



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



PRIVACY/ Le nuove linee guida del Garante con consenso informato e accessi tracciati

Cartelle digitali, più garanzie

Cosa cambia per le strutture sanitarie dalle informative all'archivio

Il governo delle grandi basi dati sanitarie è un obbligo irrisolto. Le strutture del Servizio sanitario raccolgono i dati in modo frammentato in più livelli: regionali, strutture sanitarie, singoli medici di famiglia che devono parlarsi tra di loro. Numerose e macroscopiche le violazioni che hanno imposto al garante di dettare le regole confluite nelle linee guida sul dossier sanitario elettronico (n. 331 del 4 giugno 2015) in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Il dossier sanitario, costituendo l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato, messi in condivisione logica a vantaggio dei professionisti sanitari che operano presso una determinata struttura sanitaria, rappresenta un trattamento di dati personali specifico autonomo e diverso da trattamento dei dati clinici riferito al singolo episodio morboso.

Il rispetto del carattere confidenziale delle informazioni idonee a rivelare lo stato di salute costituisce un principio essenziale del sistema giuridico di tutti i Paesi europei. Non soltanto al fine di proteggere la vita privata delle persone malate ma anche per salvaguardare la fiducia delle persone nei confronti del personale medico e dei servizi sanitari in generale (Corte diritti dell'Uomo, Z v. Finland, sentenza 25 febbraio 1997). Su questo principio cardine, è stata costruita la Linea guida che ha introdotto un vero e proprio diritto del cittadino al controllo completo dei suoi dati attraverso il diritto di conoscere chi ha avuto accesso ai suoi dati e le ragioni della loro consultazione.

Non esiste consenso senza informativa

L'informativa costituisce il punto d'inizio del sistema di governo del fascicolo sanitario, per questo la linea

guida fornisce un dettagliato elenco delle informazioni che devono sicuramente essere rese dalla struttura.

Finalità

Intenzione della struttura intenzione del titolare del trattamento di costituire un insieme di informazioni personali il più possibile completo che documenti parte della storia sanitaria al fine di migliorare il processo di cura attraverso un accesso integrato di informazioni da parte del personale sanitario coinvolto.

Qualora il cittadino acconsenta al trattamento dei suoi dati personali mediante il dossier sanitario, questo potrà essere consultato, nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante, anche qualora ciò sia ritenuto indispensabile in emergenza e/o per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività (articolo 76 del codice e autorizzazione generale del Garante 2/2014).

Definizione ambiti di profilazione del personale per l'accesso ai dati

L'informativa al dossier è resa dal titolare del trattamento con riferimento al trattamento effettuato da parte dei professionisti e dei reparti o unità interne che prenderanno in cura l'interessato (articolo 79 del codice). Compresi eventuali professionisti che possono svolgere in attività libero professionale l'attività sanitaria.

In tal senso, l'informativa deve contenere una breve descrizione delle misure che sono state adottate per la protezione dei dati da specifici rischi di accesso non autorizzato e di trattamento non consentito, unitamente a quelle individuate per garantire l'esattezza, l'integrità e la continuità della fruibilità dei dati.

Facoltatività del trattamento

Il conferimento dei dati nel dossier configura come

un trattamento facoltativo. Ciò stante, l'eventuale mancato consenso al trattamento mediante il dossier sanitario non deve incidere negativamente sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

Diritto di revoca del consenso

In caso di revoca del consenso (liberamente manifestabile in qualsiasi momento), il dossier sanitario non deve essere ulteriormente implementato.

Le informazioni sanitarie presenti devono restare disponibili al professionista o alla struttura interna al titolare che le ha redatte (a es., informazioni relative a un ricovero utilizzabili solo dal reparto di degenza) e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (articolo 22, comma 5, del codice), ma non devono essere più condivise con i professionisti degli altri reparti che prenderanno in seguito in cura l'interessato.

Estensione nel tempo

Ai fini dell'accesso al dossier da parte del personale sanitario non è necessario che venga acquisito volta per volta.

L'inserimento delle informazioni relative a eventi sanitari pregressi deve, al contrario, deve avvenire attraverso una specifica autorizzazione.

Il cittadino ha diritto scegliere quali informazioni pregresse che lo riguardano non siano trattate mediante il dossier.

Trattamento ai fini di ricerca

I dati sanitari raccolti possono essere trattati, al pari di ogni altra informazione clinica, anche per fini di ricerca nel rispetto di quanto previsto dal codice per tali tipi di trattamenti, ovvero, in via generale, previa acquisizione del consenso informato del paziente (articolo 110 del codice). Detta possibilità dovrà chiaramente evidenziata

ed accettata.

Trattamento di dati sensibilissimi - consenso autonomo

Il titolare del trattamento deve acquisire una specifica e differente manifestazione di volontà dell'interessato qualora nel dossier debbano essere inserite anche informazioni «sensibilissime». In tali casi, infatti, l'interessato può legittimamente richiedere che tali informazioni siano consultabili solo da parte di alcuni soggetti dallo stesso individuati (a es., solo dallo specialista presso cui è in cura), fermo restando la possibilità che agli stessi possano sempre accedere i professionisti che li hanno elaborati.

Si tratta, in particolare, dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ovvero relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da Hiv o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono a interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari (legge 15 febbraio 1996, n. 66; legge 3 agosto 1998, n. 269; legge 6 febbraio 2006, n. 38; legge 5 giugno 1990, n. 135; Dpr 9 ottobre 1990, n. 309; legge 22 maggio 1978, n. 194; Dm 16 luglio 2001, n. 349; legge 29 luglio 1975, n. 405).

Diritti

del cittadino interessato

Il titolare del trattamento, ovvero la struttura sanitaria presso la quale è effettuato il trattamento dei dati, deve garantire che l'interessato possa esercitare nei confronti di tale trattamento i diritti indicati nell'articolo 7 del codice nonché quelli indicati nella linea guida.

Nello specifico:

- chi ha avuto accesso ai dati attraverso una formale richiesta alla quale va dato riscontro entro 15 giorni

estensibile a 30 nel caso di motivo giustificato;

- conferma circa l'esistenza o meno di dati, la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione della loro origine, delle finalità e modalità del trattamento (articolo 7, commi 1 e 2, lettera a) e b), del codice);
- logica di elaborazione dei dati;
- a chi vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati che, si ricorda, devono avere ricevuto adeguata formazione;
- integrazione, rettifica e

aggiornamento dei dati. Trattandosi di documentazione medica, le modifiche devono avvenire senza alterare la documentazione pregressa;

- oscuramento dei dati. Il cittadino ha diritto all'oscuramento di dati clinici che non vuol dire cancellazione. La documentazione clinica relativa all'evento oscurato deve essere comunque conservata dal titolare del trattamento;
- indicazione precisa del responsabile del trattamento, dell'eventuale responsabile e delle procedure di accesso ai dati.

Chi può dare il consenso

In caso di incapacità di agire dell'interessato deve essere acquisito il consenso di chi esercita la potestà legale su di esso. In caso di minori, raggiunta la maggiore età, deve essere acquisito -al primo contatto utile- nuovamente il consenso informato dell'interessato divenuto maggiorenne (articoli 13 e 82, comma 4, del codice).

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LINEE GUIDA DEL GARANTE PER LA PRIVACY IN MATERIA DI DOSSIER SANITARIO

Pubblichiamo il testo delle Linee guida in materia di dossier sanitario - 4 giugno 2015 in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

PREMESSA

Sin dal 2009 il Garante aveva avvertito l'esigenza di delineare specifiche garanzie, responsabilità e diritti in ordine alla condivisione da parte di distinti titolari del trattamento ovvero da parte di tutti i professionisti sanitari operanti presso il medesimo titolare delle informazioni sanitarie che ricostruiscono la storia sanitaria di un individuo. In tal senso, sono state adottate le «Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario» (prov. del 16 luglio 2009 citato).

Successivamente, il legislatore con il richiamato Dl 18 ottobre 2012, n. 179 (ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese), convertito in legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha per la prima volta dotato il nostro ordinamento giuridico di una definizione e di una disciplina normativa del Fascicolo sanitario elettronico (di seguito Fse) (art. 12). L'impianto normativo fornisce una definizione del Fse, corrispondente a quella elaborata dall'Autorità nel 2009, e individua quale presupposto legittimante l'utilizzo del Fascicolo il consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'interessato, così

come indicato anche dal Garante nelle predette Linee guida.

Con riferimento all'assetto normativo introdotto nel 2012 in materia di Fse, l'Autorità ha partecipato al tavolo di lavoro istituito al riguardo presso il ministero della Salute che aveva come scopo istituzionale quello di redigere una bozza di decreto di attuazione della norma primaria sul Fse, elaborando in quella sede numerose osservazioni.

In considerazione dell'accoglimento di tutte le indicazioni rese dall'Autorità, il Garante ha potuto così esprimere parere favorevole sullo schema di decreto in materia di Fse (parere del 22 maggio 2014 citato).

La medesima attenzione che è stata posta dal Garante in ordine agli aspetti di protezione dati personali connessi all'istituzione del Fascicolo sanitario elettronico è stata rivolta anche con riferimento ai trattamenti di dati personali effettuati dalle strutture sanitarie mediante il dossier.

Secondo la definizione resa nelle citate Linee guida del 2009 il dossier sanitario è lo strumento costituito presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento (es., ospedale, azienda sanitaria, casa di cura) al cui interno operino più professionisti, attraverso il quale sono rese accessibili informazioni, inerenti allo stato di salute di un individuo, relative a eventi clinici presenti e trascorsi (es., referti di laboratorio, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volte a documentarne la storia clinica.

Il dossier sanitario, dunque, raccoglie le informazioni relative agli eventi clinici occorsi all'interessato esclusivamente presso un'unica struttura sanitaria. In via principale, pertanto, si differenzia dal Fse per la circostanza che i do-

cumenti e le informazioni sanitarie accessibili tramite tale strumento sono state generate da un solo titolare del trattamento e non da più strutture sanitarie in qualità di autonomi titolari, come avviene proprio per il Fse.

Ciò stante, molte delle misure individuate a tutela della protezione dei dati in occasione dell'esame dei testi normativi relativi all'istituzione del Fse si ritiene debbano trovare applicazione anche con riferimento ai trattamenti effettuati mediante il dossier sanitario.

1. Linee guida in materia di dossier sanitario

Nel corso degli ultimi anni, il Garante è intervenuto più volte, d'Ufficio o a seguito di segnalazioni, con i richiamati provvedimenti prescrittivi relativi ai trattamenti di dati personali effettuati da strutture sanitarie attraverso lo strumento del dossier sanitario.

A fronte dell'incremento dell'uso di tali strumenti da parte delle strutture sanitarie e della complessità della materia in rapporto alla disciplina sul trattamento dei dati personali, con l'adozione delle «Linee guida in materia di dossier sanitario» («Allegato A»), che formano parte integrante della presente deliberazione, il Garante intende fornire un quadro di riferimento unitario sulla cui base i titolari possano orientare le proprie scelte e conformare i trattamenti ai principi di legittimità stabiliti dal Codice, nel rispetto di elevati standard di sicurezza. A tal scopo, l'Autorità ritiene opportuno riportare nell'«Allegato C» alla presente deliberazione le definizioni dei principali vocaboli utilizzati nelle Linee guida, facendo riferimento sia a definizioni previste dalle disposizioni vigenti in materia sia ai termini generalmente utilizzati nell'ambito della sanità digitale

con riferimento ai quali non è ancora intervenuta una definizione normativa.

2. Comunicazione di violazione dei dati personali trattati attraverso il dossier sanitario

Le peculiari caratteristiche del trattamento dei dati sopra descritto, la particolare delicatezza delle informazioni trattate, nonché l'esigenza di garantire l'esattezza, l'integrità e la disponibilità dei dati, unitamente agli specifici rischi di accesso non autorizzato e di trattamento non consentito illustrati nelle Linee guida allegate, fanno ritenere necessario assoggettare il loro trattamento, anche in coerenza con le previsioni normative in tema di Fse, all'obbligo di comunicazione al Garante del verificarsi di violazioni dei dati (data breach) o incidenti informatici (accessi abusivi, azione di malware...) che, pur non avendo un impatto diretto su di essi, possano comunque esporli a rischi di violazione. La mancata comunicazione al Garante configura un illecito amministrativo sanzionato ai sensi dell'art. 162, comma 2-ter del Codice.

A questo fine, entro quarantotto ore dalla conoscenza del fatto, i titolari del trattamento dei dati sono tenuti a comunicare all'Autorità tutte le violazioni dei dati o gli incidenti informatici che possano avere un impatto significativo sui dati personali trattati attraverso il dossier sanitario. Tali comunicazioni devono essere redatte secondo lo schema riportato nell'«Allegato B» alla presente deliberazione e inviate tramite posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo: databreach.dossier@pec.gdp.it.

3. Diritto alla visione degli accessi al dossier sanitario

In considerazione di quanto emerso nel

corso delle attività istruttorie svolte dall'Ufficio in merito al trattamento di dati personali effettuato mediante il dossier sanitario e, in particolare, dei lamentati accessi al dossier da parte di personale amministrativo o sanitario che non era stato mai coinvolto nel processo di cura dell'interessato, l'Autorità ritiene necessario, anche in coerenza con le previsioni normative in tema di Fse, riconoscere all'interessato il diritto alla visione degli accessi al proprio dossier sanitario. Ciò stante, l'interessato può avanzare una formale richiesta al titolare del trattamento o a un suo delegato, al fine di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso.

Il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro alla suddetta richiesta dell'interessato entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato. In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

TUTTO CIÒ PREMESSO

IL GARANTE

1. adotta, ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera h), del Codice, le «Linee guida in materia di dossier sanitario» e le «Definizioni» contenute rispettivamente nell'«Allegato A» e nell'«Allegato C», che formano parte integrante della presente deliberazione, al fine di

informare i titolari di trattamenti e gli interessati sui diversi aspetti connessi alla protezione dei dati personali, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza, e sui presupposti di legittimità dei trattamenti dei dati personali effettuati attraverso il dossier sanitario;

2. prescrive, ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera c), del Codice, che i titolari di trattamenti comunichino al Garante, entro quarantotto ore dalla conoscenza del fatto, le violazioni dei dati personali trattati attraverso il dossier sanitario secondo le modalità di cui al paragrafo 2 del presente provvedimento e lo schema riportato nell'«Allegato B» che forma parte integrante della presente deliberazione;

3. prescrive, ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera c), del Codice, che i titolari di trattamenti forniscano all'interessato, che abbia manifestato il proprio consenso al trattamento dei dati personali mediante il dossier sanitario, un riscontro alla richiesta avanzata dallo stesso o da un suo delegato volta a conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, della data e dell'ora dello stesso, secondo le modalità di cui al paragrafo 3 del presente provvedimento;

4. dispone, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Codice, che copia del presente provvedimento sia trasmessa al ministero della Giustizia - Ufficio pubblicazione leggi e decreti - per la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

La presente deliberazione, considerata la sua valenza generale, è inviata alle Regioni e Province autonome affinché provvedano a divulgarla presso le strutture sanitarie competenti.

Predisposte dal Garante le nuove Linee guida per il corretto trattamento dei dati sensibili raccolti nelle cure

Dossier sanitario, regole di privacy

Consenso informato e accesso tracciato alle cartelle: per le violazioni c'è la denuncia

Più tutele per i dati dei pazienti, accessi tracciati e obbligo per le strutture sanitarie di comunicare immediatamente all'Autorità garante della privacy i cosiddetti «data breach», ossia le violazioni o gli incidenti informatici (come attacchi, perdita e furto), che possano avere un impatto significativo sui dati. Sono i principi contenuti nelle nuove

Linee guida sul dossier sanitario elettronico, varate dal Garante per la protezione dei dati personali, che prevedono anche la possibilità per il paziente di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier. L'obiettivo, spiega l'Autorità - è quello di definire un quadro di riferimento unitario per il corretto trattamento dei dati raccolti nei dossier, già istituiti o che si intendono istituire, da parte di

strutture sanitarie pubbliche e private. Un obiettivo che non sarà semplice da conseguire.

FERRARI A PAG. 2-3

PRIVACY/ Le nuove linee guida del Garante con consenso informato e accessi tracciati

Cartelle digitali, più garanzie

Cosa cambia per le strutture sanitarie dalle informative all'archivio

Il governo delle grandi basi dati sanitarie è un obbligo irrisolto. Le strutture del Servizio sanitario raccolgono i dati in modo frantumato in più livelli: regionali, strutture sanitarie, singoli medici di famiglia che devono parlarsi tra di loro. Numerose e macroscopiche le violazioni che hanno imposto al garante di dettare le regole confluite nelle linee guida sul dossier sanitario elettronico (n. 331 del 4 giugno 2015) in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Il dossier sanitario, costituendo l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato, messi in condivisione logica a vantaggio dei professionisti sanitari che operano presso una determinata struttura sanitaria, rappresenta un trattamento di dati personali specifico autonomo e diverso da trattamento dei dati clinici riferito al singolo episodio morboso.

Il rispetto del carattere confidenziale delle informazioni idonee a rivelare lo sta-

to di salute costituisce un principio essenziale del sistema giuridico di tutti i Paesi europei. Non soltanto al fine di proteggere la vita privata delle persone malate ma anche per salvaguardare la fiducia delle persone nei confronti del personale medico e dei servizi sanitari in generale (Corte diritti dell'Uomo, Z v. Finland, sentenza 25 febbraio 1997). Su questo principio cardine, è stata costruita la Linea guida che ha introdotto un vero e proprio diritto del cittadino al controllo completo dei suoi dati attraverso il diritto di conoscere chi ha avuto accesso ai suoi dati e le ragioni della loro consultazione.

L'informativa costituisce il punto d'inizio del sistema di governo del fascicolo sanitario, per questo la linea guida fornisce un dettagliato elenco delle informazioni che devono sicuramente essere rese dalla struttura.

Finalità

Intenzione della struttura intenzione del titolare del trattamento di costituire un insieme di informazioni personali il più possibile com-

pleto che documenti parte della storia sanitaria al fine di migliorare il processo di cura attraverso un accesso integrato di informazioni da parte del personale sanitario coinvolto.

Qualora il cittadino acconsenta al trattamento dei suoi dati personali mediante il dossier sanitario, questo potrà essere consultato, nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante, anche qualora ciò sia ritenuto indispensabile in emergenza e/o per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività (articolo 76 del codice e autorizzazione generale del Garante 2/2014).

Definizione ambiti di profilazione

del personale**per l'accesso ai dati**

L'informativa al dossier è resa dal titolare del trattamento con riferimento al trattamento effettuato da parte dei professionisti e dei reparti o unità interne che prenderanno in cura l'interessato (articolo 79 del codice). Compresi eventuali professionisti che possono svolgere in attività libero professionale l'attività sanitaria.

In tal senso, l'informativa deve contenere una breve descrizione delle misure che sono state adottate per la protezione dei dati da specifici rischi di accesso non autorizzato e di trattamento non consentito, unitamente a quelle individuate per garantire l'esattezza, l'integrità e la continuità della fruibilità dei dati.

Facoltatività del trattamento

Il conferimento dei dati nel dossier configura come un trattamento facoltativo. Ciò stante, l'eventuale mancato consenso al trattamento mediante il dossier sanitario non deve incidere negativamente sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

Diritto di revoca del consenso

In caso di revoca del consenso (liberamente manifestabile in qualsiasi momento), il dossier sanitario non deve essere ulteriormente implementato.

Le informazioni sanitarie presenti devono restare disponibili al professionista o alla struttura interna al titolare che le ha redatte (a es., informazioni relative a un ricovero utilizzabili solo dal reparto di degenza) e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (articolo 22, comma 5, del codice), ma non devono essere più con-

divise con i professionisti degli altri reparti che prenderanno in seguito in cura l'interessato.

Estensione nel tempo

Ai fini dell'accesso al dossier da parte del personale sanitario non è necessario che venga acquisito volta per volta.

L'inserimento delle informazioni relative a eventi sanitari pregressi deve, al contrario, deve avvenire attraverso una specifica autorizzazione.

Il cittadino ha diritto scegliere quali informazioni pregresse che lo riguardano non siano trattate mediante il dossier.

Trattamento ai fini di ricerca

I dati sanitari raccolti possono essere trattati, al pari di ogni altra informazione clinica, anche per fini di ricerca nel rispetto di quanto previsto dal codice per tali tipi di trattamenti, ovvero, in via generale, previa acquisizione del consenso informato del paziente (articolo 110 del codice). Detta possibilità dovrà chiaramente evidenziata ed accettata.

Trattamento di dati sensibilissimi - consenso autonomo

Il titolare del trattamento deve acquisire una specifica e differente manifestazione di volontà dell'interessato qualora nel dossier debbano essere inserite anche informazioni «sensibilissime». In tali casi, infatti, l'interessato può legittimamente richiedere che tali informazioni siano consultabili solo da parte di alcuni soggetti dallo stesso individuati (a es., solo dallo specialista presso cui è in cura), fermo restando la possibilità che agli stessi possano sempre accedere i professionisti che li hanno

elaborati.

Si tratta, in particolare, dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ovvero relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da Hiv o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono a interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari (legge 15 febbraio 1996, n. 66; legge 3 agosto 1998, n. 269; legge 6 febbraio 2006, n. 38; legge 5 giugno 1990, n. 135; Dpr 9 ottobre 1990, n. 309; legge 22 maggio 1978, n. 194; Dm 16 luglio 2001, n. 349; legge 29 luglio 1975, n. 405).

Diritti del cittadino interessato

Il titolare del trattamento, ovvero la struttura sanitaria, il trattamento dei dati, deve garantire che l'interessato possa esercitare nei confronti di tale trattamento i diritti indicati nell'articolo 7 del codice nonché quelli indicati nella linea guida.

Nello specifico:

- chi ha avuto accesso ai dati attraverso una formale richiesta alla quale va dato riscontro entro 15 giorni estensibile a 30 nel caso di motivo giustificato;
- conferma circa l'esistenza o meno di dati, la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione della loro origine, delle finalità e modalità del trattamento (articolo 7, commi 1 e 2, lettera a) e b), del codice);
- logica di elaborazione dei dati;
- a chi vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati che, si ricorda, devono avere ri-

cevuto adeguata formazione;

- integrazione, rettifica e aggiornamento dei dati. Trattandosi di documentazione medica, le modifiche devono avvenire senza alterare la documentazione pregressa;
- oscuramento dei dati. Il cittadino ha diritto all'oscuramento di dati clinici che non vuol dire cancellazione. La documentazione clinica relativa all'evento oscurato deve essere comunque conservata dal titolare del trattamento;
- indicazione precisa del responsabile del trattamento, dell'eventuale responsabile e delle procedure di accesso ai dati.

In caso di incapacità di agire dell'interessato deve essere acquisito il consenso di chi esercita la potestà legale su di esso. In caso di minori, raggiunta la maggiore età, deve essere acquisito -al primo contatto utile- nuovamente il consenso informato dell'interessato divenuto maggiorenne (articoli 13 e 82, comma 4, del codice).

Paola Ferrari

Non esiste consenso senza informativa
Chi può dare il consenso il professionista

CORSI DI LAUREA

Tutte le matricole 2015-16

Ateneo per ateneo chi sale e chi scende nell'area sanitaria

Con la pubblicazione da parte del Miur dei decreti sugli esami di ammissione, è iniziata la procedura - che si concluderà nell'ultima settimana di settembre - per gli esami di ammissione nei corsi di laurea di area sanitaria: Medicina e chirurgia, Odontoiatria, Professioni sanitarie e Veterinaria. Sul totale di 35.827 posti, che sono 1.838 in meno rispetto ai 37.640 dello scorso anno

(-4,9%), la maggioranza sono i 25.522 delle 22 professioni sanitarie (Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche, Tecnico di radiologia, di laboratorio ecc.) per i quali il decreto Miur ha stabilito la ripartizione dei posti per ogni professione e per ogni Ateneo. Mentre i restanti 11.022 posti sono ripartiti fra Medicina e chirurgia, Odontoiatria per ogni Ateneo. Per Medicina e chirurgia i posti sono 9.513 rispetto ai 10.083 dello scorso anno, quindi 570 in meno

(-5,7%). Per Odontoiatria sono 792 rispetto ai 949 dello scorso anno (-16,5%). Per le professioni sanitarie i posti sono 25.522 rispetto ai 26.608 dello scorso anno (-4,1%).

MASTRILLO A PAG. 16-17

Aa 2015-16	
	Posti
Medicina	9.513 (-5,7%)
Odontoiatria	792 (-16,5%)
Professioni sanitarie	25.522 (-4,1%)

CORSI DI LAUREA/ I decreti del Miur sugli esami di ammissione: pronti 35.827 posti

L'area sanitaria apre le porte

Medicina a quota 9.513 (-5,7%), professioni sanitarie a 25.522 (-4,1%)

Con la pubblicazione da parte del Miur dei decreti sugli esami di ammissione, è iniziata nei giorni scorsi e si concluderà nell'ultima settimana di settembre la procedura per gli esami di ammissione nei corsi di laurea di area sanitaria: Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Professioni Sanitarie e Veterinaria. Sul totale di 35.827 posti, che sono 1.838 in meno rispetto ai 37.640 dello scorso anno (-4,9%), la maggioranza sono i 25.522 delle 22 Professioni Sanitarie (Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche, Tecnico di Radiologia, di Laboratorio ecc.) per i quali il decreto Miur ha stabilito la ripartizione dei posti per ogni professione e per ogni Ateneo. Mentre i restanti 11.022 posti sono ripartiti fra Medicina e Chirurgia, Odontoiatria per ogni Ateneo.

Medicina e Chirurgia. Sono 9.513 posti rispetto ai 10.083 dello scorso anno, quindi 570 in meno (-5,7%). Anche

la richiesta delle Regioni per 10.122 che è inferiore ai 10.748 dello scorso anno (-5,8%). Mentre la Categoria Fnomceo ne aveva chiesto solo 6.500 con 500 in meno dello scorso anno (-7,1%) e infine del Ministero della Salute con 9mila. Ma questo non è servito per la riduzione.

Odontoiatria. Sono 792 rispetto a 949 dello scorso anno (-16,5%), con richiesta della Categoria Cao pari a zero e delle Regioni che scendono da 844 a 700 (-17,1%).

Sul totale di Medicina e di Odontoiatria, che svolgono insieme l'esame di ammissione nella stessa giornata dell'8 settembre, analogamente allo scorso anno potrebbero essere circa 86mila le domande da parte degli studenti con un rapporto di 6,3.

Veterinaria. I posti sono 717 rispetto a 774 dello scorso anno (-7,9%) con richiesta delle Regioni per 472, inferiore ai 657 dello scorso anno (-28%);

mentre la Categoria Fnovi ne aveva chiesti 482 con 9 in meno sullo scorso (-0,8%).

Professioni sanitarie. Gli attuali 25.522 posti assegnati, sono 1.086 in meno rispetto ai 26.608 dello scorso anno (-4,1%). Sono minori anche della richiesta delle Regioni per 27.244 (-6%) e dei 30.449 delle Categorie (-16%). In prevalenza la differenza in negativo di circa 2mila posti riguarda gli infermieri dato che i posti disponibili sono 15.144 a fronte di una maggiore richiesta sia delle Regioni per 18.590, che della Categoria Ipvsvi per 16.725. Le

Regioni, con 27.244, hanno chiesto meno dei 28.761 dello scorso anno (-5,3%). Mentre le 22 categorie hanno chiesto 30.449, meno dei 32.552 dello scorso anno (-6,5%).

Le domande attese da parte degli studenti potrebbero essere

circa 88mila con un rapporto di 3,3 medio fra le 22 professioni, con range che va dai 12 di Fisioterapista (27.258 su 2.213 posti) e 10 di Logopedista (6.205 su 687) fino a 1 di Assistente Sanitario e 0,8 di Assistente Sanitario con 225 domande su 276 posti a bando.

L'offerta formativa è diminuita anche sul numero dei corsi da 460 a 450, con 10 corsi. Ben 9 in meno riguardano l'Università di Catanzaro che sui 16 corsi precedenti ne mantiene solo 7, spostando quindi su questi parecchi posti degli altri corsi non attivati. Diminuiscono i corsi anche in altri Atenei: Cagliari da 9 a 7, Foggia da 7 a 5 per la disattivazione di Ostetricia e Logopedia e Salerno da 5 a 4 per la chiusura di Infermieristica Pediatrica.

Ma ci sono anche nuove attivazioni, seppure appena tre: a Trieste Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, a Bologna

Assistente Sanitario e a Cagliari Educatore Professionale.

Rispetto alla riduzione totale dei posti che in media è del -4,1%, si va dal +22% di Audioprotesista, al +10% di Assistente Sanitario e al +6% di Educatore Professionale passando alle riduzioni del -2% per Fisioterapista, del -3,5% di Infermiere (da 15.701 a 15.144) fino alle riduzioni superiori al -10% per Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Tecnico di Laboratorio, Tecnico Ortopedico, quindi Podologo con -15%, Ortottista con -17% e infine Tecnico di Radiologia con il -19 per cento. Su quest'ultima ha inciso la richiesta di riduzione sia da parte delle Regioni (da 980 a 859), sia del ministero della Salute da 930 a 809, che della Categoria, stabile su 737. Riduzione anche per Infermiere con il -3,5%, da 15.701 dello scorso anno agli attuali 15.144.

Sempre sulla media totale del -4,1%, pari a -1.086 sui 26.608 dello scorso anno vedono l'aumento della Basilicata con +51% (da 130 a 196), Marche +20% (da 480 a 575) e Provincia di Trento con +12% (da 214 a 240). Al contrario è in riduzione la maggioranza

delle altre Regioni con i tagli più significativi per Umbria -31% (da 655 a 450) e Calabria -34% (da 685 a 450) con dimezzamento da 400 a 200 per Infermiere.

Fra le professioni la riduzione maggiore riguarda Tecnico di Radiologia che, negli ultimi sei anni, dai 1.466 posti del 2010 è scesa a 819 del 2015 con differenza di 647, pari al -44,1 per cento. Riduzione che è in linea con il calo occupazionale che è sceso dal 92% del 2007 al 38% del 2013, pari a -54 punti percentuali. Non è quindi mancata l'attenzione da parte della Federazione Tsm, le Regioni e soprattutto del ministero della Salute che negli ultimi quattro è sempre intervenuto riducendo di circa 70 all'anno. Tuttavia, resta ancora l'ingiustificato esubero di qualche Regione come la Campania con 110 che risulta sproporzionato in eccesso sia rispetto ai 130 della Lombardia che ai 70 del Lazio, a cui dovrebbe invece allinearsi. Nel merito va tuttavia evidenziato che il Coordinamento Regionale dei Tecnici Radiologia della Campania ha segnalato che negli ultimi anni ha invano chiesto a Regione e

Università di ridurre i posti a 90, dovendone invece poi subire 110. Mentre nel Lazio, peraltro, prosegue la graduale riduzione dei posti da parte delle Università che quest'anno calano da 145 a 90 (-38%). In prospettiva per il prossimo AA 2016-2017 sarebbe quindi indicato stabilire un fabbisogno nazionale pari a 700, congiunto fra Regioni e Federazione, con analoga pari offerta formativa delle Università.

Angelo Mastrillo



Corsi di laurea della facoltà di Medicina e chirurgia - Anno accademico 2015-2016 (posti decretati dal ministero)

dell'Università, 3 luglio 2015

	Infermiere	Infermiere pediatrico	Occhista	Educatore professionale	Fisioterapista	Logopedista	Odontoiatra	Podologo	Tecnico riabilitazione psichiatrica	Terapista neuro evolutiva	Terapista occupazionale	Dietista	Igienista dentale	Tecnico ortopedico	Tecnico fluorofisio.	Tecnico audioprotesista	Tecnico audiometrista	Tecnico radiologia	Assistente sanitario	Tecnico prevenzione	Totale	Corsi	Magistrali Medicina e chirurgia	Odonoiatri			
Torino I	466	30	25	110	50	30	14	-	-	15	-	20	30	-	-	18	10	-	-	30	941	16	389	42			
Torino 2	199	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	224	2	100	-			
Vercelli	400	23	25	-	50	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	20	15	-	-	568	7	95	-		
Genova	300	20	25	30	75	15	10	15	20	15	-	15	20	10	10	15	-	-	20	15	10	705	19	250	20		
Brescia	345	-	20	80	90	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	30	25	50	20	708	11	209	16		
Varese	149	-	20	50	40	-	-	-	-	-	-	-	18	-	10	-	-	15	15	-	-	326	8	159	16		
Milano	615	25	50	80	115	75	15	25	25	50	32	30	65	20	15	25	15	10	40	40	30	25	1.412	22	384	58	
Milano Bicocca	270	-	35	-	60	-	-	-	-	30	-	-	30	-	-	-	-	-	30	25	-	-	580	7	135	16	
Milano San Raffaele	75	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135	3	136	35	
Milano Humanitas	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	1	80	-	
Pavia	175	-	20	-	40	-	10	-	15	15	15	15	15	15	15	-	-	10	15	25	-	20	421	15	250	16	
Padova	710	-	36	45	100	25	10	-	-	15	15	15	35	-	-	125	-	10	25	64	40	30	1.300	16	378	15	
Verona	710	-	24	-	70	25	-	-	-	25	-	-	20	-	10	-	-	-	30	23	-	-	957	10	177	15	
Trieste	100	-	16	-	25	-	-	-	16	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	16	193	6	121	25		
Udine	140	-	-	50	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	-	-	247	5	90	-		
Bologna	592	-	30	37	60	18	-	12	-	-	-	10	15	15	-	-	-	10	15	25	20	28	887	14	340	28	
Ferrara	240	-	20	30	50	25	10	-	10	-	-	10	12	-	-	-	-	-	15	20	-	-	442	11	151	15	
Modena Reggio	258	-	20	-	30	15	-	-	14	-	15	10	20	-	10	-	-	-	15	15	-	-	422	11	111	10	
Parma	243	-	20	-	40	16	10	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	15	15	-	22	402	9	206	18	
Ancona	370	-	30	30	40	25	-	-	-	-	-	15	15	-	-	-	-	-	15	15	-	20	575	10	150	21	
Firenze	375	-	18	40	73	15	-	-	-	-	-	-	21	-	16	-	-	10	19	38	22	28	875	12	330	46	
Pisa	350	-	18	-	22	10	-	20	15	15	-	12	15	-	-	-	-	20	20	-	20	567	13	236	10		
Siena	220	-	14	-	25	20	10	-	-	-	-	12	12	-	10	-	-	-	21	12	-	22	378	11	231	-	
Perugia	290	-	30	-	30	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	25	-	25	455	7	190	10	
Roma Campus	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	2	120	-	
Roma Cattolica	450	-	50	-	65	30	10	-	-	-	30	15	40	10	15	-	-	-	20	20	-	50	805	13	320	25	
Roma Sapienza farm.	1.376	-	-	-	85	-	-	-	-	15	-	15	30	10	-	-	-	-	30	30	-	44	1.635	9	121	-	
Roma Sapienza odon.	877	30	30	-	65	35	15	-	10	25	60	-	70	-	15	15	15	-	10	30	30	19	1.371	18	587	65	
Roma Sapienza psic.	198	-	16	-	16	-	-	19	19	-	-	-	-	10	-	-	-	-	10	20	-	10	337	10	160	-	
Roma Tor Vergata	885	20	25	75	73	50	15	20	15	50	-	20	30	10	10	10	10	10	10	-	-	1.358	19	240	35		
Chieti	245	-	11	-	50	-	10	-	-	-	27	10	10	-	-	-	-	-	20	13	37	12	455	12	180	30	
L'Aquila	108	-	11	-	70	-	10	-	20	30	30	10	10	-	-	-	-	-	20	13	-	12	344	12	98	20	
Campobasso	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	107	3	75	-	
Napoli Federico II	400	45	45	-	90	30	15	-	-	-	-	20	20	10	15	15	10	-	10	50	50	35	860	16	446	30	
Napoli Sun	450	40	40	-	110	60	10	-	20	55	-	-	15	-	-	-	-	-	55	50	-	-	905	11	438	24	
Salerno	150	-	40	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	245	4	146	10	
Bari	550	-	15	25	120	20	10	-	15	-	-	-	10	10	-	10	20	10	20	10	35	910	17	319	13		
Foggia	251	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	20	10	-	-	321	5	75	28	
Casertano	200	30	-	-	50	50	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	35	450	7	240	10		
Catania	159	-	10	-	40	14	10	-	10	-	-	15	-	-	15	11	-	-	13	15	-	-	312	11	270	15	
Messina	290	25	10	-	35	10	10	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	10	13	15	-	30	470	12	183	15
Palermo	160	-	10	-	25	35	10	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	20	20	20	324	10	297	15	
Cagliari	150	-	15	25	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	10	25	-	268	7	188	10	
Sassari	110	-	15	-	22	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	10	-	-	182	6	117	15	
Totale	15.144	288	839	707	2.169	688	214	111	299	342	233	382	655	126	180	315	60	110	859	819	384	678	25.322	450	9.513	792	
Corsi	15.701	298	816	667	2.121	687	257	130	333	333	254	402	677	141	141	120	959	1.007	276	731	26.008	460	10.083	949			
Differenza 2015 su 2014	-557	-10	-77	-40	-44	-1	-43	-19	-34	9	-31	-20	-22	-15	-8	57	0	-10	-100	-188	28	-53	-1.686	-10	-570	-157	
	-3,5%	-3,4%	-8,4%	6,0%	-2,0%	0,1%	-16,7%	-14,6%	-10,2%	2,7%	-8,3%	-5,0%	-3,2%	-10,6%	-4,3%	22,1%	0,0%	-8,3%	-10,4%	-18,7%	10,1%	-7,3%	-4,4%	-2,2%	-5,7%	-16,5%	

Fonte: tabelle elaborazione A. Mastroi

Posti nei corsi di laurea professioni sanitarie

	Aa 2015-16	Aa 2014-15	Differenze	
Per professione				
Tecnico audioprotesista	315	258	57	22,1%
Assistente sanitario	304	276	28	10,1%
Educatore professionale	707	667	40	6,0%
Terapista neuro età evolutiva	342	333	9	2,7%
Logopedista	688	687	1	0,1%
Tecnico audiometrista	60	60	0	0,0%
Fisioterapista	2.169	2.213	-44	-2,0%
Igienista dentale	655	677	-22	-3,2%
Infermiere pediatrico	288	298	-10	-3,4%
Infermiere	15.144	15.701	-557	-3,5%
Tecnico fisopat. cardiocircolatorio	180	188	-8	-4,3%
Dietista	382	402	-20	-5,0%
Tecnico prevenzione lavoro	678	731	-53	-7,3%
Terapista occupazionale	233	254	-21	-8,3%
Tecnico neurofisiopatologia	110	120	-10	-8,3%
Occhista	839	916	-77	-8,4%
Tecnico riabilitazione psichiatrica	299	333	-34	-10,2%
Tecnico laboratorio	859	959	-100	-10,4%
Tecnico ortopedico	126	141	-15	-10,6%
Podologo	111	130	-19	-14,6%
Ortottista	214	257	-43	-16,7%
Tecnico radiologia	819	1.007	-188	-18,7%
Totale	25.322	26.608	-1.086	-4,1%
Per Regione				
Basilicata	196	130	66	50,8%
Marche	575	480	95	19,8%
Pa Trento	240	214	26	12,1%
Puglia	1.185	1.129	56	5,0%
Friuli Venezia Giulia	450	435	15	3,4%
Toscana	1.815	1.836	-21	-1,1%
Emilia Romagna	2.103	2.129	-26	-1,2%
Veneto	1.927	1.968	-41	-2,1%
Lazio	4.999	5.122	-123	-2,4%
Liguria	705	724	-19	-2,6%
Campania	2.010	2.065	-55	-2,7%
Lombardia	3.717	3.874	-157	-4,1%
Sardegna	450	470	-20	-4,3%
Molise	347	367	-20	-5,4%
Piemonte	1.783	1.892	-109	-5,8%
Sicilia	1.096	1.215	-119	-9,8%
Pa Bolzano	210	245	-35	-14,3%
Abruzzo	799	953	-154	-16,2%
Valle d'Aosta	15	20	-5	-25,0%
Umbria	450	655	-205	-31,3%
Calabria	450	685	-235	-34,3%
Totale	25.322	26.608	-1.086	-4,1%

L'impronta che resta nelle banche dati

Il dato sanitario non è mai neutro, concorrendo al rischio di esclusione sociale e lavorativa della persona. Le basi dati fanno gola al marketing, mentre è elevato il valore dell'elaborazione epidemiologica. Necessario rafforzare la figura del privacy officer specializzato.

ECCHER A PAG. 3



ACCESSO ALLE BANCHE DATI

Ma la tutela resta difficile per i dati sensibili digitali

È necessario rafforzare la figura dell'officer specializzato

Open Data, significa letteralmente "dati aperti", ovvero la libertà di accesso ai dati per poterli riutilizzare.

I dati, infatti, rappresentano una fonte preziosa di informazioni, ma se non ne viene permesso l'accesso a chi questi dati ha necessità di utilizzarli a vario titolo, rimangono privi di valore.

Naturalmente, nel caso di dati sanitari sensibili, il concetto di apertura confligge con la necessità di proteggere queste informazioni da qualsiasi accesso ingiustificato e

dal loro utilizzo per scopi non previsti e non inerenti alla necessità di assistenza e cura della persona a cui i dati si riferiscono.

Il dato sanitario non è mai neutro neppure quanto aggregato.

I dati sanitari definiscono la persona che corre il rischio di esclusione sociale e lavorativa. Le basi dati fanno gola a molti operatori di marketing e l'elaborazione epidemiologica definisce un territorio con conseguenze sicuramente positive per l'impostazione

dei servizi ma con ripercussioni economiche facilmente immaginabili.

In ambito sanitario, possiamo distinguere vari livelli di apertura dei sistemi di gestione delle informazioni inerenti alla salute dei cittadini, in base al progressivo allargamento della platea di professionisti sanitari tra cui i dati sono messi in condivisione:

- il dossier clinico, oggetto delle raccomandazioni del garante, costituito dall'insieme dei dati personali generati da tutti gli eventi clinici verificatisi all'interno di una struttura (ospedale o clinica privata) che riguardano o hanno riguardato l'interessato, i cui dati sono condivisi accessibile potenzialmente con tutti gli operatori della struttura che possono accedervi per scopi di assistenza o cura;

- i sistemi informativi dei servizi territoriali di assistenza primaria per la realizzazione di specifici obiettivi e percorsi assistenziali o l'aggregazione di diversi professionisti per l'erogazione di prestazioni assistenziali primarie complesse, spesso connesse ai sistemi e servizi ospedalieri. Tali sistemi connettono più titolari del trattamento, anche se in modo più ristretto del Fse e per specifiche finalità di cura;

- il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), costituito dall'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario riguardanti l'assistito, che può essere alimentato da una pluralità di fonti e di titolari di trattamento: da sistemi ospedalieri, da sistemi delle cure primarie, dallo stesso cittadino attraverso la propria Phr (Personal health record) con dati che non sono generati nell'istituzione sanitaria (allergie, episodi di malattia che non hanno dato luogo a visite o ricoveri, farmaci assunti senza prescrizione ecc.). Potenzialmente una vasta pluralità di soggetti non prevedibile a priori può avere necessità di accedere al Fse.

Come tutte le classificazioni, naturalmente, i confini tra i vari sistemi non sono netti, si pensi a esempio a una cartella oncologica

(quindi di singola specialità) dipartimentale, che può essere consultata da diversi reparti che forniscono le terapie oncologiche o di supporto, quindi assimilabile al dossier clinico.

L'Fse è il sistema che presenta i problemi tecnici e organizzativi più rilevanti, posti dalla connessione di sistemi diversi per la sua alimentazione: disponibilità dei professionisti di mettere a disposizione i loro dati, apertura dei sistemi locali da parte dei produttori di software di cartelle cliniche, adozione di standard di interoperabilità sintattica e semantica per lo scambio dei dati sanitari.

Oltre a questo, il Garante ha emanato una serie di direttive molto stringenti per la protezione dei dati personali dei dati e la definizione di procedure di accesso e scambio nell'ambito di un sistema frammentato come l'Fse, che hanno richiesto un notevole lavoro per l'adozione di misure di sicurezza idonee nel rispetto della legge sulla privacy.

Proprio perché il dossier elettronico, pur confinato nel perimetro di una sola struttura, prevede l'accesso di un professionista ai dati e alle informazioni generate nell'ambito dell'intera struttura sanitaria e non solo del suo reparto, registrati da professionisti diversi, in occasione di altri eventi clinici non direttamente riferibili all'episodio presente, il Garante ha posto la medesima attenzione che per il Fse per quanto riguarda le misure di protezione dei dati personali contenuti nel dossier.

Oltre alla necessità di un'informativa specifica, la direttiva emanata si traduce in sostanza nella necessità che i sistemi implementino misure per la segnalazione di eventuali violazioni di accesso da parte di estranei o soggetti interni non legittimati ad accedere ai dati, e la registrazione da parte del sistema di tutti gli accessi (identità di chi accede, reparto di appartenenza, data e ora) in modo che si possa fornire all'interessato ogni informazione prevista dalla normativa, quando questi lo richieda.

Nel caso dei dossier clinici, dal punto di vista tecnico tali adempimenti sono più semplici da tradurre in opportune funzionalità dei sistemi in oggetto, rispetto al Fse, data, come detto, l'implementazione del dossier in un perimetro controllato e più ristretto, con una

platea di utilizzatori e di ruoli conosciuta all'organizzazione sanitaria.

Il problema è invece, come spesso accade, prettamente organizzativo di individuazione dei ruoli, in

quanto il responsabile del trattamento deve decidere chi in un certo momento della storia del paziente può essere abilitato ad accedere ai dati di un paziente ricoverato e quindi determinare cosa costituisca violazione da denunciare nei tempi prescritti dal garante.

Per questi motivi il garante nella sua raccomandazione ha posto l'accento non solo ai diritti, primi tra tutti la chiarezza informativa ma anche sulla necessaria implementazione delle misure di sicurezza coordinate da un Privacy officer specializzato.

Proprio la formazione di questa figura e quella del personale è punto cardine che andrà analizzato e dovrà divenire parte dei percorsi formativi universitari. Non è possibile infatti, pensare che i singoli medici inventino "artefici informatici" per tentare di parlarsi tra di loro e non è neppure possibile pensare che improvvisamente le strutture si adeguino in tempi rapidi alle raccomandazioni.

La programmazione sanitaria dovrà, finalmente, rendersi conto che l'accentramento statale e non su base regionale, è l'unico sistema per garantire la qualità e certezza dei flussi informativi e la presa in carico del paziente anche da parte dei centri di eccellenza che possono essere diversamente allocati sul territorio nazionale e, non da ultimo, la formazione degli operatori che potrebbero anche in questo caso giovare di un piano formativo e-learning in grado di formare capillarmente tutti coloro che operano a contatto con i dati che, all'interno di una struttura non sono solo confinati nei sistemi informativi.

Claudio Eccher

PhD eHealth unit

Center for information and communication technology - Fbk-Fondazione Bruno Kessler

Prevista
una denuncia
per le eventuali
manomissioni

*Rassegna
di giurisprudenza*

In rassegna il massimario recente della giurisprudenza sanitaria. Dalla bocciatura della Consulta del divieto di accesso alla Pma per le coppie malate non sterili alle sentenze dei tribunali amministrativi sul pubblico impiego.

A PAG. 8-9

MASSIME/ Una rassegna aggiornata delle più importanti decisioni in ambito salute

Parola di giudice nella sanità

Dalla procreazione assistita all'erogazione dei Lea: le ultime sentenze

La sanità si conferma un ambito tanto vasto quanto eterogeneo, in cui la giurisprudenza trova sempre nuove strade interpretative alle situazioni più disparate.

Dalla fecondazione medicalmente assistita al trasporto sanitario, dall'applicazione dei Livelli essenziali d'assistenza agli appalti, le massime che sono state selezionate, rivestono importanza per il particolare livello di approfondimento e dettaglio di questioni che quotidianamente investono i diversi ambiti della nostra sanità pubblica.

Bioetica e salute. Di particolare rilevanza per le ricadute nella vita dei cittadini, la decisione della Consulta in ambito Pma. L'alta corte ha infatti deciso l'incostituzionalità degli articoli 1 (commi 1 e 2), e 4

(comma 1), della legge 19 febbraio 2004, n. 40 - Norme in materia di procreazione medicalmente assistita - che non permettevano alle coppie fertili, sebbene portatrici di patologie genetiche, di accedere ai trattamenti per la procreazione medicalmente assistita.

Una norma che i giudici ha considerato lesiva del diritto primario all'eguaglianza, oltre che del bene supremo della salute, difeso dalla nostra Carta costituzionale all'articolo 32.

Sempre in ambito di procreazione medicalmente assistita è giunta la sentenza del Tar del Veneto di annullamento della delibera della Giunta regionale del Veneto, che aveva previsto il limite dei 43 anni per l'accesso alla tecnica eterologa nelle strutture pubbliche, a differenza dell'omologa a cui

si può accedere con un'età superiore. Questa pronuncia dà luogo a quattro massime che riguardano la potestà concorrente in materia di Lea e in particolare sul tema della Pma, in mancanza di indicazioni specifiche sul numero di gameti nella legge nazionale.

Di tutt'altro tenore le altre pronunce che investono gli ambiti operativi dell'assegnazione degli appalti per il servizio di soccorso e di trasporto sanitario (Tar Puglia) e per le forniture di iniettori per angiografi e Tac (Tar Veneto).

Le altre sentenze in ambito amministrativo riguardano il tema del pubblico impiego nelle aziende sanitarie.

A PAG. 6

Screening Pid

**Malattie rare,
una cura
più efficace
con il test
neonatale
e la diagnosi
precoce**

MALATTIE RARE/ Il test neonatale che intercetta 175 immunodeficienze primitive

Screening allargato per tutti

La diagnosi precoce ha un costo irrisorio ed evita danni poi irreparabili

DI DANIELA SCARAMUCCIA *

Circa 6 milioni di persone al mondo, e più di 5mila in Italia, tra bambini e adulti, soffrono di immunodeficienze primitive (Pid). Si tratta di un insieme di patologie, circa 175, in cui il sistema immunitario perde totalmente o in parte la sua funzionalità.

Generalmente queste condizioni si manifestano nei primi mesi di vita e, se non correttamente diagnosticate e trattate, hanno un decorso invalidante o fatale. Il bambino con deficit immunitario nasce sano ma ben presto, già nel primo anno di vita, viene colpito da gravissime forme infettive contro le quali non sa difendersi. Le conseguenze delle infezioni possono essere invalidanti e possono provocare la morte ancor prima che la diagnosi di immunodeficienza venga effettuata.

Il riconoscimento precoce di una delle varie forme di Pid è quindi fondamentale. Eseguire, a esempio, il trapianto di cellule staminali per gravi immunodeficienze combinate durante i primi 3 mesi di vita garantisce un tasso di sopravvivenza superiore al 95%, di contro per quei pazienti il cui trapianto viene effettuato più tardivamente il

tasso di sopravvivenza scende al 60-70 per cento (*Buckley 2004, Gaspar et al 2004, Puck 2007*).

Dei 6 milioni di pazienti nel mondo, secondo quanto stimato dall'Ipopi, l'Associazione internazionale dei pazienti con Immunodeficienze primitive, sono solo 27-60mila i pazienti diagnosticati in fase precoce (*dati provenienti dai registri del network dei Jeffrey Modell Center*). Come mai?

Per rispondere è necessario ricordare che lo screening neonatale per una determinata patologia viene adottato quando si verificano i seguenti fattori: alta incidenza, alta mortalità e/o morbilità, presenza di un test affidabile ed esistenza di una terapia in grado di modificare il decorso una volta effettuata la diagnosi. E le Pid ricadono oggi in questa casistica, ma fino a qualche anno fa il costo elevato e la complessità della metodologia in uso erano una barriera all'applicazione dello screening di massa.

Per questo i ricercatori di tutto il mondo lavorano da tempo alla definizione di un metodo che permetta di diagnosticare queste malattie alla nascita, in modo che il bambino sia curato prima che si verifichino danni irreparabili.

In anni recenti negli Usa è stato messo a punto un metodo basato su una tecnica di ampli-

ficazione genica che consente di determinare l'esistenza di un deficit a carico del sistema immunitario utilizzando gli stessi spot neonatali comunemente effettuati su tutti i nuovi nati per gli screening di routine.

L'analisi su oltre 2,5 milioni di bambini che hanno avuto accesso allo screening neonatale per Pid negli Stati Uniti ha mostrato anche significativi benefici economici per il sistema (tavola 1). Infatti, se un neonato affetto da Pid non viene individuato alla nascita costa al sistema, già nel primo anno di vita, circa 2 milioni di dollari (tra ricoveri per infezioni e interventi), oltre ai danni permanenti da cui potrà essere affetto. Su circa 100mila nati, considerata l'incidenza, ci si attendono tre neonati positivi, per un costo totale di cura di circa 6 milioni di euro. Lo screening di massa costerebbe invece 4,25 dollari a neonato, circa 425mila dollari, e la terapia per i tre neonati risultati positivi circa 960mila dolla-

ri, ovvero 1,385 milioni di dollari. Meno di un terzo.

Oggi negli Stati Uniti il Dipartimento della Salute considera lo screening neonatale per la Pid un "National standard for all newborns screening programs" e viene effettuato in 34 Stati, nel District of Columbia e nella Navajo Nation, circa il 78% dei neonati.

E in Italia? La situazione è come al solito a macchia di leopardo e parecchio arretrata in alcune Regioni. Gli screening neonatali obbligatori sono solamente tre: l'ipotiroidismo, la fenilchetonuria e la fibrosi cistica. Anche se ormai da anni è disponibile uno screening allargato, per permettere di identificare alla nascita la presenza di un rilevante numero di altre malattie (da 20 a 40, a seconda dei pannelli utilizzati) in aggiunta alle tre già oggetto di screening obbligatorio.

Nel 2013, il 100% dei nati è stato sottoposto a screening per la fenilchetonuria e l'ipotiroidismo, mentre, nonostante l'obbligatorietà, solo il 75% dei neonati ha avuto accesso allo screening per la fibrosi cistica e il 30% ha avuto accesso allo screening esteso (*Simmesn - So-*

cietà Italiana per lo Studio delle malattie metaboliche e lo screening neonatale) (tavola 2). Oggi solo Toscana e Umbria adottano, oltre allo screening esteso, anche lo screening per le immunodeficienze primitive (tavola 3).

E proprio in Toscana è stato sviluppato e brevettato qualche anno fa dai ricercatori dell'Aou Meyer e dell'Università di Firenze un test dal costo irrisorio che con la goccia di sangue prelevata dal tallone del neonato al momento della nascita consente di effettuare lo screening neonatale per Pid con la tecnica della spettrometria di massa. È stato poi sviluppato un test aggiuntivo e ora con la stessa goccia di sangue e tecniche di biologia molecolare è possibile arrivare a diagnosticare oltre il 95% delle immunodeficienze.

A maggio, il Garante della Privacy ha dato il via libera al decreto del ministero della Salute che stanziava 10 milioni di euro all'anno con l'obiettivo di garantire «la progressiva universalità, uniformità e gratuità dello screening neonatale esteso», in via facoltativa, a 53 patologie. Tra queste non sono

state però inserite le Pid, perpetuando così il fenomeno del "postcode lottery", per cui il destino di due neonati affetti dalla medesima malattia può essere determinato dal nascere a pochi chilometri di distanza, divisi da un confine regionale.

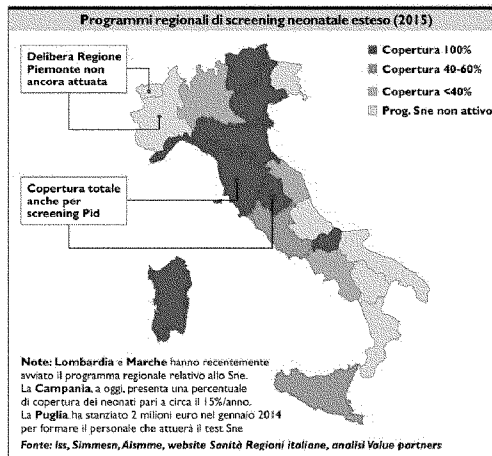
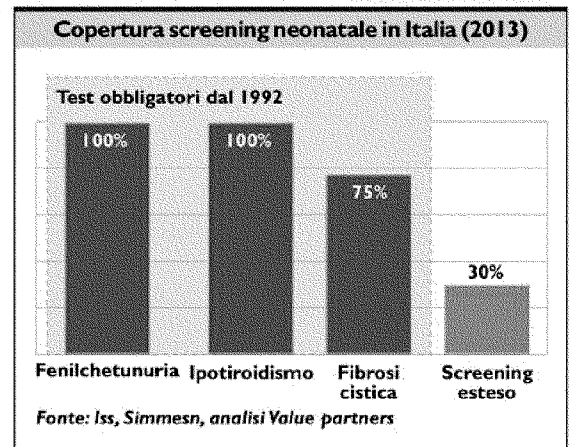
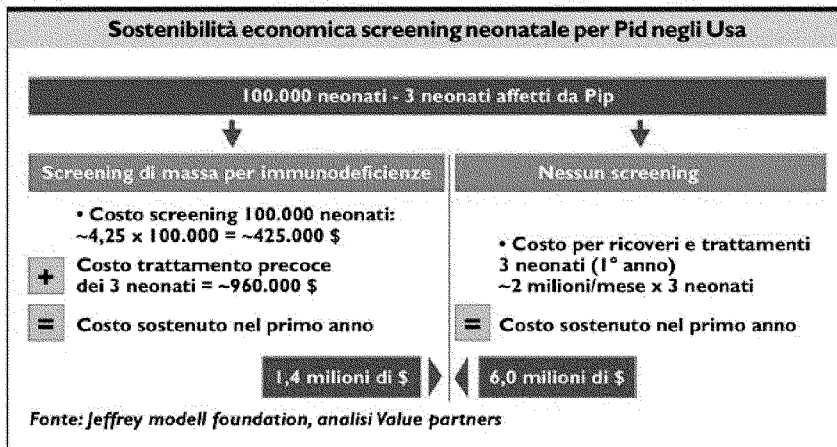
Emerge chiaramente l'urgenza di affrontare in modo strutturale il problema, allargando il bacino delle patologie oggetto dello screening neonatale includendo le Pid. L'esperienza toscana mostra che il costo addizionale è contenuto, circa 4-5 euro per neonato (coerente con l'esperienza statunitense), utilizzando apparecchiature (spettrometria di massa e biologia molecolare) già esistenti e lo stesso campione prelevato per lo screening neonatale. Ovvero un costo annuo incrementale se esteso a tutto il Paese di circa 2,6-3 milioni di euro, assolutamente trascurabile nel bilancio sanitario e con evidenti benefici economici per il sistema (come mostra l'esperienza americana), oltre che per la salute dei bambini.

Bisognerebbe poi includere lo screening neonatale così esteso in modo strutturale nei Lea, in corso di revisione e non

ancora approvati, in modo che anche le Regioni soggette ai vincoli finanziari del piano di rientro possano provvedere alla loro erogazione.

Infine è fondamentale definire un programma di adeguamento progressivo con chiari obiettivi di risultato per le Regioni, che ponga fine almeno in questo percorso all'inaccettabile ingiustizia del "postcode lottery".

* Partner
Value Partners Management Consulting



IL CASO

I bimbi sul tablet
8 ore al giorno
L'alt dei medici:
come una droga

ELENA DUSI

CARA, vecchia tv. La baby sitter di una generazione è stata (quasi) mandata in soffitta da smartphone e tablet. Un bambino americano di 8 anni passa otto ore al giorno con i media elettronici. In Italia l'81% dei tredicenni si collega a Internet tutti i giorni.

Lo studio. L'allarme dei medici: in Inghilterra un bimbo di neanche dieci anni ne ha già passato uno davanti al monitor. Gli esperti italiani ai genitori: tocca a voi inventarvi attività e giochi per staccarli dagli schermi

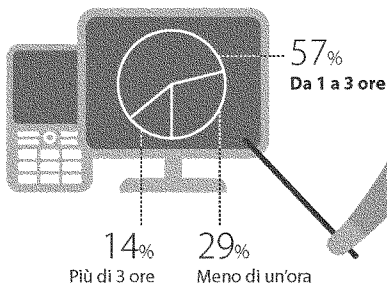


LA DIPENDENZA

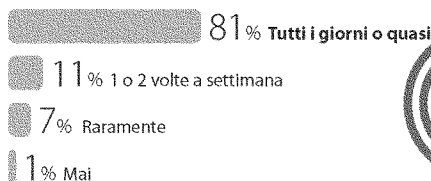
L'allarme di medici e esperti sull'uso di pc e tablet da parte di bimbi e adolescenti

Giovani, allarme tecnologia

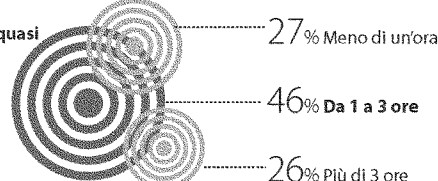
Quante ore al giorno guardi la Tv?



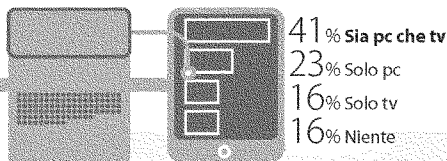
Con che frequenza ti colleghi a internet?



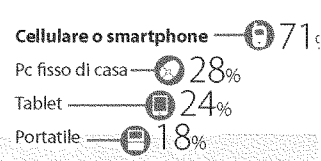
Quante ore al giorno passi su internet?



Hai televisore e pc in camera?



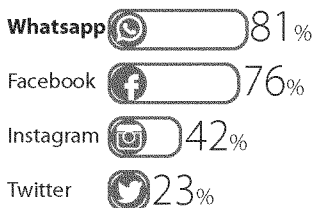
Per collegarti quale strumento usi?



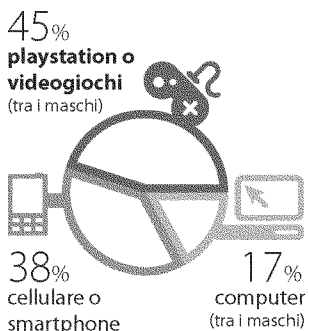
25,2% non ha letto nessun libro

FONTE: Società italiana di pediatria 2014

I social network più usati dai ragazzi?



Se avessi mille euro, cosa compreresti?



Ogni giorno otto ore al tablet “Per i piccoli è una droga”

ELENA DUSI

CARA, vecchia Tv. La baby sitter di una generazione è stata (quasi) mandata in soffitta da un esercito di agguerriti smartphone e tablet. Ai genitori i telecomandi per spegnere tutto ormai non bastano più, anche perché i nuovi strumenti sono ben custoditi nelle tasche e nelle camere dei ragazzi, anziché nel salotto di casa.

Un bambino di 7 anni in Gran Bretagna ne ha già trascorso uno a tu per tu con uno schermo. Un bambino americano di 8 anni passa 8 ore al giorno con i media elettronici. Un ragazzo tra i 13 e i 17 anni negli Usa spedisce 3.364 sms al mese, di cui 34 al giorno dopo aver spento la luce la sera. In Italia l'81 per cento dei tredicenni si collega a internet tutti i giorni. Per il 12% accedere a un social network è la prima attività dopo il risveglio e per il 35 per cento l'ultima prima del sonno.

Secondo gli ultimi dati della Società italiana di pediatria, il rapporto tra adolescenti e internet è sempre più privato - il 71% dei tredicenni si collega alla rete con il proprio telefonino - e lontano dal controllo dei genitori. Il 46% degli adolescenti passa da 1 a 3 ore al giorno sul web e il 26% supera le 3 ore. Per 6 giovani su 10 internet è «irrinunciabile» e quasi uno su 4 senza i suoi amici virtuali «si sente solo». Ma l'uso di Whatsapp (il social network prediletto per l'81% dei ragazzi) e Facebook (tre adolescenti su quattro hanno un profilo) rende gli utenti raggiungibili giorno e notte, trasformando il calcolo delle ore di connessione in un'operazione senza senso. «La migrazione dal computer al telefonino - spiega Giovanni Corsello, presidente della Società italiana di pediatria - impedisce ai genitori di rendersi conto del tempo trascorso dai figli sui social network. E agevola l'abuso notturno, rubando ore preziose al sonno dei ragazzi».

Negli Stati Uniti, secondo una ricerca del 2010 della Kaiser Family Foundation citata dal *New York Times*, i genitori hanno ormai abdicato

al loro ruolo di controllo: due su tre non impongono neanche una regola sull'uso di tablet, tv, telefonini e videogiochi. E la passione per gli schermi luminosi va a colonizzare fasce d'età sempre più precoci. Ad aprile di quest'anno una ricerca dell'ospedale di Philadelphia Einstein Healthcare Network ha trovato che il 36% dei bambini inizia a maneggiare un telefonino o un tablet ancor prima di aver compiuto un anno.

Se l'attaccamento eccessivo all'elettronica è diventato un'epidemia mondiale o quasi, c'è un Paese che ha deciso di affrontarla con i muscoli. La Cina ha classificato la dipendenza da internet come una malattia e per curarla ha aperto centri di riabilitazione dove nessuno spiraglio è lasciato alla libertà di smanettare su schermi e tastiere. Al pro-

gramma militaresco imposto a tre adolescenti "internati" per tre mesi nella Internet addiction clinic di Pechino è dedicato il documentario shock *Web Junkie*. «Un po' di ironia - è al contrario la ricetta suggerita dallo psicoterapeuta Fulvio Scaparro - per far sì che i ragazzi si rendano conto da soli di quanto la realtà sia più vasta di uno schermo». Ai genitori Scaparro consiglia di offrire alternative altrettanto accattivanti della realtà virtuale. «Non è un caso che nei periodi di vacanza l'uso di internet crolli. Per i bambini arriva finalmente il momento di correre, giocare e azzuffarsi. La vita si impara vivendo, ma in casa e in città spesso ci sono poche attività da offrire. I genitori hanno il compito di trovare delle alternative più affascinanti di telefonini e videogiochi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PSICOLOGA

“È la mente che finisce in anestesia”

«**I**N OSPEDALE usiamo i video per distrarre i bambini durante le procedure lunghe o dolorose» racconta Simonetta Gentile, responsabile del reparto di Psicologia clinica al Bambin Gesù di Roma.

Vuol dire che hanno lo stesso effetto di un'anestesia?

«Sì, la distrazione è una tecnica non farmacologica per ridurre il dolore. Gli schermi portano i nostri bambini in una vita parallela, in cui non sentono più nemmeno le conversazioni degli adulti. La cosa più triste è usare tv o video per farli mangiare. Vuol dire paragonare il pasto a una sofferenza anziché a un piacere».

Quali sono i problemi a lungo termine?

«Gli strumenti elettronici usano meccanismi intuitivi e automatici. Basta un tocco per aprire una pagina. Ancora non sappiamo quali siano gli effetti sull'apprendimento, ma quando visito bambini di due anni e mezzo che non sanno ancora parlare ma sono bravissimi con i videogiochi, mi viene molta voglia di approfondire l'argomento».

Cosa possono i genitori di fronte allo strapotere di un videogioco?

«Devono essere assertivi e decisi. Si fa più male ai ragazzi lasciandoli ore e ore davanti a uno schermo che non spegnendo tutto e affrontando il capriccio. Il nostro consiglio da pediatri è evitare del tutto tv e videogiochi prima dei due anni, anche se ci rendiamo conto che l'esposizione a questi strumenti sta diventando sempre più precoce. I bambini devono stare all'aperto, fare attività fisica, costruire, usare le mani, condividere i giochi con i coetanei».

(e.d.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati. Secondo il rapporto Osmed l'aderenza alla cura dei pazienti cronici in Italia è del 38,4%. Con danni alla salute e ai bilanci

Cosa succede se il malato non segue più la terapia

SIMONE COSIMI

Il problema dell'aderenza terapeutica è enorme. Seguire in maniera appropriata le cure prescritte è infatti un ostacolo per milioni di pazienti affetti da patologie, soprattutto croniche. Secondo il rapporto Osmed del 2013 in Italia l'aderenza è appena del 38,4%, e tocca il 55,1% negli ipertesi. Sospendono del tutto le cure dopo 6 mesi il 70% dei depressi mentre appena 2 su dieci di quelli con asma e Bpco (broncopneumopatia cronica ostruttiva) seguono le cure con attenzione. Dati più recenti (Federanziani) indicano un 50%, comunque insufficiente. Se tutti i cittadini a cui sono prescritte cure di lunga durata non saltassero una pillola il Sistema sanitario risparmierebbe da 6 a 11,4 miliardi di euro. Una più corretta applicazione della terapia ridurrebbe gli eventi avversi, il tasso di accesso al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e la spesa farmaceutica.

Insomma, la scarsa aderenza causa una doppia spesa per cittadini e Stato: non solo si usano risorse per curare una patologia ma si deve poi intervenire ancora per rimediare ai danni.

In un recente studio sul *Giornale italiano di cardiologia* si legge: «L'aderenza alla terapia è fondamentale per il successo della cura, soprattutto nelle condizioni croniche, e in particolare nelle malattie cardiovascolari dove, se scarsa, può avere effetti molto gravi an-

La situazione si fa più complicata quando i farmaci da prendere sono molti e le scadenze si accumulano. Nei casi di una pasticca una volta al giorno il tasso è dell'80%, se bisogna assumerla quattro volte ogni 24 ore scende al 50% con variazioni significative in base al tipo di disturbi, all'età del paziente e ai processi del Servizio sanitario nazionale. Pesano anche la depressione in seguito alla malattia, il follow up inadeguato, dimenticanze, costo, scarsa informazione. Insomma, un grande puzzle in cui la maggior parte dei tasselli potrebbe facilmente ricomporsi in poche mosse. Su tutte, una migliore organizzazione della terapia.

Non è un caso che l'Italia, con l'Agenzia italiana del farmaco, sia alla guida, insieme a Scozia e Spagna, del Gruppo d'azione sull'aderenza e la prescrizione costituito nell'ambito della partnership europea sull'invecchiamento attivo e in salute. L'obiettivo è aumentare di due anni la vita media in buona salute entro il 2020.

Intanto, anche la tecnologia può aiutare i pazienti a non saltare neanche una compressa e a diventare più diligenti. I negozi elettronici in cui si trovano le applicazioni per i principali sistemi operativi, da iOS di Apple ad Android passando per Windows Phone, sono infatti pieni di programmi che ci aiutano a conoscere meglio i farmaci e a gestire la cura con scrupolosità, allertandoci se stiamo dimenticando una pasticca, tenendo traccia dei miglioramenti, fornendoci strumenti utili per trovare la farmacia più vicina o definire veri e propri piani terapeutici personalizzati. La società Wikipharm ha per esempio sfornato un pacchetto di app (Farmavviso, Farmavie e Farmagenio, scaricate 800mila volte) che lavorano in simbiosi e a breve consentiranno anche di impostare avvisi telefonici per le medicine grazie alla partnership con le farmacie Lloyds. Segno di maggiore vicinanza alle persone più anziane nel tentativo di superare il divario digitale. Ne esistono molti altri di questi dispensari da smartphone. Si va da MyTherapy alla Banca dati dei farmaci "ufficiale" firmata Aifa fino a diverse app realizzate

in collaborazione online da MakeItApp come Don't forget your pills o Scadenza farmaci, un'app per gestire al meglio il proprio armadietto. Senza dimenticare Medisafe, forse la migliore in termini di usabilità, iFarmaci Free, Il mio Pillbox e SmartPharma. Automedicazione si lancia invece oltre e consente di trovare una contromisura ai piccoli disturbi quotidiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Solo la metà degli ipertesi continua con i farmaci. Ma le app possono aiutare

che in termini di morbilità e mortalità».

Per chi soffre di asma e Bpco (7,7 milioni di italiani) e non segue il trattamento, la probabilità che i sintomi peggiorino aumenta del 20%. Un documento della Commissione Europea stima inoltre in 80 miliardi il costo del diabolo incrociato fra prescrizioni mediche inadeguate e bassa aderenza terapeutica.

DIECI APP PER SEGUIRE LE CURE

CAREPLAY

Una delle poche del suo genere disponibile per Windows Phone. Gestisce l'armadietto dei farmaci, con le scadenze, e le terapie oltre a creare una rete con farmacista e famiglia. Android e Windows Phone. Gratis.

FARMAGENIO

Ricerchi farmaci e consulti, con il parere degli specialisti grazie all'accordo con Medicitalia: farmacisti, tecnici di laboratorio biomedico, radiologi e veterinari. iOS e Android. Gratis.

MYTHERAPY

Realizzata da SmartPatient, permette di ricordare, documentare e stimolare l'assunzione dei farmaci inseriti. Fornisce anche analisi statistica e grafica dei progressi. iOS e Android. Gratis.

BANCA DATI AIFA

App dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), l'ente che autorizza in Italia la vendita dei medicinali, compila i relativi fogli illustrativi, controlla e comunica gli effetti collaterali. È l'unico database ufficiale su i farmaci. iOS, Android e Windows Phone. Gratis.

FARMAVIE

Seconda app del pacchetto proposto da Wikipharm. Geolocalizza l'utente e lo guida verso la farmacia più vicina: comprende tutte le farmacie e le parafarmacie con indirizzo, orari, eventi, informazioni. iOS e Android. Gratis.

FARMAVISO

È l'app più strettamente legata al concetto di aderenza terapeutica. Consente di gestire diversi armadietti di farmaci e impostare un alert telefonico o via sms. Contro il digital divide. iOS e Android. Gratis.

AUTOMEDICAZIONE

Sviluppata dall'Unione nazionale consumatori serve a cercare, in base ai piccoli disturbi quotidiani, le indicazioni sui farmaci a bollino rosso, senza ricetta. Consente una ricerca per categorie e principi attivi. iOS e Android. Gratis.

MEDISAFE

Appena la apri ritrovi di fronte una scatola delle pillole digitale nella quale sistemare i promemoria a seconda delle fasi della giornata. Puoi tracciare le misurazioni e inserire i medici curanti. iOS e Android. Gratis.

DON'T FORGET YOUR PILLS

Messo a punto tramite la piattaforma italiana di programmazione condivisa MakeltApp, condivide le funzioni delle altre ma in quella premium consente di gestire più utenti. iOS e Android. Gratis.

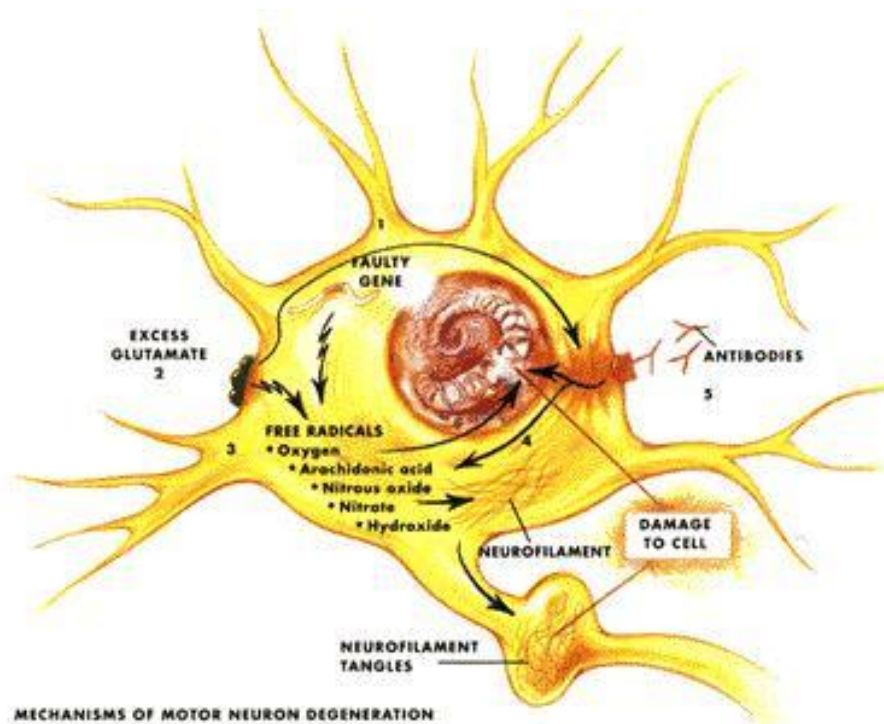
IL MIO PILLBOX

In questo caso anche familiari e dottori possono osservare l'andamento della terapia, che viene tracciata e i cui farmaci, come in altri casi, godono di un alert. Qualche bug. Android. Gratis.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



quotidianosanita.it

Martedì 14 LUGLIO 2015

Cancro al seno. Per la diagnosi in futuro potrebbe arrivare una nuova tecnica: è la 'PAMmografia'

La nuova metodica, basata su un principio di foto-acustica, sfrutta uno strumento chiamato Mammoscopio foto-acustico ('photoacoustic mammoscope') PAM. Tale strumento utilizza piccoli 'scoppi' di luce per produrre onde ad ultrasuoni in regioni corporee che si trovano in prossimità dei vasi sanguigni, come ad esempio nel caso dei tessuti tumorali maligni

Un gruppo internazionale di scienziati ha da qualche anno sviluppato una nuova tecnica per rilevare il cancro alla mammella, chiamata 'PAMmography' (traduzione 'PAMmografia'), ed oggi ha testato tale tecnica in un gruppo di 32 pazienti, mettendone in luce le potenzialità. I risultati dello studio, guidato dall'Università di Twente, sono stati pubblicati* su *Scientific Reports* e la notizia è riportata in un articolo sulla pagina web della stessa Università e su ScienceDaily**.

La nuova metodica, basata su un principio di foto-acustica, sfrutta uno strumento chiamato Mammoscopio foto-acustico ('photoacoustic mammoscope') PAM. Tale strumento utilizza piccoli 'scoppi' di luce per produrre onde ad ultrasuoni in regioni corporee che si trovano in prossimità dei vasi sanguigni, come ad esempio nel caso dei tessuti tumorali maligni. I segnali ad ultrasuoni viaggiano verso la superficie della pelle, dove vengono misurati.

Analizzando 32 pazienti affette da cancro al seno, questo metodo è stato messo a confronto con l'imaging a risonanza magnetica (MRI) e con immagini al microscopio dopo che il tumore era stato rimosso e colorato mediante opportuna tintura. In questo modo, tra le 32 pazienti i ricercatori hanno individuato tre differenti tipi di manifestazioni tumorali. Secondo il Professore Associato **Srirang Manohar**, che ha guidato la ricerca, si tratta di un passo importante nell'individuazione degli indicatori diagnostici – riferendosi ai metodi di riconoscimento del tumore in un'immagine del PAMmogramma.

Manohar spiega che la PAMmografia ha mostrato un buon punteggio rispetto all'imaging a risonanza magnetica MRI e lo studio odierno rivela che questa tecnica ha le potenzialità per essere utilizzata nel futuro. Tra i vantaggi del suo impiego, gli scienziati sottolineano che il test 'PAMmografico' è relativamente economico, indolore, non richiede alcuna tintura e teoricamente consente il rilievo della presenza di carcinoma mammario nel tessuto giovane. Secondo Manohar, la PAMmografia potrebbe in futuro giocare un ruolo importante nel campo di rilevamento (schermatura), diagnosi, monitoraggio dei tumori durante la chemioterapia e per la diagnosi di cancro al seno nelle donne giovani.

Gli scienziati si mostrano cauti rispetto ad ottimismo prematuri e sottolineano la necessità di ulteriori studi. "Il nostro metodo è relativamente nuovo, mentre, ad esempio, la risonanza magnetica e la mammografia hanno uno sviluppo che dura da decenni. Abbiamo ancora molte ricerche da fare per dimostrare l'affidabilità della nostra tecnica", illustra Manohar. "In uno scenario ottimistico, il nostro metodo può essere utilizzato in aree di nicchia in un futuro compreso tra circa 5 a 10 anni. Ma potrebbe essere necessario un tempo maggiore prima che il metodo possa essere utilizzato in maniera regolare per lo screening e la diagnosi".

Attualmente, il cancro al seno può essere individuato tempestivamente attraverso la diagnosi precoce e lo screening, come rimarca recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che sottolinea l'importanza di tale screening (che include la mammografia), quale strumento in grado di ridurre del 20% la mortalità associata al cancro al seno. La ricerca è stata condotta dalla facoltà di Biomedical Photonic Imaging presso l'istituto di ricerca UT MIRA, in stretta collaborazione con il Centrum voor Mammacare al Medisch Spectrum Twente e con il Laboratorium Pathologie Oost-Nederland. Parte della ricerca è stata resa possibile mediante il sostegno finanziario del Rijksdienst voor Ondernemend Nederland.

Gli autori di questo articolo sono Michelle Heijblom, Daniele Piras, Mariel Brinkhuis, Johan van Hespen, Frank van den Engh, Margreet van der Schaaf, Joost Klaase, Ton van Leeuwen, Wiendelt Steenbergen e Srirang Manohar.

Viola Rita

*M. Heijblom, D. Piras, M. Brinkhuis, J. C. G. van Hespen, F. M. van den Engh, M. van der Schaaf, J. M. Klaase, T. G. van Leeuwen, W. Steenbergen, S. Manohar. Photoacoustic image patterns of breast carcinoma and comparisons with Magnetic Resonance Imaging and vascular stained histopathology. *Scientific Reports*, 2015; 5: 11778 DOI: 10.1038/srep11778

SALUTE » QUANDO LA PREVENZIONE PUÒ SALVARE LA VITA O MIGLIORARE I DECORSI TERAPEUTICI

La diagnosi precoce oncologica migliora la qualità della vita

Cosa vuol dire fare diagnosi? Fare diagnosi precoce significa individuare il tumore in fase iniziale, quando ancora non si è diffuso in altri organi, ovvero quando non è ancora andato in metastasi. Individuare la presenza di un tumore nella sua fase iniziale è utile perché permette di trattarlo nei suoi primi stadi, ottenendo ottimi risultati in termini di cura attraverso interventi chirurgici o farmacologici non particolarmente invasivi, che migliorano la qualità della vita della persona in terapia.

Il merito della scoperta precoce di alcuni tra i tumori più diffusi - quello al seno, al collo dell'utero e al colon - è attribuito a programmi di screening appositamente studiati.

In Italia è il Servizio sanitario nazionale a fornire gratuitamente accertamenti per la diagnosi precoce oncologica. Per quanto riguarda la prevenzione del tumore al seno, le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni sono invitate ad effettuare un esame mammografico ogni 2 anni.

Per prevenire il tumore al collo dell'utero è necessario effettuare un Pap test ogni 3 anni, per le donne tra i 25 e i 65 anni. Il tumore del colon-retto si individua ricercando sangue occulto nelle feci: uomini e donne tra i 50 e i 75 anni dovrebbero fare questo tipo di analisi ogni anno; nel caso in cui il primo esame risulti positivo, si esegue una colonscopia; in caso di familiarità per questo tumore si consiglia una colonscopia ogni 5 anni dopo i 50 anni.

Le campagne di screening possono variare per modalità e adesione da regione a regione. In Italia, ogni anno, vengono

COSA SONO I MARKER TUMORALI?



In oncologia, i marker tumorali sono sostanze riscontrabili nel sangue, nell'urina o nei tessuti cellulari che presentano un aumento significativo della loro concentrazione in alcuni tipi di neoplasia e vengono valutati nella diagnostica oncologica per determinare la presenza del cancro. Un livello elevato di un marcatore tumorale può indicare lo sviluppo di un cancro, anche se possono esistere altre cause d'innalzamento dei loro valori. Altri marker, biomarcatori, consentono di predire la capacità di risposta dei tessuti tumorali alle terapie a bersaglio molecolare. Se l'uso di un marker tumorale a scopo di screening in soggetti asintomatici può essere più dannoso che utile, diverso è il discorso quando il paziente presenta dei sintomi, o nei follow-up di pazienti già trattati per neoplasia, per indagare recidive.

individuati allo stadio iniziale 3.500-4.000 nuovi casi di tumore del collo dell'utero, 35.000 di tumore del seno e 36.000 di tumore colonrettale, che possono essere curati con successo.

Va precisato che diagnosticare la malattia ai primi stadi è fondamentale in alcuni tipi di tumore, ma non porta grossi vantaggi in caso di tumori a rapida crescita, che danno metastasi già nelle fasi iniziali, o

IL VACCINO CONTRO L'HPV PER LE RAGAZZE

L'Italia è il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazione pubblica contro il Papilloma virus (HPV), l'agente virale che può essere causa di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche del tumore della cervice uterina, che causa ogni anno circa mille morti. A partire dal mese di marzo 2008, la campagna di offerta del vaccino è attiva e gratuita ed è rivolta alle ragazze dagli 11 ai 12 anni in modo uniforme in tutto il territorio italiano (a partire dalle nate nel 1997), e negli anni produrrà una progressiva immunizzazione.

quelli a crescita lentissima, che in alcune categorie come gli anziani non fanno in tempo a essere realmente pericolosi.

Al termine dei cicli di trattamento prescritti dal medico dopo l'individuazione del tumore è comunque importantissimo continuare a sottoporsi a periodici esami di controllo, che sono lo strumento più importante per una diagnosi precoce nel caso in cui il tumore si ripresenti.

Camminare. I terreni non omogenei

permettono al piede di accomodare la postura passo dopo passo. Ma su superfici uguali non funziona

A piedi scalzi su sabbia e prati ma non a casa

FABIO LODISPOTO*

Camminare scalzi fa bene al piede e previene disturbi di appoggio e della postura. Questo si legge su internet, sui forum dedicati e anche sulla stampa. Tutto vero e falso allo stesso tempo. Il piede è sia organo di propulsione meccanica che di senso. Agisce come leva che spinge e come la mano quando afferra un oggetto nuovo: prima di stringerlo compie un lavoro di esplorazione e ricerca. Durante questa fase iniziale di appoggio a terra, il piede si rilassa, si spiana e aderisce al terreno. Un tempo di pochi centesimi di secondo in cui la superficie plantare raccoglie informazioni sulla natura dell'appoggio, sulla sua consistenza e stabilità. Una frazione di secondo dopo il piede si irrigidisce, tutti i muscoli si tendono e l'estremità diventa uno strumento che, facendo leva sul terreno, proietta il corpo in avanti. Le informazioni trasmesse al cervello dal piede permettono di accomodare la postura del corpo per com-

Molti guardano negativamente le scarpe. Ma sono utili per evitare traumi e praticare lo sport

piere il passo con la migliore precisione ed efficacia. Si tratta di accomodamenti automatici che coinvolgono tutte le articolazioni e i muscoli dell'arto inferiore, del bacino e della colonna vertebrale. Questo spiega perché camminare a piedi scalzi viene considerato benefico per la salute del piede e di tutta la postura. Specie se su superfici incoerenti e informative come sabbia, terreno smosso e prato. Viene invece considerata poco utile allo sviluppo di circuiti neurali e della attività propriocettiva la superficie sempre uguale del pavimento di casa, del cemento e dell'asfalto. Le scarpe inoltre, poiché isolano il piede dall'ambiente e quindi inibiscono la sua attività di organo di senso, sono giudicate dai salutisti negativamente. Fino agli eccessi di quei podisti che corrono per 10, 21 e 42 km scalzi. Questi atleti rifiutano l'uso delle scarpe, sebbene quelle da corsa siano frutto di una ricerca scientifica rigorosa, perché ritengono che scalzi sia loro assicurata la salute di piede e colonna vertebrale contro gli infortuni sportivi. Tutto vero, ma anche tutto falso. Chi ha piede piatto o cavo, o sovraccarichi sui metatarsi, necessita di plantari per compensare questi difetti che richiedono l'uso di scarpe. Non solo: gli aborigeni australiani, e in particolare le donne, hanno la più alta incidenza di alluce valgo e piede piatto al mondo e sono scalzi per tutta la vita. Si tratta infatti di patologie determinate geneticamente e le calzature non hanno nessun ruolo nella genesi di queste deformità, neanche se hanno tacco alto e punta stretta (per la gioia delle donne che stanno leggendo). Il

tacco alto semmai porta o aggrava patologie e dolori dei metatarsi per relazione matematica tra altezza del tacco e trasferimento del carico: ogni centimetro di tacco trasferisce dal tallone all'avampiede il 6% del peso corporeo.

Ma c'è del vero nel "camminare scalzi fa bene": i bambini che hanno camminato molto a piedi nudi saranno adulti con migliori circuiti neurali propriocettivi, più coordinati e capaci nelle attività sportive e motorie in genere. Bisogna però iniziare presto: lasciandoli carponare quando ancora non riescono a camminare. Si è accertato, difatti, che il corpo calloso (il ponte tra i due emisferi cerebrali) contiene più connessioni nei bambini che hanno prolungato il carponamento. Saranno più abili e veloci a trasferire un movimento appreso con un arto a quello controlaterale e a coordinare meglio il movimento anche tra un arto inferiore e quello superiore controlaterale come è richiesto ad esempio per camminare e correre o per arrampicarsi.

Conquistata la stazione eretta e la marcia bipede, le scarpe servono per motivi sociali, climatici, a prevenire i traumi e praticare la maggior parte degli sport: non vanno demonizzate. Si può liberarsene se clima e suolo lo consentono, per il benessere di piede e postura, ma anche della mente, passeggiando scalzi su un prato o sulla sabbia, al mare.

* Specialista in ortopedia, medicina dello sport, Roma

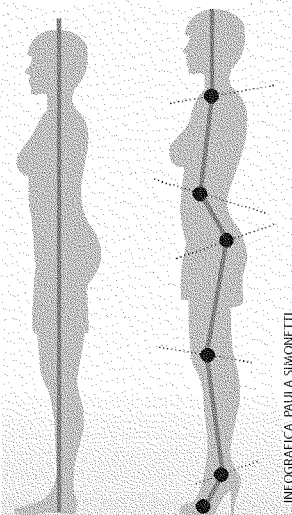
CON IL TACCO

Le scarpe a tacco alto spostano il baricentro in avanti, con maggiore pressione sull'avampiede, portando tutto il corpo fuori allineamento

ALLINEAMENTO

NORMALE

SCORRETTO



PRESSIONE SULL'AVAMPIEDE

Cifre in % rispetto all'altezza del tacco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL LIBRO

Il bambino cresce grazie al gioco purché creativo e intelligente



Due anni di ricerca scientifica e la lunga esperienza professionale degli autori sono la base di un metodo che usa il gioco e l'attività fisica come strumenti di crescita psicofisica del cucciolo d'uomo. Metodo descritto ed illustrato in "Joy of Moving" di Caterina Pesce, Rosalba Marchetti, Anna Motta e Mario Bellucci (Calzetti Editore, 644 pagine, 28 euro).

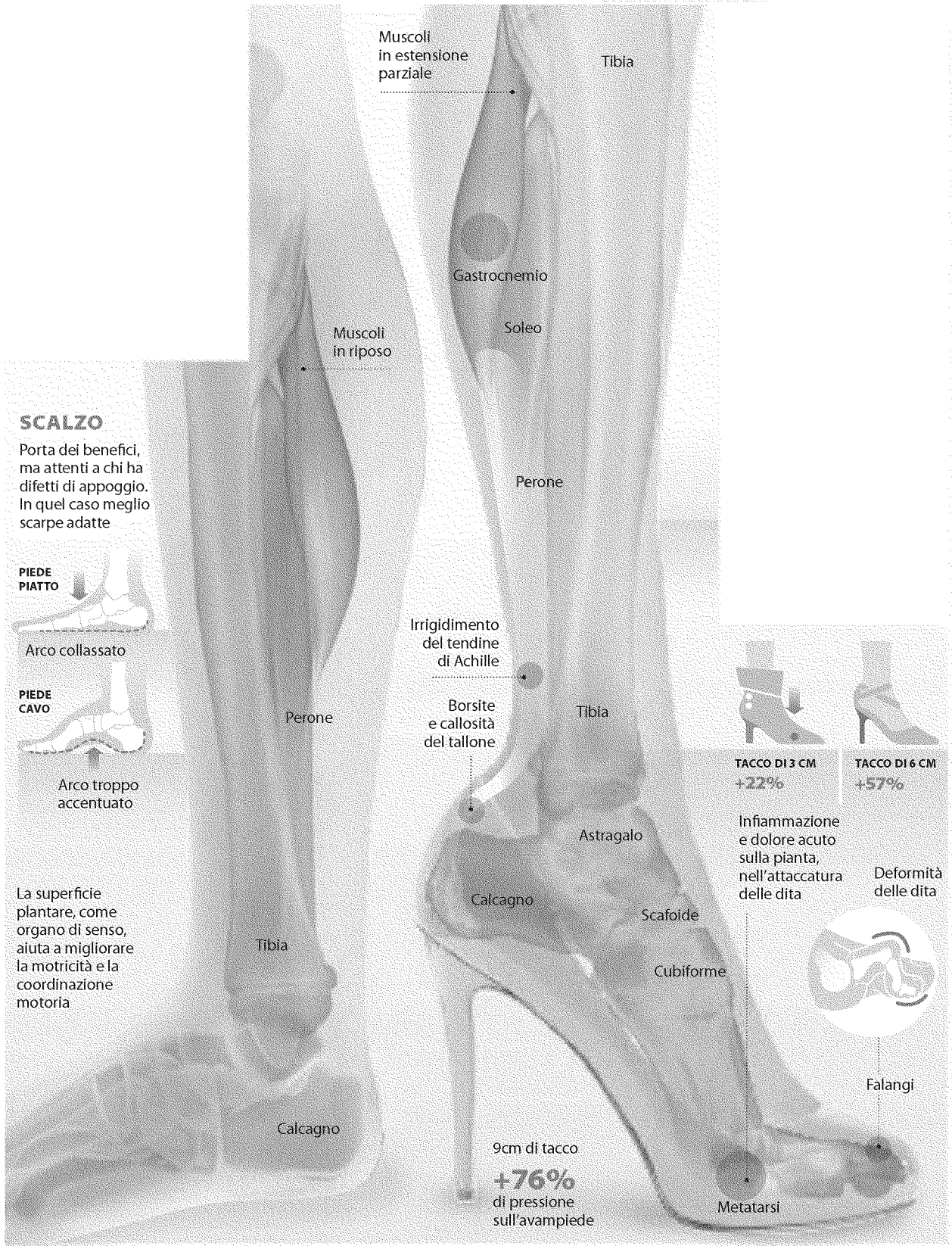
Per crescere la specie umana ha bisogno di giocare. E cresce meglio quanto più gioca in modo vigoroso, intelligente e creativo, insieme agli altri. Il diritto al gioco sta a cuore ai numerosi autori del metodo che si articola in 80 giochi di movimento e nelle loro innumerevoli varianti e si rivolge a coloro che sono e si sentono educatori.

Al centro c'è il bambino attivo, attorno al quale operano tutti coloro che, a diverso titolo, possono contribuire al suo benessere: dai suoi educatori più diretti agli atto-

ri dei settori pubblico e privato.

L'opera è stata scritta all'insegna della variabilità. "Variabilità della pratica" come chiave del metodo educativo e "variabilità degli autori" perché tra loro c'è chi dedica la vita allo studio del movimento, chi alla formazione dei bambini, chi alla formazione dei formatori, chi a ricercare e costruire le condizioni ambientali per vivere e far vivere il movimento, chi a spianare la strada agli altri. Tutti con un denominatore comune: l'amore e la speranza riposta nei bambini.

Joy of moving è stato creato per far giocare i bambini, quindi è ricco di giochi. Il volume è composto da due parti complementari, ricche di ponti che le collegano, contaminando la teoria con la pratica e la pratica con la teoria. La prima parte tratteggia, capitolo dopo capitolo, un metodo educativo che trascende i confini dell'educazione e che nella seconda parte trova la sua esemplificazione.



SCALZO

Porta dei benefici, ma attenti a chi ha difetti di appoggio. In quel caso meglio scarpe adatte

PIEDE PIATTO

Arco collassato

PIEDE CAVO

Arco troppo accentuato

La superficie plantare, come organo di senso, aiuta a migliorare la motricità e la coordinazione motoria

TACCO DI 3 CM
+22%

TACCO DI 6 CM
+57%

Inflammation e dolore acuto sulla pianta, nell'attaccatura delle dita

Deformità delle dita



Falangi

9cm di tacco
+76%
di pressione sull'avampiede

LA CAMMINATA

LA CORSA

GAMBA SINISTRA

GAMBA DESTRA



1 CICLO
Nel cammino il corpo avanza come un uovo che rotola

1 CICLO
Nella corsa il corpo avanza come una palla che rimbalza

Ictus. Un device impiantato ancora su poche persone permette di ristabilire il flusso sanguigno dopo una stenosi ed evitare una complicanza rara e temuta

E adesso uno stent può evitare l'embolia

GIUSEPPE DEL BELLO

CAROTIDE chiusa, un solo stent, due funzioni. Per inattivare la placca aterosclerotica e prevenire l'ictus, lo stent carotideo si è già dimostrato pari all'endoarteriectomia chirurgica. Ma oggi si può evitare il rischio dell'embolia post-impianto, grazie a un innovativo device.

Si tratta di un'evenienza rara (0,4 — 0,5%) ma devastante. Il nuovo stent, per ora impiantato su poche centinaia di pazienti in Europa (negli Usa si attende il via libera dell'Fda) e su alcune decine in Italia, si è già rivelato prezioso per i soggetti affetti da stenosi (restringimento) della carotide (nel 95% dei casi a livello della biforcazione). Ha una doppia struttura circolare (in NiTiNo-

Potrebbe non essere adatto a placche molto calcificate e più difficili da dilatare

lo, lega in nichel e titanio autoespandibile) che, appena impiantata, svolge in successione compiti diversi. Il primo strato, più esterno, schiaccia la placca appiattendola alla parete interna del vaso ormai riaperto, il secondo grazie ad una trama a rete dalle maglie finissime impedisce ad eventuali particelle di placca di colpire il cervello.

«Quando la procedura di rilascio dello stent è conclusa, la seconda retina interviene con un meccanismo intrinseco antiembolico - precisa Alberto Cremonesi, direttore del dipartimento cardiovascolare del Maria Cecilia hospital di Cotignola (Ravenna), primo centro ad aver utilizzato su 63 pazienti il nuovo device - sia proteggendo il cervello durante l'impianto del dispositivo e sia fino a quando sarà completata la fisiologica ricopertura di endotelio dello stent. Con i sistemi di imaging più avanzati, come l'Oct, abbiamo constatato che con la doppia parete non si registrano più protrusioni della placca, mentre con device di vecchia generazione questo accadeva con una frequenza non trascurabile».

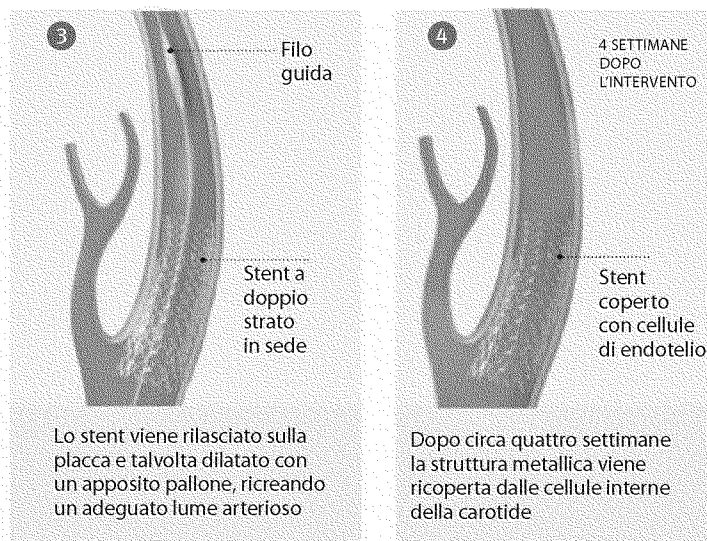
Intanto sta partendo, in dieci eccellenze europee tra cui quella di Cotignola, Clear-road, lo studio che mira a dimostrare la sua superiorità rispetto ai predecessori. Controindicazioni? «Non ce ne sono, ma l'unico punto su cui esistono dub-

bi di efficacia ottimale - risponde Cremonesi - riguarda le placche molto calcificate, difficili da dilatare. Meglio la endoarteriectomia classica. Le placche più frequenti invece sono a componente fibrolipidica mista, colesterolo e cellule infiammatorie». E per individuare la loro composizione ci si affida all'ecodoppler, all'angioTac e all'angio Rmn. Ma la protezione del cervello dall'embolia inizia precocemente, visto che è esposto a questo rischio anche durante la procedura.

Per gli specialisti, chirurghi o cardiologi, sono disponibili varie metodiche antiemboliche. La prima è rappresentata da una sorta di ombrellino da inserire dalla femorale con un microcatetere, a valle dell'ostruzione carotidea: intrappola il materiale liberato durante l'impianto dello stent che poi è estratto a fine procedura. Altri sistemi, definiti di "protezione prossimale", cioè messi prima della lesione, bloccano il flusso di sangue nella zona di intervento. «Impiantato lo stent sulla placca - conclude lo specialista - si aspira quel sangue che potrebbe contenere frammenti di placca, evitando l'ictus da intervento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL POSIZIONAMENTO



FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / PROF. ALBERTO CREMONESI / TERUMO / INSPIREDMD

LA NOVITA'

Dopo un ictus un catetere aiuta i farmaci a rimuovere il trombo

ICTUS cerebrali, conseguenze devastanti senza interventi tempestivi. Oltre 200mila nuovi casi l'anno, una mortalità del 25% a 30 giorni dall'attacco e un 65-67% di pazienti che ad un anno presenta deficit cognitivi e/o motori. Eppure, per tutte le vittime di stroke cerebrovascolari acuti si potrebbe fare di più, evitando costi sociali, familiari e lavorativi. E se fino a ieri l'unica arma a disposizione era la fibrinolisi, oggi il recupero precoce prevede anche un'altra procedura urgente, la rivascolarizzazione meccanica. Questo è possibile grazie a dei cateteri specificamente configurati che, dopo aver raggiunto il circolo vascolare intracranico, permettono la frammentazione e la rimozione del trombo. In questo modo la fascia di pazienti disabili è scesa sotto il 25%. «Ma il sistema che imbriglia i trombi otte-

nendo un calo omogeneo di disabili - avverte Giovanni Simonetti, direttore Diagnostica per Immagini del policlinico Tor Vergata di Roma, - va usato da esperti capaci di lavorare nel distretto arterioso intracranico».

L'intervento meccanico si è rivelato fondamentale per prevenire le possibili conseguenze della stessa fibrinolisi. «I farmaci a base di RtPa - spiega Simonetti - spesso riescono a sciogliere il trombo ma possono causare devastanti emorragie. Per migliorare l'efficacia del fibrinolitico e ridurre le complicanze si è ricorsi all'iniezione del farmaco, mediante cateterino, direttamente nei vasi cerebrali. Ma la fibrinolisi selettiva garantisce il successo fino al 50%. Ecco perché, la contemporanea rimozione dell'embolo si rivela fondamentale».

(g. d. b.)

LA VIA DI ACCESSO ALLE CAROTIDI

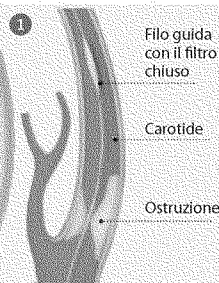
ARTERIE CAROTIDI
Due grossi vasi sanguigni situati ai lati del collo

L'ARTERIA FEMORALE
Di grosso calibro, è quella più idonea per accedere alla carotide

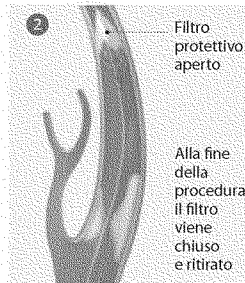
CAROTIDE
Fornisce la maggior parte della circolazione arteriosa degli emisferi cerebrali

STENT

IL PRE-POSIZIONAMENTO DELLO STENT



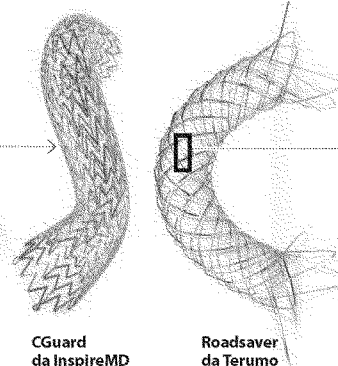
L'ostruzione carotidea viene superata con un filo guida alla cui estremità è montato un filtro di protezione cerebrale



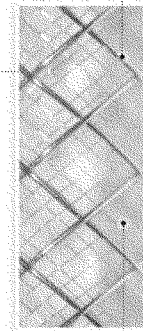
Il filtro si apre per catturare eventuali particelle che si distaccano dalla placca quando lo stent viene impiantato

INFOGRAFICA PAOLA SIMONETTI

I NUOVI MODELLI A DOPPIO STRATO



La prima maglia
Più grossa, schiaccia la placca



La seconda maglia
Finissima, impedisce ad eventuali particelle di placca di migrare ad altre zone del cervello

ORTOPEDIA/ L'innovazione in sala operatoria per la sostituzione di anca e ginocchio

Artroplastica oggi e domani

La collaborazione tra le discipline per migliorare gli standard di cura

Emerge sempre di più l'importanza di una interazione tra medici specialisti, ingegneri, esperti di imaging e tecnici anche Ict in sala operatoria. Sia nel recente Congresso internazionale sul tema "Stato dell'Arte nell'artroplastica di anca e ginocchio", tenutosi a Villa Torretta di cui ero presidente, che nelle due giornate di evento Expo organizzate a Milano presso la sede di Regione Lombardia, da me organizzate in qualità di direttore scientifico dell'Istituto ortopedico Gaetano Pini, sono emerse molte novità e come l'interazione tra esperti di varie discipline sia necessaria.

È importante il confronto che abbiamo realizzato con relatori provenienti da tutto il mondo e di varie discipline medico-scientifiche. In particolare, i temi trattati sono stati tre nelle due giornate di evento Expo con i co-presidenti prof. Marelli, prof. Calori e prof. Meroni, ovvero "Alimentazione come fattore di rischio nelle complicanze della Traumatologia e della Ortopedia", "Obesità e danni articolari dalla infanzia alla senilità: prospettive e ricerca" e i dati sul tema "Vitamina D-day: interazione con varie patologie".

Il prof. Giorgio Maria Calori ha evidenziato i dati relativi all'inquadramento del paziente a rischio e riferiti allo sviluppo di un algoritmo di trattamento, ideato in Italia presso il suo Hub. Inoltre, secondo i dati di Assobiomedica le protesi sono 94mila per anca e 60mila per ginocchio e, al congresso internazionale sull'artroplastica di anca e di ginocchio a Villa Torretta, i massimi esperti, a livello nazionale e internazionale, si sono confrontati su casi clinici e sull'evoluzione dell'innovazione chirurgica. Nel mondo si impiantano circa cinque milioni di protesi fra anca e ginocchio. Al momento il rapporto fra protesi di ginocchio e di anca è di circa 2 a 1.

Le sessioni del Congresso internazionale sono state cinque e sono stati presentati i dati più aggiornati sul presente e sul futuro nella tecnologia della chirurgia protesica di anca e di ginocchio. In particolare si discute sullo stato dell'arte e sulle prospettive della protesi totale di anca e ginocchio, sull'influenza del design sempre più modulato e personalizzato delle protesi; su come poter migliorare la soddisfazione del paziente con una maggiore stabilità nella protesizzazione.

Molte le evidenze medico-scientifiche a esempio relative alla tecnica Amis (Anterior

minimally invasive surgery) in chirurgia dell'anca, sulla revisione acetabolare e femorale utilizzando l'approccio anteriore; e tutte le innovazioni relative alla chirurgia per la cura del ginocchio in particolare con lo strumento MyKnee.

La mano del chirurgo ortopedico è sempre necessaria anche se le tecniche e i nuovi materiali a supporto si sono affinati. Tra queste la tecnica Amis, secondo dati europei e internazionali, consente un minore trauma chirurgico rispetto ad altre tecniche in quanto non vi è alcuna sezione dei tessuti muscolari, il che porta a un recupero postoperatorio più rapido. Oggi il chirurgo pianifica prima l'operazione grazie ai supporti Ict innovativi e sono cambiati anche i tempi della riabilitazione post-operatoria, che può iniziare anche il giorno stesso dell'operazione.

È emerso nel congresso internazionale che la preservazione dei muscoli migliora significativamente la stabilità dell'articolazione. Gli studi europei indicano che l'Amis è una tecnica chirurgica che protegge i muscoli, i vasi sanguigni e i nervi che si incontrano durante l'accesso all'articolazione.

Nel congresso si è parlato tra l'altro di interventi di artroplastica totale d'anca che sostituiscono porzioni di osso e cartilagine danneggiate, per mezzo di componenti in metallo e ceramica o polietilene (materiale plastico). I principali benefici di un'artroplastica totale di successo sono la riduzione del dolore all'anca; il recupero della mobilità persa con minori sforzi, il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Interessanti anche i dati relativi al trattamento delle infezioni periprotetische del ginocchio; alla tecnica MyKnee, strumento chirurgico che consente di progettare su misura le protesi al ginocchio; al futuro della penna 3D per la pianificazione degli impianti primari. L'interazione tra Università, Centri di ricerca ed enti ospedalieri è fondamentale per attivare appositi Education programs di aggiornamento per i chirurghi che devono sempre più approfondire le tecniche innovative per evitare complicazioni e migliorare costantemente sia l'apprendimento che l'aggiornamento continuo.

Giuseppe Mineo

*direttore scientifico Istituto ortopedico
Gaetano Pini - Milano*

MATERIALI IMPIANTABILI: LE COMPLICAZIONI CAUSATE DAI BATTERI

Infezioni ossee causate dal biofilm: un problema in crescita

L'ortopedia è la prima specialità chirurgica nel mondo per uso di materiali impiantabili, con una fetta di mercato intorno al 38%, subito seguita dalla chirurgia cardiovascolare. Ogni anno in Italia circa 160mila persone si sottopongono a un intervento di protesi totale di anca o di ginocchio, con un trend di crescita pari a circa il 10% annuo. Decine di migliaia di pazienti sono trattate inoltre per fratture o lussazioni mediante l'impiego di altri materiali impiantabili, tra cui placche, viti o chiodi metallici.

Un numero crescente di biomateriali è impiegato anche in traumatologia sportiva o nella correzione di varie deformità, dal semplice alluce valgo alla più complessa scoliosi, ma altresì per curare vari tipi di mal di schiena o nelle patologie tumorali. Questa chirurgia di grande successo ed eseguita con materiali molto avanzati non è però esente da possibili complicanze, tra cui la più temibile è certamente l'infezione che si verifica in percentuale variabile tra l'1 e il 25%, a seconda del tipo di intervento e di paziente.

Si stima così che, solo in Italia, vi siano ogni anno tra gli 8mila e i 10mila nuovi casi di infezioni legate ai materiali impiantabili ortopedici o traumatologici, con costi sociali ed economici altissimi.

È ormai noto che un'infezione da microrganismo multiresistente a diversi antibiotici rende la risoluzione dell'infezione molto complessa comportando anche un aumento dei costi sanitari. Si calcola infatti, in caso di un'infezione protesica da germe multiresistente (come a esempio lo *Stafilococco meticillino* resistente - Mrsa), che i costi di degenza, di sala operatoria e di indagini diagnostiche possano lievitare anche del 50-60%, rispetto a quelli previsti per un germe sensibile agli antibiotici.

Solo il costo diretto di trattamento di una protesi infetta di anca è pari a circa 5-6 volte il costo dell'impianto primario della protesi stessa, perché

spesso sono necessari più interventi, molto complessi, per rimuovere la protesi infetta e impiantarne una nuova.

A tali elevati costi di trattamento corrisponde spesso un rimborso insufficiente da parte delle Regioni, per cui i centri che si occupano di questa grave e invalidante patologia, come quello presente presso il nostro istituto, sono pochi e largamente inferiori alle necessità.

Il problema delle infezioni legate ai materiali impiantabili e al cosiddetto "biofilm" batterico, una pellicola che rende i batteri super-resistenti agli antibiotici quando aderiscono ai materiali impiantati nel corpo umano, non causa solo complicazioni nella risoluzione clinica - i batteri immersi nel biofilm sono dalle 100 alle 1.000 volte più resistenti rispetto a quelli liberi -, ma anche nella diagnosi di laboratorio. I batteri che producono biofilm sono infatti difficilmente coltivabili e isolabili. Sono così tenacemente attaccati al materiale protesico che è davvero complesso staccarli, isolarli e identificarli.

Questi temi sono stati recentemente affrontati in occasione del convegno internazionale tenutosi a Milano, nell'area Expo, con 350 iscritti da tutto il mondo tra ortopedici, microbiologi, infettivologi, odontoiatri e infermieri. Il "Milano Biofilm Meeting 2015. Implantables and infection control: a promising future" - questo il titolo dell'evento da noi presieduto - ha presentato tutte le più importanti novità del settore, come a esempio i nuovi rivestimenti per rendere le protesi anti-batteriche, grazie a una tecnologia tutta italiana, mediante l'uso di un gel antibatterico da applicare sulle protesi o sulle placche e viti in caso di fratture o, in campo diagnostico, nuovissimi sistemi "a circuito chiuso" per migliorare la diagnosi e contenere il numero di falsi positivi.

Anche un falso negativo può essere un problema sia per il paziente, poiché ritardare una diagnosi o dare un falso negativo potrebbe provoca-

re un maggiore deterioramento dell'osso, sia per i costi sanitari, che lieviterebbero a dismisura.

A questo riguardo, una diagnosi tempestiva diventa cruciale per evitare tali situazioni.

L'Irccs Istituto ortopedico Galeazzi è certamente in prima linea nella ricerca del test o dei test diagnostici più affidabili per definire correttamente le infezioni. Solo così, il chirurgo avrà la consapevolezza di lavorare nel modo più tempestivo e potrà trovare la soluzione chirurgica migliore per il paziente.

Il rapporto di collaborazione tra differenti professionisti, microbiologi, infettivologi e chirurghi è quindi di basilare importanza per la gestione di questi casi, ed è l'obiettivo che il nostro team di ricerca si è posto ormai da qualche anno.

L'importanza di questo connubio inizia a essere ampiamente riconosciuta: l'approccio multispecialistico, infatti, sta portando a un netto miglioramento della gestione del paziente, che si traduce in una diagnosi più affidabile con sistemi che evitano sia i falsi positivi che i negativi, nell'utilizzo sempre più mirato di biocomposti antimicrobici nella profilassi e nel trattamento e di conseguenza a una chirurgia più appropriata.

Carlo Luca Romanò
direttore del Centro di chirurgia
delle infezioni osteoarticolari

Lorenzo Drago
direttore del Laboratorio di analisi
chimico-cliniche e microbiologiche
Irccs-Istituto ortop. Galeazzi, Milano
Gruppo ospedaliero San Donato

© RIPRODUZIONE RISERVATA