



### UMBERTO SOLIMENE E' IL NUOVO PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE MONDIALE TERMALISMO

*È il primo Presidente italiano nella storia della Federazione che raggruppa le associazioni nazionali dei centri termali di oltre 25 nazioni. La sua nomina è avvenuta il 28 settembre durante il congresso della Federazione (Femtec) in Kazakistan. Solimene era già stato segretario generale dell'associazione.*

Umberto Solimene è il nuovo presidente della Femtec, la Federazione Mondiale del Termalismo ([www.femteconline.org](http://www.femteconline.org)). Presidente del Centro di Ricerche in Bioclimatologia medica, Medicina termale, complementare e Scienze del benessere dell'Università degli Studi di Milano, Solimene è già in Femtec la carica di Segretario generale dell'associazione che raggruppa le associazioni nazionali dei centri termali di oltre 25 Nazioni.

È la prima volta nella 80ennale storia della Federazione che il Comitato Direttivo e l'Assemblea Generale scelgono un italiano alla guida della unica Ngo del settore in rapporti ufficiali con l'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'elezione è avvenuta all'unanimità ad Astana (Kazakistan) in occasione della 67ma Assemblea Annuale del Congresso Femtec (25-28 settembre), che ha visto riuniti oltre 150 rappresentanti di 23 Nazioni e alti rappresentanti politici del Kazakistan (il vice primo ministro **Gulsciara Abdikalikova** e il ministro della Sanità **Salidat Kairbekova**) oltre a diplomatici accreditati (ambasciatori di Russia, Italia, Cuba, Giappone e Ungheria).

Ringraziando per la stima ricevuta, il neo presidente ha illustrato il



suo programma di sviluppo evidenziando alcune linee strategiche: "Incremento dei rapporti e collaborazioni internazionali nei diversi settori; inserimento e sostegno delle linee dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; ricerca scientifica quale base per ulteriore inserimento della medicina termale nei diversi sistemi sanitari nazionali e incremento dei fruitori delle cure". Solimene succede al presidente **Nikolai Storozhenko**, per molti anni alla guida di Femtec, recentemente scomparso e fortemente ricordato nel corso dell'evento congressuale.

da *Quotidiano Sanità* dell'1/10/2014



### Sommario:

Umberto Solimene è il nuovo Presidente della Federazione Mondiale Termalismo	1
Il guanto Gloreha dà una mano alla riabilitazione post-ictus.	2
Appropriatezza ed efficienza della riabilitazione. In Italia a che punto siamo?	3
Moneta elettronica. CNA: l'importo POS salga a 50 euro	3
Approfondimento - La sanificazione delle degenze ospedaliere: nuove strategie per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	4
Cartilagine nasale cura lesioni al ginocchio	7
L'approfondimento: Stampante 3d. Produzione generativa: nuove possibilità per i fabbricanti nell'ambito dell'ingegneria biomedica.	8-9
Professioni sanitarie. Registro osteopati al Conaps: "Nessuna duplicazione, l'osteopatia è una professione autonoma"	10
Reato di abuso di ufficio: medico dipendente richiede compensi	10
Professioni sanitarie. Il Conaps a Lorenzin: "no all'istituzione di nuove figure, non tollereremo violazione al ddl 1324"	11
Cassazione civile:- (professione del chiropratico: problemi di esenzione IVA)	11
Partita IVA: fisioterapisti e presunzione riforma Fornero	12
Quest'anno il vaccino antinfluenzale è efficace nel 23% dei casi	12
AIFA rende disponibili dati dei registri sui farmaci per il diabete	13
Infermieri e libera professione. Ecco i nuovi scenari: dalla farmacia dei servizi e alla sanità integrativa	13
Liberi farmacisti: "E' illegittimo negare alle parafarmacie di poter aderire al cup"	14
Cefalea. La fisioterapia riduce il dolore del 70%	15
Odontoiatri. Un neolaureato su tre è precario. Renzo (CAO): "Da chiudere 30% corsi universitari"	15
Mansioni di infermiere professionale: no alla qualifica senza titoli	16
Nei piloti di aereo aumenta il rischio di melanoma	16



## IL GUANTO GLOREHA DA' UNA MANO ALLA RIABILITAZIONE POST-ICTUS. E IL TRATTAMENTO PUO' CONTINUARE A CASA

Il guanto riabilitativo made in Italy è inserito nel protocollo di trattamento di pazienti sub-acuti e cronici. Con la mobilizzazione delle dita, unita alla simulazione 3D dei movimenti, si punta alla stimolazione propriocettiva e dei processi di pianificazione del controllo motorio. Gloreha (Hand Rehabilitation Glove), sviluppato e prodotto interamente in Italia, è l'ultima innovazione disponibile sul mercato per supportare la riabilitazione neuromotoria della mano.

Si tratta di un guanto in grado di offrire un trattamento intenso, stimolante, precoce e flessibile. Alla mobilizzazione delle articolazioni metacarpofalangee e interfalangee, secondo sequenze ed esercizi vari (es. flessione-estensione delle singole dita, pinze, chiusura a pugno, conteggio...) sono associati effetti video e audio atti a rendere la terapia più motivante ed amplificare il concetto di immaginazione e pianificazione del movimento, in modo da contribuire a mantenere nel paziente neurologico un'afferenza del movimento funzionale e la rappresentazione corporea. Il guanto è leggero, confortevole ed elastico, così che il paziente può anche accompagnare attivamente i movimenti, stimolato dalla simulazione 3D simultanea. Il dispositivo lascia il braccio e il palmo del paziente completamente liberi, consentendo perciò esercizi di reaching e grasping.

### Dall'Italia al resto del mondo

Dopo l'introduzione nei centri pilota Ospedale Valduce Villa Beretta di Costamasnaga (Lc) e Habilia di Sarnico (Bg), oggi Gloreha fa parte della routine

riabilitativa in molti ospedali e case di cura: da Villa Rosa di Pergine Valsugana (Tn) all'Ospedale La Colletta di Arenzano (Ge), dal San Gerardo di Monza al San Giorgio di Ferrara, dal National Spinal Cord Injury Unit di Glasgow al Centre Hospitalier Princesse Grace di Monaco (l'elenco completo delle strutture dotate di Gloreha è disponibile all'indirizzo [www.gloreha.com](http://www.gloreha.com)).

### Un approccio integrato

Presso l'Ospedale Valduce Villa Beretta ci si è concentrati sull'utilizzo sia su pazienti in fase post-acuta con condizioni di flaccidità dei muscoli flessori delle dita, che nel post trattamento focale della spasticità con tossina botulinica. In ambedue le situazioni il trattamento con Gloreha è stato inserito in un processo terapeutico che prevedeva procedure integrate temporalmente, in quanto insieme alla mobilizzazione coordinata sono stati sequenzialmente effettuati trattamenti di elettrostimolazione degli estensori delle dita. Inoltre si è iniziato a far precedere o ad effettuare contestualmente alla mobilizzazione con Gloreha la tDCS secondo protocolli in fase di studio. Un ulteriore elemento introdotto nell'ambito di progetti di ricerca in fase di avvio è stata l'analisi EEG durante la terapia effettuata con Gloreha al fine di misurare gli effetti centrali della mobilizzazione, pensata e controllata con induzione di attività a complessità variabile.

Il contesto scientifico per un razionale di utilizzo di Gloreha è dunque nell'ambito di un approccio integrato multisensoriale, con gradi di complessità da individualizzare rispetto alle condizioni di



ogni singolo paziente ed associato ad interventi di neuromodulazione sia centrale che periferica.

La condizione di attività della mano indotta dalla mobilizzazione con Gloreha consente un concreto intervento terapeutico che si avvalga di possibilità di stimolazione propriocettiva e di induzione dei processi di pianificazione del controllo motorio altrimenti difficilmente realizzabili in modo preciso, programmabile ed individualizzabile.

### Continuità riabilitativa

I risultati sono positivi anche in termini di interesse/motivazione del paziente, e proprio per questo ha trovato spazio la proposta di Gloreha Lite, la versione domiciliare del dispositivo, più piccola ed economica, che ha permesso di garantire continuità di cura specifica e controllata. La persistenza di trattamento in contesti non ospedalieri vedrà certamente ulteriori sviluppi nel futuro prossimo poiché si allinea sia con il progresso delle conoscenze scientifiche dei meccanismi di induzione della plasticità sinaptica che con le necessità di modificazione dell'organizzazione sanitaria in termini di qualità, continuità e sostenibilità dei processi di riabilitazione.

**Franco Molteni**  
Direttore centro di Riabilitazione  
Villa Beretta (Lc)

da *Tecnologie Riabilitative*  
n. 2 settembre 2014





## APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA DELLA RIABILITAZIONE IN ITALIA A CHE PUNTO SIAMO?

Insufficiente nel nostro Paese la riabilitazione: ancora oggi, dopo l'evento acuto, la maggior parte delle regioni, è sotto il limite "posti-letto" con evidenti discrepanze Nord-Sud dei modelli assistenziali. È questo uno degli aspetti emersi dall'indagine promossa dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) effettuata da CREA (Consortio per Ricerca Economica Applicata in Sanità) - Università degli Studi di Roma "TorVergata". Se gli standard di programmazione sanitaria previsti dalla legge 135/2012 indicano — sulla base delle degenze medie effettuate - un tasso di ospedalizzazione ottimale per la riabilitazione e lungodegenza di 7 ricoveri (ordinari) per 1.000 abitanti, regioni come la P.A. di Trento e di Bolzano, la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Piemonte ospedalizzano più del 7 per mille. Molto inferiore il limite auspicato è la collocazione della Sardegna e della Toscana, rispettivamente con il 3,29 e 4,03 ricoveri per 1.000 abitanti, eccetto il Lazio che si avvicina al tasso ottimale con il 6,4 per mille abitanti. "Ancora una volta - osserva il prof. Federico Spandonaro, Università degli Studi di Roma TorVergata, Presidente di CREA - si evidenzia la forte discrepanza tra i modelli assistenziali Nord-Sud. La difformità strutturale e di offerta - dice ancora il prof. Spandonaro - si ripercuote anche sui costi: 250,06 euro per una giornata di degenza in riabilitazione contro i 493,70 euro in acuto per un complessivo di 8.260.307 giornate

in riabilitazione, contro 49.672.639 giornate in acuto per anno. La differenza dei costi è anche contrassegnata dalle differenze regionali, basti pensare ai 9.592,3 euro in Campania e ai 4.248,1 euro in Puglia. "La grande variabilità dei modelli assistenziali - dice il prof. Vincenzo Maria Saraceni, Presidente SIMFER - è con molta probabilità legata all'appropriatezza dei ricoveri, come emerge dalla fotografia scattata dall'indagine dell'Università degli Studi di Roma TorVergata e, come ha più volte rimarcato il Ministero della Salute. L'obiettivo della SIMFER è di proporre un modello non più per codici ma per intensità di cura attraverso l'attuazione in tutte le regioni del Piano di Indirizzo della Riabilitazione approvato dal governo nel 2011. Il fatto - dice ancora il prof. Saraceni - che anche le regioni "virtuose" si trovino sotto la soglia prevista potrebbe dipendere da una "scelta" di politica sanitaria di domiciliarizzazione della riabilitazione o di una classificazione non omogenea delle strutture post-acuti. A questo proposito si tenga presente che l'attenzione della riabilitazione è ancora concentrata sulla rete delle acuzie, cosa per altro giustificata dalla dimensione del fenomeno, mentre sarebbe auspicabile una rivisitazione della rete post-acuzie, soprattutto della riabilitazione, con una ripartizione tra riabilitazione e lungodegenza in grado di dare maggiore peso alla voce riabilitativa".



### REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

**BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)**

Tel. 051 299287

**FRANCESCONI DANIELE (CNA Imola)**

Tel. 0542 632611

**SPAGGIARI FRANCO (CNA Modena)**

Tel. 059 418573

**GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)**

Tel. 0521 227280

**IOLI LUCA (CNA Rimini)**

Tel. 0541 787967

**ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)**

Tel. 0532 749111

**RUFFILLI REMO (CNA Forlì-Cesena)**

Tel. 0543 770285

**SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)**

Tel. 0522 356395

**VALENTINI JIMMY (CNA Ravenna)**

Tel. 0544 298634

**TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)**

Tel. 0523 572211



### MONETA ELETTRONICA CNA: L'IMPORTO POS SALGA A 50 EURO

Innalzamento a 50 euro dell'importo minimo oltre cui applicare l'obbligo di accettazione di pagamenti tramite moneta elettronica; esclusione dall'obbligo per i settori a basso margine di redditività (da individuarsi attraverso un tavolo tra ministeri e parti sociali); esclusione dall'obbligo anche per le imprese di nuova costituzione, fino al terzo anno di attività. Sono alcune delle proposte espresse dalla CNA Confederazione nazionale degli artigiani, ieri in audizione alla Camera in relazione all'uso della moneta elettronica dopo la previsione del Pos per le imprese e i liberi professionisti, obbligatorio dallo scorso 30 giugno. Per Conf-

commercio, ascoltata anch'essa in audizione, per superare alcune criticità nella gestione degli incassi vanno introdotte tutele a favore dell'esercente in presenza di uso improprio delle carte di pagamento, necessità che si avverte anche nei casi di vendita per corrispondenza, in cui è necessario fornire agli operatori commerciali regole certe e chiare. Inoltre occorre superare i problemi derivanti da situazioni di intasamento delle linee, che generano rallentamenti o interruzioni del servizio. Vi è la necessità, infine, di semplificare le procedure amministrative nella fatturazione del servizio.



del 15 ottobre 2014





## LA SANIFICAZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE: NUOVE STRATEGIE PER LA RIDUZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

*Nell'articolo viene affrontato il tema della sanificazione di degenze ospedaliere e delle criticità insite nelle tecniche di comune utilizzo per la pulizia delle superfici e degli arredi. Le modalità con cui queste vengono effettuate hanno infatti una diretta attinenza con le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (HAI).*

### Introduzione

Le procedure di sanificazione hanno il preciso scopo di ridurre e contenere la proliferazione dei microrganismi presenti negli ambienti ospedalieri. Le infezioni nosocomiali (ICA) sono una delle complicanze più frequenti che possono verificarsi in strutture sanitarie. Il 5%-15% di tutti i pazienti ricoverati in ospedale possono sviluppare almeno una ICA durante il ricovero.

Tre studi condotti in Italia hanno mostrato una frequenza del 6,7% delle ICA, con prevalenza delle infezioni del tratto respiratorio inferiore seguite da infezioni del tratto urinario. Nel 1998, il Piano Sanitario Nazionale italiano ha identificato la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria come una priorità.

Una delle questioni più controverse e dibattute è il ruolo qualitativo e quantitativo del contesto ambientale nel processo di contaminazione del paziente, in particolare il ruolo delle superfici di confinamento e di arredo. Infatti, è noto che queste superfici agiscono come reservoirs per i microrganismi, aumentando il rischio di contaminazione incrociata attraverso il contatto diretto e/o indiretto con il paziente. Per questo motivo vengono effettuate procedure di igienizzazione di tutti gli arredi e gli oggetti che interagiscono con gli individui. Comunemente, tali tecniche fanno uso di disinfettanti chimici, con i conseguenti rischi per l'inquinamento ambientale e per la sicurezza degli utenti, e con notevoli criticità di risultato. Diversi sono i fattori che determinano l'efficacia biocida di un disinfettante chimico: il tempo di contatto, la concentrazione, la temperatura, il pH, la presenza di materiale organico e il tipo di microrganismo e ciò viene sottolineato per sfatare il mito secondo cui è possibile impiegare un qualunque prodotto disinfettante per igienizzare una qualunque superficie. Pertanto le procedure di sanificazione effettuate mediante l'impiego di disinfettanti chimici presentano diversi svantaggi, riconducibili: • alla limitata efficacia biocida nel tempo, che normal-

mente si esaurisce nell'arco di 20-30 minuti dopo l'applicazione, con successiva crescita esponenziale degli agenti microbiologici; ciò è imputabile anche al fatto che l'azione del disinfettante determina produzione di materiale organico da decomposizione, quindi nutrizionale, che favorisce la proliferazione dei microrganismi; • alla diversa efficacia del disinfettante in funzione delle caratteristiche fisico-chimiche del supporto trattato; • alla capacità, da parte dei microrganismi stessi, di sviluppare continue mutazioni genetiche e difese di diverso genere, atte a rendere inefficace l'azione biocida chimica, con i conseguenti fenomeni di biocida resistenza, ben descritti in letteratura; • ai problemi allergenici e di inquinamento dell'ambiente naturale generati dall'uso massivo di sostanze chimiche che possono accumularsi in modo persistente nei grandi serbatoi naturali (suolo, acqua, aria). Tutto ciò ha peraltro determinato un processo di selezione naturale dei ceppi microbici patogeni, sempre più resistenti alle comuni tecniche di disinfezione.

Recenti ricerche sperimentali hanno individuato la possibilità di utilizzare nuove metodologie di sanificazione, che sfruttano il "principio della competizione biologica", utilizzando prodotti probiotici (PIP) costituiti da *Bacillus subtilis*, *Bacillus megaterium* e *Bacillus pumilus* sotto forma vegetativa e sporigena - con carica microbica non patogena, in grado di colonizzare le superfici su cui vengono applicati, contrastando la proliferazione delle altre specie batteriche in base al principio della esclusione competitiva (Legge di Gause, 1934). Tale principio consiste nel fatto che due diverse specie (batteriche e/o fungine), che insistono sullo stesso microcosmo ecologico, non possono coesistere in equilibrio stabile se fanno riferimento agli stessi substrati nutritivi, ma una delle due, normalmente la meno esigente per fattori nutrizionali, diventerà predominante rispetto all'altra, potendone causare anche l'estinzione. Da un punto di vista microbiologico per le superfici trattate con prodotti probiotici il biofilm esistente viene di fatto sostituito da un nuovo tipo di biofilm, in prevalenza formato dai nuovi microrganismi immessi artificialmente con i prodotti di pulizia. Queste procedure possono essere quindi connotate come "tecniche di biostabilizzazione" di una specie rispetto ad un'altra, non implicando pertanto un'azione biocida generalizzata, se non co-

me effetto finale nei confronti di determinate specie microbiche.

La recente disponibilità di questi prodotti biostabilizzanti, destinati quindi alla sanificazione/igienizzazione delle superfici ed al controllo della carica microbica residente, ha suggerito la conduzione di una vasta ricerca sperimentale finalizzata alla verifica qualitativa, sia "in vitro" che "campo", della loro efficacia rispetto all'impiego di trattamenti tradizionali a base di disinfettanti chimici.

### Inquadramento delle ricerche

Come si è anticipato, la ricerca si poneva l'obiettivo di verificare, sotto il profilo quali-quantitativo, l'azione di tali prodotti sia "in vitro" che "su campo" rispetto all'impiego di trattamenti tradizionali a base di disinfettanti chimici. L'efficacia delle procedure utilizzate è stata valutata confrontando il valore della carica batterica potenzialmente patogena rilevata sulle superfici di ambienti nosocomiali trattate con prodotti PIP rispetto alla analoga carica ottenuta con prodotti tradizionali e calcolandone la differenza percentuale. I microrganismi oggetto di indagine sono stati quelli ritenuti più interessanti sotto il profilo delle infezioni ospedaliere: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas species*, coliformi (compreso *Escherichia Coli*), *Candida albicans* e *Acinetobacter spp.*. Attualmente sono in corso ulteriori indagini sperimentali per ciò che attiene al *Clostridium spp.*

Lo studio è stato condotto sia con prove in vitro che con prove in situ presso diverse strutture ospedaliere.

### Prove in vitro

Lo scopo delle prove "in vitro" (UNI ISO

*(Continua a pagina 5)*



## SEGUE LA SANIFICAZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE

13697:2001) consisteva nel verificare l'efficacia dell'azione competitiva dei prodotti PIP rispetto ad altre specie batteriche in assenza di elementi esterni di disturbo (in laboratorio), ovvero di quei processi di ricontaminazione delle superfici trattate che avvengono naturalmente negli ambienti ad occupazione umana. Sono stati condotti esperimenti in vitro utilizzando campioni di materiali presenti in aree ospedaliere (cioè ceramica, PVC, gomma, vetro-china) con la soluzione a base di probiotico. Una soluzione contenente una concentrazione nota (30 x 10<sup>6</sup> cellule / ml, 15 ml/m<sup>2</sup>) di *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e ceppi di *Staphylococcus aureus* è stata utilizzata per la contaminazione delle superfici di campionamento.

La carica batterica è stata misurata mediante la determinazione del conteggio delle colonie su piastre RODAC (BD), contenente il mezzo TSA additivato con lecitina, istidina e Tween 20, al fine di neutralizzare l'azione dei disinfettanti. Il numero di colonie è stato determinato come carica microbica totale (TMC), o come specifico conteggio delle colonie sfruttando il metodo del ceppo specifico.

Sono state utilizzate piastre di controllo per la verifica della sterilità (1 piastra / lotto). A distanza di 1 ora dalla applicazione dei prodotti PIP sulle superfici campione, preventivamente inquinate con i vari ceppi microbici, la riduzione della concentrazione dei patogeni è risultata di 7 logaritmi (pari al 99,999%) rispetto alla conta iniziale.

### Prove in situ

Le prove su campo reale hanno interessato diverse strutture ospedaliere italiane (L'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara e Cona, l'Ospedale S. Giorgio di Ferrara e l'Ospedale Del Delta di Lagosanto), oltre all'Ospedale di Lokeren (Belgio).

Le prime sperimentazioni sono state condotte nel 2011 in alcune aree assistenziali dello stabilimento ospedaliero Arcispedale S. Anna.

Le sperimentazioni "su campo" si prefiggevano invece l'obiettivo di verificare l'azione esercitata dai PIP in condizioni nosocomiali reali e quindi in presenza di continui fenomeni di ricontaminazione delle superfici trattate. Intenzionalmente si è scelto di condurre lo studio in ambienti ospedalieri di non recente costruzione e privi di impianto di filtrazione e ventilazione meccanica dell'aria, al fine di rendere maggiormente critici i processi di inquinamento. Sono state

	Degenza Medicina		Poliambulatorio	
	Sala T	SALA S	CARDIOLOGIA OCULISTICA	ORTOPEDIA
1.a Fase 11.03.2011 14.04.11	PIP	Disinfettanti tradizionali	PIP	Disinfettanti tradizionali
2.a Fase 15.04.2011 16.05.2011	Disinfettanti tradizionali	PIP	Disinfettanti tradizionali	PIP
3.a Fase 16.07.2011 23.08.2011	PIP	PIP		

Tabella 1—Riassunto sperimentazioni ("in campo")

quindi individuate due diverse aree assistenziali dell'Ospedale S. Anna di Ferrara, delle quali la prima costituita da un'area di Degenza di Medicina Generale e la seconda da un'area Poliambulatoriale. Poiché entrambe risultano articolate in due reparti ciascuna (Sala S e Sala T nel primo caso e Oculistica/Cardiologia e Ortopedia nel secondo caso), è stato possibile condurre una sperimentazione parallela, applicando il protocollo che prevedeva l'impiego di probiotici in uno dei due reparti e il protocollo con prodotti tradizionali nel reparto rimanente della medesima area. I prodotti utilizzati nel protocollo tradizionale erano a base di cloro, mentre come prodotto probiotico è stato utilizzato il prodotto commercializzato dalla Crhysal (Lommel, Belgio). In questo modo si sono potuti confrontare i risultati dei diversi metodi di sanificazione in zone (della stessa area) con medesima destinazione d'uso, tipologia di utenza e caratteristiche di contaminazione. A intervalli temporali prefissati sono stati rilevati i valori della carica batterica per patogeno di interesse, ottenibili mediante i due diversi sistemi di pulizia.

Per verificare la replicabilità dei risultati, si è poi pensato di invertire, dopo un mese, il tipo di procedure di pulizia tra i reparti di ciascuna area, come mostrato nella Tabella 1, continuando le sperimentazioni per un altro mese. Le campagne di monitoraggio sono state condotte ad intervalli di tempo regolari (circa ogni 2-3 giorni), sia alle ore 07:00, immediatamente dopo gli interventi di sanificazione, che alle ore 14:00. Ogni campionamento è stato effettuato in triplo, utilizzando piastre Rodac a contatto. I campionamenti sono stati condotti in diversi punti dei reparti interessati, così schematizzabili:

- inizio pavimento del corridoio di accesso al reparto;
- fine pavimento del corridoio;

- pavimento servizio igienico;
- lavello servizio igienico.

I primi due punti sono rimasti fissi durante l'intera sperimentazione, mentre quelli riguardanti il pavimento e il lavello del servizio igienico sono stati scelti in modo casuale (random) volta per volta, al fine di rappresentarne fedelmente lo stato medio di contaminazione sull'intero reparto.

Preventivamente sono stati svolti prelievi microbiologici per la valutazione non solo della carica microbica totale iniziale esistente, ma anche della carica microbica dei potenziali patogeni. Questo momento è stato denominato come Tempo zero (T<sub>0</sub> ore 14,00). La sperimentazione è poi proseguita con una terza Fase, iniziata in data 22.07.2011, e cioè a distanza di circa 1 mese dal termine della seconda Fase. In quest'ultimo periodo, protrattosi fino al 23.08.2011, si sono impiegati i prodotti probiotici PIP in entrambi i reparti della Degenza di Medicina, con lo scopo di verificare un eventuale ulteriore contenimento della carica patogena dopo periodi prolungati di applicazione dei PIP. In totale, in questa prima ricerca, riguardante l'Ospedale S. Anna, sono stati effettuati complessivamente 12.528 prelievi. La procedura di campionamento delle superfici e le analisi microbiologiche sono state eseguite in base alle "Linee Guida CONTARP-INAIL", 2005, alla "UNI EN ISO 19698:2004" e secondo le consuetudini codificate in letteratura. L'impiego dei protocolli a base di probiotici, denominato PCHS, ha determinato una generalizzata compressione e stabilizzazione della carica patogena rispetto al caso delle procedure tradizionali. Una volta ottenuti i valori di carica microbica per ogni campionamento e per ogni patogeno, è stato possibile calcolarne il valore medio per ciascuna fase e per ciascun protocollo di sanificazione e

(Continua a pagina 6)

## SEGUE LA SANIFICAZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE

quindi la riduzione percentuale della carica medesima nel caso di impiego del protocollo con probiotici rispetto all'impiego di prodotti a base di cloro (Tabella 2). Sperimentalmente si è constatato che un'azione prolungata dei protocolli probiotici (oltre 2 mesi) permette un sostanziale decremento/contenimento/stabilizzazione della carica microbica potenzialmente patogena rispetto al caso in cui gli ambienti siano trattati con prodotti tradizionali. In numerosi casi i valori di abbattimento dei microrganismi di interesse sono prossimi al 90%, come nel caso del lavello, che rappresenta una superficie critica per il paziente, per la possibilità di contatto con le mani e altre parti del corpo.

### Ulteriori sviluppi delle attività di ricerca

A seguito dei positivi dati ottenuti nella prima fase della ricerca, si è voluto verificare l'ipotesi di una possibile relazione sussistente tra eventi infettivi (ICA) e caratteristiche microbiologiche ambientali. È stata quindi attivata una seconda ricerca sperimentale, basata su approccio integrato tra metodologia di sanificazione (sistema PCHS - Sistema Probiotico di Pulizia ed Igiene) e buone prassi igieniche (compliance delle mani), che ha permesso di constatare, in 14 mesi di campionamenti nell'Ospedale di San Giorgio di Ferrara una riduzione tendenziale di oltre il 60% degli eventi infettivi (ICA). In questo passaggio, tuttavia, dovendosi logicamente attuare una politica a tutto campo di gestione del rischio infettivo, il protocollo di pulizia non si è limitato all'impiego di un particolare prodotto igienizzante (quello a base di probiotici), ma è stato integrato con un insieme di operazioni, tra loro coordinate, che prevedevano, tra l'altro, una adeguata formazione del personale, l'utilizzo di attrezzature, panni e materiali ad elevato contenuto tecnologico, nonché un programma di verifiche e controlli atti a garantire il raggiungimento di un idoneo livello di igiene degli ambienti. L'analisi dei dati sopra esposti e la disponibilità delle risultanze di un elevato numero di campionamento (25.748) condotti complessivamente in diverse realtà ospedaliere permette un approccio più sistematico e consapevole delle procedure di sanificazione delle degenze. I risultati ottenuti, hanno permesso di constatare che nel caso di impiego del sistema PCHS (con prodotti probiotici) si ottiene: • una compressione della carica di microrganismi potenzialmente patogeni di oltre l'80% ri-

Punto di campionamento	Agente patogeno	Degenza Medicina Fase 1 e 2	Poliambulatorio Fase 1 e 2	Valore Medio Finale Degenza 3ª Fase (*)
Corridoio inizio e fine	<i>Staphylococcus aureus</i>	29,56%	36,64%	81,03%
	<i>Coliformi spp.</i>	72,38%	46,62%	79,72%
	<i>Pseudomonas spp.</i>	93,09%	64,49%	88,44%
	<i>Candida spp.</i>	68,88%	56,21%	68,47%
	<i>Acinetobacter spp.</i>		44,74%	
Pavimento servizio igienico	<i>Staphylococcus aureus</i>	58,75%	51,33%	85,88%
	<i>Coliformi spp.</i>	89,15%	78,13%	78,31%
	<i>Pseudomonas spp.</i>	55,28%	75,94%	78,57%
	<i>Candida spp.</i>	82,90%	67,80%	71,78%
	<i>Acinetobacter spp.</i>	74,25%		
Lavello servizio igienico	<i>Staphylococcus aureus</i>	55,74%	52,50%	95,59%
	<i>Coliformi spp.</i>	81,56%	75,83%	85,12%
	<i>Pseudomonas spp.</i>	67,53%	50,41%	95,16%
	<i>Candida spp.</i>	50,38%	27,93%	94,86%
	<i>Acinetobacter spp.</i>	16,39%	31,25%	75,99%

Tabella 2—Riduzione percentuale dei potenziali patogeni ottenuta con il protocollo probiotico rispetto al protocollo con disinfettanti chimici

petto al caso di utilizzo di tecniche tradizionali a base di prodotti chimici; • la stabilizzazione della carica medesima sia nell'arco della giornata, con oscillazioni molto più contenute tra due successive sanificazioni, sia nei mesi successivi alla prima applicazione (in particolare a partire dal terzo mese). La lettura dei diagrammi riguardanti i diversi campionamenti effettuati fino ad oggi nelle varie strutture ospedaliere per diverse superfici (Figure 3-4) è a supporto delle precedenti affermazioni. In questi grafici viene mostrato l'andamento della carica dei potenziali patogeni e della carica totale. Gli andamenti sono stati ricavati applicando l'analisi di Poisson ed i relativi intervalli di confidenza. L'intervallo di confidenza superiore rappresenta il 95-esimo percentile

superiore (il 95% dei dati raccolti ha un valore che sta al di sotto di tale limite), mentre l'intervallo di confidenza inferiore rappresenta il 95-esimo percentile inferiore (il 5% dei dati ha un valore inferiore a quello indicato). Si può notare che al mese 0, corrispondente all'inizio della prima applicazione del sistema PCHS, e quindi al valore della contaminazione ottenibile mediante i prodotti chimici tradizionali, la carica dei microrganismi è significativamente più elevata che nel restante periodo, con una progressiva diminuzione che diventa del tutto stabile a partire dal terzo mese, in corrispondenza del quale, evidentemente, la colonizzazione da parte dei *Bacillus spp.* diventa predominante.

(Continua a pagina 7)

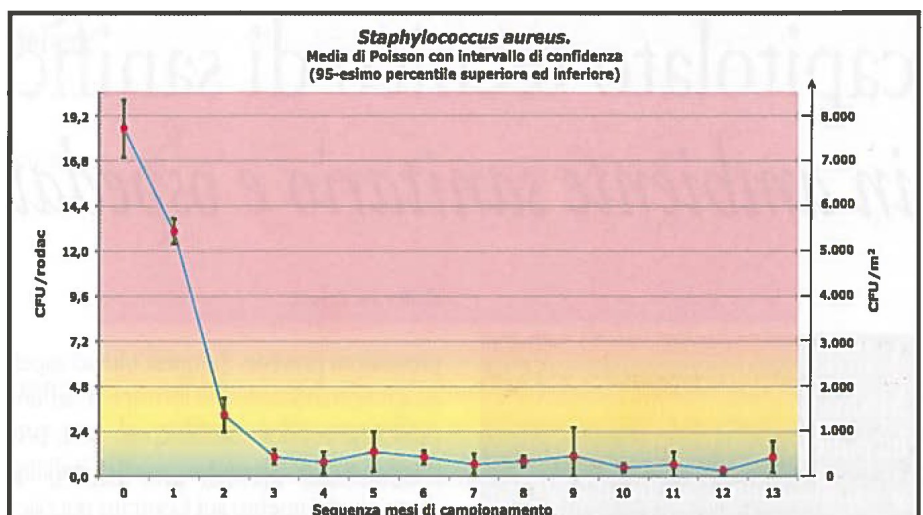


Figura 3—Andamento della carica dello *Staphylococcus aureus*

## SEGUE LA SANIFICAZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE

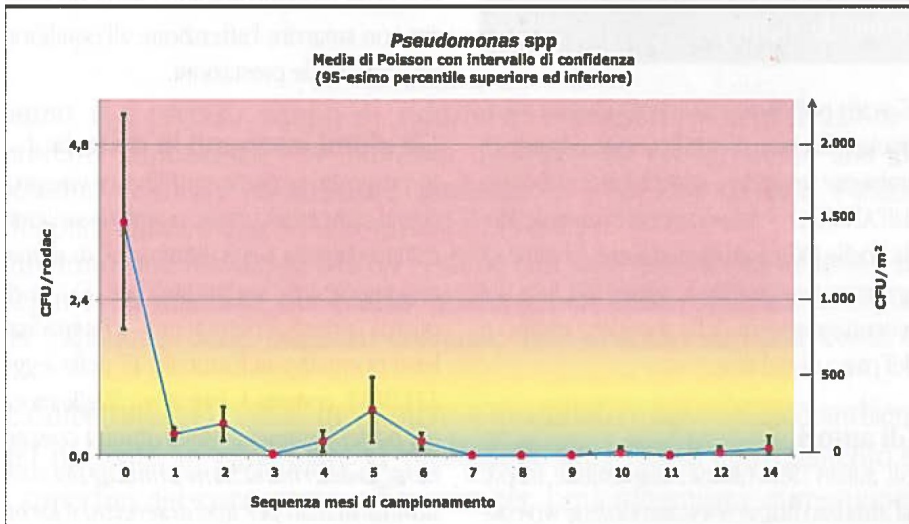


Figura 4—Andamento della carica di *Pseudomonas spp.*

### La valutazione della contaminazione microbiologica

La contaminazione microbica viene comunemente valutata utilizzando metodi basati sull'analisi di piastre Rodac o Petri (mediante conteggio delle UFC per unità di superficie) contenenti terreno solido selettivo o per crescita non specifica. In letteratura è consolidato l'utilizzo dell'indice I.M.S. di Pitzurra (indice microbico di superficie), che rappresen-

ta il valore della contaminazione totale (UFC/cm<sup>2</sup>) per le sale operatorie.

Tale indice è rappresentativo tuttavia dello stato di contaminazione di una superficie negli istanti immediatamente successivi ad un trattamento di sanificazione (30 minuti dopo), inteso questo come disinfezione (chimica) delle superfici di interesse, ovvero come abbattimento della carica microbiologica indistinta, riferita a tutti i microrganismi, e

non solo a quelli potenzialmente patogeni. Questo parametro, tuttavia, mal si presta alla valutazione dei risultati prima esposti. In primo luogo, mentre le sale operatorie sono da considerarsi ambienti ad elevato rischio infettivo, in cui è prevista l'assenza pressoché totale di carica batterica, non altrettanto si può dire per un reparto di degenza o per un Poliambulatorio. In secondo luogo, una volta sanificate le superfici di una sala operatoria, l'ambiente viene compartimentato e climatizzato con filtrazione assoluta.

**S. Mazzacane, P.G. Balboni, A. Vandini, L. Lanzoni, M.T. Camerada, M. Coccagna**

CIAS, Centro Ricerche Inquinamento Ambientali Alta Sterilità,  
Dip. Architettura, Università di Ferrara

**P. Antonioli**

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna di Ferrara, Dip. di Controllo e Prevenzione Infezioni—Risk Management

**A. Branchini**

Dip. Scienze della Vita e Biotecnologie, Università di Ferrara

**D. Platano**

Dip. di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

**G. Finzi**

Presidente Nazionale ANMDO

**L. Aparo**

Segretario Scientifico Nazionale ANMDO



## CARTILAGINE NASALE CURA LESIONI AL GINOCCHIO

Alterazioni della cartilagine articolare possono essere trattate con cellule prelevate dal setto nasale. Questo il risultato di un recente studio condotto dal gruppo di ricerca guidato da Ivan Martin, professore di ingegneria dei tessuti e dal Prof. Marcel Jakob, responsabile del dipartimento di traumatologia e biomedicina dell'Università di Basilea. Le cellule della cartilagine nasale, i condrociti nasali, sono capaci di generare nuovo tessuto cartilagineo dopo espansione *in vitro*. La capacità di auto-rinnovamento dei condrociti nasali è attribuita alla mancata espressione di alcuni geni Homeobox (HOX). Questi geni giocano un ruolo importante nelle varie fasi di sviluppo durante l'embriogenesi.

### Il tutto grazie ad una specie di impalcatura 3D

Lo studio clinico, attualmente in corso,

è stato condotto su 25 pazienti di età inferiore ai 55 anni. Da pochi millimetri di tessuto prelevato dal setto nasale mediante microbiopsia, sono state isolate cellule cartilaginee, messe in coltura, amplificate e collocate su strutture (*scaffold*) con una architettura tale da favorirne l'organizzazione nel tessuto cartilagineo da ricostruire. Gli scaffold sono dei supporti biocompatibili che consentono di ospitare le cellule (*homing*) e orientarle secondo le caratteristiche del tessuto che andranno a ricomporre. Una sorta di impalcatura 3D. Poche settimane dopo la messa su scaffold delle cellule, ai pazienti è stata rimossa la cartilagine danneggiata del ginocchio e inserito il tessuto ottenuto mediante bioingegneria.

### Un passo per volta

L'obiettivo primario dello studio clinico in corso presso l'Università di Basilea è

per il momento confermare la sicurezza e la fattibilità della metodica. "I primi risultati sono incoraggianti – afferma il professor Ivan Martin – i nostri studi, assieme alla ricerca di base e a precedenti studi preclinici, sembrano indirizzare a nuove possibilità di cure, prospettando per i pazienti colpiti da danni alle cartilagini, una guarigione rapida, senza rischi di rigetto". L'aspetto sorprendente è che la capacità di autorigenerazione dei condrociti nasali è conservata con l'età, quindi potenziali candidati potranno anche essere soggetti anziani con estesi danni cartilaginei.



## L'APPROFONDIMENTO: STAMPANTI 3D

### PRODUZIONE GENERATIVA: NUOVE POSSIBILITA' PER I FABBRICANTI NELL'AMBITO DELL'INGEGNERIA BIOMEDICA

Il californiano C.J.Howard voleva continuare a essere attivo anche dopo una diagnosi di osteosarcoma e la successiva amputazione della sua gamba sinistra. Ha imparato ad arrampicarsi, inizialmente con la sua protesi del piede standard, sulla quale indossava una scarpa da roccia. Ma una scarpa speciale non era adatta alla forma generica della protesi e si logorava rapidamente. Per questo motivo, insieme a una compagna di scalate, un ingegnere aerospaziale, ha progettato una protesi del piede ottimizzata. Come tecnologia di produzione, l'ingegnere ha preso in considerazione solo masse fuse al laser di metallo, perché con le consuete tecniche di produzione sarebbero state necessarie giunture sul piede, viti sporgenti o dadi. Si è rivolto al prestatore di servizi di stampa 3D Morris Technologies, dove tutti erano pronti ad aiutare uno sportivo affetto da handicap. I dati CAD digitali del piede-protesi sono stati letti nel software e poi scomposti in singole informazioni stratificate. Queste sono state poi ricomposte da un sistema di colata al laser dei metalli di EOS, Krailling, l'una dopo l'altra, in titanio (Ti<sub>64</sub>). Il vantaggio della produzione generativa risiede nel fatto che la protesi può essere adattata all'anatomia del paziente. Se non è adatta da subito, basta ottimizzare il file CAD. Come mostra l'esempio, la produzione generativa ha trovato applicazione nell'ingegneria biomedica. Gli esperti di mercato di Wohlers Associates e Roland Berger deducono che il 16% del fatturato con componenti pro-

dotti in modo generativo toccherà all'ingegneria biomedica, che così rientrerà tra i settori di applicazione principali. Ciò corrisponde a un volume di 280 milioni di euro. Roland Berger prevede che il mercato complessivo di macchine, materiali e servizi, per tutti i settori esploderà nei prossimi dieci anni. Entro il 2023 quadruplicherà, raggiungendo una cifra pari a 7,7 miliardi di euro. Contribuirà al raggiungimento di tale risultato non solo la pubblicità per le stampanti 3D in ambito Consumer: la produzione generativa abbandonerà lo stadio di prototipazione e sarà pronta per la produzione in serie. Secondo Wohlers, nel frattempo il 28% di tutti i componenti realizzati con produzione additiva sono associabili alla produzione in serie e la tendenza è in crescita. "Si tratta per lo più di piccole serie, per le quali i costi per gli strumenti di stampaggio a iniezione sarebbero troppo alti", afferma Ralf Schumacher, ricercatore presso l'Institut für Medizinal und Analysetechnologien IMA (Istituto per tecnologie medicinali e di analisi) della Hochschule Nordwestschweiz. "Proprio in ambito medico si ha anche un'elevata percentuale di soluzioni personalizzate, come gli apparecchi acustici, che si adattano al canale uditivo, o le sagome per l'applicazione di protesi per il ginocchio". La fetta più grande della torta è però quella dell'odontotecnica, secondo la valutazione di Roland Berger del settore all'interno dell'intera industria, che a oggi è stato l'unico a raggiungere la maturità per la produzione, al pari dei metodi classici di produzione per rapidità e qualità. Secondo il fabbricante di macchine EOS, con un sistema, entro 24 ore si possono produrre 450 corone o ponti personalizzati, sulla base dei dati digitali. Al confronto: un odontotecnico arriva in media a 40 corone o ponti al giorno. 70 di queste macchine EOS sono già in funzione in tutto il mondo con una produzione di 6,8 milioni di prodotti sostitutivi dentali ogni anno. "Nell'odontotecnica, la produzione in serie funziona molto bene con processi generativi, perché le geometrie dei prodotti si assomigliano molto e pertanto si è potuta creare una consolidata competenza di processo. In tutti gli altri ambiti, manca proprio questo," afferma Schumacher. "La produzione generativa si

## NUOVE PROSPETTIVE

I componenti prodotti in modo generativo convincono grazie alla vasta gamma di vantaggi che offrono:

**Complessità:** colatura, fresatura, fucinatura etc., presentano talvolta importanti limitazioni per la forma dei pezzi. Con la stampa 3D è possibile produrre quasi tutte le forme.

**Personalizzazione:** le stampe 3D vengono prodotte direttamente dal file, con dati provenienti ad esempio da scanner, fotocamere e CET, o dal sistema CAD dell'ingegnere in ricerca e sviluppo.

**Struttura leggera:** dato che si può produrre qualsiasi forma, sono possibili anche strutture e cavità bioniche complesse. Ciò significa massima stabilità con peso minimo.

**Semplicità:** ciò che in passato si componeva di numerosi elementi singoli, in futuro potrà essere creato in un unico pezzo, consentendo di risparmiare in macchine, cicli di lavoro e controlli.

compone di una catena di processo molto impegnativa. La chiave per il successo è padroneggiarla", conferma Christoph Erhardt, Director Additive Manufacturing & Quality Management presso il prestatore di servizi di stampa 3D.

### Su una stampante 3D è necessario regolare 180 diversi parametri

Alphaform Claho, a Eschenlohe, in Germania, "Nell'industria, tuttavia, non funziona in modo così semplice come suggerirebbero gli ambienti Consumer: alimentare la stampante con dati CAD, premere il pulsante ed ecco un componente funzionante". Nella sinterizzazione laser dei metalli, ad esempio, è necessario trovare l'intensità e la velocità ottimali del laser. Secondo Roland Berger, in una stampante 3D industriale, possono essere definiti fino a 180 diversi parametri. Dopo la stampa, seguono processi di rilavorazione come trattamento termico o lucidatura.

Un parametro importante, che contribuisce alla complessità, sono anche i materiali: grandezza e purezza della





## SEGUE L'APPROFONDIMENTO: STAMPANTI 3D

### PRODUZIONE GENERATIVA: NUOVE POSSIBILITA' PER I FABBRICANTI NELL'AMBITO DELL'INGEGNERIA BIOMEDICA

polvere fanno la differenza. "Anche se si utilizzano materiali noti da convenzionali processi di produzione, in ogni caso è necessario realizzare una qualificazione dei materiali", secondo Erhardt. "Perché lo spessore e le caratteristiche meccaniche cambiano nella stampa 3D". Molte macchine richiedono inoltre materiali di proprietà, venduti dai fabbricanti dei sistemi, o concessi in licenza, per aumentare la sicurezza di processo nella stampa 3D. Il costruttore di macchine per stampaggio a iniezione Arburg, di Loßburg, nella Foresta Nera, porterà quest'anno sul mercato Freeformer, la prima stampante 3D, sulla quale si possono lavorare granulati artificiali standard come ABS, PC, PA nonché materiali elastici come il TPE. Ma anche qui, si possono solo tracciare alcuni parallelismi tra produzione convenzionale, pertanto stampaggio a iniezione, e stampa 3D, avverte il dott. Oliver Keßling, caporeparto preformatura plastica presso Arburg: "Quello che molti desiderano è un componente che, fabbricato con produzione additiva 1:1, abbia le stesse caratteristiche del corrispondente pezzo stampato. In pratica uno stampaggio a iniezione in piccole serie senza strumenti. Naturalmente ciò non è possibile. Pertanto, nella produzione additiva, occorre fare i conti con le limitazioni imposte dal processo per quanto riguarda qualità della superficie e resistenza alla trazione. Inoltre, non è possibile realizzare tutte le geometrie e i materiali in modo illimitato". Keßling e Erhardt indicano un'ulteriore carenza, che rende ancora più difficile la svolta della produzione generativa: l'idea dell'utilizzatore di avere a portata di mano un processo sostitutivo con tempi più rapidi e condizioni economiche più convenienti rispetto a un processo tradizionale come stampaggio a iniezione o fusione metallica, con fresatura conclusiva. La produzione generativa non sostituisce processi consolidati", chiarisce Schumacher. "Anche in futuro, verrà utilizzata solo per nicchie, da una parte, per pezzi singoli o piccole serie, dall'altra, nel caso di componenti con geometrie o strutture complesse, che non possono essere prodotti in modo convenzionale. Tuttavia mancano esperienza e immaginazione". Di fondo, è necessario riscrivere libri, in modo che sempre più ingegneri possano imparare ad apprezzare possibilità e limiti della

produzione generativa.

"Come per un pezzo stampato è necessario considerare la giusta collocazione dei punti di spruzzatura, anche nella produzione additiva occorre fare attenzione a particolarità di processo. Idealmente, già in fase di progettazione bisognerebbe pensare a come costruire il componente in una fase successiva, da dati CAD 3D possibilmente senza struttura di supporto, dal basso verso l'alto", conferma l'esperto di Arburg Keßling. Inoltre, sono necessari nuovi strumenti di simulazione, afferma Schumacher. Tra numerosi sistemi CAD esistenti, si possono esportare i file STL necessari per le stampanti 3D, ma per la modellazione di questi file, pochi sono attualmente preparati. Utilizzatori come Alphaform desiderano tuttavia soprattutto due migliorie: "Le macchine devono diventare più veloci e i materiali meno costosi se vogliamo offrire la stampa 3D nella produzione in serie", afferma Erhardt. Le possibilità sono ottime: secondo Roland Berger nei prossimi quattro anni avrà luogo una quadruplicazione della velocità di stampanti 3D di lavorazione metalli, a 40cm<sup>3</sup>/ora. Il fabbricante di macchine Concept Laser uti-

lizzerà ad esempio laser a 1000 watt invece che a 400 watt. Oppure diverse fonti laser. Anche i prezzi dei materiali scenderanno continuamente, secondo le previsioni di Roland Berger, fino al 50% entro il 2018. Secondo Wohlers Associates ciò è essenzialmente riconducibile a due fattori: da una parte, la concorrenza si farà maggiore, con lo scadere di molti brevetti, dall'altra le stampanti 3D, che utilizzano granulati standard, sono ai blocchi di partenza. I granulati costano tipicamente 1,40 - 2,80 euro, mentre per polvere di plastica specifica per stampanti 3D si spendono tra i 70 e i 220 euro. Il Freeformer di Arburg diventerà, con l'introduzione nel mercato quest'anno, il primo apparecchio di questo genere a utilizzare materiali speciali. Un altro è in fase di sviluppo negli USA, presso Cincinnati Inc. e Oak Ridge National Lab.

**Sabine Koll**  
Corrispondente da Böblingen

Da Medicina&tecnica 1/2014

## STAMPARE IN PROPRIO O FARE STAMPARE?

Stampare in proprio o far stampare? E' la domanda che attualmente si pongono molte aziende. Il fornitore di servizi stampa 3D Alphaform ritiene che:

- Anche in futuro la produzione in serie con stampante 3D sarà conveniente solo in casi particolari, pertanto rimarrà, fino a nuovo ordine, un'eccezione tra i metodi produttivi.
- Spesso alla base della convenienza della stampa 3D vi sono i design speciali: il fornitore di servizi può essere coinvolto già nello sviluppo del prodotto, il che consente di realizzare un design idoneo al 3D.
- Laddove i costi delle macchine sono elevati e i tempi di lavorazione sono di norma lunghi, oltre al fatto che anche la stabilità di processo di solito costituisce un problema, il prestatore di servizi di stampa 3D può sfruttare meglio le sue macchine, avvalersi di ingegneri e tecnici specializzati, nonché di macchine sostitutive.

Tuttavia, in futuro molte aziende tenderanno a realizzare la produzione generativa all'interno delle loro strutture, procurandosi il know-how indispensabile anche tramite acquisizioni di aziende, come nel caso di GE Aviation: alla fine del 2012 l'azienda, specializzata nel settore aerospaziale, ha acquisito il prestatore di servizi Morris Technologies, per produrre da sé ugelli di spruzzatura per la sua nuova generazione di propulsori.



## PROFESSIONI SANITARIE. REGISTRO OSTEOPATI AL CONAPS: "NESSUNA DUPLICAZIONE, L'OSTEOPATIA È UNA PROFESSIONE AUTONOMA"

**Il Roi interviene su quanto sottolineato nella lettera indirizzata dal Conaps al ministro della Salute, e riportata a pag. 11. Per il Registro degli osteopati italiani non esistono sovrapposizioni con altre professioni sanitarie esistenti. "L'osteopatia non è una tecnica o un approccio, ma una professione con un proprio impianto tecnico-pratico definito e riconosciuto dall'Oms".**

In questi giorni la XII Commissione del Senato della Repubblica ha ripreso l'iter dei lavori sugli emendamenti al Ddl 1324 del Ministro Lorenzin che, fra gli altri, si propone di regolamentare il settore dell'osteopatia, attraverso il riconoscimento come nuova professione sanitaria. Il Registro degli Osteopati d'Italia, associazione di categoria con oltre 2.000 iscritti e referente italiano di associazioni sovranazionali di osteopati – come ad esempio l'European Federation of Osteopaths e l'Osteopathic International Alliance – nel corso degli ultimi mesi ha collaborato con la Commissione e con il Ministero della Salute per una corretta formulazione del profilo professionale dell'osteopatia.

All'interno di questo quadro e a seguito della lettera inviata al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ai Senatori membri e al Presidente della XII Commissione del Senato dal Conaps, il Roi ha voluto chiarire alcuni punti "a beneficio di un'informazione chiara e completa". Nello specifico:

- L'osteopatia non deve essere considerata una tecnica o un approccio, ma, come riconosciuto dall'Organizzazione pazienti, esclusivamente manuale, che si indirizza a tutti i cittadini, dal neonato mondiale della Sanità, è una professione sanitaria di contatto primario con competenze di diagnosi, gestione e trattamento dei o all'anziano. Per questo motivo ritiene opportuno che venga riconosciuta come professione sanitaria di ruolo con Laurea Magistrale a ciclo unico

- Come tale, non esiste alcuna sovrapposizione con altre professioni sanitarie esistenti: è bene fare chiarezza sugli ambiti esclusivi di intervento che per l'osteopata sono la valutazione osteopatica tramite la palpazione percettiva seguendo i modelli di relazione struttura-funzione, la stimolazione del potenziale di autoregolazione dei tessuti tramite la normalizzazione della disfunzione somatica e il ripristino dei ritmi biologici involontari riflessi

- La formazione attuale degli osteopati avviene in strutture private e non potrebbe essere altrimenti per una professione non ancora riconosciuta. Il Roi ha negli anni lavorato per colmare il vuoto legislativo istituendo una Commissione Didattica ed una Commissione Ricerca impegnate nel controllo dei requisiti formativi delle scuole (sono circa 20 le strutture certificate dal Roi e per le quali l'Associazione garantisce la formazione adeguata) e nell'aggiornamento continuo dei professionisti. Questo consente la tracciabilità dell'equipollenza dei titoli degli osteopati. Ad avvalorare l'alto livello di questi istituti privati sono gli stessi professionisti sanitari provenienti da altre discipline, che hanno deciso di completare il loro percorso formativo utilizzando i corsi part-time di osteopatia (120 crediti formativi) delle scuole Roi, o le Università che hanno recentemente iniziato ad avvalersi, nei loro Master, di docenti e programmi sviluppati all'interno delle scuole di osteopatia che aderiscono ai criteri formativi stabiliti dal Roi.

Il Roi ribadisce pertanto la necessità di una regolamentazione urgente del settore a tutela della salute dei cittadini

### REATO DI ABUSO DI UFFICIO: MEDICO DIPENDENTE RICHIEDE COMPENSI

Commette il reato di abuso d'ufficio il dirigente medico che non avvisa la paziente della possibilità di recarsi presso la struttura ospedaliera per le incombenze postoperatorie e dell'onerosità della sua prestazione nel caso in cui proponga di provvedere egli stesso con visita domiciliare, incassando poi la somma di Euro 150 per l'attività svolta.

Nello specifico, il sanitario avrebbe potuto effettuare la visita a domicilio in regime intramoenia solo se autorizzato dall'Azienda da cui dipende il presidio ospedaliero, ma nell'occasione non aveva tale autorizzazione, per cui ha violato il regolamento delle libere professioni della struttura. Risulta ingiusto anche il correlativo danno causato alla paziente, poiché se questa avesse saputo dell'esborso da sostenere e dell'alternativa gratuita, da pra-

che sempre più si rivolgono all'osteopatia per il mantenimento dello stato di salute, a partire da tre punti fondamentali:

- Il riconoscimento dell'osteopata come professione sanitaria indipendente senza far perdere l'identità ad altre professioni sanitarie a tutto danno dei pazienti che rischierebbero di ricevere un cattivo servizio, oltre ad essere disorientati dalla sovrapposizione dei approcci diversi.

- La Laurea Magistrale quale percorso accademico più appropriato per formare gli osteopati di domani in modo autonomo.

- Un percorso chiaro che porti al riconoscimento dei titoli pregressi da parte degli osteopati già praticanti o che hanno già intrapreso il loro percorso di studi.

da **Quotidiano Sanità**  
del 14/11/2014



**DoctorNews33**  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

28 gennaio 2015

ticare presso l'ospedale, non avrebbe acconsentito alla visita domiciliare.

Avv. Ennio Grassini  
[www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)





## PROFESSIONI SANITARIE. IL CONAPS A LORENZIN: "NO ALL'ISTITUZIONE DI NUOVE FIGURE, NON TOLLEREREMO VIOLAZIONE A DDL 1324"

"E' sicuramente obiettivo condiviso e fa onore al legislatore che si sia posto il problema di garantire maggiore sicurezza agli utenti che si affacciano ad un fenomeno, quello delle cosiddette "discipline alternative o non convenzionali", privo di regolamentazione e che riguarda comunque attività sanitarie". Tuttavia, "non si comprende perché, invece di regolamentare la pratica e la disciplina che insistono su ambiti attualmente propri di altre professioni della salute già normate, la proposta sia di istituire nuove professioni sanitarie". E' il nocciolo di una lettera aperta, inviata dal presidente nazionale del Coordinamento Nazionale delle professioni sanitarie (Conaps), **Antonio Bortone**, al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ai senatori membri e al presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi.

Il riferimento è alle cosiddette figure di 'osteopata' e 'chiropratico'. "Non è possibile – sottolinea Bortone - prima istituire una nuova professione sanitaria e poi verificarne o peggio identificarne le competenze, rilevando solo a posteriori se queste confliggano con quelle già assegnate alle professioni sanitarie esistenti. In alcuni emendamenti, inoltre, si fa cenno a titoli equipollenti la cui tracciabilità oggi è assolutamente impossibile, essendoci in Italia solo scuole private la cui certificazione non può che essere autoreferenziale "Già oggi - spiega Antonio Bortone - esistono professionisti sanitari, ad esempio, che praticano tecniche osteopatiche e di terapia manuale, che alcuni vorrebbero incluse nel capitolo 'chiropratica'. E lo fanno con la forza e la serietà della formazione universitaria di base, di quella avanzata aperta solo a professionisti sanitari, con la disciplina del proprio Codice Deontologico, la riconoscibilità del proprio agire derivante dall'esame di Stato abilitante, ma soprattutto la capacità di indagare scientificamente i presupposti e le prove di efficacia di questi 'approcci non convenzionali' ai fini di dimostrarne sicurezza, efficacia, sostenibilità all'interno del nostro paradigma scientifico. Il proseguire della Commissione in quella che è una palese incongruenza, ci obbliga a ribadire la posizione già più volte espressa: il riferimento alle 'nuove professioni' deve essere totalmente stralciato dal DDL 1324".

Il Conaps focalizza quindi alcuni punti

chiave:

**1)** In primis, è sicuramente obiettivo condiviso e fa onore che il Legislatore si ponga il problema di garantire maggiore sicurezza agli Utenti che si affacciano ad un fenomeno (quello delle c.d. "discipline alternative o non convenzionali") privo di regolamentazione e che insiste comunque su attività sanitarie. Tuttavia, non si comprende perché, invece di regolamentare la pratica e la disciplina, che insistono su ambiti già attualmente propri di altre professioni della salute già normate, la proposta sia di istituire nuove professioni sanitarie.

**2)** Il riferimento alla L. 43/2006, pur doveroso, è posto negli emendamenti in una inversione logica: non è possibile prima istituire una nuova professione sanitaria e poi verificarne o peggio identificarne, secondo i dettami della legge succitata, le competenze, rilevando solo a posteriori se queste confliggano con quelle già assegnate alle professioni sanitarie esistenti. Negli emendamenti in questione si fa cenno a titoli equipollenti la cui tracciabilità oggi è assolutamente impossibile, essendoci in Italia solo Scuole private la cui certificazione non può che essere autoreferenziale.

**3)** Il rationale della L. 43/2006, nella fattispecie all'art. 5, è che tali valutazioni (se esista quello specifico bisogno di salute, che esista una nuova disciplina

che possa rispondervi, che questa possa essere racchiusa in una nuova professione, che le competenze di quest'ultima siano effettivamente "nuove" cioè non rappresentino duplicazioni né parcellizzazioni delle professioni sanitarie esistenti) debbano essere fatte prima dell'istituzione -eventuale- di una nuova professione sanitaria.

"Al fine di evitare derive pericolose per il DDL in questione, che ci costringerebbero a disconoscerlo - conclude Bortone - chiediamo che il riferimento alle 'nuove professioni' venga totalmente stralciato. Allo scopo, chiediamo con urgenza un confronto con il Ministero ed una nuova audizione in XII<sup>a</sup> Commissione".

da *Quotidiano Sanità*  
del 14/11/2014



## CASSAZIONE CIVILE—(PROFESSIONE DEL CHIROPRACTICO: PROBLEMI DI ESENZIONE IVA)

La modifica normativa intervenuta nel 2007 non ha integrato gli elementi necessari per inserire la professione del chiropratico fra quelle sanitarie per le quali il legislatore ha inteso garantire il diritto all'esenzione IVA, se solo si considera che: a) nessuna disposizione è stata introdotta, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, secondo le linee indicate dalla disciplina in materia—D.P.R. n. 633 del 1972 e art. 13 sesta direttiva CEE come modificata dall'art. 132, p. 1, lett. C) Dir. 112/2006/CEE, per qualificare la tipologia delle prestazioni sanitarie svolte dal chiropratico; b) la previsione normativa introdotta nell'anno 2007 non integra alcuno degli elementi previsti dal quadro di riferimento, né disciplina i profili della professione in questione; c) il previsto regolamento di attuazione si rivela,

quindi, indispensabile per la determinazione dei criteri definitori della professione stessa, non potendosi ritenere che la mera norma di principio introdotta nel 2007 risponda ai requisiti che l'ordinamento interno, in piena sintonia con il quadro normativo eurounitario, ha determinato per fruire del beneficio fiscale anzidetto.

Avv. Ennio Grassini  
www.dirittosanitario.net





## PARTITA IVA: FISIOTERAPISTI E PRESUNZIONE RIFORMA FORNERO

La riforma Fornero ha introdotto specifiche limitazioni alle prestazioni di lavoro autonomo (ex art. 2222 c.c.) rese da titolari di partita IVA, stabilendo che queste vadano ricondotte a rapporti di collaborazione coordinata continuativa a progetto, al verificarsi di determinate condizioni.

Detta presunzione non opera, tra l'altro, in relazione "alle prestazioni lavorative svolte nell'esercizio di attività professionali per le quali l'ordinamento richiede l'iscrizione ad un ordine professionale, ovvero ad appositi registri, albi, ruoli o elenchi professionali qualificati e detta specifici requisiti e condizioni".

Nel rispondere ad istanza di Interpello, il Ministero del lavoro chiarisce che l'attività svolta dai fisioterapisti può essere ricompresa nell'ambito delle suddette prestazioni professionali, con conseguente esclusione dall'applicazione della presunzione, a condizione che il fisioterapista:

- sia in possesso del diploma abilitante;
- sia iscritto in appositi elenchi professionali, tenuti e controllati da parte di una amministrazione pubblica.

Ciò detto, lo stesso Ministero precisa, ribadendo quanto già indicato in un precedente intervento (cfr. vedi anche), che "A prescindere dall'operatività o meno della presunzione, resta fermo che laddove siano riscontrabili gli usuali indici di subordinazione, la prestazione di lavoro autonomo dei fisioterapisti potrà essere "direttamente" ricondotta ad un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato".



27 giugno 2014

Riferimenti normativi:

- art.69 bis del D.lgs. n.276/03
- art.1, c.2, del D.lgs. n.165/2001
- Interpello n.1672014 del 26 giugno 2014

A cura di Andrea Bergamini



## QUEST'ANNO IL VACCINO ANTINFLUENZALE È EFFICACE NEL 23% DEI CASI

Quest'anno il vaccino antinfluenzale sembra essere efficace solo nel 23% dei casi, secondo un'analisi preliminare svolta dai Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) su circa 2300 pazienti curati negli ambulatori medici di cinque stati per malattie respiratorie acute e pubblicata su Morbidity and mortality weekly report. Di solito l'immunizzazione contro l'influenza impedisce dal 60 al 65% delle infezioni abbastanza gravi da richiedere una visita medica, ma quest'anno la prevenzione è meno efficace del solito a causa del ceppo virale dominante, l'H3N2, che in circa metà dei casi esprime varianti geniche che lo rendono diverso dai ceppi coperti dal vaccino di stagione, la cui efficacia immunizzante risulta ridotta. «Anche negli anni buoni il vaccino tende a essere meno efficace contro l'H3N2, evitando solo il 40% delle infezioni» spiega Brendan Flannery primo autore dell'articolo e ricercatore dell'Influenza Division, National Center for Immuniza-

tion and Respiratory Diseases ai Cdc, ricordando che a seconda della formulazione, il vaccino antinfluenzale copre tre o quattro virus diversi, e anche durante una stagione in cui il vaccino è solo parzialmente protettivo contro uno dei ceppi, difende comunque dagli altri. «Proprio per questo raccomandiamo



DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

26 gennaio 2015

con forza la vaccinazione» aggiunge Flannery, spiegando che la somministrazione di farmaci antivirali come oseltamivir e zanamivir può ridurre le complicanze nelle persone malate o ad alto rischio. «In questi pazienti la terapia deve iniziare subito dopo la comparsa dei sintomi, senza attendere le conferme di laboratorio» riprende l'autore, sottolineando che questo sottogruppo comprende i bambini sotto i 5 anni e in particolare di età inferiore a due anni; gli adulti ultrasessantacinquenni; le donne in gravidanza; i portatori di malattie croniche come asma, diabete, cardiopatie, patologie polmonari e renali. Conclude il ricercatore: «Gli studi finora svolti indicano che l'efficacia degli antivirali è massima se somministrati entro 48 ore dalla comparsa dei sintomi influenzali, che possono includere febbre, tosse, mal di gola, ostruzione nasale o rinorrea, mialgie, mal di testa, brividi e astenia.



## AIFA RENDE DISPONIBILI DATI DEI REGISTRI SUI FARMACI PER IL DIABETE



### Pillole dal Mondo n. 625—09/10/2014

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato alcuni dati di efficacia e sicurezza derivati dai Registri di Monitoraggio dei farmaci incretino-mimetici exenatide, sitagliptin e vildagliptin. Il lavoro analizza i dati relativi ad oltre 75.000 pazienti inclusi nei tre Registri di Monitoraggio in un orizzonte temporale di 30 mesi, per caratteristiche cliniche dei pazienti, dati di sicurezza, cause di interruzione del trattamento e percentuale di coloro che hanno raggiunto il successo terapeutico in termini di riduzione dell'emoglobina glicata (HbA1c).

L'analisi demografica ha evidenziato che la popolazione trattata presentava caratteristiche cliniche al basale molto eterogenee e che il Registro ha monitorato un ampio numero di pazienti con caratteristiche cliniche solitamente non incluse nei trial clinici registrativi.

I profili di sicurezza di exenatide, sitagliptin e vildagliptin emersi dai dati tracciati dai Registri sono risultati, invece, simili a quelli provenienti dai trial clinici registrativi. Complessivamente sono state riportate 1.116 sospette reazioni avverse, inclusi 12 casi di pancreatite acuta.

Rispetto all'efficacia clinica intermedia, in termini di valori di HbA1c, il trattamento con i farmaci monitorati produce riduzioni medie di 0.9-1.0%, accompagnate da perdita di peso compresa nel range 1-3.5%. La probabilità di raggiungere, dopo 4 o 8 mesi di trattamento, il target clinico di HbA1c a valori minori del 7% - così come il target secondario a valori minori dell'8% - diminuisce rapidamente all'aumentare dei valori di HbA1c al baseline, mostrando una probabilità inferiore al 20% per valori di HbA1c al baseline maggiori del 9%. Il rischio di fallimento terapeutico è confermato nei pazienti con scarso controllo metabolico. Considerando che la perdita di peso ed esercizio fisico riproducono parte degli effetti del trattamento farmacologico sul controllo metabolico, i dati del Registro confermano che il counseling sullo stile di vita ed il relativo cambiamento dello stesso dovrebbero precedere l'intensificazione del trattamento farmacologico con terapie incretino-mimetiche nei pazienti con diabete di tipo 2.

I Registri di Monitoraggio dei farmaci antidiabetici hanno rappresentato il primo esempio di monitoraggio d'uso nella vita reale di farmaci utilizzati nel

trattamento di una condizione ad alta prevalenza come il diabete di tipo 2, i cui pazienti sono generalmente presi in carico dal Medico di Medicina Generale. I Registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio dell'AIFA costituiscono un insieme di strumenti, in continua evoluzione a supporto e verifica dell'uso appropriato dei farmaci nella pratica clinica italiana rappresentando uno degli asset peculiari dell'innovatività nell'azione regolatoria che l'Agenzia persegue come parte fondante della propria missione istituzionale. I Registri rappresentano uno dei più importanti strumenti di governo dell'appropriatezza prescrittiva e il patrimonio di informazioni derivante dal loro impiego ha già consentito, e ancor più consentirà con l'attivazione nel corso del tempo di nuove funzionalità, di garantire ai pazienti l'accesso a terapie innovative e la verifi-

ca delle condizioni negoziali concordate in sede di procedure di prezzo e rimborso, nonché la produzione di analisi sui profili di efficacia e di sicurezza come derivabili dalla pratica clinica, informazioni preziose raccolte con la collaborazione dei clinici e proprio in virtù di questo da condividere e rendere a tutta la comunità scientifica.

L'articolo, dal titolo "Safety and effectiveness of exenatide, sitagliptin and vildagliptin for type 2 diabetes in the real-world: data from the Italian AIFA Anti-diabetics Monitoring Registry", è stato pubblicato in anteprima open access su Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, una rivista internazionale indicizzata, ed è frutto della collaborazione con diversi esperti del settore.



## INFERMIERI E LIBERA PROFESSIONE. ECCO I NUOVI SCENARI: DALLA FARMACIA DEI SERVIZI E ALLA SANITA' INTEGRATIVA

**Concluso il summit di Bologna promosso da Ipasvi ed Enpapi. Esplorati i nuovi ambiti di esercizio per la professione. Al centro anche il tema dell'accreditamento e della certificazione dei professionisti per dare certezze ai cittadini e ai servizi come già avviene negli Usa, Canada, Australia e Gran Bretagna.**

L'esercizio libero professionale degli infermieri ha diverse strade possibili da percorrere oltre la richiesta diretta del cittadino. Tra queste l'integrazione nella farmacia dei servizi sul territorio; la realizzazione di pacchetti di assistenza infermieristica per la sanità integrativa; la possibilità di aprire le porte sul territorio ("Regioni e bilanci permettendo", fanno notare all'Ipasvi) a un "infermiere convenzionato" in analogia con il medico di medicina generale.

Il "fil rouge" tra queste ed altre possibilità - come sottolinea l'Ipasvi al termine della convegno di Bologna sulla libera professione infermieristica - dovrà essere l'accreditamento e la certificazione dei professionisti che i Collegi metteranno presto in campo per dare certezze ai cittadini e ai servizi, stringendo sempre più spazi alle prestazioni "improvvisate" e rischiose. L'accreditamento è già ope-

rativo in altre nazioni come Inghilterra, Canada, Australia, Stati Uniti (dove l'assistenza privata e assicurativa è preponderante) dove vi sono previsioni rigide di percorsi che periodicamente consentano il rinnovo dell'autorizzazione a esercitare la professione (analoghi alla nostra Educazione medica continua) e una verifica tra professionisti (audit) per dare una risposta alla crescente e diffusa domanda di qualità e sicurezza che proviene da ampi settori della società e soprattutto in sanità.

**I nuovi spazi professionali.** Nel futuro della libera professione - spiega ancora l'Ipasvi - un posto di primo piano assumeranno anche nuove forme associative di infermieri che possano garantire non solo le prestazioni professionali richieste anche dai cittadini, ma la continuità dell'assistenza che oggi è una delle chimere della sanità sul territorio. Sarà una *consensus conference* a tirare le somme degli orientamenti che gli infermieri, sollecitati dalla Federazione nazionale Ipasvi, esprimeranno sulle tre direttrici discusse ieri, durante la sessione pomeridiana della Giornata sulla Libera professione infermieristica.

**Farmacia dei servizi**



## LIBERI FARMACISTI: "E' ILLEGITTIMO NEGARE ALLE PARAFARMACIE DI POTER ADERIRE AL CUP"

**Una risoluzione dell'Agcm, AS 1141, stabilisce che le Asl devono "offrire una molteplicità di canali di accesso, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino". Quindi il divieto per le parafarmacie di offrire un servizio potenzialmente idoneo ad attrarre clientela, come il Cup, è lesivo delle norme e dei principi a tutela della concorrenza.**

La Confederazione Unitaria delle Libere Parafarmacie Italiane e il Movimento Nazionale Liberi Farmacisti invitano le regioni e le Asl che hanno attivato il servizio di prenotazione di esami, visite specialistiche (Cup) e quant'altro ad estendere il servizio alle parafarmacie che ne faranno richiesta per offrire un ulteriore servizio ai propri clienti.

Negare questo servizio alle parafarmacie senza nessun ulteriore onere per le casse regionali è illegittimo e lede i principi a tutela della concorrenza. Lo stabilisce un recente parere dell'Antitrust (AS 1141) che nelle motivazioni afferma come "la decisione di accorda-

re tale facoltà unicamente alle farmacie rappresenta un comportamento idoneo a conferire a queste ultime un ingiustificato vantaggio concorrenziale nei confronti in particolare delle parafarmacie, con le quali si trovano in un rapporto di concorrenza diretta nella distribuzione di determinate categorie di prodotti".

Inoltre, dovrebbe essere nell'interesse di regioni ed Aziende Sanitarie Locali aumentare le opportunità per i cittadini



affinché usufruiscano di questo servizio che fa risparmiare loro tempo e risorse ai bilanci regionali. Qualsiasi ritardo o diniego alle legittime richieste delle parafarmacie di offrire questo servizio è quindi del tutto ingiustificato e non motivato se non da infiltrazioni corporative tendenti a limitare il servizio ad un unico canale alternativo.

La Confederazione Unitaria delle Libere Parafarmacie Italiane e il Movimento Nazionale Liberi Farmacisti invitano le parafarmacie, dove non già possibile, a richiedere agli organi regionali competenti di poter aderire all'offerta di questo servizio.

da *Quotidiano Sanità*  
del 07/11/2014



www.quotidianosanita.it

### SEGUE DA PAG.13

"Si tratta di applicare norme già in vigore – spiega Annalisa Silvestro, senatrice e presidente della Federazione nazionale Ispasvi – che prevedono nella farmacia dei servizi spazi dedicati a prestazioni che possono essere anche offerte dalle professioni sanitarie. In questo senso – aggiunge – i liberi professionisti rappresentano una risorsa importante che può essere gestita sia dedicando, appunto, spazi ad hoc all'interno delle farmacie, sia prevedendo, grazie a nuovi sistemi informatici, servizi di contatto diretto con singoli infermieri libero professionisti o con strutture infermieristiche dove i professionisti possono organizzarsi in team di assistenza".

#### Sanità integrativa

"Già numerosi gruppi assicurativi hanno chiesto alla Federazione uno specifico supporto per predisporre pacchetti di prestazioni da offrire nelle loro polizze sanitarie, perché sono gli stessi assicurati a chiederli – aggiunge Silvestro. E poiché è possibile che nel futuro l'assistenza integrativa aumenti i suoi spazi, visto che è già definita dal punto di vista normativo, ma ancora non del tutto decollata, i pacchetti di prestazioni infermieristiche assumono rilevanza nell'ottica di una ridefinizione e di un

rilancio della libera professione.

#### L'"infermiere di assistenza primaria"

Una ipotesi proposta per la libera professione è stata anche quella di strutturare le prestazioni secondo convenzioni analoghe a quelle del medico di medicina generale. Tuttavia alla Giornata nazionale di Bologna è stato sottolineato che si tratta di una strada non facile da percorrere, stante l'attuale situazione di crisi economica: per un servizio efficiente servirebbero sul territorio un numero rilevante di infermieri e il loro costo, a carico delle Regioni come per tutte le altre convenzioni, sarebbe decisamente rilevante.

"Comunque, si tratti di liberi professionisti come di infermieri dipendenti, bisogna ragionare sempre in termini di rete e tutti, medici compresi, dobbiamo reciprocamente confrontarci. In questo quadro – ha concluso Silvestro – va discusso il ruolo dell'infermiere libero professionista, una figura che senza rete e integrazioni non va da nessuna parte. Dobbiamo cioè creare le condizioni per fare sistema mantenendo e rivendicando la specificità dell'assistenza infermieristica, intercettando la rilevante domanda, sempre più crescente, di assistenza". La fascia di età prevalen-

te fra i liberi professionisti, ha spiegato il presidente Enpapi **Mario Schiavon**, è quella tra i 41 e i 50 anni. Negli ultimi anni si è assistito a un boom tra gli under 30 ossia tra i neolaureati. "Ora si deve capire – ha detto Schiavon – se la libera professione infermieristica è una libera scelta o una tappa obbligata per i nostri giovani per esercitare in un momento in cui il reclutamento nelle strutture sanitarie è decisamente contenuto.

"Continuiamo ad essere tra le figure più riconosciute e apprezzate dai cittadini – ha concluso Schiavon –: anche l'unico malato di Ebola curato allo Spallanzani di Roma, un medico, ha voluto ringraziare in primo luogo gli infermieri, una volta dimesso, per la vicinanza umana e la competenza professionale riscontrata durante la lunga e delicata degenza in isolamento".

da *Quotidiano Sanità*  
del 12/01/2015



www.quotidianosanita.it



## CEFALEA. LA FISIOTERAPIA RIDUCE IL DOLORE DEL 70%

**Dimezzate anche durata e intensità dell'attacco. Si riduce così del 50% l'assunzione di farmaci antidolorifici. Lo dimostra uno studio multicentrico presentato in anteprima al congresso nazionale Aifi-Sifir a Lecce.**

La manipolazione del fisioterapista può ridurre fino al 70% i sintomi e il dolore in caso di cefalea, il problema neurologico maggiormente prevalente in Europa con il 47% di popolazione adulta colpita e che non risparmia nemmeno i bambini (colpiti per il 20%). Lo dimostra uno studio multicentrico su oltre 100 pazienti, coordinato dal James Dunning, fisioterapista americano docente all'Università dell'Alabama, presentato in anteprima in occasione del congresso nazionale dei Fisioterapisti Aifi-Sifir che si è chiuso ieri a Lecce. "La fisioterapia rende possibile un'importante riduzione del dolore e di tutte le sue possibili conseguenze – spiega **James Dunning** – come ad esempio la conseguente disabilità, la frequenza, l'intensità e la durata dell'attacco cefalgico. Questa diminuzione dei sintomi comporta implicazioni importanti soprattutto nella riduzione dell'assunzione di farmaci antidolorifici, intorno al 50%. Un risultato molto importante non solo per i risparmi per i sistemi sanitari nazionali, ma anche per il paziente dal momento che i farmaci antinfiammatori spesso hanno conseguenze avverse".

"Abbiamo studiato su un campione di oltre 100 persone – ha aggiunto **Firas Mourad**, specializzato in terapia manuale – come due differenti tecniche fisioterapiche possano ridurre solo l'intensità del dolore, ma anche a dimezzare le frequenze delle crisi nell'arco dei tre mesi successivi al trattamento e la loro durata. Questa è un'altra dimostrazione di come una corretta fisioterapia sia utile nell'affiancare, con eccellenti risultati, le problematiche conseguenti al mal di testa da cefalea, una malattia spesso sotto diagnosticata e male trattata. La fisioterapia, inoltre, può essere fondamentale anche in altri ambiti di intervento come patologie che colpiscono molto frequentemente la popolazione, in particolare colpi di frusta, lombalgie ed artrosi cervicale".

"Alcune patologie complesse, come la cefalea e l'artrosi – ha spiegato **Davide Albertoni**, presidente del Gruppo di terapia manuale dell'Aifi – richiedono una formazione sempre più specialistica del fisioterapista, che assume una

importanza fondamentale nell'incrementare l'efficacia dei trattamenti". "Non a caso l'assenza, in Italia, di un ordine professionale che certifichi la qualità del fisioterapista – conclude il presidente Aifi, **Antonio Bortone** – richiede per il paziente uno sforzo in più: individuare un fisioterapista vero, laureato in fisioterapia che è una laurea

abilitante, e con competenze specialistiche adeguate al suo problema".

da *Quotidiano Sanità*  
del 13/10/2014



## ODONTOIATRI. UN NEOLAUREATO SU TRE E' PRECARIO. RENZO (CAO): "DA CHIUDERE 30% CORSI UNIVERSITARI"

**La fotografia del Rapporto Eures-Cao. Italia vanta record in Ue di corsi di laurea (34) ma nonostante ciò solo 22 laureati in media per sede didattica (65 in Ue). Cala occupazione (-7%). Un neolaureato su tre è precario. Retribuzione media 1000 euro. 'Bocciato' l'esame di abilitazione da sostituire con la laurea abilitante.**

Vita dura per i neolaureati in odontoiatria. La fotografia a tinte fosche la traccia il secondo "Rapporto Eures - Cao" su "Le sfide della crisi alla Professione Odontoiatrica, tra qualità delle prestazioni e distorsioni di mercato", condotta su circa 400 studenti e neolaureati, e presentato oggi a Roma. Nel rapporto si segnala il calo dell'occupazione e il lavoro, quando c'è, è sempre più precario e tutto ciò si riflette anche sulle retribuzioni. Nel 2013 la retribuzione media dei neolaureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo risulta pari a 1.058 euro mensili (1.176 euro tra gli uomini contro 876 euro tra le donne). Inoltre, rispetto all'Ue l'Italia ha il record di corsi di laurea (34) che 'sfornano' però, appena 22 laureati per sede didattica contro una media Ue di 65. "Sono da chiudere il 30% dei corsi universitari" ha affermato il presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Giuseppe Renzo. 'Bocciato' poi l'esame di abilitazione. Il 67,5% dei docenti lo ritiene poco selettivo (48,1% delle indicazioni), non costituendo un reale ostacolo per gli studenti che hanno affrontato positivamente il percorso di studi universitari o "superfluo" (29,6% delle indicazioni), in quanto duplicato della verifica della formazione già posta in essere dal percorso di studi universitari. "La proposta – ha precisato Renzo – è di fare in modo che il 6° anno di studi sia professionalizzante e al termine del percorso si possa conseguire una laurea

abilitante in sostituzione dell'esame".

**Scende l'occupazione dei neolaureati in Odontoiatria** - Tra il 2012 e il 2013 il tasso di occupazione dei laureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo è sceso di 7 punti, passando dal 70,1% al 63,1%, evidenziando la forte difficoltà dei neo-odontoiatri ad inserirsi nel mercato. Tale contrazione è confermata anche dai dati relativi agli ultimi 5 anni (-7,2 punti a fronte di -5,8 per i laureati in medicina e -13,8 per quelli delle altre Facoltà). A tre anni dal conseguimento della laurea il tasso di occupazione dei dottori in odontoiatria raggiunge il 90,9%, con un calo di 1,3 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nel 2010 (Fonte Indagine Almalaura).

**Un terzo dei neolaureati destinati alla precarietà e al lavoro nero** - Tra i neo-odontoiatri che lavorano a un anno dalla laurea, se la maggioranza (61,8%) svolge un'attività autonoma, e il 2,4% un'attività subordinata a tempo indeterminato, molto significativa è la quota di quanti dichiarano di svolgere un lavoro intermittente (26,3%), attraverso contratti di collaborazione, formativi, parasubordinati, ecc, e di quelli che lavorano in nero (9,4%), ovvero presso terzi, senza alcun contratto; tale percentuale scende al 5,9% tra i medici, per raggiungere il valore più alto (13,5%) tra i neo-laureati delle altre Facoltà a ciclo unico.

**Scendono le retribuzioni (-7,1%)... ma non le aspettative. Penalizzate le donne** - Nel 2013 la retribuzione media dei neolaureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo risulta pari a 1.058 euro mensili (1.176 euro tra gli uomini contro 876 euro tra le donne),

(Continua a pagina 16)



## MANSIONI DI INFERMIERE PROFESSIONALE: NO ALLA QUALIFICA SENZA TITOLI

"Un lavoratore assunto con la qualifica di infermiere generico, agiva in giudizio rappresentando di aver prestato le superiori mansioni proprie dell'infermiere professionale nel periodo di assegnazione al Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera e chiedeva il riconoscimento del trattamento economico della fascia relativa agli infermieri professionali. La Corte di Cassazione nel rigettare lo specifico motivo di ricorso proposto dal dipendente, ha osservato che qualora il contenuto e le mansioni di una qualifica discendano dalla legge professionale in ordine al possesso di un determinato titolo di studio per l'esercizio di una professione, non può considerarsi utile ai fini del conseguimento di una tale qualifica (superiore) l'espletamento di mansioni che la legge

professionale stessa riserva esclusivamente a chi è in possesso di quello specifico titolo di studio, atteso che, con riferimento alla disciplina dettata dal codice civile (art. 2116), l'attività eventualmente svolta si pone come illecita perché in violazione di norme imperative attinenti all'ordine pubblico e poste a tutela della generalità dei cittadini non già del prestatore di lavoro.

Avv. Ennio Grassini  
[www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)



DoctorNews33  
 IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

14 ottobre 2014

### SEGUE DA PAG. 15

registrando una flessione del 7,1% rispetto alla rilevazione del 2009 (quando era pari a 1.139 euro). A tre anni dal conseguimento del titolo la retribuzione sale a 1.568 euro (1.693 tra gli uomini e 1.384 tra le donne). Decisamente più ottimistiche risultano le aspettative tra gli studenti e neo-laureati intervistati, che prefigurano un guadagno di 1.500 euro mensili a 1 anno dalla Laurea (oltre 400 euro in più rispetto al dato effettivo), e di 3.500 euro mensili a 3 anni dal Titolo, ovvero un valore più che doppio rispetto a quello effettivamente percepito dai loro colleghi più anziani.

da *Quotidiano Sanità* del 07/11/2014



## NEI PILOTI DI AEREO AUMENTA IL RISCHIO DI MELANOMA

Anche se molti di loro non pensano affatto ad abbronzarsi, i piloti di linea che volano per un'ora a novemila metri di quota sono esposti, loro malgrado, alle stesse quantità di radiazioni Uv-A emesse in 20 minuti da un lettino abbronzante. Con conseguente aumento del rischio di melanoma, secondo le conclusioni di una lettera di ricerca pubblicata su *Jama dermatology*. «Il parabrezza dei velivoli non è in grado di schermare in modo completo i raggi Uv-A, il cui ruolo nel melanoma è ben noto» esordisce **Martina Sanlorenzo**, della university of California a San Francisco, coautrice dell'articolo, ricordando che gli Uv-A causano danni al Dna sia in colture cellulari sia in modelli animali. I parabrezza degli aeroplani sono di poli-

carbonato o di vetro composito multistrato, materiali che non bloccano del tutto le radiazioni Uv-A e non sono sufficienti a proteggere i piloti. Secondo le valutazioni eseguite, il passaggio di Uv-B, con lunghezza d'onda tra 280 e 320 nanometri (nm), attraverso i parabrezza di plastica e vetro è inferiore all'uno per cento. Ma la penetrazione degli Uv-A, con frequenza tra 320 e 380 nm può superare il 50%, con un maggiore effetto schermante della plastica rispetto al vetro. Sanlorenzo e colleghi hanno misurato la quantità di radiazione Uv in cabine di pilotaggio di aerei turboelica attraverso i parabrezza di plastica acrilica a livello del suolo e a varie altitudini sul livello del mare, confrontando i dati con le misurazioni dei

DoctorNews33  
 IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

13 gennaio 2015

lettini abbronzanti. «Le rilevazioni sono state effettuate a San Jose, California, e a Las Vegas intorno a mezzogiorno nel mese di aprile» spiega Sanlorenzo. E i risultati mostrano che volare per 56,6 minuti a 30.000 piedi, circa novemila metri, equivale a stare per 20 minuti sotto un lettino abbronzante. «E il livello di radiazioni sale volando fra le nuvole o su terreni innevati, perché il bianco potenzia il riflesso dei raggi solari» aggiunge la ricercatrice. E conclude: «Questi risultati suggeriscono la necessità di filtri solari e controlli cutanei periodici su piloti e personale di volo».

*JAMA Dermatol.* 2014 Dec 17. doi: 10.1001/jamadermatol.2014.4643



### Per informazioni



Emilia Romagna  
 CNA Benessere e Sanità

Daniele Dondarini  
 Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna  
 Via Rimini, 7—40128 Bologna  
 tel. 051/21.33.124—Fax 051/7459532  
 E-mail: [benesseresanita@cnaemiliaromagna.it](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)  
[www.cnaemiliaromagna.it](http://www.cnaemiliaromagna.it)



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento