



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT

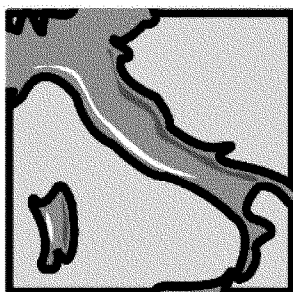


CAMPANIA/ Entra nella fase operativa il sistema Ima: formazione per medici e nurse

Nel vivo la rete anti-infarto

Par condicio tra centri pubblici e privati - Personale sottodimensionato

I costi dell'attività
già nel budget Asl



Inizia a prendere forma la rete di intervento per i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto (Ima), realizzata per garantire pari opportunità di rapido accesso alle procedure salva-vita. Il progetto "Campania salva cuore", dopo un anno e mezzo di fase organizzativa, entra nel vivo e arriva alla fase della formazione del personale medico e infermieristico. Contemporaneamente inizia lo start up in due Province: Avellino e Benevento. L'obiettivo è coinvolgere tutto il territorio entro fine anno.

«È la prima volta che si parla di rete di emergenza cardiologica e si predispongono tutte le necessità perché si parta in tempi brevissimi - dice **Renato**

Pizzuti, coordinatore regionale del sistema integrato dell'emergenza - il decreto 49/2010 ha individuato tutti i centri hub di primo livello e di secondo oltre agli spoke. E ora si parte con attività che si fanno a costo zero. Nel senso che non è previsto un budget aggiuntivo, è tutto fatto con gli stanziamenti ordinari delle Asl che si faranno carico delle tecnologie necessarie».

Il tavolo tecnico regionale che ha lavorato nell'ultimo anno e mezzo sul progetto continuerà a lavorare, poiché ha il compito di monitorare il funzionamento della rete. La parte di strutturazione della rete passerà, invece, sotto la lente dei tavoli provinciali. «Si comincia da Avellino e Benevento - spiega ancora Pizzuti - e man mano che saranno acquisite le tecnologie partiranno anche gli altri, mentre da subito si avvia per tutti un programma articolato di formazione» che coinvolgerà migliaia di medici e infermieri.

La rete territoriale prevede da 20 a 10 hub programmabili, di cui da 10 a 5 hub 2, cioè dotati di cardiocirurgia emodinamica e centrale cardiologica. Non sono stati ancora individuati i bacini di utenza che saranno importanti anche per la riorganizzazione del 118.

La rete Ima prevede anche la piena attivazione dei Dipartimenti integrati dell'emergenza oltre che la definizione di percorsi di riabilitazione cardiologica e il monitoraggio del funzionamento e della qualità dell'assistenza della rete.

Sulla scorta dei dati e delle valutazioni del sistema Esiti, «si dovrà assicurare una par condicio tra strutture pubbliche e private - secondo il subcommissario ad acta della Campania **Mario Morlacco** - se i privati assicurano gli standard richiesti».

La nascita della rete è ben accolta dagli addetti ai lavori, che non mancano di indicare però una serie di criticità, non ultima la carenza di personale. Quindi un punto determinante sarà avere la possibilità reale di poter rendere la rete efficiente mettendo i medici in condizione di operare bene. «Ci servono non solo i Lea, ma anche i Leo, i livelli essenziali organizzativi», dice il responsabile del centro hub dell'ospedale Ruggi d'Aragona di Salerno, **Pietro Giudice**. Mentre **Giuseppe Rosato**, Dg dell'ospedale Moscati di Avellino, sostiene che la realizzazione della rete Ima debba essere inserita tra gli obiettivi dei manager.

Laura Viggiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ddl delega in commissione al senato

Ordini sanitari, partono i lavori

DI **BENEDETTA PACELLI**

La riforma delle professioni sanitarie inizia ufficialmente il suo iter in commissione al senato. Dopo mesi di stallo, quindi, il ddl «Delega al governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale», voluto dal ministro della salute Beatrice Lorenzin, che ha incassato il primo via libera da palazzo Chigi nel luglio 2013, il parere favorevole delle regioni a novembre e il sì definitivo del consiglio dei ministri il 17 dicembre scorso può finalmente partire. E, dopo anni di attesa, riformare pure le 21 professioni sanitarie prive di una regolamentazione. Il ddl, infatti, tra le altre cose interviene proprio su queste categorie: professioni affini ma regolamentate in modo diverso. Gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari di radiologia medica, già aggregate in collegi provinciali

e federazioni nazionali, le altre costituite in associazioni. Per le prime, quindi, si tratta di trasformare i collegi in ordini, per le seconde, di dargli una rappresentanza istituzionale.

Il disegno di legge prevede in sostanza la costituzione degli ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo ordine rientreranno anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé). È la stessa relatrice al provvedimento, nonché presidente della commissione salute Emilia Grazia De Biasi, a segnalare «fra i temi di maggior rilievo», proprio le disposizioni concernenti il riordino delle professioni sanitarie, che dice, «andranno valutate sia alla luce degli indirizzi politici promananti dall'Unione europea, sia in considerazione della necessità di disciplinare in maniera omogenea le diverse professioni, così da riconoscere la pari dignità e da valorizzarne le competenze, necessarie alla funzionalità del sistema sanitario».

—© Riproduzione riservata—■

Asl e ospedali. Nel 2012 per la prima volta superate le uscite per il personale

Sanità: trasporti e consulenze al top tra le spese per acquisti

**Paolo Del Bufalo
Roberto Turno**
ROMA

☞ Rallenta la crescita per l'acquisto dei «beni», dai farmaci alle convenzioni alle alte tecnologie. Ma sale, e anche vistosamente, la spesa per comprare i «servizi», sia sanitari che non sanitari: dai trasporti alle consulenze alla formazione. E aumentano del 400% le uscite per leasing e service. Mentre Matteo Renzi e Carlo Cottarelli si preparano a limare la spending review per l'intero corpaccione della Pa, puntando l'indice anche sugli acquisti da parte della burocrazia, ecco che dalla spesa di asl e ospedali per B&S arrivano conferme di un universo da tenere sotto osservazione, ma allo stesso tempo anche segnali che qualcosa, in questi anni, in fondo è stato quanto meno modificato negli atteggiamenti del Servizio sanitario nazionale. Qualcosa, ma certo non basterà.

In fondo sono qualcosa più di un indizio gli ultimissimi dati appena sfornati dal ministero dell'Economia nella «Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2012». Dati di un anno fa, ma i più freschi a disposizione visto che il rapporto consegnato alle Camere arriva con ben dodici mesi di ritardo rispetto al timing naturale. Dati, dunque, che costituiscono anche per la sanità pubblica previsti punti di riferimento. Senza scordare appunto che l'acquisto di beni e servizi da parte del Ssn continua a restare in cima all'agenda delle misure di contenimento dei costi che il Governo s'è dato. Misure su cui anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, s'è più volte espressa, a cominciare dalle prime note dolenti del sistema degli acquisti: la necessità di gare trasparenti e di centrali d'acquisto il più "uniche" possibile. Un tema, que-

sto, che del resto dovrebbe entrare in qualche modo anche nell'ormai mitico «Patto per la salute» in discussione con i governatori.

Il rapporto dell'Economia - anticipato dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» (www.24oresanita.com) - evidenzia intanto una novità in assoluto per la sanità pubblica: per la prima volta infatti, nel 2012, s'è registrato il sorpasso della spesa per l'acquisto di beni e servizi rispetto a quella del personale, tradizionalmente la "prima" delle voci di uscita del Ssn. La spesa per il personale dipendente - dopo i blocchi contrattuali e del turn over - era pari a 35,6 mld, in calo dell'1,4% sul 2011, mentre al con-

trario per B&S la spesa è stata di 36,1 mld con una crescita totale dell'1,7 per cento.

Ma attenzione, perché a tenere alta l'asticella dei costi delle uscite per beni e servizi è stata la voce «servizi»: un aumento che ha fatto segnare +7,5% in un anno, dopo il decremento del 4,3% registrato tra il 2011 e il 2010. A incidere, segnala la relazione, sono state in particolare le spese per i trasporti sanitari, per le consulenze e la formazione del personale, per le collaborazioni, il lavoro interinale e «altre prestazioni di lavoro non sanitarie». Altra voce in salita, quella per manutenzioni e riparazioni, in aumento del 3,7% (+2,6% nel 2011) con la punta massima del +8,1% per l'acquisto dei materiali per le manutenzioni. Mentre addirittura quadruplica - dal +1% del 2011 al +4,1% del 2012 - l'incremento delle spese di leasing e service, e crescono invece più lentamente rispetto al 2011 (+2,1%) quelle per i servizi sanitari appaltati come lavanderia, pulizia, mensa, e riscaldamento.

Uniche voci a calare tra i beni e servizi sono state le spese riferite a interessi passivi e oneri finanziari, in riduzione del 7,9% (+6,7% nel 2011). E diminuiscono, ma solo dello 0,9%, imposte e tasse: meno personale, meno Irap, è l'equazione "vincente".

Altra sorpresa che emerge dalla relazione 2012 dell'Economia, sono i dati riferiti all'attività intramoenia dei medici pubblici. Spese a carico degli italiani, che nel 2012 hanno sborsato di tasca propria 1,2 mld. E che per la prima volta vedono un calo del 2,17% (24,6 mln in meno). Anche questo un segnale della crisi per gli italiani. E per i medici: che hanno "perso" 119 mln (-1,3%) dei loro guadagni extra. Mentre il Ssn ha realizzato 94,5 mln in più nel giro di dodici mesi. Più del doppio di un anno prima. A carico dei cittadini, vale ripeterlo.

I COSTI MAGGIORI

Hanno inciso soprattutto le uscite per i «servizi» sanitari (+7,5%), mentre la spesa totale ha registrato una crescita dell'1,7%

36,1 miliardi

Spesa per beni e servizi

Per la prima volta, nel 2012, s'è registrato il sorpasso della spesa per l'acquisto di beni e servizi rispetto a quella del personale. In particolare, i «servizi» hanno fatto registrare in un anno un +7,5%

35,6 miliardi

Spesa per il personale

La voce spesa per il personale, per effetto dei blocchi contrattuali e del turno over, nel 2012 è stata pari a 35,6 miliardi, in calo dell'1,4% rispetto all'anno precedente. Tradizionalmente quella per il personale era stata la principale voce di spesa del sistema sanitario

Le vie della ripresa

IL CONTENIMENTO DELLA SPESA

La spending punta gli enti locali

Tagli di 3 miliardi in 2 anni sugli acquisti - Alfano frena sul riordino dei commissariati

Marco Ludovico
Marco Rogari
ROMA

Tagli ai centri di spesa meno virtuosi. A cominciare da quelli a livello territoriale anche attraverso un nuovo meccanismo di controlli sui contratti stipulati fino a tutto il 31 luglio di quest'anno. È questo il pilastro portante del piano di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi che costituirà una delle tessere chiave nel mosaico delle coperture del provvedimento taglia-tasse in arrivo nelle prossime settimane.

Nei prossimi due anni dalla stretta sugli approvvigionamenti della pubblica amministrazione dovranno arrivare più di 3 miliardi. Quasi 1 miliardo è atteso per quest'anno. Altri 2,3-2,5 miliardi dovrebbero essere recuperati il prossimo anno facendo leva su una trasformazione radicale del sistema degli acquisti nella Pa: il passaggio dalle attuali 32 mila stazioni appaltanti a non più di 30-40 "centrali". Con la Consip a capo di una nuova costellazione di cui dovrebbero far parte le centrali regionali e un "centro" per ogni città metropolitana.

Un'operazione che dovrebbe marciare di pari passo con la potatura delle sedi periferiche dello Stato. Dalla riduzione di prefetture, ragionerie territoriali, soprintendenze artistiche, uffici scolastici provinciali e altre strutture dovrebbe arrivare più di 1 miliardo nei prossimi tre anni. Nel mirino del Governo ci sono anche le capitanerie di porto, le commissioni tributarie regionali e le sedi del Cnr e le direzioni territoriali del lavoro.

Sul riordino dei presidi delle forze dell'ordine, invece, il ministro dell'Interno, Angelino Alfano ha mostrato ampie aperture in un incontro, insieme ad Alessandro Pansa, direttore del Dipartimento Ps, con i sindacati. Anche se le sigle più agguerrite - Sap e Ugl in prima linea, più il Siulp - non indietreggiano. La riduzione dei commissariati e delle postazioni di polizia ferroviaria e postale «è un'ipotesi di riflessione» ha garantito il ministro; Alfano si rende comunque disponibile a tutte le

SEDI PERIFERICHE

Nel menu anche la riduzione di prefetture, ragionerie territoriali, soprintendenze artistiche e uffici scolastici provinciali

proposte delle sigle sindacali. L'idea di accorpate le forze dell'ordine, poi, è ormai priva di ogni fondamento: l'assetto della legge n. 121/1981 che definisce gli attuali assetti della pubblica sicurezza «non si tocca» ha sottolineato il titolare del Viminale. Nessuna fusione tra Polizia di Stato e Carabinieri, dunque (e i bene informati non ci hanno mai creduto).

Poi il ministro dell'Interno ha calato due carte di valore. Annunciando il rilancio di un tavolo interministeriale alla Funzione pubblica per scongiurare dal 2015 «qualunque ipotesi di ulteriore blocco degli automatismi stipendiali» scattato nel 2011 per il comparto sicurezza (e difesa). Proprio oggi, tra l'altro, la Corte costituzio-

nale decide sul ricorso di alcuni ufficiali della Guardia di Finanza contro il blocco stipendiale, che ha prodotto aberrazioni a pioggia nel sistema militare e di pubblica sicurezza. La più diffusa è quella del superiore (ufficiale o sottufficiale), colpito dal blocco, alla guida di gradi inferiori che guadagnano di più del loro comandante perché promossi prima del 2011. L'altra carta di Alfano è il possibile riutilizzo dei beni confiscati per rilanciare la politica degli alloggi di servizio per le forze dell'ordine.

Intanto a palazzo Chigi, dove si è trasferito il commissario straordinario, Carlo Cottarelli, e al ministero dell'Economia si sta continuando a lavorare per definire il pacchetto dei tagli per i prossimi tre anni. Al momento l'ipotesi più probabile è quella di recuperare con la "spending" 4 miliardi per il 2014, dai 12 ai 15 miliardi nel 2015 per poi avvicinare il più possibile quota 30 miliardi nel 2016. Il Dap (dipartimento dell'amministrazione penitenziaria), ha fatto sapere di avere già avviato i tagli al suo parco macchine in linea con le misure annunciate dal premier Matteo Renzi. Ma il grosso della riduzione di spesa per quest'anno arriverà dal taglio degli stipendi di dirigenti e manager pubblici, dalla razionalizzazione dei trasferimenti alle aziende di autotrasporto (e alle imprese in genere) e dal giro di vite sugli acquisti della Pa. Sul fronte delle forniture già quest'anno dovrebbe scattare una riduzione degli stanziamenti agli enti risultati poco virtuosi, ovvero lontani dai parametri della Consip e delle centrali di acquisto regionali.

Le cifre

Obiettivo della spending è recuperare 4 miliardi quest'anno, 12-15 miliardi nel 2015 e 30 nel 2016

Nel mirino dell'Economia



BENI E SERVIZI

Stretta sugli acquisti Pa con il taglio delle «centrali»

Poggerà sui tagli ai centri di spesa meno virtuosi il piano di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Nei prossimi due anni dalla stretta sugli approvvigionamenti della pubblica amministrazione dovranno arrivare più di 3 miliardi. Quasi 1 miliardo è atteso per quest'anno. Altri 2,3-2,5 miliardi dovrebbero essere recuperati il prossimo anno facendo leva su una trasformazione radicale del sistema: il passaggio dalle attuali 32 mila stazioni appaltanti a non più di 30-40 "centrali". Con la Consip a capo di una nuova costellazione di cui dovrebbero fare parte le centrali regionali e un "centro" per ogni città metropolitana

RISPARMI ATTESI

3 miliardi



SEDI PERIFERICHE

Cura dimagrante in arrivo dalle prefetture al Cnr

Nel pacchetto di tagli a cui sta lavorando il Mef – e che in tre anni dovrebbero consentire di recuperare complessivamente 4 miliardi per il 2014, dai 12 ai 15 il prossimo anno fino a 30 nel 2016 – c'è anche la potatura delle sedi periferiche dello Stato. Dalla riduzione di prefetture, Ragionerie territoriali, soprintendenze artistiche, uffici scolastici provinciali e altre strutture dovrebbe arrivare più di un miliardo nel triennio. Nel mirino del Governo ci sono anche le Capitanerie di porto, le Commissioni tributarie regionali le sedi del Cnr e le direzioni territoriali del lavoro

RISPARMI ATTESI

1 miliardo

IN VETRINA

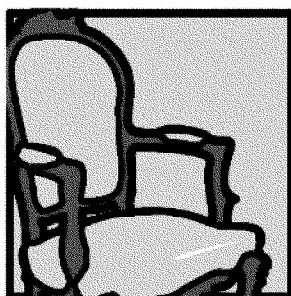
Agenas nella bufera: vertici da rifare

Niente riconferma per il Dg Fulvio Moirano. Il presidente Giovanni Bissoni si dimette e spiega perché in un'intervista. (Servizio a pag. 6)

Ricambio a sorpresa alla direzione generale e dimissioni immediate del presidente

Agenas, vertici nella bufera

Niente riconferma per Fulvio Moirano - Francesco Bevere papabile Dg



La notizia era nell'aria già da alcune settimane, ma martedì scorso - giorno della scadenza del mandato - è divenuta reale: Fulvio Moirano non è stato rinnovato nella carica di direttore generale dell'Agenas.

Immediata conseguenza per la scelta, il presidente Giovanni Bissoni, in carica da maggio 2012, ha inviato la sua lettera di dimissioni al ministro della Salute Beatrice Lorenzin perché così possa «affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenzia».

Ora il ministro dovrà correre in tutta fretta ai ripari, specie in una fase così delicata come quella della predisposizione del nuovo Patto per la salute: una situazione che sicuramente non piacerà alle Regioni.

Il nome che circola per sostituire Fulvio Moirano è quello di Francesco Bevere, direttore generale della programmazione sanitaria al ministero della Salute e membro del Cda Agenas che già nei prossimi giorni potrebbe ricevere la nomina. Per ora l'incarico di supplenza nella direzione è stato affidato a un dirigente anziano, Achille Iachino.

Per la carica di presidente, invece, si parla di un ex assessore alla sanità di una Regione del Centro-Sud di area centrosinistra. Fulvio Moirano, Dg Agenas dal 19 marzo 2009, è già tornato - dal giorno successivo alla scadenza del mandato - alla Asl di Asti, dove è dirigente medico presso la direzione sanitaria.

La FnomCeo verso l'approvazione definitiva del testo che aggiorna la deontologia dei camici bianchi

Ecco il nuovo Codice di Ippocrate

Tra le novità focus su cybermedicina, informatica, organizzazione e salute militare

La deontologia medica è pronta per l'ennesima revisione: a metà maggio il Consiglio nazionale FnomCeo varerà il nuovo Codice che manda in soffitta la versione 2006.

Il testo riveduto e corretto tiene conto del lavoro svolto dalla Consulta deontologica e degli emendamenti inviati dagli OmCeo provinciali.

Quattro gli articoli in più, dedicati a medicina potenziativa ed estetica, medicina militare, tecnologie informatiche e innovazione e organizzazione sanitaria. Appena alle modifiche dell'ultima ora l'introduzione del concetto di persona assistita, che tiene conto dell'approccio olistico all'individuo, a prescindere dalla cittadinanza.

GOBBI A PAG. 20-21

Ecco la bozza avanzata del testo che la Federazione varerà a metà maggio

Il nuovo Codice della FnomCeo cambia la deontologia medica

Il nuovo Codice deontologico dei medici è quasi pronto per l'approvazione, prevista per metà maggio a Torino. La seconda bozza, tornata all'esame degli OmCeo provinciali dopo l'appuntamento di Terni - in cui la Consulta deontologica ha dato una "sgrossata" alla prima versione - è rifinita in queste settimane dal Comitato centrale, è da considerare decisamente avanzata. Anche se va detto che fino all'ultimo sarà possibile apportare modifiche, sulla base delle osservazioni che società scientifiche e sindacati esprimeranno il 4-5 aprile sempre a Torino e degli ulteriori emendamenti che i presidenti locali potranno inviare fino al 28 dello stesso mese.

Poi, il 16-17 maggio, il Codice datato 2006 andrà definitivamente in soffitta. La nuova versione esce dal confronto serrato tra gli esperti guidati da Roberta Cherseviani asciugata in molti contenuti, ma arricchita di quattro articoli in più: da 76 a 79. Novità che riguardano la medicina potenziativa ed estetica, la medicina militare, le tecnologie informatiche e l'innovazione e l'organizzazione sanitaria. Se cybermedicina, medicina con le stellettole, hi-tech e aziendalizzazione sono titoli che insieme ad altri meritavano un approfondimento a parte (v. box), visto anche il dibattito che li ha accompagnati, del nuovo Codice è doveroso ricordare innanzitutto

l'introduzione del concetto di "persona".

Persona che non è più né soltanto paziente, né soltanto cittadino-individuo, ma che va riguardata nella sua interezza di soggetto portatore di diritti, capace di autodeterminarsi e di partecipare attivamente alla relazione terapeutica, fuori dal ruolo passivo cui era relegato appena una manciata d'anni fa. La "persona" o "persona assistita" prescinde dalla carta d'identità o dal passaporto e in quanto inserita in un contesto socio-economico, nonché ambientale, andrà guardata dal medico e dalle strutture sanitarie.

Poiché tema chiama tema, la responsabilizzazione del camice bianco nei confronti dell'ambiente gli impone, in un'ottica globale, di partecipare all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione, di contrasto alle disuguaglianze di salute e anche di promuovere stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

E - passando a tutt'altro concetto di rischio - sul clinical risk management entra più nel dettaglio la nuova versione dell'articolo 14, dedicato a "Prevenzione e gestione degli eventi avversi e sicurezza delle cure". Il medico è tenuto a promuovere le più idonee condizioni di sicurezza contribuendo con: «L'adesione alle buone pratiche cliniche, l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del

consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, segnalazione e valutazione di eventi-sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni coinvolte».

Il «primum non nocere» richiesto da Ippocrate è più che mai attuale e va riempito di contenuti concreti, che passano anche per un adeguato flusso informatico.

Informazioni che sempre più vanno condivise, nel pieno rispetto del consenso informato e della privacy, nei Pdta, i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che implicano l'integrazione professionale e lo scambio e la messa in rete delle competenze. E qui il nuovo Codice fa "esplodere" il vecchio articolo 66 ("Rapporto con le altre professioni sanitarie"). Sta al medico, protagonista delle scelte di cura, adoperarsi «per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomia e correlate responsabilità». E sta ancora al medico sostenere la formazione interprofessionale, per lo sviluppo delle «distinte competenze tecniche e

non tecniche», il miglioramento delle organizzazioni e la valutazione integrata dei processi e degli esiti, l'ottimizzazione della comunicazione e l'osservanza dei principi deontologici comuni.

Un compito non da poco, che parte dal presupposto del "lifelong learning", in molte realtà ancora lontano dall'essere assimilato. Così come, e qui si entra in tutt'altro campo, il concetto del controllo del dolore: dal momento che l'ippocratico «sedare dolorem» pare non essere ancora del tutto recepito, l'articolo 16 ("Trattamenti diagnostico-terapeutici non proporzionati") ricorda al medico il dovere di astenersi dall'intraprendere o insistere in trattamenti diagnostico-terapeutici «non proporzionati» e che - al contrario - «il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento proporzionato».

Infine, una nota doverosa sul consenso informato e le direttive anticipate: il Codice 2014 ne precisa contenuti e valore, confermandone «la libertà e la consapevolezza della scelta sui trattamenti diagnostico-terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuale».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN RETE



La seconda bozza del Codice deontologico Fnom

Quelle lauree del desiderio

Per la Salute nel 2014-2015 i posti a bando in medicina sono 9.500, a metà tra i 7mila chiesti dalla Fnom e i 10.748 proposti dalle Regioni. Ma il rischio carenza è dietro l'angolo.

A PAG. 19

AREA MEDICA/ Il ministero propone alle Regioni il fabbisogno formativo per l'anno accademico 2014-2015

Lauree: ecco i posti secondo la Salute

Previsti 9.500 bandi a medicina contro i 7mila della Fnom e i 10.748 dei governatori

Lil ministero della Salute "media": per l'anno accademico 2014-2015 ci vogliono almeno 9.500 medici, 844 odontoiatri e 657 veterinari. Una posizione intermedia tra la richiesta di 10.748 posti per medici delle Regioni (che sulle altre professioni sono in linea con la Salute) e di 7mila posti proposti dalla FnomCeo, 491 dalla Federazione dei veterinari e lo zero assoluto per gli odontoiatri che il settore specifico della Fnom ha prospettato per far fronte al rischio di disoccupazione.

La proposta arriva in tutta fretta sul tavolo delle Regioni e la riunione tecnica per definire l'accordo è già fissata per il 25 marzo: bisogna far presto, sottolinea la stessa nota del ministero, perché già ad aprile queste professioni avranno le prove di ammissione, basate però su una dotazione "provvisoria" decisa dall'Università di 7.918 posti per medicina, 787 per odontoiatria e 632 per veterinaria e c'è bisogno quin-

di del dato certo e concordato.

Che una contrazione nei posti a bando debba esserci va bene, sottolinea la Salute, anche perché sia le Regioni che gli Ordini la prevedono e la richiedono (anche per ragioni occupazionali), ma il rischio di esagerare si ripercuoterebbe nei prossimi anni con una carenza di medici che se fosse accettata la richiesta FnomCeo sarebbe di 54.700 unità fino al 2018, mentre basandosi sul dato regionale ci si assisterebbe su un saldo negativo neo-laureati-pensionamenti di 27.400 medici. Ma, spiega il ministero, l'attesa "gobba pensionistica" dal 2015 sarebbe già esaurita in parte per gli effetti della legge Fornero. In più c'è l'aumento degli studenti ammessi per il 2013-2014 in sovrannumero per effetto del "recupero" del bonus maturità che aumenta gli iscritti di 1.800 unità, di cui 900 si sono già iscritti e altrettanti potranno farlo il prossimo anno e

andranno "assorbiti" nel numero da programmare.

Per questo - e per il fatto anche che le linee guida internazionali suggeriscono di evitare un approccio "yo-yo" variando drasticamente i numeri da un anno all'altro senza stabilire un trend a medio-lungo termine - il ministero si ferma a 9.500 posti. Dato questo che tiene conto secondo la nota sia delle richieste professionali che regionali.

E ritiene anche che per quanto riguarda i veterinari, visto che a fronte di un fabbisogno regionale di 716 unità i posti disponibili per il 2013-2014 sono stati 832 e l'Università ne ha messi a disposizione già 632, sia il caso di rispettare la richiesta delle Regioni. Mentre per gli odontoiatri non ritiene possibile una ulteriore diminuzione delle unità da formare.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fabbisogno per Regione proposto dalla Salute

Regioni	Medico chirurgo	Veterinario	Odontoiatra	Regioni	Medico chirurgo	Veterinario	Odontoiatra
Piemonte	700	10	45	Marche	160	20	25
V. Aosta	0	0	0	Lazio	1.500	40	50
Lombardia	1.350	70	180	Abruzzo	240	10	24
Pa Bolzano	60	15	15	Molise	75	0	0
Pa Trento	70	3	5	Campania	1.250	200	150
Veneto	850	30	30	Puglia	450	50	40
Friuli	200	3	25	Basilicata	225	6	0
Liguria	250	10	25	Calabria	240	0	15
Emilia R.	750	15	40	Sicilia	1.000	60	70
Toscana	870	40	50	Sardegna	328	50	40
Umbria	180	25	15	Italia	10.748	657	840
				Proposta ministero	9.500	657	844

*Nessuno pensa
a far conciliare
vita e professione*

FRULLINI A PAG. 21

LA PROPOSTA PER UN WELFARE AZIENDALE ANCHE NEL SSN

«Politiche di conciliazione nelle nostre Asl»

Si dice che il sistema sanitario evolve positivamente quando, programmato su analisi di domande e bisogni di salute, riesce ad aumentare qualità e appropriatezza delle cure. Del sistema sanitario che genera occupazione e lavoro, quali sono gli indicatori di rendicontazione e miglioramento? Dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato sappiamo che l'insieme del personale dipendente del Ssn occupa il primo posto nel settore pubblico non statale, con il 22,13%, dopo il comparto statale della scuola (28,75%). Per il Ssn nel 2007-2012 la contrazione dei dipendenti, attraverso la riduzione del turn over, è stata di circa 9.000 unità pari a -1,3%, in linea con tutto il pubblico impiego. Oggi il tasso di riduzione del personale sta ulteriormente accelerando.

Nel Ssn lavorano circa 670.000 persone: il 70% nel ruolo sanitario. Nelle figure professionali, il 23% sono medici e odontoiatri versus il 60,8% di infermieri. La presenza femminile è del 64%, con un costante aumento soprattutto per il diverso numero di cessazioni dal lavoro. Nella professione medica le donne sono al 37%: la presenza è massima in Sardegna (49,7%) e in Emilia-Romagna (44,1%), minima in Campania (26,1%). Nelle funzioni riabilitative vi sono 4mila uomini e 16mila donne, le infermiere sono donne al 77% (oltre il 90% nella Provincia di Bolzano, al 57,5% in Sicilia). Molte farmaciste, biologhe, psicologhe, poche donne fra i veterinari e nel ruolo di vigilanza e ispezione. Alle percentuali di presenza non corrispondono mai le percentuali di apicalità.

Se continuiamo a ignorare il danno delle perdite di competenze per le mancate politiche di conciliazione famiglia-lavoro, lo svuotamento del Ssn e l'erosione dei servizi sociali viaggeranno in parallelo, potenziando gli effetti.

Dovrebbe essere attivato un monitoraggio sistematico sull'intero percorso professionale delle persone donne/uomini, dalla prima entrata in azienda ai passaggi di ruolo, alle ragioni dell'eventuale uscita. Vanno poi evidenziate le incongruenze fra contratto nazionale e applicazioni locali che presentano ampia disomogeneità tra le Regioni, favorendo pratiche

che, ai limiti di standard di sicurezza, non tutelano il personale.

Il discorso riguarda tutti, ma soprattutto le donne, gravate dall'assenza di un welfare e di servizi. Il welfare va cambiato per l'aumento della vita media, la minore numerosità dei nuclei familiari, l'innalzamento dell'età pensionabile: c'è bisogno di soluzioni modulate su tutte le fasi del ciclo di vita.

Il sistema sanità può essere rinnovato anche attivando un welfare aziendale nelle 146 Asl italiane? Nuovi accordi per costruire spazi di gestione del tempo di lavoro sono segnalati in altri settori che prevedono turnazione dei lavori. Ci sono Asl che nel presentare il Bilancio sociale hanno ben descritto il contesto territoriale: viabilità, urbanizzazione del territorio, indici demografici e stili di vita della popolazione. Poi solo poche parole per definire il profilo aziendale: «La dotazione di personale in servizio a tempo indeterminato è di quasi 5.000 unità»... quando la normativa vigente per garantire il benessere di chi lavora prevede obiettivi con progetti articolati in azioni positive. Servono misure di conciliazione pensate sull'intero arco della vita e piattaforma di servizi integrati per favorire la vita dei dipendenti. Le aziende sanitarie potrebbero attivare finanziamenti per accordi contrattuali o voucher per la fornitura diretta di servizi e creare, al proprio interno, contaminazione fra formule come la banca del tempo e il job sharing. Le iniziative per la conciliazione sono un investimento, con vantaggi quantificabili a lungo termine.

Annarita Frullini

*coordinatrice Osservatorio FromCeo della
professione medica-odontoiatrica
femminile*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra giugno e luglio 2015 l'ordine nazionale parteciperà all'evento internazionale

I biologi protagonisti all'Expo

I temi dell'esposizione propri dell'attività professionale

Tra giugno e luglio 2015 l'ordine nazionale dei biologi parteciperà all'Expo di Milano, l'esposizione universale che sarà dedicata ai temi dell'alimentazione.

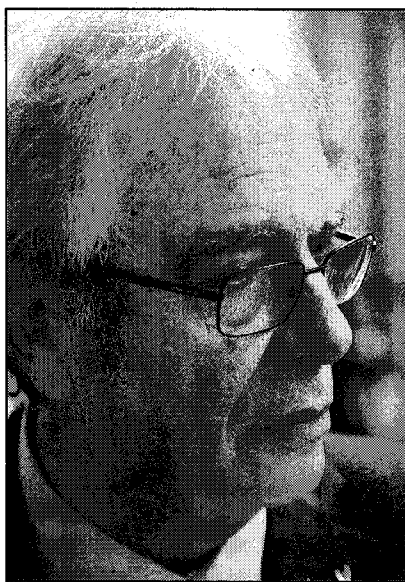
«Nutrire il pianeta, energia per la vita» è il titolo scelto per questa edizione. Sono «cibo», «energia», «pianeta» e «vita», quindi, le parole chiave dell'Expo, identificative tanto dei macroargomenti che verranno affrontati quanto delle diverse anime che caratterizzano l'articolato mondo della biologia, affiancate da concetti altrettanto calzanti quali «sostenibilità», «ricerca» e «sviluppo».

L'ordine nazionale dei biologi ha deciso di cogliere quest'opportunità e di esporre a una platea internazionale i propri punti di forza e le proprie competenze, frutto della forte preparazione scientifica e culturale che i suoi professionisti vantano su tali argomenti.

Sicurezza alimentare, agricoltura sostenibile, ricerca scientifica e bioeconomia saranno alcuni degli aspetti che verranno approfonditi, allo scopo di trovare modelli di sviluppo finalizzati a garantire una sana e corretta alimentazione all'intero pianeta tutelando, al tempo stesso, la biodiversità.

Da mesi l'ente sta lavorando per pianificare e organizzare il proprio intervento, che vedrà impegnati i suoi rappresentanti per quindici

giorni. Verranno presentati incubatori di bio-start up, grazie alle quali le menti più acute avranno la possibilità di presentare e di vedere realizzati progetti di studio volti alla tutela della salute umana, all'individuazione di nuove tecniche di coltivazione e di produzione e alla ricerca di possibili soluzioni all'evidente squilibrio esistente sulla disponibilità



Ermanno Calcatelli

di cibo e acqua nel mondo. L'approccio scientifico non prescindere da quello teorico, finalizzato alla responsabilizzazione degli individui affinché siano garanti dell'indispensabile simmetria tra produzione e sfruttamento delle risorse esistenti. Inoltre, grazie all'aiuto di validi esperti, l'ordine sta presentando progetti di ricerca utili all'ottenimento

di finanziamenti europei, che verranno tramutati in opportunità di lavoro e di studio per la categoria.

Ampio spazio, poi, sarà dedicato al gusto e all'arte del buon cibo: tradizioni enogastronomiche, creatività alimentare, cucine internazionali, degustazioni e prodotti tipici, per passare poi ad aspetti più strettamente legati alla tutela della salute dell'individuo quali la sicurezza alimentare, i diritti del consumatore e le tecniche di conservazione e di cottura degli alimenti finalizzate al mantenimento dei sapori e delle proprietà nutritive dei pasti.

«Non potevamo rimanere spettatori», dice Ermanno Calcatelli, presidente dell'Onb, «di un evento che ci vede come assoluti protagonisti. Abbiamo tutte le carte in regola per esserlo. L'esposizione, infatti, tocca da vicino tutta una serie di settori disciplinari nei quali il biologo lavora attivamente, per i quali è saldamente preparato, formato e specializzato. Sarà un'occasione di arricchimento professionale unica nel suo genere, all'interno della quale troveranno spazio tanto esperti quanto i giovani ricercatori. Non solo. L'internazionalità», aggiunge Calcatelli, «dell'evento ci consentirà di interagire costantemente con diverse realtà scientifiche di grande rilievo, favorendo così la multidisciplinarietà dell'esposizione, dalla quale la nostra professione, così come le altre, non potrà che trarre giovamento».

L'Italia terreno fertile per le start up biotech

«In Italia c'è spazio per la nascita e lo sviluppo di start up biotech»: questa è l'opinione del professor Giampio Bracchi, uno dei massimi esperti italiani di innovazione, nonché presidente della Fondazione Politecnico Milano sede del PoliHub che è uno dei maggiori incubatori di imprese del nostro Paese. «Milano è un vero e proprio polo per il biotech, abbiamo ottimi centri di ricerca: Mario Negri, San Raffaele, Bicocca, Humanitas, Ieo e Centro dei Tumori», prosegue Bracchi, «e chi riesce a creare una nuova azienda ha anche un buon numero di medie e grandi società farmaceutiche alle quali rivolgersi per l'exit, senza essere costretto a cercare acquirenti in Europa, Usa o Cina. Inoltre, nella biotecnologia le cifre in gioco sono alte, fra le più alte del segmento start up».



Giampio Bracchi

«Il punto critico», sottolinea il professor Bracchi, «è la necessità di capitali consistenti per cominciare e per proseguire, anche decine di milioni di euro per sostenere una start up biotech, che va rifinanziata a ogni ciclo di sperimentazione».

Infatti la durata dei progetti biotech è lunga: una controindicazione durante la sperimentazione di una molecola si può manifestare anche dopo anni, vanificando tutta l'operazione.

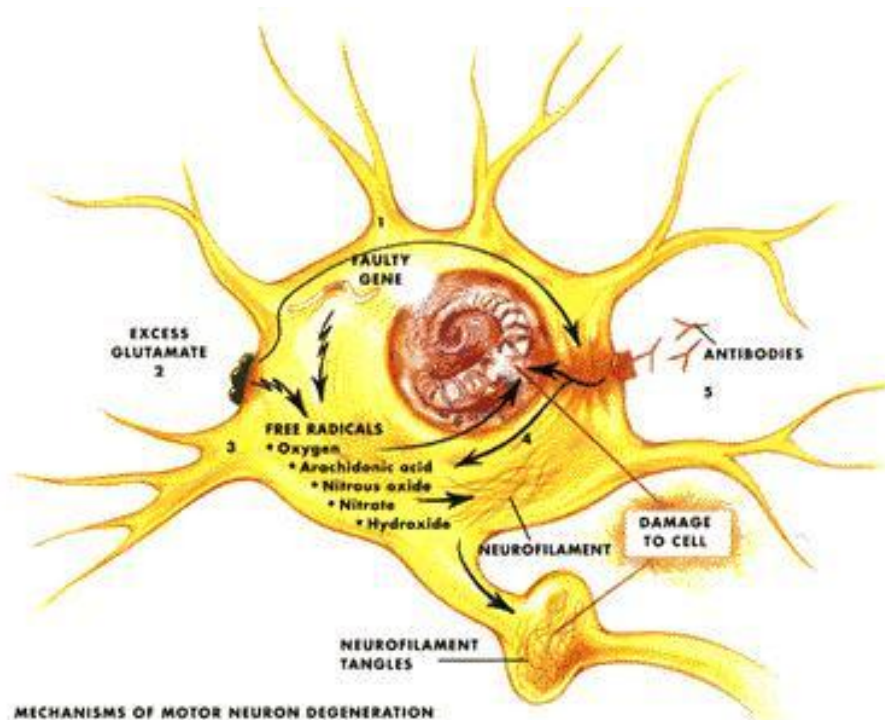
In altri settori, in primis l'Ict, se un'iniziativa è buona si capisce entro un anno, altrimenti si chiude.

Per questa ragione, dal 2000 a oggi, non sono mai state più di 40 le start up biotech di successo in Italia. Di queste, più della metà sono state in ambito meditech grazie alla alta specializzazione italiana in elettronica, nanotecnologie e robotica.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Pollini più smog: le allergie tormentano chi non è previdente

Ora non resta che curare i sintomi. Al vaccino ci si deve preparare già in autunno



PNEUMOLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

Le temperature insolitamente calde di questo periodo hanno fatto impazzire fiori e piante. Tanto che siamo praticamente bombardati dai pollini: sia da quelli degli alberi (come cipressi e noccioli), che in genere circolano a gennaio, sia dai pollini delle piante erbacee (parietaria e alternaria), che hanno anticipato di quasi un mese la loro diffusione. In questo fuoco incrociato a farne le spese sono all'incirca 8 milioni di italiani alle prese con fastidiosissime riniti, congiuntiviti e nei casi più gravi anche con attacchi d'asma.

Secondo un'indagine promossa da Assosalute, l'associazione delle aziende farmaceutiche che operano nel comparto dei farmaci senza obbligo di ricetta, a soffrire dell'allergia stagionale sarebbero almeno 16 italiani ogni 100. «Il numero degli allergici è nettamente aumentato negli ultimi decenni, così come si è allungato il periodo di "sofferenza", sottolinea Domenico Schiavino, responsabile del servizio di allergologia del Policlinico Gemelli di Roma. «Le patologie allergiche - spiega - sono tipiche del mondo occidentale industrializzato e le cause vanno ricercate nel peggioramento dell'ambiente che ci cir-

conda. I nostri meccanismi di difesa, infatti, sono sempre più danneggiati da ciò che respiriamo e così si creano una serie di problematiche a carico delle mucose».

Le cause dell'allergia sono, dunque, esterne e non dipendono da deficit immunitari o da ragioni genetiche, anche se è possibile che in alcuni individui ci sia una certa familiarità, che li porta a essere più sensibili a determinati allergeni. Ma l'ipotesi più accreditata resta l'inquinamento: è l'aria sempre più sporca a renderci più sensibili ai pollini.

E tuttavia sono ancora pochissimi gli italiani che si premuniscono in tempo. Conseguenza: sono milioni quelli che devono affrontare i sintomi dell'allergia. Ora l'unica soluzione possibile è resistere, aiutandosi con qualche palliativo. «Siamo nel pieno della stagione allergica e questo obbliga gli allergici - sottolinea Schiavino - a dover convivere con i disturbi che comporta. L'unica cosa che ora si può fare, infatti, è gestire i sintomi, seguendo trattamenti mirati che non agiscono sulle cause, ma che servono a mitigare gli effetti».

Di soluzione ce n'è una sola e la si può sfruttare solo molto prima della stagione dei pollini. «L'unico trattamento desensibilizzante che frena l'infiammazione scatenata dall'allergia - aggiunge lo specialista - è il vaccino. Ma attenzione: per chi non l'ha ancora fatto è già troppo tardi. Il vaccino, infatti, può essere somministrato solo nei periodi di quiescenza e dunque

lontano dalla diffusione dei pollini». Per chi soffre delle tipiche allergie primaverili si tratta di premunirsi da ottobre in poi.

Domenico Schiavino Allergologo

RUOLO: È RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI ALLERGLOGIA DEL POLICLINICO GEMELLI DI ROMA
IL SITO: WWW.POLICLINICOGEMELLI.IT

«E' consigliabile fare gli esami tra settembre e ottobre - precisa Schiavino - lontano dalle impollinazioni. Così è possibile individuare con esattezza la tipologia del polline, o dei pollini, a cui si è allergici. Poi, seguire la strada del vaccino, anche se sono davvero pochi gli allergici che scelgono di usufruire del trattamento. E' sbagliato continuare a curare gli effetti con i farmaci a disposizione, e non curare la causa, con il vaccino. Anche perché l'infiammazione va comunque avanti: il 60% delle riniti si complica e può diventare asma bronchiale oppure rendere i polmoni meno elastici».

Al momento, quindi, ci si può solo accontentare di trattamenti sintomatici. «In questo periodo dell'anno gli allergici ai pollini possono ricorrere a antistaminici, anti-leucotrienici o cortisonici da

spruzzare nel naso o da inalare. Può anche essere utile la terapia con un broncodilatatore, ma dipende sempre dai casi, da valutare, volta per volta, con il proprio medico».

Secondo Schiavino, inoltre, è bene seguire qualche piccolo accorgimento per limitare quanto più possibile l'esposizione ai pollini. «Per chi vive in città - dice - e va in giro con il motorino raccomandando l'utilizzo di un casco integrale e dotato anche di mascherina. Chi invece usa l'auto è preferibile che cambi i filtri del condizionatore. In generale, poi, consiglio di evitare le passeggiate in campagna e optare per il mare. Lì si può approfittare della brezza, che spazza via i pollini».

dossier sanità

I.P. a cura Piemme

Fratture vertebrali cause e terapie

Il dottor Luca Serra, neurochirurgo dell'Istituto Pascale, spiega la funzione e i metodi della vertebroplastica

In Italia ogni anno si verificano oltre 100mila nuove fratture vertebrali (poco meno di 10mila in Campania), un terzo delle quali richiede un ricovero ospedaliero.

Ne parla il dottor Luca Serra, neurochirurgo, responsabile del Servizio di Chirurgia Vertebrale Oncologica presso l'Istituto Nazionale dei Tumori "G. Pascale" di Napoli.

Dottor Serra, qual sono le cause più frequenti delle fratture vertebrali?

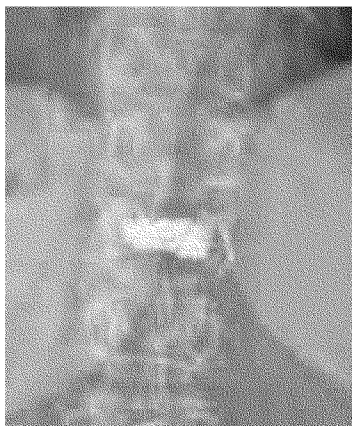
«Nella stragrande maggioranza dei casi, la causa è rappresentata dall'osteoporosi, una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una bassa densità minerale ossea e da una progressiva alterazione della microarchitettura interna del tessuto osseo che si accompagnano ad un aumento del rischio di frattura». Ci sono altre cause che possono provocare fratture?

«Certo: traumi, tumori - metastasi, angiomi, mieloma - o prolungate terapie con farmaci cortisonici».

Da alcuni anni è stata introdotta una nuova metodica in grado di risolvere con effetto immediato il problema. Ce ne vuole parlare?

«La vertebroplastica è una procedura chirurgica miniinvasiva il cui scopo è di prevenire e curare le fratture vertebrali e il dolore conseguente, mediante l'iniezione di pochi ml di cemento acrilico (polimetacrilato) nel corpo vertebrale fratturato. L'introduzione del cemento determina il consolidamento dell'osso fratturato con conseguente risoluzione del dolore, mentre la temperatura sviluppata durante la polimerizzazione - circa 75-90°C - causa la necrosi del tessuto tumorale in caso di lesioni neoplasiche. La cifoplastica è un'evoluzione della tecnica precedente che prevede, prima dell'iniezione del cemento, anche

“Si tratta di una procedura chirurgica miniinvasiva per prevenire e curare con una bassissima percentuale di complicanze”



un parziale ripristino della conformazione della vertebra fratturata attraverso un cateterino a palloncino. Entrambe le procedure vengono eseguite in anestesia locale con l'introduzione di un ago dedicato all'interno della vertebra sotto controllo radiografico (RX o TAC) che ne permette il preciso posizionamento. La vertebroplastica rappresenta oggi il trattamento di prima scelta nelle fratture da osteoporosi e nelle metastasi vertebrali. Nelle fratture da osteoporosi a 24 ore dal trattamento il dolore è praticamente scomparso e il paziente può tornare a camminare».

In quali casi è indicata la vertebroplastica?

«In caso di osteoporosi severa dolorosa con frattura o depressione vertebrale, di tumori vertebrali dolorosi (metastasi mielosa) e di angioma vertebrale doloroso».

Ha delle controindicazioni?

«Sì, in caso di fratture vertebrali con compressione midollare o frammenti nel canale, di diatesi emorragiche (alterazioni della coagulazione del sangue) e di infezione (spondilodiscite)».

La procedura viene effettuata in day-hospital o al massimo con l'ospedalizzazione di un giorno, evitando così ricoveri prolungati finora necessari per il trattamento di questi pazienti, con evidenti vantaggi anche in termini di costi per le Aziende Sanitarie.

Curare le allergie alle terme

Tra i tanti benefici ormai comprovati, il suo impiego risulta di grande aiuto nella cura dei sintomi causati dalle allergie

L'inquinamento ambientale e il notevole aumento delle sostanze chimiche, con cui il nostro corpo entra in contatto quotidianamente, ha causato negli ultimi tempi una crescita significativa delle patologie allergiche.

Alcuni componenti inquinanti come ozono, polveri sottili e fumi, possono infatti insediarsi sulla superficie di pollini e di alimenti, inducendo l'organismo a produrre antigeni IgE (o reagine) e contribuendo quindi ad aumentare la sensibilità di soggetti predisposti o già allergici.

Soprattutto per le allergie che colpiscono la cute e l'apparato respiratorio, un ottimo rimedio per alleviare i sintomi sono le cure termali, che utilizzano come mezzo curativo le acque minerali o i loro derivati, i fanghi, le muffe, i vapori e le nebulizzazioni.

Per quanto riguarda le affezioni delle vie aeree (che comprendono raffreddori, crisi di starnuti, fotofobia, lacrimazione e asma bronchiale), il beneficio dalle cure termali si può individuare in una evidente attenuazione della sintomatologia, che sarà ancor più manifesta nel caso di forme allergiche complicate da infiammazioni.

“
La medicina termale è stata inclusa da poco dall'OMS nella Medicina tradizionale
”



Anche per quanto riguarda dermatiti o eczemi da contatto, i benefici delle cure termali sono assolutamente rilevabili, soprattutto nei pazienti in cui il disturbo è cronicizzato o complicato da infiammazioni e infezioni. Anche se il processo di adattamento dell'organismo alla cura potrebbe portare nel corso del ciclo o nel periodo immediatamente successivo una riacutizzazione

della sintomatologia (crisi termale), i benefici delle cure termali sul lungo periodo potranno far rilevare al paziente la possibile riduzione del numero e dell'intensità degli episodi connessi a reazioni di tipo allergico.

Bisogna infine ricordare che, all'inizio del mese di marzo, la medicina termale e l'idroterapia sono state inserite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Medicina tradizionale e complementare.

Grazie allo Studio Hydroglobe che ha visto la collaborazione della Fondazione per la Ricerca Scientifica Termale (FoRST) con la Fondazione Mondiale del Termalismo e della Climatoterapia (FEMTEC), è stato infatti possibile effettuare un'analisi su 2700 strutture termali sparse in dieci Paesi nel mondo (Russia, Italia, Cina, Francia, Romania, Ungheria, Polonia, Tunisia, Portogallo e Cuba), analisi che ha permesso di rilevare non solo come la medicina termale sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di salute e benessere di pazienti affetti da problemi dell'apparato muscolo-scheletrico, affezioni respiratorie e problemi legati all'apparato digerente, ma anche di collocare l'Italia tra i paesi più avanzati al mondo in questa disciplina.

Tecnologia e professionalità ecco le protesi Cisas

Il nuovo microchip Inium permette di tornare a sentire grazie all'assistenza specializzata dell'audioprotesista

La salute dell'udito significa serenità non solo per se stessi, ma anche per chi ci circonda.

Studi recenti hanno dimostrato come tra le difficoltà uditive e il declino cognitivo esista una comprovata relazione.

Un deficit uditivo, infatti, è in grado di aumentare fino a 5 volte il rischio di sviluppare, con l'avanzare dell'età, dei deficit cognitivi che possono presentarsi anche in maniera importante. Per questo è importante intervenire in maniera tempestiva, attraverso precoci test dell'udito per valutare se vi siano delle difficoltà uditive. In questi casi occorre porvi rimedio mantenendo la mente allenata e, allo stesso tempo, contrastare il più possibile l'impigritimento del cervello, grazie all'uso di moderni apparecchi acustici, che sono di fatto invisibili e disponibili a tutti i livelli di prezzo.

Quando c'è una perdita uditiva, le informazioni sulla voce arrivano male al cervello: questo rende difficile capire e alla fine della giornata ci si sente estremamente stanchi. Il nuovo chip Inium è dotato della speciale funzione "Speech Guard" che protegge ed esalta la nitidezza della voce che così può essere

”
Un deficit uditivo
può aumentare
fino a 5 volte
il rischio
di sviluppare
dei deficit cognitivi
“



compresa meglio e senza sforzo. Tornare a sentire come prima è l'obiettivo del nuovo microchip per l'udito Inium.

La difficoltà è rappresentata non solo dal sentire, ma soprattutto dal capire le parole anche nel rumore senza perdere il filo del discorso.

E' opinione comune che la soluzione dei problemi uditivi si basi unicamente sull'uso di un'eccellente tecnologia. In realtà la tecnologia da sola non basta, occorre la competenza del tecnico Audioprotesista Cisas, in grado di personalizzare la soluzione scelta, ottenendo il 100% del potenziale uditivo della persona. L'Audioprotesista Cisas è la chiave del processo di personalizzazione dei nuovi sofisticati Sistemi Acustici. Questa competenza consente di valutare correttamente le perdite uditive e di scegliere sempre la giusta soluzione. Le esigenze di un utente non possono essere descritte solo da un semplice test dell'udito. Per questo ogni soluzione viene studiata dall'Audioprotesista Cisas con attenzione analizzando tutti gli elementi disponibili: stile di vita, professione, età ed esigenze individuali.

www.cisas.info