

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

SABATO 24 GENNAIO 2015

IN EVIDENZA

Da Il Giornale.it

Corsi di chirurgia a Olbia L'ospedale Giovanni Paolo II è un centro di eccellenza per tutta la regione

«Le liste di attesa per essere sottoposti ad interventi di artroprotesi di anca o di ginocchio, nell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia, sono significativamente lunghe, di regola si attende non meno di sei mesi. Non si riesce ad accrescere l'operatività a causa dell'alta incidenza di interventi urgenti di ordine traumatologico», afferma il professor Giuseppe Mela, primario ortopedico all'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia, un istituto all'avanguardia con 150 posti letto che vuole raddoppiarli. Nel reparto di ortopedia e traumatologia (ha trenta letti ed una struttura di trenta persone, di cui dieci chirurghi ortopedici) si eseguono oltre 1200 interventi chirurgici l'anno, di cui 300 di protesi dell'anca e del ginocchio.

«La chirurgia protesica, in un reparto che risponda a tutte le esigenze di ordine ortopedico-traumatologico -afferma il professor Mela - non può essere effettuata prima delle altre urgenze che, anche in osservanza delle Linee Guida nazionali ed internazionali, debbono essere operate nelle 24 ore. Pur essendo il nostro reparto dei più operativi in Sardegna, si assiste, in tutta l'Isola, ad una mobilità passiva importante che diviene necessario arginare, sia in termini organizzativi che in termini strettamente professionali. Naturalmente, nell'Ospedale di Olbia si registra anche una notevole mobilità attiva che è quella che deve finalmente spingere a elaborare nuovi modelli funzionali che portino ad un incremento decisivo in grado di dare risposte puntuali ai pazienti che necessitano di interventi ortopedici». In una seduta operatoria, l'equipe del professor Mela, è in grado di effettuare 5-6-7 interventi protesici. «Diverse volte nel corso di un anno, si è costretti a programmare sedute operatorie no-stop, al fine di rispondere adeguatamente, per quanto possibile, alle richieste di chirurgia programmata. In quelle sedute sono stati effettuati 8-10, anche 13-15 interventi protesici. Il 4 dicembre 2014 - ricorda il professor Mela - erano stati programmati con largo anticipo diversi interventi, data la disponibilità di posti letto liberi, si è potuta effettuare una seduta operatoria nella quale sono stati portati a

termine 20 interventi protesici, 12 di anca, di cui 2 bilaterali di anca in tempo unico e 2 bilaterali di ginocchio».

Nato a Buddusò, in provincia di Olbia-Tempio, laureatosi in medicina a Milano e specializzatosi al Cto e a Roma al Gemelli, ha sviluppato ad Olbia in particolare la chirurgia protesica, quella vertebrale e la chirurgia della mano. «D'estate, in Sardegna - ricorda Mela - grazie anche alla vicina Costa Smeralda, vi sono oltre 7 milioni di turisti, per questa ragione aumentiamo l'impegno nell'area traumatologica per le grandi fratture. Eseguiamo 400 di questi interventi all'anno».

La Sardegna ha grandi tradizioni nella chirurgia protesica: già negli anni Sessanta a Sassari vi era un Centro di eccellenza guidato dal professor Sotgiu, allievo del professor Pietrogrande di Milano che, a sua volta, aveva insegnato anche a Sassari. Il professor Mela (iniziò la specializzazione in chirurgia a Milano, anni in cui frequentava il padiglione Zonda del Policlinico, diretto dal professor Edmondo Malan, pioniere della chirurgia vascolare) ha intensificato negli anni le relazioni scientifiche sia con le più importanti università italiane, sia con numerose all'estero. «Con i colleghi dell'università di Pittsburgh (James D'Antonio) e di Athens-Atlanta (Anthony Mahoney), abbiamo frequenti scambi scientifici», ricorda Mela che ha organizzato in Sardegna negli anni Novanta e nel 2004 e 2006 dei congressi internazionali di ortopedia con esperti europei e statunitensi, oltre a trecento ortopedici italiani.

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Malato di sclerosi multipla «I prelievi? Solo a Sassari»

Giuseppe (nome di fantasia), ha la sclerosi multipla. Convive con la sua malattia con grande coraggio, ma per potersi curare, a volte, deve affrontare ostacoli incredibili. Come l'ultimo, di pochi giorni fa. Che ha deciso di raccontare. Gli è stato prescritto il test quantiferon, un semplice esame del sangue con il quale si stabilisce se il paziente sia entrato in contatto con un malato di Tbc. «Un test necessario - racconta Giuseppe - per cominciare una nuova terapia per la sclerosi multipla. Ma a Olbia non sono riuscito a farlo. Mi sono rivolto sia al Giovanni Paolo II che all'ospedale di viale Aldo Moro, ma è stato inutile. Ho cercato di approfondire la questione e, ufficiosamente, ho saputo che questo esame viene garantito soltanto ai dipendenti della Asl. In sintesi, nel 2015, il problema è il seguente: per un semplice prelievo, perché di questo si tratta, devo recarmi a Sassari. E devo sempre andare a Sassari, poi, per ritirare il referto. Un doppio e faticoso viaggio che non ha senso, visto che la Asl garantisce già il trasporto delle provette in altre aziende per esami particolari. Perché dunque non riservare lo stesso tipo di trattamento anche per i pazienti esterni che devono sottoporsi al test quantiferon? E' una situazione assurda e inaccettabile, di

fronte alla quale attendo chiarimenti». Puntuale la risposta della Asl. «Il nostro laboratorio, così come previsto dal processo di accreditamento regionale, si configura come un Laboratorio Generale di Base. La diagnosi microbiologica di tubercolosi richiede metodi e reagenti di uso non routinario, a questi vanno inoltre a sommarsi maggiori requisiti di biosicurezza richiesti dalla normativa in vigore rispetto alla comune diagnostica batteriologica; a fronte di questo, solo adeguati volumi di esami garantiscono nel tempo una adeguata competenza nelle diagnosi batteriologiche dei microbatteri, che quindi non possono essere garantiti in un Laboratorio come quello di Olbia», spiega Flavio Lai, direttore del Laboratorio analisi della Asl di Olbia. L'Asl 2, così come previsto dalle linee guida ministeriali, nel tempo ha attivato degli accordi con delle strutture di riferimento, «nello specifico il laboratorio di Micobatteriologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, per l'esecuzione di questo esame specifico. Nelle more della normativa vigente, nel caso di "degenti" che devono effettuare tale esame, le provette vengono prelevate in reparto e inviate direttamente dal Servizio interessato al Laboratorio di Microbatteriologia della Microbiologia di Sassari - spiegano dalla direzione aziendale -. In materia di "sorveglianza sanitaria dei lavoratori", invece, i prelievi vengono eseguiti nei presidi ospedalieri: in questo caso, così come previsto dall'accordo Stato-Regione del 2013, i campioni vengono inviati a Sassari per la determinazione del Quantiferon. Ci spiace per l'utente, anche perché si è trovato ad eseguire questo particolare esame, che non può essere effettuato a Olbia, in un periodo in cui non eravamo coperti da specifici accordi che prevedessero l'esecuzione dell'esame da parte di "pazienti esterni". Ma nell'attesa di istituire dei percorsi che consentano alla popolazione di evitare lunghi viaggi, l'azienda si adopererà per consentire agli utenti, in particolare le fasce deboli, di eseguire il prelievo negli ospedali dell'azienda sanitaria. Invitiamo dunque il paziente a contattarci, così da trovare, insieme, una soluzione che riduca al minimo il suo disagio».

L'UNIONE SARDA

REGIONE Assalto ai pronto soccorso Così si evitano le liste d'attesa

Al "Brotzu" ne sono arrivati già 1600, a contare dal primo gennaio. Una media di cento utenti al giorno, per un servizio d'emergenza dove nel 2014 sono stati visitati 38 mila pazienti. «E di questi - spiega Alberto Arru, dirigente del reparto - solo il 3 per cento è da codice rosso».

I pronto soccorso degli ospedali scoppiano, e mentre le ambulanze arrivano una dopo l'altra, nelle sale d'attesa sempre più affollate i pazienti mugugnano, gli infermieri e i medici non hanno un attimo di sosta. Quello tra gennaio e febbraio è uno dei periodi peggiori, per via del picco dell'influenza che trascina in ospedale soprattutto gli anziani, più soggetti a complicazioni (e, quindi, quasi sempre da ricoverare in reparto con tempi di degenza peraltro non sempre brevi). Ma è il via vai dei cosiddetti "casi inappropriati", la vera croce dei servizi di emergenza. Un esercito di persone che lamenta malesseri obiettivamente curabili con una tisana, magari solo per aggirare la lunga lista d'attesa di una visita specialistica. «Sul totale dell'utenza, solo un quarto

arriva col 118. Il resto - sottolinea il dottor Arru - viene per decisione propria». Più della metà dei 1600 giunti da inizio gennaio. «E di questi l'1 per cento era un codice rosso, il 34 per cento giallo, il 55 per cento verde e il 15 bianco».

Da qualche anno, negli ospedali italiani, gli utenti che al triage (l'assegnazione, fatta da un infermiere, del codice di priorità per la visita) vengono registrati come verdi (patologie di modesta entità) o bianchi (gestione ambulatoriale) devono pagare un ticket di 15 e 25 euro rispettivamente. Una disposizione che doveva servire anche a scoraggiare l'assalto facile al pronto soccorso.

«Ma non è servito a niente», avvisa Cristina Pirino, responsabile dell'Ufficio relazioni con il pubblico del “Brotzu”. È questo il servizio dove arrivano tutte le lamentele e le proteste degli utenti, il parafulmine di ogni ospedale. «Quello degli accessi inadeguati è un problema che stiamo trattando da anni con una formazione pensata per il pubblico, ma nulla - ribadisce - è cambiato. È inutile ricordare che prima del servizio di emergenza ci sono il medico di famiglia e quello di guardia. Molte persone, invece, arrivano con l'idea di poter accedere facilmente a prestazioni ed esami, il che si traduce in costi rilevanti per il sistema sanitario». In ogni caso, sottolinea la dottoressa Pirino, «succede che anche il medico di famiglia inviti i pazienti a rivolgersi a noi». È il diluvio di prescrizioni di esami inutili, con sullo sfondo il calendario spesso comodo di certi professionisti che aprono l'ambulatorio a orari improbabili per correre poi allo studio specialistico dove ricevono per appuntamento. A Nuoro, fa sapere Stefano Sau, dirigente del pronto soccorso dell'ospedale “San Francesco”, «su 30 mila accessi, il 30 per cento potrebbe in realtà essere trattato fuori. Si tratta di codici bianchi e dei cosiddetti fast track, cioè coloro che arrivano con l'impegnativa del medico che già dovrebbe fare da filtro». Spesso non accade. «Andrebbe rifondato il sistema ambulatoriale e ripensata l'organizzazione del servizio sanitario, a partire dalla gestione delle liste d'attesa. Nel frattempo, il servizio di emergenza finisce per svolgere funzioni di supplenza del territorio». È quel che puntualizza anche Alberto Arru dalla corsia del pronto soccorso del “Brotzu”: «La figura del medico curante andrebbe rafforzata e integrata, così come succede in altre realtà, con un supporto sia specialistico che strumentale».

Salvatore Manca, responsabile del pronto soccorso del “San Martino” di Oristano, è il presidente regionale della Simeu, la Società italiana di medicina di emergenza-urgenza. «Un sistema virtuoso si crea solo se funzionano bene i servizi del territorio, a cominciare - avvisa - dall'assistenza domiciliare». Dei 24 mila pazienti visitati del 2014, spiega, «ne abbiamo ricoverato 4.200. Gli altri 20 mila li abbiamo rimandati a casa. Perché c'è l'assalto al pronto soccorso? Perché la gente lo percepisce come un faro nella notte, un servizio che trova sempre aperto. Poi, certo, cerchiamo di fare un'azione di filtro e di ridurre i ricoveri con gli accertamenti diagnostici. Abbiamo anche dei letti per l'osservazione breve, massimo 24-36 ore, poi se il paziente può essere dimesso lo si manda a casa». Quasi sempre vengono ricoverati gli anziani che arrivano in ospedale con i malesseri legati all'influenza. «Qui da noi il picco è a fine gennaio e febbraio. Ci sono giorni in cui abbiamo difficoltà a trovare un letto in reparto. È il problema della sanità che, prima di potenziare il territorio, taglia i posti letto in ospedale».

REGIONE «Troppi esami? Medicina difensiva»

«Sa cosa succede quando io, medico di base, prescrivo un esame urgente per un mio paziente? Nei poliambulatori respingono la richiesta e la passano al pronto soccorso, ecco quel che accade. Dicono: noi siamo autorizzati a fare solo gli esami di routine. È l'iter stabilito dalle aziende, uno dei nodi che crea l'ingorgo nell'assistenza».

Giovanni Barroccu, segretario regionale del sindacato medici di base (Fimmg), non accetta di bere il calice amaro per conto della categoria. Ammette che sì «anche fra noi c'è qualche pecora nera; professionisti che, a differenza della maggioranza che fa il proprio dovere, non lavorano secondo deontologia e contratto, e per questo andrebbero diffidati». Ma se il pronto soccorso vanno in tilt e le liste d'attesa crescono a dismisura «è a causa di un sistema che va corretto». È il sistema dei poliambulatori territoriali dove si fanno solo visite programmate. Il sistema delle insormontabili liste d'attesa per le visite specialistiche, tempi dilatati pure per gli esami urgenti.

«Così la gente va al pronto soccorso e dice: ho mal di pancia». Tanto una Tac e un test del sangue non si negano a nessuno. «Un triage vero e proprio non esiste - spiega Barroccu -, perché al pronto soccorso gli stessi operatori, che spesso hanno oltretutto un contratto interinale, preferiscono far fare al paziente una serie di accertamenti, dall'esame del sangue alle radiografie, pur di stare tranquilli e cacciare l'ombra di una possibile, futura causa per danni. Conseguenze della medicina difensiva».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Emergenza-urgenza. Smi: "Le Regioni stanno trasformando il 118 in una terra di nessuno"

Pina Onotri, segretario generale del sindacato, chiede un intervento del ministro Lorenzin per "uniformare i percorsi assistenziale del 118, per garantire il rispetto delle normative e degli accordi di lavoro, cominciando dall'immediato passaggio a dirigenza dei medici 118 convenzionati e dalla stabilizzazione di tutto il precariato operante nel settore".

Il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) critica duramente le scelte di alcune regioni che "continuano a snaturare il servizio di emergenza-urgenza, prescindendo dagli accordi collettivi di lavoro nazionali e dalle normative che regolano il settore".

Il 118 rischia di diventare una terra di nessuno, attacca **Fabiola Fini** responsabile nazionale Smi del 118 Convenzionati, "in alcune realtà si mettono a lavorare sulle ambulanze gli specializzandi, sembrerebbe a titolo formativo, ma certamente senza le dovute tutele legali e assicurative; in altre regioni le vetture sono direttamente demedicalizzate, solo con volontari o infermieri. Tutto, pur di non ricorrere a chi ha adeguata formazione specifica per quella attività. Un assurdo dettato solo da mere logiche contabili, dalla necessità di fare cassa a scapito dei servizi per i cittadini".

Pina Onotri, segretario generale Smi, chiede un intervento del ministro Lorenzin per “uniformare i percorsi assistenziale del 118, per garantire il rispetto delle normative e degli accordi di lavoro, cominciando dall'immediato passaggio a dirigenza dei medici 118 convenzionati e la stabilizzazione di tutto il precariato operante nel settore. Tutte misure necessarie per tutelare la professionalità dei professionisti dell'emergenza e, così, il diritto alla salute dei cittadini”.

Pronto soccorso. "Ormai sono 'Ko'. Basta tagli a letti e personale". Flash mob e sit-in della Fp Cgil negli ospedali italiani.

Dal San Camillo di Roma, al Cardarelli di Napoli passando per il Careggi di Firenze e il San Carlo di Milano fino al Policlinico di Bari. Sit-in e flash mob del Sindacato negli ospedali italiani per denunciare il caos nei Pronto soccorso. “Manca il filtro del territorio. Occorrono investimenti su personale”. [VIDEO](#) – [I NUMERI CGIL](#)

Protesta nei principali Pronto Soccorso italiani organizzata dai medici, infermieri e operatori sanitari della Fp Cgil che denunciano l'ormai caos quotidiano della rete di Emergenza-Urgenza italiana. Il Sindacato segnala come sono “65.000 gli accessi giornalieri di cui un terzo impropri, magari effettuati anche solo per spendere meno in esami diagnostici e analisi”.

L'affollamento dei Pronto Soccorso è un indicatore. Il problema è nei reparti ospedalieri

Gentile Direttore,

non credo che qualcuno, competente in sanità, abbia mai potuto pensare che il cronico affollamento dei PS della capitale - non si può parlare di emergenza dopo almeno 5 anni di stabile criticità - potesse essere influenzato dall'apertura di una, cento o mille Case della salute. I cittadini in attesa di ricovero nei PS sono nella maggior parte persone anziane con patologie multiple che hanno bisogno di un rapido trattamento che solo l'ospedale può dare. E d'altra parte il territorio laziale è storicamente un ottimo territorio quando si tratta di filtrare gli accessi in PS. I medici di medicina generale svolgono da sempre egregiamente anche questo compito e ogni anno leggiamo sul rapporto Sdo del Ministero che il Lazio presenta dei numeri invidiabili per quanto riguarda la richiesta di ospedalizzazione per le patologie più a rischio di ricovero inappropriato: diabete non controllato o complicato, scompenso cardiaco, asma, broncopneumopatia cronica. Ad esempio nel 2013 l'influenza, che sembrerebbe oggi così devastante, ha richiesto nel Lazio una media di 3 ricoveri per 100.000 abitanti contro gli 11 registrati in Emilia o in Umbria. Nello stesso rapporto SDO osserviamo però che le performances degli ospedali laziali non sono buone relativamente ad alcuni importanti indicatori quali la degenza media o la degenza preoperatoria che sono tra le peggiori in Italia. Se associamo a questo le valutazioni di outcome presentate dall'Agenas

possiamo dire che gli ospedali del Lazio lavorano bene, sono efficaci, ma sono terribilmente lenti, ingolfati. E non potrebbe essere diversamente dopo otto anni di tagli alla cieca, non accompagnati da provvedimenti riorganizzativi o di monitoraggio, che hanno minato l'attività ospedaliera nella Regione Lazio. I PS sono affollati, un lazzaretto come QS ci ha recentemente ricordato, per il crollo dei volumi di attività degli ospedali che, senza letti e adesso anche senza personale, sono paralizzati e non possono rispondere alla domanda dei cittadini. Nel PS noi troviamo un indicatore, non un problema.

Il problema e la sua risoluzione vanno cercati nei reparti medici, chirurgici e di diagnostica. Adesso vediamo qualche spiraglio di luce. Dopo quasi dieci anni di assenza di provvedimenti a breve saranno resi operativi i nuovi Atti aziendali. Saranno buoni, meno buoni, vedremo. Li attendiamo con fiducia ma i Direttori generali, da poco insediati, non potranno mai cambiare la sostanza senza l'assegnazione delle opportune risorse.

E se non verranno assegnate le risorse agli ospedali pubblici non correggeremo mai i risultati devastanti raggiunti durante le precedenti legislature regionali: al San Camillo ad esempio dal 2005 abbiamo registrato una riduzione media dei volumi prestazionali del 32% con un costo di gestione assolutamente invariato e quindi con il rilevante aumento del costo medio di un ricovero che nel 2005 era di 5.800 euro e nel 2013 è stato di 8.700 euro. In altre parole i cittadini del Lazio hanno pagato di più per avere di meno!

Ben vengano le Case della Salute, l'apertura domenicale degli ambulatori e quant'altro possa rendere ancora più efficace l'assistenza territoriale, ma l'affollamento dei PS è un capitolo a parte.

Bruno Schiavo

Direzione nazionale Anaa-Assomed

Batteri intestinali e cervello: cureremo le malattie del sistema nervoso con la dieta e i probiotici?

La rivista Journal of Medicinal Food pubblica una sintesi di tutte le ultime ricerche sull'interazione tra batteri intestinali e sistema nervoso centrale; appurata ormai l'esistenza di un asse intestino-cervello e di vari meccanismi di interazione, gli scienziati sono già proiettati verso il prossimo traguardo: curare una serie di malattie con diete 'modifica-microbioma' e supplementazione di prebiotici e probiotici

Il modo di dire denigrativo 'ragionare con la pancia', potrebbe assumere tutt'altro significato alla luce dei contenuti di una *review* appena pubblicata.

Leo Gallande colleghi della *Foundation for Integrated Medicine* di New York, autori del lavoro pubblicato su [Journal of Medicinal Food](#), dopo aver valutato tutte le ultime pubblicazioni in materia, presentano la *summa* di tutte le ultime ricerche sulla relazione tra composizione della flora batterica intestinale e sistema nervoso centrale nell'uomo.

Il microbioma di un uomo adulto contiene normalmente 5 diversi gruppi di batteri:

quelli maggiormente rappresentati sono *Firmicutes* e *Bacteroidetes*, mentre *Actinobacteria*, *Proteobacteria* e *Verrucomicrobia* costituiscono appena il 2% del totale. Una dieta ricca di proteine animali, favorisce la crescita dei *Bacteroides*; in chi segue una dieta vegetariana o una ricca in monosaccaridi sono invece abbondantemente rappresentati i *Prevotella*. Un elevato consumo di oligosaccaridi infine, favorisce la crescita dei *Bifidobacteria*, il ceppo più rappresentato nell'intestino dei neonati allattati al seno.

Impressionante il numero dei batteri che popolano il nostro intestino. Sono centinaia di miliardi e contengono circa 4 milioni di geni batterici diversi (per avere un termine di paragone il *pool* genetico dell'uomo è rappresentato da appena 26.000 unità funzionali). La maggior parte di questi geni batterici codifica enzimi e proteine strutturali, in grado di influenzare il funzionamento del sistema immunitario, di modificare l'epigenoma dei mammiferi e di intervenire sulla regolazione del metabolismo.

Il microbioma intestinale può influenzare la salute del cervello in diversi modi. Alcune componenti della struttura dei batteri ad esempio, quali i lipopolisaccaridi, esercitano continuamente una blanda stimolazione sul sistema immunitario; quando questa stimolazione 'fisiologica' diventa eccessiva, come accade in caso di dismicrobismo intestinale, si può verificare una crescita incontrollata di batteri nell'intestino tenue o un'aumentata permeabilità intestinale che a loro volta determinano un'inflammatione sistemica o a livello del sistema nervoso centrale.

Alcune proteine batteriche possono dare reazioni crociate con alcuni antigeni umani e questo evoca delle risposte 'sbagliate' da parte dell'immunità adattativa, che possono condurre a malattie autoimmuni.

Ci sono enzimi batterici in grado di determinare la produzione di metaboliti neurotossici, quali ammoniaca e acido D-lattico; ma anche alcuni metaboliti 'benefici', quali gli acidi grassi a catena corta (SCFA), possono esercitare un'azione neurotossica. Se è vero infatti che gli SCFA possono inibire l'inflammatione, dall'altra, alcuni studi ne suggeriscono un possibile ruolo nella patogenesi dei disordini dello spettro autistico (ASD).

Sul versante ormoni e neurotrasmettitori, è noto che alcuni batteri intestinali sono in grado di produrne 'copie' identiche a quelle secrete dalle cellule specializzate dell'organismo; i batteri inoltre possiedono dei recettori specifici per questi ormoni che, se stimolati, possono influenzare la crescita e la virulenza dei batteri stessi.

I batteri intestinali infine sono in grado di stimolare direttamente i neuroni afferenti del sistema nervoso enterico e inviare così segnali al cervello, attraverso il nervo vago.

Attraverso tutte queste vie i batteri intestinali riescono dunque ad interagire con il funzionamento del sistema nervoso centrale, fino a modificare l'architettura del sonno e ad influenzare la reattività allo stress dell'asse ipotalamo-ipofisi-surreni.

I batteri intestinali – ricordano gli autori – possono influenzare la memoria, ma anche il nostro umore e addirittura le funzioni cognitive.

Il microbioma è insomma ormai un argomento 'caldo' in molte branche della medicina, dalle malattie autoimmuni a quelle infiammatorie intestinali alle patologie

cardiovascolari. Dopo anni di ricerche mirate a distinguere i batteri intestinali ‘buoni’ da quelli ‘cattivi’, la nuova frontiera della ricerca in questo campo è cercare di alterare la composizione del microbioma, per correggere o trattare alcune condizioni patologiche.

Ci si sta provando attraverso modifiche della composizione della dieta, che dovrebbero alterare la composizione del microbioma, o mediante la somministrazione di prebiotici o di probiotici per le condizioni più disparate: dall’alcolismo, alla sindrome da stanchezza cronica, alla fibromialgia, alla *restless leg syndrome*. E non mancano filoni di ricerca che indagano i rapporti tra microbioma intestinale e sclerosi multipla o manifestazioni neurologiche della celiachia. Recenti studi indicano ad esempio che una riduzione di Bifidobatteri a livello del microbioma intestinale sembra giocare un ruolo patogenetico nella celiachia e forse contribuisce alla sua aumentata prevalenza. La somministrazione di *Bifidobacterium longum* migliora l’enteropatia da glutine in un modello animale; per questo, la supplementazione di *Bifidobacteria* è stata proposta come possibile intervento di prevenzione della celiachia, nei soggetti ad alto rischio.

Il microbioma è insomma una specie di ‘alien’ che si sta appena cominciando a conoscere e che in futuro si cercherà di ‘domare’, allo scopo di correggere una serie di alterazioni e di curare varie patologie.

DOCTOR 33. IT

Fuga medici. Fnom: Italia paga formazione all'estero fruiscono dei laureati

«Sestuplicati gli iscritti all'albo che emigrano per lavorare? Purtroppo i dati ministeriali riportati su Repubblica sono veri, ed è attendibile il dato secondo cui la maggioranza dei medici e dentisti che oggi emigrano per lavoro da uno stato all'altro dell'Unione Europea è costituita da italiani». **Luigi Conte** segretario della Federazione degli Ordini non ha dati per classificare per età sesso e specialità i 2400 laureati in medicina e odontoiatria che se ne sono andati via nel 2014, sei volte più dei 396 di cinque anni prima. «I certificati good standing da presentare alle autorità dei paesi dove si va ad esercitare prima venivano richiesti agli ordini, ma adesso se ne occupa il Ministero della Salute. Posso però dire che paesi come la Gran Bretagna e ora la Francia e la Germania, siccome preparare uno studente non costa alle casse pubbliche meno dei nostri 20 mila euro annui (circa 120 mila per ciclo di laurea), hanno disinvestito nella formazione e hanno scelto di acquisire professionisti sanitari all'estero».

In Italia potremmo fare una scelta simile?

«No. Forte del fatto che solo il 21% dei nostri giovani accedono all'università contro il 40-45% dei giovani nordeuropei, una forte componente studentesca chiede il libero accesso come espressione capace di conciliare tendenze di liberalizzazione del mercato e diritto allo studio. Ed ecco ricorsi contro il test di selezione all'ingresso ai

corsi di laurea, ecco atenei che invece di accogliere i 10 mila aspiranti medici devono aprire le porte a 4 mila studenti in più (ed altri potrebbero arrivarne) ma non hanno gli spazi e organizzano lezioni in streaming, come avvenuto a Palermo, Bari, Napoli. In linea di principio accogliere tutti "piace", ma poi è inaccettabile avere un medico disoccupato per anni mentre ha bisogno di impiegare quegli anni ad esercitare. Lo capisce per primo chi trova intoppi sul lavoro: difatti, va via chi non riesce (magari per un soffio, con un buon cv) ad accedere alla specialità oppure chi vuole specializzarsi in materie chirurgiche esercitando attività professionalizzanti ossia effettuando più interventi. L'Italia paga la formazione e gli altri paesi fruiscono dei laureati italiani».

Ma all'estero si sta anche meglio? Ad esempio assicurarsi la responsabilità civile costa meno?

«Penso che il quadro contenzioso non sia dissimile dal nostro, ma il nostro mercato è meno appetibile per le compagnie, sconta l'assenza di tabelle definite per il calcolo del risarcimento del danno: un calcolo rimesso ai giudici, l'eterogeneità delle cui sentenze rende imprevedibile per gli statistici l'entità del rischio. Una compagnia o accantona somme più alte di quanto vorrebbe o sceglie di lasciare l'Italia. Fnomceo ha raccomandato di affrontare il problema sul piano legislativo; abbiamo chiesto che al medico imputato penalmente s'imponga l'indennizzo solo nei casi di colpa grave, che l'atto del chirurgo non sia più assimilabile a violenza privata com'è ora, che si legiferi sulla responsabilità civile rianimando uno dei vari disegni di legge giacenti in parlamento, e che si adottino misure per favorire il rientro in Italia delle compagnie assicurative. Con Enpam stiamo promuovendo un gruppo di lavoro per arrivare ad un capitolato: differenziando il mondo medico per categorie di rischio, miriamo a definire un livello base per i premi assicurativi, accessibile, capace di calmierare il mercato».

Nutraceutici, sempre più promozione rivolta ai medici ma manca la preparazione

«La grande distribuzione e i produttori di integratori alimentari sono pronti all'impatto con il mondo medico ma dobbiamo chiederci se i medici sono a loro volta pronti e informati». Lo afferma **Dario Chiriaco** presidente dell'Ordine dei Medici di Rieti e coordinatore della consulta che in Fnomceo si occupa di medicine non convenzionali. «Sulla falsariga di quanto avvenuto per l'omeopatia, dove la presa di coscienza è frutto di un percorso avviato dal 2002 e prima, propongo da tempo che nel curriculum dei medici del corso di formazione in medicina generale sia inserita la conoscenza di questo settore, e che elementi informativi in materia siano introdotti anche al quinto o sesto anno del corso di studi a medicina, ma le università fin qui non hanno dato seguito alla richiesta», afferma Chiriaco. Che raggiungiamo all'indomani della presentazione della Progetto Salute Coop: una campagna volta a promuovere due linee di latte e alimenti per bambini e altre due di yogurt presso medici di famiglia, pediatri, nutrizionisti, gastroenterologi e persino ginecologi. Per

far meglio conoscere ai medici rimedi alimentari contro il colesterolo o la stitichezza, o alimenti a prova d'intolleranza sul banco del supermercato, la società di consulenza Sprim prevede di attivare 900 mila contatti complessivi. **Vito Pappalepore** responsabile formazione Fimmg in Lombardia, conferma che nel quotidiano del medico di famiglia aumenta la promozione d'integratori, «anche se il principale veicolo è la tv, un martellamento con messaggi semplici e di effetto immediato. Del resto si tratta di prodotti, in particolare alcuni per la riduzione del colesterolo, il cui effetto testato da studi di letteratura del 9% sfiora quello annunciato dagli spot, del 10%, e in questi casi il medico non ha problemi a consigliarli. Tra l'altro, a differenza dei farmaci non presentano effetti avversi rilevanti. Interessante è poi che sia un distributore e non un produttore a veicolare la promozione». Chiriaco però rimarca l'assenza di linee di indirizzo per la professione su come comportarsi nel consigliare questi prodotti, a differenza che nel campo delle medicine non convenzionali. «Se nel caso dei prodotti omeopatici si parla di farmaci su cui ora in Italia esiste una normativa ministeriale, e presto uscirà una linea d'indirizzo Fnomceo, per la "nutraceutica" siamo meno preparati e, in attesa che i rinnovati vertici ordinistici si occupino del tema emergente, sottolineo come sarebbe importante far conoscere ai medici del territorio la problematica, in vista del ruolo crescente che alimentazione e stili di vita sani rivestiranno nella prevenzione».

DIRITTO SANITARIO Prescrizione dell'azione disciplinare nei confronti dei medici

Il termine quinquennale di prescrizione dell'azione disciplinare nei confronti dei medici, non decorre nel caso in cui sia iniziato, a carico dell'incolpato, un procedimento penale, e tale effetto interruttivo permane per tutto il tempo in cui il procedimento penale abbia corso, con la conseguenza che il nuovo termine prescrizione inizia a decorrere dalla data in cui la sentenza penale è diventata definitiva, rimanendo invece irrilevante la data in cui l'organo disciplinare ha notizia della definitività del procedimento penale.

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584