PROGRESSO DIABETE

PERIODICO TRIMESTRALE - € 0,50
Anno XXV n. 2 APRILE - GIUGNO 2017
Poste Italiane S.p.A. - Sped. Abb. Postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - Cagliari

FEDERAZIONE NAZIONALE DIABETE GIOVANILE

ALL'INTERNO:

DIABETE: PERCHÉ L'ASSISTENZA È DISUGUALE?

USCIRE DALLA SALUTE DISUGUALE? IN FONDO A SINISTRA

CITIES CHANGING DIABETES

RISARCITO DOCENTE DI RIBERA

II CONFERENZA REGIONALE DELLE ASSOCIAZIONI DI PERSONE CON DIABETE IN SICILIA

ADDIO ALLE INIEZIONI QUOTIDIANE DI INSULINA

CONTEGGIO CARBOIDRATI, UN METODO PER CONTROLLARE LA GLICEMIA UTILE E PRATICABILE

ENTRO IL 2025 SAREMO ORFANI DELLA SANITÀ PUBBLICA?

SANITÀ: 22,5 MILIARDI DI SPRECHI

SPAGNA: ISTITUITA IN ANDALUSIA LA FIGURA DELL'INFERMIERE SCOLASTICO

Estate, Edward Mucha

Scopri Accu-Chek® Guide: Semplifica l'autocontrollo.

Nuovo sistema Accu-Chek® per la misurazione della glicemia

Flacone innovativo
- Le strisce non cadono
- Agile estrazione della striscia

Esecuzione del test semplificata
- Ampia area di applicazione del campione
- Vano ingresso striscia illuminato
- Espulsione automatica della striscia

Connettività wireless
- Tutti i tuoi dati visibili sull'App Accu-Chek® Connect
- Facile condivisione con chi vuoi

Prova Accu-Chek® Guide. Chiedi al tuo medico o al tuo farmacista.
www.accu-chek.it

Numero Verde **800-822189**

Numero Verde per avere assistenza tecnica sull'utilizzo dei prodotti della linea Accu-Chek® e per richiedere la sostituzione gratuita degli strumenti in garanzia

Le misurazioni devono essere eseguite nell'ambito del controllo medico.
Accu-Chek Connect e Accu-Chek Guide sono dispositivi medici e medico-diagnostico in vitro CE 0088.
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.
Autorizzazione Ministeriale ottenuta il 11/04/2017.

ACCU-CHEK®

Progresso Diabete
Periodico Trimestrale

Registrato
Tribunale di Cagliari 29/90

Spedizione
in abbonamento postale 45% Art. 2
Comma 20 BL
Legge 662/96 Fil. Cagliari
Abbonamento annuo € 1,50

Editore
Federazione Nazionale
Diabete Giovanile
Iscritto
al Registro Nazionale
della Stampa n. ID 9321

Redazione Amministrazione
09128 Cagliari - P.za Galilei, 32
Tel. 070 497055 / 070 7568811
Fax 1782228216
www.fdgdiabete.it
e-mail: fdg@fdgdiabete.it

Direttore
Antonio Cabras
presidente@fdgdiabete.it

Direttore Responsabile
Carmen Mandas
direttore.mandas@tiscali.it

Redazione
Giuseppe Boriello (Genova)
Liana Senesi Proni (Bologna)
Stefano Tosi (Bologna)
Rocco Panetta (S.Giovanni in Fiore)

Comitato Scientifico
prof. *Domenico Casa* (Roma)
prof. *Paolo Brunetti* (Perugia)
prof. *Carlo Pintor* (Cagliari)
dott. *Guido Robino* (Varese)
dott. *Francesco Dammacco* (Bari)

Impaginazione
e composizione grafica
NoviService Srl
Via Goldoni, 32
09131 Cagliari
info@noviservice.it

Stampa
Postel S.p.A.
Viale G.Massaia, 31
00154 Roma (RM)

Informativa
(art. 13 D.Lgs. 196/2003)
Federazione Diabete Giovanile Onlus, con sede in Selargius (CA), Via S. Allende 33, in qualità di titolare del trattamento informa quanto segue. Il trattamento dei Suoi dati è stato effettuato nell'ambito della campagna informativa denominata Progetto Diabete, anche mediante l'ausilio di strumentazioni elettroniche. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 richiedendo mezzo raccomandata AR la modifica o cancellazione dei suoi dati dal DataBase a Federazione Diabete Giovanile Onlus, Via S.Allende 33, 09047 Selargius (CA), quale responsabile del trattamento dei suoi dati.

EDITORIALE

DIABETE: PERCHÉ L'ASSISTENZA È DISUGUALE?

di Antonio Cabras

*La salute è disuguale perché il sistema sanitario non è organizzato in modo omogeneo: i cittadini di alcune regioni hanno un accesso meno facile alle prestazioni, sia in termini di tempestività, sia per la prossimità ai servizi. Le differenze geografiche sono anche all'interno di una stessa regione e, addirittura, della medesima città. La salute è disuguale perché molte differenze si determinano alla nascita ma non vengono colmate, perché il sistema sanitario risponde in modo disuguale ai bisogni di salute, perché non sono i bisogni ma i profitti a guidare le scelte...**

Nel nostro Paese, l'uniformità e la continuità delle cure sono i principali obiettivi del SSN. Essi sono intesi sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale, Servizio di Diabetologia e territorio.
Tutto ciò per potenziare l'integrazione ospedale - servizio di diabetologia - territorio con la corretta gestione del processo di valutazione delle condizioni cliniche e socio-assistenziali del paziente.
Ebbene, il SSN indica precisi obiettivi che portano ad una omogeneità e ad una pari uguaglianza nel diritto alla salute. Oltre il SSN il Piano Nazionale della Malattia Diabetica ha sancito il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori, i diabetici e la medicina specialistica, ancora oggi non realizzati pienamente.
I Lea sono stati applicati in poche regioni, questo crea diversità.
Purtroppo la realtà di questi ultimi anni ci ha portato a considerazioni e certezze diverse per il mutamento dei percorsi di assistenza in termini di erogazione delle cure. Il mondo scientifico e le organizzazioni dei pazienti oggi si vedono impegnati ad affrontare il grande problema delle disuguaglianze nell'assistenza, nell'accesso alle cure, nella concedibilità dei farmaci e dei *device*.
È un problema direi mondiale, e per quanto ci riguarda di federalismo regionale e territoriale, che pone dunque il diabete sempre uguale nella sua forma, ma diverso nel suo vivere.
Le differenze sono molteplici, basti pensare a chi vive nei grossi centri urbani e a chi vive nelle zone interne, o rurali, che certamente ha meno possibilità di partecipazione ai programmi educativi dei centri e protocolli terapeutici.
Perché, ci chiediamo.
Certamente manca l'attenzione alla centralità che spetta al paziente e non la pone al primo posto per una vita normale e l'allontanamento delle complicanze.
Nell'attuale contesto sanitario è importante lavorare congiuntamente con Diabetologi, Specialisti, Diabetici e Autorità Regionali per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, bisogna aumentare l'*empowerment*, responsabilizzare la persona con diabete e il nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di benessere. Bisogna utilizzare supporti tecnologici informatici in grado di collegare i professionisti e consentire la condivisione di dati e conoscenze.
Il nostro auspicio dunque è che accada una trasformazione delle forme di cure in diabetologia attraverso l'integrazione di tutte le professionalità del territorio con i Diabetologi e i pazienti.
La disegualità e la diversità si affrontano accrescendo il valore e l'efficienza del Servizio, trasformando il paradigma della "medicina di attesa" in "medicina di iniziativa" e per questo devono attivarsi soprattutto le Associazioni dei diabetici.
Persone con diabete uguali ma realtà territoriali diverse perché certamente ancora oggi abbiamo la sensazione che debba sempre accadere qualche cosa piuttosto che prendere l'iniziativa di fare qualche cosa.
La diabetologia italiana è tra le migliori, ma occorre incentivare l'assistenza ospedaliera e territoriale per ridurre le diversità. Occorre razionalizzare intelligentemente la spesa farmaceutica, spendere molto in sanità non significa sempre avere livelli più alti di assistenza, oggi bisogna darne la giusta equità.
Occorre puntare sulla innovazione e sulla distribuzione dei device, i dispositivi elettronici oggi di alta tecnologia e di piccole dimensioni, che hanno cambiato il rapporto del diabetico con la malattia e il rapporto con il curante, ma ancora oggi con condizioni diverse tra Regioni e tra le stesse ASL .
La legge 15 luglio 2011 prevede che l'ANAC fornisca alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, compresi i dispositivi medici ed i farmaci.
La Federazione Diabete Giovanile e la Fand hanno chiesto all'Autorità Anticorruzione di avviare un' indagine sulla modalità di spesa e di distribuzione degli ausili tecnici e dei presidi diagnostici che, come sapete, nel nostro Paese hanno prezzi e distribuzione diversi, penalizzando i diabetici.
In tale ottica bisogna rafforzare e riconoscere il ruolo della Diabetologia del territorio, dei MMG e dei PLS per abbattere le realtà territoriali diverse e vedere garantite l'assegnazione o la ripartizione dei beni e dei Servizi. Per trovare le giuste soluzioni e abbattere la diversità il volontariato oggi deve impegnarsi a costruire questa «rete» di rapporti con le Istituzioni e le figure che predispongono le risorse, diventare «interlocutore» dei soggetti sociali, sanitari, politici.

**Festival dell'economia Trendo 2017*

USCIRE DALLA SALUTE DISUGUALE? IN FONDO A SINISTRA

di Luca De Fiore

Il professore esce in perfetta tenuta da corsa: sono le 7 del mattino e sono a Trento, per il festival dell'economia dedicato quest'anno alla salute disuguale.
La salute è disuguale per la diversità delle abitudini individuali, per la differenza nel modo con cui tuteliamo il nostro benessere e ci proteggiamo dalle malattie. Le politiche sanitarie contano, ma molto meno di quelle sociali ed economiche. Chi è andato avanti negli studi o ha un lavoro o vive circondato da relazioni umane positive vive meglio e più a lungo, anche perché ha maggiore libertà di scelta ed è più probabile segua un'alimentazione equilibrata, faccia esercizio o attività sportiva, riposi con regolarità.
La salute è disuguale perché il sistema sanitario non è organizzato in modo omogeneo: i cittadini di alcune regioni hanno un accesso meno facile alle prestazioni, sia in termini di tempestività sia per la prossimità ai servizi. Le differenze geografiche esistono anche all'interno di una stessa regione e, addirittura, della medesima città. Gli esiti delle cure possono essere molto diversi anche in due ospedali dello stesso quadrante cittadino.
La salute è disuguale perché il servizio sanitario risponde in modo diverso ai bisogni di salute delle donne e degli uomini. Perché la frequenza e le modalità del ricorso ai servizi sono influenzate dal genere. Perché la ricerca genere-specifica è ancora acerba, segno di un'attenzione dettata più da interessi commerciali che da un'autentica determinazione a comprendere i determinanti di salute e malattia.
La salute è disuguale perché molte differenze si determinano alla nascita e non vengono colmate. Al contrario, sono inasprite da un sistema che limita le possibilità di riscatto, di mobilità sociale. Se un bambino nasce in una famiglia povera è assai probabile che diventerà un adulto povero, deprivato, marginale. La sua salute sarà peggiore, la dipendenza da alcol e tabacco più probabile, così che la minore durata della sua vita e la morte più precoce potranno addirittura rivelarsi una consolazione.
La salute è disuguale perché il sistema della ricerca non funziona o, meglio, non esiste. Non sono chiari gli obiettivi e l'agenda della ricerca è in buona misura dettata dal privato, non dalle istituzioni pubbliche in rappresentanza dei cittadini. Lo sviluppo di nuove terapie è guidato dalle logiche del profitto e il controllo regolatorio è insufficiente, poco sistematico, troppo indulgente.
Questa è la salute disuguale e di molto di questo si è discusso al festival dell'economia.
Non ne ha parlato direttamente, però, il ministro della salute nello spiegare perché sarebbe meglio chiudere gli ospedali a ridotto volume di attività o perché il costo crescente dei nuovi farmaci aumenta le iniquità. Eppure, sarebbero stati due argomenti da cogliere al volo per motivare le decisioni che le istituzioni potrebbero prendere. Concentrando le prestazioni sanitarie nei centri ad attività più intensa si possono ridurre le disomogeneità di esito delle cure, migliorando equità e risultati; valutando con maggiore attenzione il reale miglioramento di sopravvivenza garantito dai nuovi medicinali potremmo contenere il peso economico di una rimborsabilità quasi generalizzata, destinando risorse a prestazioni e servizi a maggiore valore aggiunto.
Invece, è stato fatto l'elogio della terapia protonica, annunciandone l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza, con grande soddisfazione della Provincia di Trento che spera di attrarre pazienti verso il centro di proton therapy aperto in città. Nello stesso momento, dal congresso della società statunitense di oncologia medica che si svolge a Chicago, Vinay Prasad scriveva: "Subsidizing proton radiation therapy while cutting basic health services is the definition of a state making incompetent decisions".
Non hanno parlato di salute disuguale i partecipanti all'incontro sulle priorità e gli obiettivi della ricerca. Eppure, le disuguaglianze di salute nascono o sono confermate da una ricerca che non punta a risolverle, che guarda solo alla tecnologia come chiave per l'innovazione e di fatto esclude la medicina generale, le cure primarie e il nursing dagli ambiti oggetto di attenzione, che non prevede continuità nella pubblicazione di bandi, che non segue criteri rigorosi nel premiare i progetti più utili e rigorosi, che non destina risorse all'attività di ricerca sulla valutazione della ricerca (sembra, ma non è, un gioco di parole).
La salute è disuguale perché non ha un "proprio festival" in grado di motivare a partecipare decine di migliaia di cittadini, come accade per il festival delle letterature (Mantova), della filosofia (Modena, Carpi e Sassuolo), della spiritualità (Torino), della mente (Sarzana)... La salute chiede ospitalità e spazio in ambiti diversi ma questa può rivelarsi un'opportunità. Per esempio per scoprire, con il premio Nobel Jean Tirole, di condividere le stesse difficoltà con l'economia: la perdita di credibilità degli esperti, l'incapacità dei media di far crescere la competenza nei cittadini, la facilità con cui anche le persone meno preparate possono ritenersi in grado di prendere decisioni in un ambito che, al contrario, è molto complesso.
Quattro giorni di incontri quasi sempre di grande interesse ma che non hanno dato molte risposte: i bambini italiani avranno una migliore salute nei prossimi anni? La scelta di imporre l'obbligo vaccinale avrà successo? Sarà accompagnata da analoga determinazione a migliorare la *health literacy* dei cittadini? Lo scandalo dei prezzi dei farmaci sarà considerato un oltraggio alla salute come bene comune oppure la farmaceutica continuerà a essere governata a vista? La riforma sanitaria di Obama sarà sostituita dalla Trump care? Il consenso quasi unanime sul welfare aziendale sarà confermato o a qualcuno verrà il dubbio che sia un modo per iniziare a mettere in discussione l'equità e l'universalità del servizio sanitario? Uno sguardo prudente sull'innovazione sarà giudicato come un atteggiamento da "signori del tempo perso" che si oppongono al cambiamento del paese? La richiesta di attenzione per i conflitti di interesse sarà considerata un inciampo, un timore eccessivo, un ostacolo alla auspicata soluzione d'ogni problema, vale a dire alla collaborazione tra pubblico e privato?
Il festival dell'economia non regala, dunque, risposte precise. Offre, però, un'indicazione implicita: la salute dei cittadini – come persone e come popolazione – è direttamente collegata alla ripresa economica del paese. A questo, ci dicono, occorre puntare, anche a costo di fare qualche patto col diavolo.
Dopo un saluto molto affettuoso, il professore – Sir Michael Marmot – si allontana verso l'uscita. La sua – e dopo poco la nostra – è in fondo, a sinistra. ■

CITIES CHANGING DIABETES

di Andrea Lenzi (Presidente dell'Health City Institute e del Comitato Nazionale per la Biosicurezza)

Le città sono in prima linea nel contrastare il crescente aumento del numero di persone con diabete. Oggi, più del 50% della popolazione mondiale vive nelle città. Se consideriamo che il 65% delle persone con diabete vive in aree urbane, è chiaro che la città è un punto determinante per contrastare la crescita del diabete. Questo fenomeno è stato definito: *urban diabetes*.

Andrea Lenzi
Presidente dell'Health City Institute e del Comitato Nazionale per la Biosicurezza

Vivere in un'area urbana, e ancora di più in una megalopoli, si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita rispetto al passato; cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce. Fattori sociali culturali che rappresentano un potente volano per obesità e diabete.

Cities Changing Diabetes nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College London (UK) e dallo Steno Diabetes Center (Danimarca) con il sostegno di Novo Nordisk, in collaborazione con partner nazionali che comprendono istituzioni, città metropolitane, comunità diabetologiche/sanitarie, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore.

L'obiettivo del programma è quello di creare un movimento unitario in grado di stimolare, a livello internazionale e nazionale, i decisori politici a considerare il tema dell'urban diabetes prioritario. Mettendo in luce il fenomeno con dati ed evidenze, provenienti dalle città di tutto il mondo, il programma Cities Chaging Diabetes sottolinea la necessità di agire in considerazione del crescente numero di persone con diabete e del conseguente onere economico e sociale che tutto ciò comporta.

Al programma Cities Changing Diabetes hanno aderito in una prima fase Città del Messico, Copenaghen, Houston, Shanghai e Tianjin. Si tratta di cinque importanti città, con una popolazione complessiva di quasi 60 milioni di persone, che fotografano due realtà diverse: le città a crescita rapida delle economie emergenti e le città "più mature" delle società sviluppate. Nel 2016 anche Vancouver e Johannesburg hanno aderito al programma, mentre Roma, nel 2017, seconda città europea dopo Copenaghen, è stata inserita nel programma, diventando per i prossimi anni oggetto di studi internazionali su urbanizzazione e Diabete tipo 2 e nello stesso tempo Città simbolo mondiale nella lotta a questa importante patologia.

Il progetto in Italia e a Roma è coordinato dall'Health City Institute in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ANCI, Roma Città Metropolitana, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, la Fondazione CENSIS, CORESEARCH, l'IBDO Foundation, Medi-Pragma e tutte le Università di Roma, le Società Scientifiche del Diabete e dell'Obesità e le Associazioni pazienti e di Cittadinanza. L' Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e ANCI, ha promosso inoltre la realizzazione del Manifesto della Salute nelle Città, documento che delinea le azioni da intraprendere nelle Città per studiare i determinanti della salute nelle Città e migliorare la qualità di vita dei cittadini. Il Manifesto è stata la base per la redazione della proposta di iniziativa presentata dalla Delegazione Italiana del Comitato delle Regioni dell'Unione Europea alla Commissione NAT e al Parlamento Europeo.

Il progetto Cities Changing Diabetes prevede tre momenti. Il primo step è la mappatura dei fattori sociali e culturali. In ogni città viene promossa una ricerca qualitativa e quantitativa dalla quale emerge il livello di vulnerabilità.

Il secondo momento è quello della condivisione dei dati sia a livello nazionale, con tutti gli attori coinvolti, ma anche a livello internazionale, fra le varie città aderente al programma, con l'obiettivo di identificare le similitudini ed i punti di contatto.

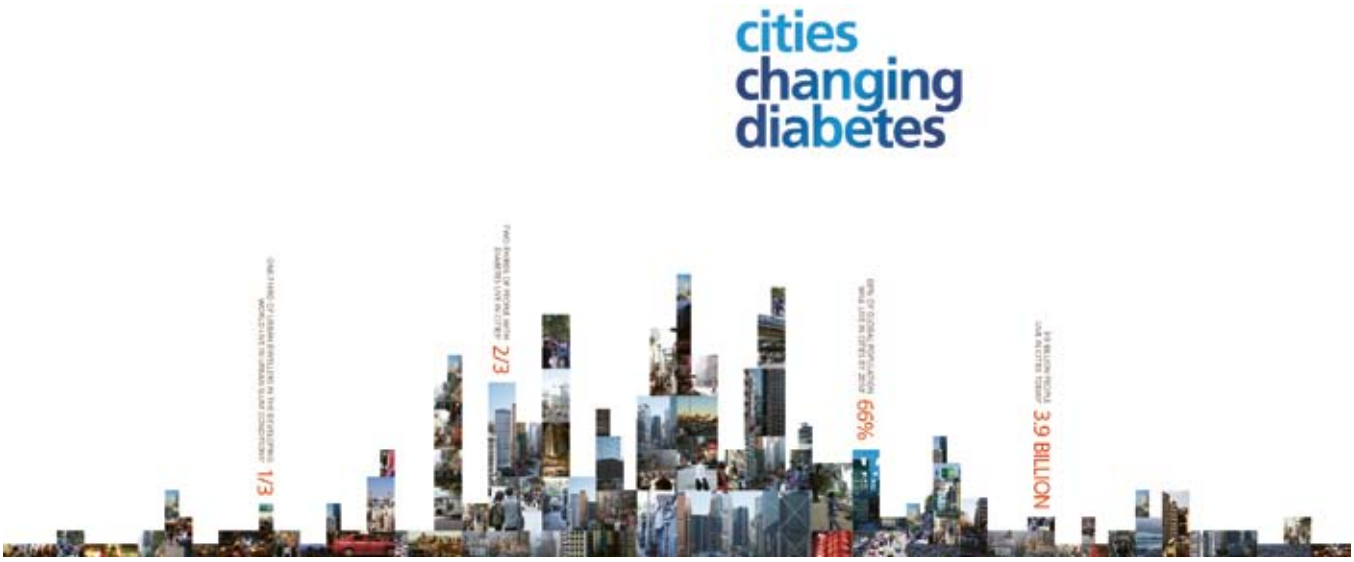
L'ultimo step del programma è la parte dedicata all'azione con lo sviluppo di uno specifico action plan e condivisione delle best practice. L'Health City Institute, con la Fondazione CENSIS, l'ISTAT, CORESEARCH e MEDI-PRAGMA con questo ATLAS ha realizzato una prima mappatura dei dati quantitativi demografici, clinico- epidemiologici e sulla percezione della salute nell'area di Roma Città Metropolitana, pubblicati in questo ATLAS per fornire una base di studio e osservazione per futuri studi.

La fase qualitativa che sarà avviata a Settembre 2017, condotta tramite la Fondazione CENSIS, prevede lo studio delle vulnerabilità sociali dell'area metropolitana sul Diabete Tipo 2, il tutto attraverso interviste strutturate su cittadini e sulle persone con diabete di Roma. Le interviste saranno condotte tramite il questionario Q-Tool validato a livello nazionale e realizzato dall'University College of London, questionario analogo per tutte le Città coinvolte a livello internazionale nel progetto Cities Changing Diabetes.

Inerente al progetto Cities Changing Diabetes, assieme alla Federazione Italiana Atletica Leggera e la Scuola del Cammino, l'Health City Institute sta provvedendo a realizzare il progetto Roma Città per il Cammino e della Salute, che prevede la realizzazione di cinquanta percorsi di walking urbano e di almeno tre percorsi nei parchi urbani, per arrivare a una rete di circa 250 Km utilizzabili per attività motoria a costo zero. Il progetto prevede la realizza-

Segue a pagina 6

Segue da pagina 5



zione del passaporto Roma Città per il Cammino e della Salute e di una app dedicata.

L'Health City Institute è stato chiamato a coordinare il progetto in Italia ed è nostro desiderio collaborare attivamente con le Istituzioni Nazionali e Internazionali, Roma Città Metropolitana, con le Università di Roma, con gli Enti di ricerca, con le Società Scientifiche, le Associazioni dei Pazienti e gli esperti per portare avanti questo studio e promuovere specifiche azionI volte a migliorare la qualità di vita di molti cittadini e persone con diabete.

Cento anni fa solo due persone su dieci nella popolazione mondiale vivevano nelle aree urbane. Nella metà del 21° secolo questo numero arriverà a sette. La popolazione urbana, pertanto, è in crescita costante: ogni anno aumenta di circa 60 milioni di persone, soprattutto nei Paesi a medio reddito. Proiezioni di popolazione mostrano che nei prossimi 30 anni la crescita globale avverrà virtualmente soltanto nelle aree urbane. Tuttavia, secondo quanto riportato dall'UNICEF, circa un terzo della popolazione urbana mondiale vive nei bassifondi, dove si concentrano povertà, emarginazione e discriminazione; entro il 2020 le persone che vivranno in insediamenti non ufficiali e negli slum saranno quasi 1,4 miliardi. Quasi il 10% della popolazione urbana, inoltre, vive in megalopoli, città con oltre 10 milioni di abitanti che si sono moltiplicate in tutto il pianeta, ma la quota maggiore dell'incremento in ambiente urbano si sta verificando non nelle megalopoli ma in città più piccole. Il notevole incremento della popolazione nelle aree urbane è legato anche ai fenomeni migratori; le regioni urbane dell'Unione europea, fatta eccezione per la Francia, tendono a registrare, infatti, gli incrementi demografici più elevati a causa del saldo migratorio.

La migrazione della popolazione verso le aree urbane si accompagna anche a modifiche sostanziali degli stili di vita rispetto al passato. Cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, il tempo per pranzare si riduce spesso a un frugale pasto in mensa o al bar vicino all'ufficio e l'attività fisica diventa praticamente inesistente.Stili di vita che trasmettiamo gioco forza anche ai nostri figli; bambini spesso in sovrappeso se non obesi. In Italia, come descritto nell'ultimo rapporto Osservasalute, i bambini e gli adolescenti in sovrappeso rappresentano il 26,5% della popolazione tra i 6 e gli 11 anni.

Appare evidente come, sebbene recentemente non si faccia altro che parlare dell'epidemia della cronicità, che affonda le sue origini nella diffusione di pochi fattori di rischio legati a stili di vita non salutari, ancora tanto c'è da fare per diffondere una cultura della prevenzione che miri a sviluppare consapevolezza nelle scelte di salute delle persone.

Da qui la necessità di mettere in atto nelle aree urbane una strategia integrata, finalizzata a costruire un'idea di città come "promotore della salute", attraverso un approccio multilivello che comprenda iniziative di vario genere, sociali più che sanitarie.

Interventi urbanistici, "laboratori" sugli stili di vita sani come "cities changing diabetes", già avviato a Città del Messico, Pechino, Houston, Copenaghen, Tianjin, Johannesburg, Vancouver e che vede coinvolto da quest'anno anche Roma, con un ruolo attivo dell'ISS e dell'Osservatorio Nazionale per la salute nelle Regioni. La maggior parte di queste iniziative, tuttavia, procede da sola in una singola realtà; la speranza è che col tempo si riesca a realizzare un approccio coordinato che, agendo su più fronti, possa stimolare una maggiore attenzione alle proprie scelte di salute, raggiungendo soprattutto le fasce di popolazione che vivono in condizioni di maggiore disagio socio-economico. ■

«SI ASSENTÒ PER ASSISTERE IL FIGLIO»

RISARCITO DOCENTE DI RIBERA

di Giuseppe Pantano

IL Tribunale di Sciacca ha accolto il ricorso di un insegnante che era stato sospeso dal lavoro per essersi assentato per prestare soccorso al figlio in grave crisi ipoglicemica.

I fatti risalgono al 2015 quando Antonino Recupero, insegnante presso l'Istituto Navarro di Ribera, ha ricevuto una telefonata concitata da parte del figlio, malato di diabete con una grave crisi ipoglicemica in atto.

La storia è stata riferita dalla Federazione Diabete Giovanile. Recupero, secondo quanto riferito dalla Federazione, a seguito di autorizzazione, si è recato dal figlio, ma dopo pochi giorni ha ricevuto la sospensione dal servizio per un periodo di 6 giorni e conseguente congelamento dello stipendio.

Antonino Recupero

L'insegnante, che vanta 24 anni di professione, sempre secondo quanto riferito ieri dalla Federazione Diabete Giovanile, è stato colto da malore e si è reso necessario l'intervento del 118. Ma ha deciso di presentare ricorso al Tribunale di Sciacca e, dopo due anni, ottenuto il riconoscimento delle sue ragioni: il provvedimento disciplinare è stato dichiarato illegittimo e la sanzione annullata con conseguente condanna del Ministero a sostenere le spese legali e rifondere all'insegnante Recupero la somma di 500 euro a titolo di risarcimento del danno.

Soddisfazione è stata espressa dalla Federazione Diabete Giovanile, che ha sostenuto l'insegnante nella sua battaglia legale: "La scuola non è adeguata a gestire una patologia come il diabete insulino dipendente – ha dichiarato il presidente della Federazione, Antonio Cabras -. Da diversi anni sosteniamo la necessità di un sistema di controllo che garantisca ai nostri ragazzi il diritto allo studio in totale sicurezza". Così il presidente della Federazione Diabete Giovanile.

Il giudice del Lavoro del Tribunale di Sciacca, Anna Guidone, ha dichiarato la illegittimità e ha annullato la sanzione disciplinare inferta al docente dal dirigente scolastico.

L'insegnante, che è stato assistito dall'avvocato Francesco Truglio, aveva chiesto l'accertamento della nullità della sanzione disciplinare impugnata. A distanza di due anni dai fatti c'è stato il pronunciamento del giudice del Lavoro del Tribunale di Sciacca, Anna Guidone, che ha accolto il ricorso dell'insegnante e annullato la sanzione disciplinare che era stata applicata allo stesso a seguito di questa vicenda. ■

Il Conferenza regionale delle Associazioni di Persone con Diabete in Sicilia

Il centro di eccellenza di diabetologia pediatrica del Policlinico Universitario di Messina diretto dal prof. Filippo De Luca e coordinato dal prof. Fortunato Lombardo in collaborazione con l'A.G.D. (Associazione per l'aiuto ai Giovani Diabetici) sez. Messina presieduta da Armando Maggiari sono stati i protagonisti dell'interessante momento di incontro, scambio di idee e confronto che ha registrato la presenza di Autorità Politiche , delle Istituzioni, dell'associazionismo volontario, delle società scientifiche e di persone con diabete svoltosi nell'incantevole location della Villa Zito,a Palermo e promosso dalla Federazione Diabete Sicilia presieduta da Michele Girone.

Nella sessione inaugurale dopo la proiezione di un cortometraggio realizzato tra gli altri, dall'attrice Ambra Angiolini, dai contenuti volti a porre l'attenzione sui casi di ipoglicemia con cui una persona con diabete, talora, deve fare i conti, per sottolineare la necessità di rinvenire strumenti atti a sanare possibili complicanze della malattia diabetica, è intervenuto l'Assessore Regionale alla Salute On.le Baldassarre Gucciardi che ha ribadito l'impegno della Regione nell'adozione di nuove tecnologie come il lettore FreeSyle libre capace di garantire un sistema ideale di monitoraggio della glicemia senza punture, né dolore, né ingombro.

Incisivo il contributo del Presidente della Federazione Diabete Sicilia Michele Girone che ha ribadito come l'intento della conferenza è la condivisione di esperienze volte a favorire una migliore sinergia tra i territori facendo emergere i bisogni della Persona con Diabete al fine di potere meglio essere espressi ed affrontati.

Presenti all'evento i Presidenti delle diverse Società Scientifiche che si occupano di diabete come AMD (dott.ssa Antonella Costa); ANSID (dott.ssa Luana Romeo); OSDI (dott.ssa Maria Pia Tripo); SID (Prof. ssa Carla Giordano); SIEDP (dott.ssa Francesca Cardella); SIMDO (dott. Raffaele Schembari); SIMG (dott. Luigi Spicola) che hanno sottolineato la necessità di fare rete affinchè ogni associazione ed ogni società scientifica non sia una isola, ma si rapporti con le altre lavorando congiuntamente per fornire una risposta ai bisogni dei cittadini.

Ha attirato particolare attenzione l'intervento in collegamento video streaming da Miami del professore di Chirurgia e Medicina della Divisione Trapianti cellulari presso Università della Florida, Camillo Ricordi Direttore del Diabetes Research Institute che ha tracciato i passi della ricerca sul Diabete ricordando, tra gli altri, il primo caso in Europa di trapianto di cellule pancreatiche con il nuovo pancreas biotech avvenuto all'ospedale Niguarda di Milano.

Ridurre le disuguaglianze e le diversità di trattamento dei pazienti con diabete uguali ma residenti in realtà territoriali diverse, è stato oggetto di confronto tra i Presidenti delle Associazioni presenti all'incontro: FAND (Dott. Albino Bottazzo); FDG (Dott. Antonio Cabras); ANIAD (Dott. Marcello Grussu); AGD Italia (Dott. Gianni Lamenza); Diabete forum (Dott. Stefano Nervo).

La diabetologia italiana, è stato sostenuto, è tra le migliori ma occorre incentivare l'assistenza ospedaliera e territoriale per ridurre le diversità.Dinamica la tavola rotonda sul tema : "Dialogo tra Società Scientifiche e Associazioni di persone con diabete" moderata dall'avv. Silvana Paratore che ha affermato con tenacia e determinazione, come giungere a soluzioni non definite a priori ma costruite nel dialogo e nella reciprocità di intenti, che consentiranno di realizzare una armonia negli obiettivi da raggiungere volti alla promozione del diritto alla salute e di conseguenza al miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete.

Incisivo l'intervento del prof. Fortunato Lombardo rappresentante della Società di endocrinologia e diabetologia pediatrica e coordinatore del centro di eccellenza di diabetologia pediatrica del Policlinico Universitario di Messina che ha sostenuto come le tecnologie rendano meno perentorie e pessimistiche le risposte alla classica domanda se ci siano o meno novità per il miglioramento della cura e del controllo del diabete. Notevoli benefici derivano dall'utilizzo di tecnologie come i sensori glicemici, che intervengono in modo efficace sulla qualità di vita del paziente e sulla prevenzione delle complicanze.

Sottolineata,tra gli altri, l'attività svolta dall'A.G.D. MESSINA presieduta da Armando Maggiari, Vicepresidente di F.D.S., che nel suo intervento ha sostenuto l'impegno di A.G.D. Messina nel sostegno alle famiglie dei giovani diabetici attraverso la promozione di campagne di educazione sanitaria che rimarchino l'importanza di un corretto stile di vita nella cura e nella prevenzione del diabete. Importante il fine dell'A.G.D.Messina volto anche all'eliminazione di tabù e falsi miti che ancora oggi circolano sulla malattia diabetica che coinvolge più di 347 milioni di persone nel mondo.

Affrontato anche il tema della transizione della persona da un centro di diabetologia pediatrica ad una struttura dell'adulto con Vincenzo Provenzano Presidente della Società italiana metabolismo, diabete e obesità che ha anche posto l'accento sugli adolescenti con problemi di peso a cui va prestata sempre più attenzione considerando il tempo una variabile principale per intervenire tempestivamente.

Sul ruolo dei Medici di medicina generale è intervenuto il dott. Luigi Spicola Presidente della SIMG e cure primarie Sezione Sicilia che ha illustrato quale debba essere il ruolo dei medici nella prevenzione e nella corretta diagnosi sul diabete.

A concludere la tavola rotonda Francesco Sammarco, Pres. Ass di volontariato Vincenzo Castelli di Palermo e Maria Pia Tripo infermiera diabetologia presso il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo e presidente OSDI che ha sostenuto l'importanza del supporto al paziente che rappresenta il primo protagonista della gestione della malattia.

I lavori sono proseguiti il giorno dopo, coordinati dal segretario F.D.S. Giacomo Trapani che ha dichiarato come si stia percorrendo una strada fatta di alleanze affinchè le conoscenze e le competenze di tutti sia di aiuto per determinare i diritti e l'eguaglianza socio sanitaria.

Dopo i saluti dell' On. Davide Faraone, Sottosegretario di Stato del Ministero della Salute sono intervenuti i prof.ri Carla Giordano, Francesca Cardella e diversi pazienti che hanno raccontato le loro esperienze ed il loro convivere quotidiano con la malattia. La conferenza si è conclusa con l'assemblea delle Associazioni F.D.S. impegnata a costruire una rete di rapporti con le Istituzioni ponendosi come principale interlocutrice di tutti i soggetti sociali, sanitari e politici .

GRAZIE AD UNA NUOVA MOLECOLA NE BASTERÀ UNA AL MESE

ADDIO ALLE INIEZIONI QUOTIDIANE DI INSULINA

di R.Z.

UN team di ricercatori della Duke University ha individuato un innovativo trattamento che consente ai soggetti affetti da diabete di tipo 2 di gestire i livelli di glucosio con una singola iniezione di insulina al mese. Lo studio, i cui risultati sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica Nature Biomedical Engineering, offrirebbe a milioni di persone un eccezionale controllo dei livelli di zucchero nel sangue. La sperimentazione, avviata da qualche tempo su topi e scimmie, sta dando risultati inaspettati. Gli scienziati sono partiti dai più moderni farmaci oggi sul mercato, nello specifico quelli che contengono una molecola chiamata GLP-1 (glucagone-like peptide-1). Questa, capace di stimolare la produzione di insulina in caso di necessità, risulta affetta da un handicap: la GLP-1 ha una emivita estremamente breve, il che la rende non idonea al trattamento di condizioni che richiedono invece trattamenti a lungo termine.

UNA NUOVA MOLECOLA MIGLIORA LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA

I ricercatori sono riusciti ad estendere questa capacità combinando GLP-1 con altre molecole, ma il risultato non si è dimostrato pienamente soddisfacente. L'equipe della Duke University ha ora individuato una molecola biopolimero che, unita alla GLP-1, offre un costante controllo dei livelli di glucosio per periodi di tempo che oscillano tra i 10 e i 17 giorni. La molecola, che si presenta come un liquido a temperature più fredde, ma che si addensa diventando gelatinosa all'interno del corpo umano, si è dimostrata estremamente funzionale nella sperimentazione sui topi e sulle scimmie *rhesus*.

SARÀ SUFFICIENTE UNA INIEZIONE DI INSULINA OGNI 30 GIORNI

La soluzione, dopo una sola iniezione, ha permesso ai roditori di mantenere sotto controllo i livelli di glucosio per 10 giorni. Nei primati, il cui metabolismo risulta esser più lento, gli effetti sono durati fino a 17 giorni. Il nuovo medicinale, hanno evidenziato i ricercatori, è migliore di qualsiasi altro farmaco oggi disponibile per il diabete di tipo 2. Secondo il team di scienziati, poiché il metabolismo umano è ancora più lento rispetto a quello delle scimmie, il trattamento potrebbe garantire una copertura di un mese, il tutto sempre con una sola iniezione.

IL TRATTAMENTO POTRÀ MIGLIORARE LA VITA DI MILIONI DI PERSONE

"I dati preclinici presentano prove convincenti che questo nuovo trattamento richiederebbe non più di due iniezioni al mese per gli esseri umani", evidenziano i ricercatori. Il nuovo approccio, che "intrappola" GLP-1 nella sostanza gelatinosa, potrebbe essere applicato anche ad altri tipi di farmaci che richiedono trattamenti a lungo termine. L'equipe dell'università statunitense precisa che la sperimentazione richiederà ancora del tempo, soprattutto perché i farmaci GLP1-based non sono considerati un trattamento di "prima linea", quanto scoperto sembra tuttavia segnare un passo importante verso una migliore gestione della patologia. ■

CONTEGGIO CARBOIDRATI, UN METODO PER CONTROLLARE LA GLICEMIA UTILE E PRATICABILE

LA maggior parte dei diabetici riferisce di usare al meglio il conteggio dei carboidrati (CC), trova il conteggio dei carboidrati importante nella gestione del diabete e non trova difficoltà particolari nell'utilizzarlo. Ecco le principali conclusioni di uno studio pubblicato su DiabetesResearch and ClinicalPractice, prima autrice Andréanne Fortin del Dipartimento di nutrizione all'Università di Montreal in Canada. «Il trattamento del diabete mira a un controllo ottimale del glucosio per ridurre il rischio di complicanze micro o macrovascolari e la variabilità glicemica postprandiale è determinante nel controllo glicemico complessivo» esordisce la ricercatrice, spiegando che il conteggio dei carboidrati prevede che i pazienti regolino la dose di insulina in base alla quantità di carboidrati ingeriti durante il pasto o lo spuntino. Tuttavia, l'uso del conteggio dei carboidrati, che implica l'identificazione degli alimenti contenenti carboidrati, la stima delle dimensioni delle porzioni e la lettura delle etichette nutrizionali dei prodotti confezionati, può essere un compito impegnativo per i pazienti. Per verificare quest'ipotesi gli autori hanno intervistato in rete con un questionario di 30 domande 180 pazienti con diabete di tipo 1 che utilizzavano il conteggio dei carboidrati come parte del loro piano di trattamento. I partecipanti erano prevalentemente donne (64%), di età media 42 anni e avevano il diabete in media da 22 anni. «Il 78% degli intervistati ha riferito di sentirsi sicuro nell'uso del conteggio dei carboidrati e il 91% di essi lo considera importante per il controllo glicemico. Viceversa, solo il 17% lo trova di difficile applicazione» scrivono i ricercatori, sottolineando tuttavia che, nonostante il favorevole utilizzo, il 57% dei partecipanti spera in nuove tecnologie che possano facilitare il conteggio dei carboidrati stesso. I pazienti che trovano più difficoltà ad eseguirlo sono risutati i soggetti con basso livello di istruzione o con storia di depressione pregressa o attuale. «Servono studi futuri per esaminare le attuali barriere all'impiego di nuove strategie educative finalizzate a migliorare la precisione del controllo del glucosio soprattutto in queste categorie di pazienti» conclude Fortin. ■

2° RAPPORTO GIMBE: SERVIZIO SANITARIO IN PROGNOSI RISERVATA

ENTRO IL 2025 SAREMO ORFANI DELLA SANITÀ PUBBLICA?

Fondazione GIMBE

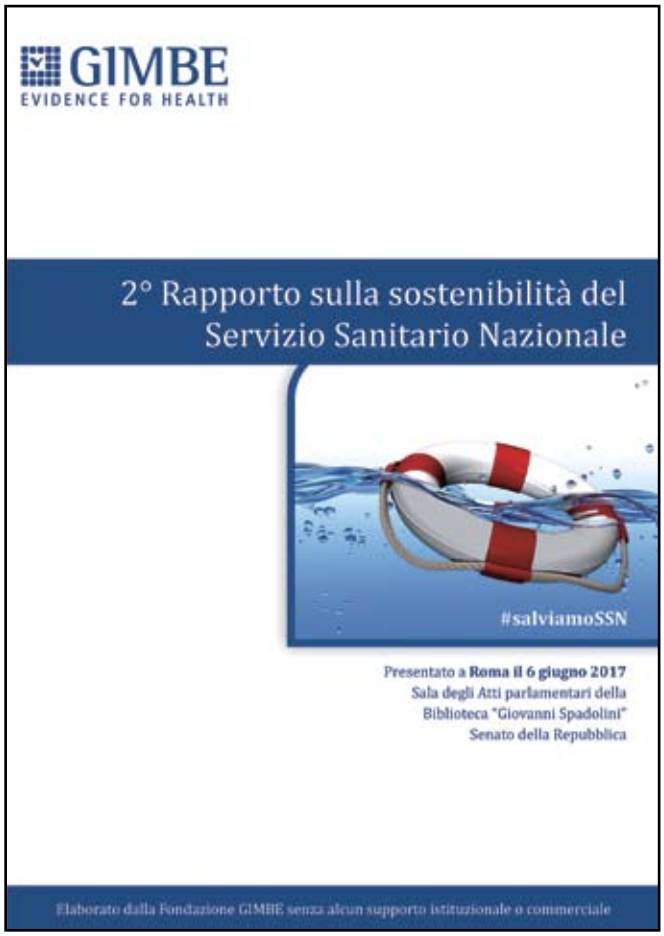
ANCHE SE NON ESISTE UN DISEGNO OCCULTO DI SMANTELLAMENTO E PRIVATIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, CONTINUA A MANCARE UN PROGRAMMA POLITICO DI MEDIO-LUNGO TERMINE PER SALVAGUARDARLO. LA FONDAZIONE GIMBE HA ELABORATO UN DETTAGLIATO "PIANO DI SALVATAGGIO" CHE, OLTRE AL NECESSARIO MA POCO PROBABILE RILANCIO DEL FINANZIAMENTO PUBBLICO, PREVEDE UNA RIDEFINIZIONE DEL PERIMETRO DEI LEA, UN PIANO NAZIONALE DI DISINVESTIMENTO DAGLI SPRECHI E UNA RIFORMA DELLA SANITÀ INTEGRATIVA.

Il 6 giugno la Fondazione GIMBE ha presentato alle Istituzioni presso la Biblioteca del Senato "Giovanni Spadolini" il 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): «La Fondazione GIMBE – esordisce il Presidente Nino Cartabellotta – ribadisce quanto già affermato con la pubblicazione del precedente Rapporto: non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continua a mancare un piano preciso di salvataggio, condizionato dalla limitata capacità della politica di guardare a medio-lungo termine. Nella consapevolezza che la sanità rappresenta sia un considerevole capitolo di spesa pubblica da ottimizzare, sia una leva di sviluppo economico da sostenere, il Rapporto valuta invece con una prospettiva decennale il tema della sostenibilità del SSN, ripartendo dal suo obiettivo primario: promuovere, mantenere e recuperare la salute delle persone».

Il Rapporto analizza in maniera dettagliata le quattro criticità che condizionano la sostenibilità del SSN, formulando specifiche proposte con il "Piano di salvataggio" del SSN:

Finanziamento pubblico. La spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno, sia considerando la percentuale del PIL, sia soprattutto la spesa pro-capite, inferiore alla media OCSE ($ 3.245 vs $ 3.976), che posiziona l'Italia prima tra i paesi poveri dell'Europa. «L'entità del definanziamento pubblico – precisa Cartabellotta – emerge in maniera ancora più evidente confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica nel 2009-2015, dove l'Italia si attesta ultima, con un misero +2,9% (rispetto al 20% della media OCSE), precedendo solo Spagna, Portogallo e Grecia, paesi in cui si è verificata addirittura una riduzione percentuale». Purtroppo, il Documento di Economia e Finanza (DEF) 2017 conferma che, se nel 2010-2015 la sanità si è fatta pesantemente carico della crisi economica del Paese, una eventuale ripresa del PIL nei prossimi anni non avrà un corrispondente impatto positivo sul finanziamento pubblico del SSN, perché il DEF 2017 ne ha ridotto in maniera rilevante la percentuale da destinare alla sanità.

Nuovi LEA. Il Rapporto esamina in maniera analitica le criticità applicative dei nuovi LEA, un "paniere" di prestazioni estremamente ricco, ma che deve fare i conti con il pesante definanziamento pubblico. «Il vero problema – puntualizza il Presidente – è che il DPCM sui nuovi LEA non rende esplicita né la metodologia per inserire le pre-



Segue a pagina 10

2° RAPPORTO GIMBE: SERVIZIO SANITARIO IN PROGNOSI RISERVATA

ENTRO IL 2025 SAREMO ORFANI DELLA SANITÀ PUBBLICA?

Segue da pagina 9

RAPPORTO GIMBE: IL "PIANO DI SALVATAGGIO" DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

➜ **Offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al SSN, mettendo fine alle annuali revisioni al ribasso rispetto alle previsioni e soprattutto con un graduale rilancio del finanziamento pubblico.**

➜ **Rimodulare i LEA sotto il segno del value, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value, destinando quelle dal basso value alla spesa privata e impedendo l'erogazione di prestazioni dal value negativo.**

➜ **Ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per spese sanitarie a fini IRPEF, tenendo conto anche del value delle prestazioni sanitarie.**

➜ **Attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa.**

➜ **Avviare un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi, al fine di disinvestire e riallocare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi.**

➜ **Mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni (health in all policies), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese, per evitare che domani la sanità paghi "con gli interessi" quello che oggi appare una grande conquista.**

stazioni nei LEA, né quella per "sfoltirli". In assenza di metodo si concretizzano situazioni paradossali, dove con il denaro pubblico vengono al tempo stesso rimborsate prestazioni futili o addirittura dal rapporto rischio-beneficio sfavorevole, mentre prestazioni indispensabili non vengono garantite».

Sanità integrativa. Dei quasi € 35 miliardi di spesa privata, l'88% in Italia è a carico dei cittadini, con una spesa pro-capite annua di oltre € 500. «Le varie forme di sanità integrativa – precisa Cartabellotta – "intermediano" infatti solo il 12,8% della spesa privata, collocando l'Italia agli ultimi posti dei paesi dell'OCSE. Peraltro, la frammentazione legislativa ha generato un paradosso inaccettabile: se i fondi sanitari integrativi non possono coprire prestazioni essenziali, molte di queste oggi vengono sostenute dalle assicurazioni private, che si stanno insinuando tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare silenziosamente, ma inesorabilmente, il modello di un SSN pubblico, equo e universalistico in un sistema misto».

Sprechi e inefficienze. Il Rapporto aggiorna le stime sull'impatto degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica 2016: € 22,51 miliardi erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza. «Quest'anno – aggiunge il Presidente – abbiamo elaborato "carte di identità" per ciascuna delle sei categorie e, sulla base delle iniziative rilevanti realizzate dall'Agenas e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, abbiamo sviluppato la tassonomia GIMBE di frodi e abusi in sanità, integrando fonti bibliografiche internazionali, casistiche giurisprudenziali, fatti e fenomeni nazionali». Agnès Couffinhal – senior economist dell'OCSE – ha confermato le stime GIMBE sugli sprechi, presentando per la prima volta in Italia il report Tackling Wasteful Spending on Health: «Le evidenze sugli sprechi nei sistemi sanitari – ha precisato la curatrice del report – sono inequivocabili: non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Considerato che circa 1/5 della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone, tutti gli stakeholder sono chiamati a collaborare per tagliare gli sprechi con precisione chirurgica»

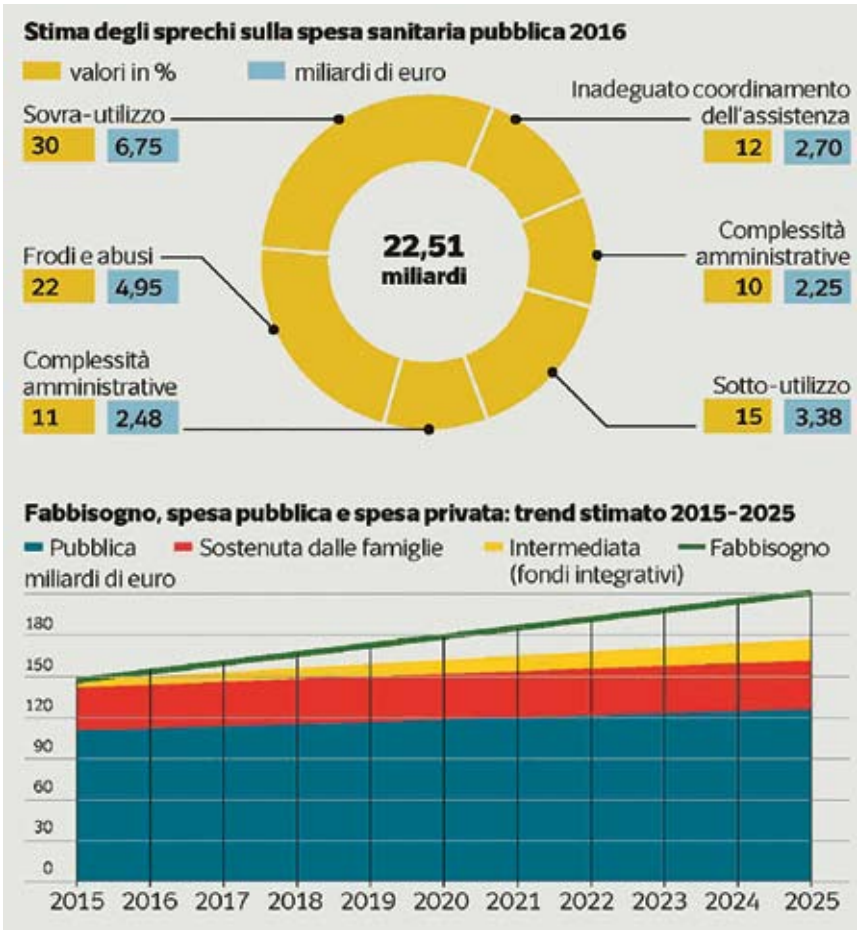
«Secondo le nostre stime, che restano estremamente conservative – conclude Cartabellotta – nel 2025 il fabbisogno del SSN sarà di € 210 miliardi, cifra che può essere raggiunta solo con l'apporto costante di tre "cunei di stabilizzazione": piano nazionale di disinvestimento da sprechi e inefficienze, incremento della quota intermediata della spesa privata e, ovviamente, adeguata ripresa del finanziamento pubblico. In assenza di un programma di tale portata, la lenta trasformazione verso un sistema sanitario misto sarà inesorabile, consegnando definitivamente alla storia il nostro tanto invidiato sistema di welfare. Ma, se anche questa sarà la strada, la politica non potrà esimersi dal giocare un ruolo attivo, avviando una rigorosa governance della delicata fase di transizione con il fine di proteggere le fasce più deboli e di ridurre al minimo le diseguaglianze».

La versione integrale del Rapporto GIMBE è disponibile per la consultazione pubblica all'indirizzo web: www.rapportogimbe.it. ■

SANITÀ: 22,5 MILIARDI DI SPRECHI

Nella sanità pubblica ogni 10 euro spesi se ne potrebbero risparmiare 2, per un totale di 22 miliardi e mezzo su una spesa annua 2016 che è stata di 112, 5 miliardi. Si potrebbe intervenire su sei capitoli, dal taglio delle prestazioni inutili alla lotta alle frodi, dall'estensione dei costi standard negli acquisti a una organizzazione efficiente della prevenzione. La contabilità degli sprechi è contenuta nel 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale, presentato qualche giorno fa al Senato ■

Tratto da *Corriere della Sera,* 12 giugno 2017



SPAGNA: ISTITUITA IN ANDALUSIA LA FIGURA DELL'INFERMIERE SCOLASTICO

Il via libera è arrivato dalla Commissione del Parlamento Andaluso. La figura professionale, introdotta nelle scuole andaluse nel prossimo anno scolastico 2017/18, sarà protagonista e responsabile dell'Educazione sanitaria che va dalle corrette abitudini alimentari ad una sana pratica sportiva, dal rifiuto di sostanze stupefacenti e alcol alla pratica del sesso non protetto.

La figura dell'infermiere scolastico, master universitario conseguibile dopo la laurea quadriennale, sarà inserito a pieno titolo nell'organico scolastico in Andalusia.

A dare il semaforo verde all'introduzione di questa figura professionale nelle scuole spagnole dell'Andalusia nel prossimo anno scolastico 2017/18 è stata la Commissione del Parlamento Andaluso all'istituzione dell'Infermiere scolastico.

"L'infermiere è essenziale, se vogliamo affrontare il mondo giovanile in maniera globale – ha detto la deputata Marta Escrivà – con gli infermieri possiamo portare avanti un progetto globale di salute, dal monitoraggio dei bambini ad una campagna di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini". E l'infermiere non servirà a "mettere un cerotto" ha precisato Escrivà: "Se si pensa a come l'Andalusia sia la comunità con più gravidanze nell'età adolescenziale, che 1 bambino su 4 è obeso e che 7 bambini su 10 consumano alcool dopo i 14 anni, comprendiamo la funzione fondamentale dell'infermiere".

Il progetto vede l'infermiere scolastico protagonista e responsabile dell'Educazione sanitaria che va dalle corrette abitudini alimentari ad una sana pratica sportiva, al rifiuto dell'abuso di sostanze stupefacenti, alcol ed alla pratica del sesso non protetto. Ma non solo, questa figura sarà un punto di riferimento per la gestione delle malattie croniche dei bambini riducendo anche l'assenteismo dovuto alla somministrazione delle terapie. ■

Io me la faccio con il twist!
...l'insulina! E tu?

NovoTwist®
Proprio niente male.

L'ago NovoTwist® è compatibile solo con la penna specifica per insulina della Novo Nordisk

L'ago NovoTwist®
è un prodotto Novo Nordisk

È un dispositivo medico CE

Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso

Autorizzazione del 15-06-2010

www.novotwist.it

changing diabetes®

novo nordisk®

Changing Diabetes® è un marchio registrato della Novo Nordisk A/S