondino inclinazioni e attitudini. "Da questo mi aspetto un risultato significativo", ha spiegato Giannini.

A questo si aggiunge poi un altro problema, quello legato agli specializzandi. Alle prove accesso scuole di specializzazione hanno partecipato oltre 12mila laureati per un fabbisogno totale che non supera, però, gli 8.200 posti. Il numero delle borse di studio, inoltre, quest'anno, "con un enorme sforzo è arrivato a 5.500, poche rispetto agli 8.200 posti - ha sottolineato il ministro - ma ricordiamo che l'anno precedente erano garantite solo 3.300 borse".

"Si deve garantire un maggiore equilibrio tra il numero di laureati e quello specializzandi - ha spiegato Giannini -. Si deve aumentare il numero di borse di studio, e ciò si può fare sia in modo diretto, come già fatto lo scorso anno con un finanziamento frutto di uno sforzo congiunto del Miur e del Mef, sia in modo indiretto, con l'intesa che all'interno del Patto per la salute stiamo elaborando con il ministro Lorenzin che prevede la possibilità di ricorrere anche a fondi regionali". Insomma, il sistema va rivisto nel suo complesso per far sì che, quello che oggi si configura come un imbuto, "possa diventare sempre più un cilindro".

In prospettiva, poi, con una migliore ed efficace selezione a monte dovuta all'orientamento nelle scuole superiori, e con un più corretto equilibrio tra numero di laureati e borse di studio disponibili per le specializzazioni, "potremmo iniziare a prendere in considerazione strumenti di valutazione che, personalmente, ritengo più efficaci come, ad esempio, il modello francese, che è un sistema eticamente più accettabile", ha concluso il ministro.

■ **Vargiu (Sc): "Serve shock liberale e di innovazione nella formazione dei medici"**

Le facoltà di medicina del futuro? Per l'Oms più computer e meno aule

Un'analisi dell'Imperial College di Londra, commissionata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove a pieni voti l'apprendimento a distanza, almeno per quanto concerne la formazione teorica e lo propone come soluzione per superare la grave carenza di personale sanitario, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo

È quantificabile in almeno 7,2 milioni di unità, il deficit di personale sanitario nel mondo e questa cifra è in crescita costante. Lo afferma un recentereport dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha per questo commissionato ai ricercatori dell'*Imperial College* di Londra, un'analisi per ricercare possibili soluzioni al problema. E la risposta non si è fatta attendere.

Secondo gli esperti inglesi, l'uovo di Colombo per formare in tempi ragionevoli il personale sanitario si chiama *eLearning*, cioè apprendimento a distanza, realizzato con l'ausilio di mezzi e strumenti elettronici. Medici e infermieri – stando al documento stilato dall'*Imperial College* – possono ricevere un'adeguata formazione anche a centinaia di chilometri di distanza dalle aule universitarie.

A questa conclusione, i ricercatori inglesi sono giunti esaminando in maniera sistematica la letteratura scientifica pubblicata sull'argomento 'efficacia dell'*eLearning* nell'istruzione di base del personale sanitario', per un totale di 108 lavori. A questo scopo, sono stati presi in considerazione tanto gli studi che valutavano l'apprendimento a distanza *online*, cioè quello richiedente una connessione internet, quanto quello *offline*, attraverso materiali caricati su CD o penne USB. Dalla revisione di tutti questi lavori è emerso che l'apprendimento 'elettronico', impartito sia attraverso la 'rete' che attraverso supporti di memoria, risulta altrettanto o addirittura più efficace di quello ricevuto in un'aula universitaria tradizionale.

Gli autori suggeriscono dunque di realizzare un'integrazione ragionata dei due sistemi educativi, quello tradizionale, imprescindibile soprattutto per quanto riguarda l'apprendimento di compiti pratici, affiancato a quello 'elettronico'.

“I programmi di *eLearning* – commenta **Josip Car**, *School of Public Health* dell'*Imperial College* di Londra, autore dello studio – hanno la potenzialità di risolvere il problema cronico della carenza di personale sanitario, facilitando l'accesso all'istruzione universitaria, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, dove il fabbisogno di professionisti della salute è maggiore.

Restano naturalmente ancora da superare una serie di barriere, quali la disponibilità di computer, di connessioni internet e di risorse per l'apprendimento elettronico. Per questo, sarebbe importante e necessario facilitare gli investimenti in ICT (*Information and communications technology*).

Per quanto riguarda le università poi, queste dal canto loro, dovrebbero incoraggiare lo sviluppo di curriculum di *eLearning* impiegare risorse online per raggiungere studenti anche a livello internazionale”.

Il testo completo del rapporto "*eLearning for undergraduate health professional education: A systematic review informing a radical transformation of health workforce development*" è pubblicato [a questo link](#).

SOLE 24ORE SANITA'

Spesa per i farmaci Ssn: la farmacia risparmia, l'ospedale perde 880 mln

Cala ancora la spesa territoriale per i farmaci acquistati in farmacia. Nei primi nove mesi del 2014 la riduzione è stata del 3,3% rispetto a gennaio-settembre di un anno prima, mentre aumenta leggermente (+0,4%) il numero delle ricette che però presentano un valore medio netto in diminuzione del 3,7%. Ma se la spesa farmaceutica territoriale cala, resta alto il disavanzo della farmaceutica ospedaliera che sempre a settembre scorso presentava uno squilibrio di 879,9 mln, per una proiezione sull'anno destinato a superare 1 mld di euro. Nel bilancio totale della farmaceutica (territoriale+ospedaliera), lo squilibrio sarebbe pari a 638 mln, grazie alla minore spesa di 241 mln fatta registrare appunto in farmacia.

Il trend a oggi più aggiornato della spesa per farmaci a carico del Ssn è frutto delle anticipazioni di Federfarma e del consueto monitoraggio dell'Aifa. Da rivelare, tra i tanti dati, l'aumento dei ticket che a settembre scorso hanno fatto registrare un'incidenza sulla spesa lorda cresciuta in dodici mesi dal 12,5 al 13,6%. Con un gettito totale di 475 mln.

Ricerca: ecco il codice etico dell'Iss

Integrità nella ricerca, conflitti di interessi, ricerca con l'uomo, ricerca e interventi di sanità pubblica, sperimentazione animale. Sono i cinque capitoli del Codice etico dell'Istituto superiore di sanità, pubblicato oggi e rivolto ai suoi ricercatori e al personale. Il nuovo Codice di etica Iss è stato messo a punto e adottato dal Comitato Etico dell'Ente, coordinato in quest'attività da Carlo Petrini, vicepresidente del Comitato stesso e responsabile dell'Unità di Bioetica dell'Iss, che ha anche redatto il Codice. «Il Codice - precisa Walter Ricciardi, Commissario Straordinario dell'ISS - non dà indicazioni immediatamente operative, ma promuove comportamenti che si ispirano a un patrimonio di valori consolidati e ampiamente condivisi, attinti dai più autorevoli documenti sull'etica della ricerca biomedica in linea con i codici che si sono dati i più grandi istituti di ricerca internazionali». «Per concretizzare i principi ispiratori del codice relativamente al conflitto d'interessi, che impone regole di assoluta trasparenza - spiega Angelo Lino del Favero, Direttore Generale dell'Iss - stiamo mettendo a punto delle procedure con cui valutare e gestire le autodichiarazioni che chiederemo in questo senso ai ricercatori».

Integrità della ricerca. Il Codice recepisce integralmente la sintesi dell'"European Code of conduct for research integrity" del 2011, ritenuto il documento più

autorevole e completo in Europa. Il testo è adottato dall'European Science Foundation (ESF) e dalla federazione All European Academies (ALLEA), alla quale aderiscono 53 Accademie nazionali di 40 stati. Il documento è stato adottato anche da numerose istituzioni scientifiche in vari paesi europei.

Conflitto di interessi. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini nei confronti dell'operato del personale dell'Iss, il Codice suggerisce i criteri di base per vigilare e fronteggiare eventuali conflitti e invita, in particolare, alla dichiarazione degli stessi (in appendice è, infatti, proposto un modello di "Dichiarazione pubblica di conflitti di interessi dei ricercatori dell'ISS").

Ricerca con l'uomo. Il focus è puntato sul valore e la validità della ricerca, l'equità nella selezione dei soggetti, il rapporto tra benefici e rischi, l'indipendenza della revisione (ovvero la valutazione della ricerca da parte di organismi indipendenti), il consenso informato, il rispetto per i soggetti potenziali e arruolati.

Ricerca e interventi di sanità pubblica. Il Codice ricorda l'importanza di valutare, tutelare e promuovere, nelle scelte di sanità pubblica, non soltanto il bene collettivo e complessivo, ma anche quello di ogni singola persona.

Sperimentazione animale. Il codice invita a promuovere ricerche scientifiche originali, che non duplicano ricerche esistenti e che siano condotte attraverso una metodologia che riduca al minimo lo stress dell'animale. Ciò anche in relazione al nuovo assetto normativo determinatosi in Italia con il recepimento della direttiva 2010/63/UE.

DOCTOR 33.IT

Tari non dovuta da studi medici, i Mmg in Confprofessioni scrivono ai Comuni

I rifiuti ordinari non equivalgono a quelli pericolosi come siringhe usate e non sterilizzate. Dopo il Ministero dell'Economia lo dice la Legge di stabilità (143/2014) al comma 649. Ma gli studi che producono entrambi come devono regolarsi? Medici di famiglia e dentisti riuniti in Confprofessioni (cioè nelle loro vesti di titolari di studio e datori di lavoro) hanno scritto all'Associazione dei comuni Anci per chiedere criteri uniformi in tutti i comuni per l'esenzione, parziale o totale, dalla Tari. Nella misura in cui non producono rifiuti ordinari ma speciali, essi non devono sottostare alla tassa. Né i comuni possono decidere nei propri regolamenti che questo o quel rifiuto pericoloso o "ambiguo" sia assimilabile. Recita il comma 649 della Finanziaria: «nel determinare la superficie assoggettabile alla Tari non si tiene conto della parte di essa ove si formano, in via continuativa e prevalente, rifiuti speciali, al cui smaltimento sono tenuti a provvedere a proprie spese i relativi produttori, a

condizione dimostrino l'avvenuto trattamento in conformità alla normativa vigente». La legge trae spunto dalla risoluzione 2 dell'Agenzia delle Entrate d'inizio dicembre, la quale invitava i Comuni a consultare le categorie di soggetti interessati dal citato comma "per consentire una migliore ed efficace applicazione della normativa". Nell'esentare dalla Tari i produttori di rifiuti speciali i comuni non agiscono tutti allo stesso modo, C'è chi prevede (Milano, comuni liguri) una riduzione della tassa in percentuale relativa alla superficie dello studio adibita a produrre rifiuti speciali A Roma si prevede uno sgravio del 30% ma sulla sola area produttrice di rifiuti speciali o, laddove non possa essere individuata, sull'intera area dell'immobile adibito a studio. Per queste difformità i camici auspicavano una normativa uniforme. La Finanziaria 2015 ha detto un'altra cosa: i comuni devono ridurre il tributo in proporzione alla quantità di rifiuti speciali che i produttore dimostra di aver avviato al riciclo. Ora Fimmg, Andi, e pediatri Fimp, oltre a veterinari Annvi e psicologi Plp chiedono ad Anci di essere chiamati per individuare «in modo inequivocabile le attività produttive beneficiarie delle riduzioni/esenzioni, fra le quali rientrano gli studi professionali e in particolare gli studi sanitari (medici, odontoiatrici) che producono rifiuti speciali non assimilabili agli urbani». E ricordano che "il verificarsi della produzione in via continuativa e prevalente di rifiuti speciali determina l'esclusione dalla Taridelle superfici produttive di tali rifiuti".

Nell'Alzheimer la depressione spesso compare prima della demenza

Nelle persone che svilupperanno il morbo di Alzheimer, sintomi depressivi e altre modifiche comportamentali possono presentarsi prima che comincino i disturbi della memoria, secondo uno studio pubblicato online su *Neurology*, il periodico ufficiale dell'Accademia americana di neurologia. «Precedenti ricerche dimostrano che all'incirca il 90% delle persone con Alzheimer mostra sintomi comportamentali o psicologici come depressione, ansia e agitazione. Ma i nostri dati suggeriscono che tale sintomatologia può manifestarsi addirittura prima che compaia la demenza» esordisce **Catherine Roe** della Washington university school of medicine di St. Louis, Missouri, membro della American academy of neurology e coautrice dell'articolo. Allo studio hanno preso parte 2.416 persone di età media 50 anni che all'epoca della loro prima visita, avvenuta in uno dei 34 centri per lo studio e la cura della malattia di Alzheimer in tutto il paese, non avevano disturbi cognitivi. «I partecipanti sono stati successivamente seguiti per un massimo di sette anni, e 1.198 di loro sono rimasti normali dal punto di vista cognitivo, ovvero liberi da deficit mnemonici o di ragionamento, mentre 1.218 hanno sviluppato demenza» riprende la ricercatrice statunitense. E i dati raccolti indicano che i soggetti nei quali è comparsa la demenza nel corso dello studio hanno sviluppato sintomi come apatia, alterazioni dell'appetito, irritabilità e depressione prima di quanto abbiano fatto i soggetti rimasti liberi dall'Alzheimer. Per dirla in numeri, nel 30% delle persone che hanno manifestato segni di demenza erano già presenti disturbi depressivi rispetto al 15% di coloro che erano rimasti liberi da Alzheimer. «Ancora non sappiamo se la

depressione è una risposta al processo fisiopatologico alla base dell'Alzheimer oppure il risultato delle modifiche avvenute a livello cerebrale» conclude Roe, sottolineando la necessità di ulteriori ricerche per identificare il rapporto tra le due condizioni.

Neurology. doi: 10.1212/WNL.0000000000001238

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584