

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 2 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

ULTIM'ORA

Timbrava alla Asl e andava a lavorare nello studio della moglie: ortopedico arrestato a Sassari Il medico risultava presente in ospedale, ma andava a lavorare in un centro di medicina sportiva privato. **Deve rispondere di truffa, falso, peculato e abuso d'ufficio**

Il Nas di Sassari, nelle prime ore della mattinata, ha posto agli arresti domiciliari un dirigente medico ortopedico in servizio presso la Asl n. 1 di Sassari per truffa aggravata in danno del Ssn, falso, abuso d'ufficio e peculato. La misura restrittiva giunge a conclusione di complessa e prolungata attività investigativa, coordinata dalla Procura di Sassari, iniziata nella primavera del 2013 e protrattasi per oltre un anno, che ha portato i carabinieri del Nas ad accertare che il medico arbitrariamente svolgeva attività professionale di carattere privato all'interno di un centro di medicina sportiva e fisioterapia gestito dalla moglie e che registrava la propria presenza presso Asl, a cui era legato da un rapporto di esclusività, malgrado si recasse invece nell'ambulatorio della consorte. Il sanitario, inoltre, utilizzava le apparecchiature della Asl per le visite private e, in un'occasione, i carabinieri hanno accertato che si era appropriato della somma corrispondente al pagamento di una visita medica che doveva essere versata alla Asl. A conclusione dell'indagine sono stati denunciati anche il direttore sanitario dell'ambulatorio e come responsabile legale, la moglie. Il centro di medicina sportiva e fisioterapia è stato sequestrato.

REGIONE Ganau: «Priorità alla riforma delle Asl» Da domani in commissione i provvedimenti per cambiare la

sanità. Le aziende potrebbero essere commissariate

L'autunno della politica sarà tutto incentrato sulle riforme, su tutte quella della Regione e della sanità. Lo ha ribadito ieri il presidente del Consiglio regionale, Gianfranco Ganau. A partire da domani riprende il lavoro delle commissioni alle quali Ganau ha chiesto un elenco di priorità dei lavori: «Le questioni più urgenti», ha affermato il presidente dell'assemblea sarda, «sono la riforma della Regione e quella sanitaria». L'obiettivo è quello di accelerare i tempi e aumentare la produttività, ora che è finito il «rodaggio» di un'assemblea che è stata rinnovata in grandissima parte e per questo ha pagato uno scotto iniziale. Prima di arrivare a occuparsi della ineluttabile riforma della Regione, sulla quale per ora c'è stata una legge della giunta Pigliaru, propedeutica alla stessa riforma, il Consiglio dovrà occuparsi della Sanità: è questa la riforma numero uno almeno in ordine di tempo. Saranno state fugate tutte le polemiche estive sulla riorganizzazione delle Asl e l'istituzione dell'Azienda regionale per il pronto soccorso? In apparenza l'accordo ci sarebbe, (l'Areu dovrebbe poter nascere), ma la riorganizzazione della Asl è materia scottante per qualsiasi governo; quindi si preannuncia battaglia. In commissione Sanità - era l'inizio dell'estate - le cose erano andate in moto tumultuoso: l'accordo sull'Azienda per il pronto soccorso non era stato trovato e il presidente della commissione, Raimondo Perra, aveva dovuto sospendere i lavori anche perché i Riformatori avevano presentato un paio di centinaia di emendamenti. Resta da risolvere il nodo commissariamenti: la riforma doveva essere varata entro l'inizio di agosto, poi per le divisioni nella maggioranza di centrosinistra, tutto è slittato. Lo slittamento dei tempi farebbe pensare all'imminenza dei commissariamenti. Le posizioni sono sfumate. L'assessore alla Sanità, Luigi Arru, in un convegno cui ha preso parte anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha detto: «Se fosse dipeso da me, i direttori generali delle Asl, di fronte a un cambio di giunta, si sarebbero presentati dimissionari. E questo al di là del giudizio perché alcuni sono bravi». La riforma sanitaria sarà al centro della riunione di domani della Commissione Sanità, la quale ha all'Ordine del giorno, oltre l'esame della proposta di legge di riforma dei servizi sanitari extraospedalieri, altri quattro testi che riguardano, tra l'altro, l'Istituto zooprofilattico di Sassari, (il cuore della lotta alle emergenze come la peste suina), e il Fondo per la non autosufficienza. Sempre per domani è stata convocata dal presidente Luigi Lotto la commissione Attività produttive che ascolterà i rappresentanti del Consorzio produttori suino razza sarda sui problema della peste suina africana, quelli delle Produzioni intensive, sulla programmazione 2014-2020, e i soggetti interessati alla filiera del sughero del Progetto sughero Green Forest. I lavori proseguiranno con le necessarie modifiche delle modalità attuative della legge 40 del 1993 e della proposta sul funzionamento dei Consorzi industriali.

OLBIA S. Raffaele, i piani del colosso Usa La General Electric parteciperà al rilancio dell'ospedale acquisito dal Qatar

Dopo le deroghe per il San Raffaele, inserite nel decreto Sblocca Italia, la Regione ha

firmato il documento che è stato trasmesso a Doha. Dal Qatar non c'è stata ancora la controfirma che, comunque, è data per scontata e arriverà tra oggi e domani. Intanto la divisione medica del colosso Usa General Electric parteciperà con tecnologia e know how al rilancio della struttura dell'ex ospedale San Raffaele di Olbia da parte della Qatar Foundation Endowment. I particolari sono stati pubblicati ieri dal quotidiano di Doha, «Qatar Tribune», in un'intervista all'amministratore delegato di Ge Healthcare per Medio Oriente e Pakistan, Maher Abouzeid. «General Electric sta studiando le modalità con le quali sostenere al meglio la visione e gli obiettivi del nuovo ospedale - ha dichiarato Abouzeid al giornale qatarino - Possiamo mettere in campo tutta l'ampia gamma di soluzioni a disposizione di GE Healthcare, comprese soluzioni tecnologiche di livello mondiale, il supporto nella pianificazione e progettazione della struttura e l'inserimento della stessa nel nostro network globale di partner e ricercatori che lavorano a progetti di comune interesse». Abouzeid condivide l'obiettivo della Qatar Foundation per l'ospedale di Olbia, «creare un centro altamente specializzato per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei pazienti e un centro di ricerca che collabori con le università sarde, le istituzioni di ricerca e analoghi centri scientifici italiani e stranieri».

GALLURA Guardie turistiche, il bilancio è ok Quella di Porto Rotondo è stata già chiusa, le altre proseguono sino a lunedì

Dopo due mesi di attività, ieri mattina ha chiuso i battenti la guardia turistica di Porto Rotondo che aveva iniziato il servizio lo scorso primo luglio: il servizio verrà garantito nelle altre località coperte dalle guardie turistiche sino alle 8 di lunedì prossimo, 8 settembre. Al termine dell'estate il bilancio del servizio è positivo. Anche quest'anno la Asl di Olbia, guidata dal direttore generale Giovanni Antonio Fadda, dal direttore amministrativo Gianfranco Casu e dal direttore sanitario Maria Serena Fenu, ha assicurato ai turisti del nord Sardegna una stagione più sicura: nell'estate 2014 i non residenti attraverso la guardia medica turistica hanno potuto contare sulla presenza di un medico 24 ore su 24. Budoni, Cannigione, Golfo Aranci, La Maddalena, Olbia, Palau, Porto Cervo, Porto Rotondo, Porto San Paolo, San Teodoro, Santa Teresa di Gallura, per il distretto di Olbia, e Aglientu, Badesi, Trinità d'Agultu, per quello di Tempio Pausania: questi i centri galluresi in cui si è svolta l'attività della guardia medica turistica che ha garantito ai turisti in vacanza e ai non residenti un pronto intervento sanitario anche in caso di patologie che rivestivano carattere d'urgenza.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Riforme. Cimo: “ I medici devono entrare in campo nella partita della Sanità”.

Il Ddl di riforma del titolo V restituisce centralità allo Stato e rende il Patto per la Salute e gli standard ospedalieri strumenti indispensabili per le riforme. Cimo rivendica un ruolo da protagonista nella partita cruciale da giocare per valorizzare le risorse umane e combattere il precariato.

E' tempo di entrare in campo e di giocare da protagonisti nella partita delle riforme iniziata dal governo. Ne è convinto il sindacato dei medici, che, al rientro dalle ferie estive, non esita a chiarire la sua posizione nei confronti delle prossime importanti sfide per la professione.

A partire dalla scadenza del 31 ottobre, stabilita dall'art. 22 del nuovo Patto per la Salute, entro la quale un tavolo politico definirà un disegno di legge delega con principi e direttive sulla valorizzazione delle risorse umane per l'integrazione delle professioni sanitarie, per l'accesso al Ssn, per la disciplina della formazione di base e specialistica, per lo sviluppo di carriera e per l'introduzione di standard di personale di assistenza e per il precariato.

“Se si parla di Patto – spiega **Guido Quici**, vice presidente vicario Cimo – lo stesso non può limitarsi ad un accordo unilaterale tra ministero e Regioni ma deve coinvolgere chi rappresenta i cittadini e gli operatori sanitari. Questa è una partita importante che riguarda tutti ed in questo contesto Cimo, pur consapevole che molto spesso le partite si giocano a tavolino e che Stato e Regioni hanno il possesso di palla, non intende assistere dagli spalti ad accordi le cui ricadute coinvolgeranno nei prossimi anni i medici, sia in termini professionali sia organizzativi”. Per Quici, che ricorda il progetto già presentato da Cimo basato sul rilancio del principio della meritocrazia, “Occorre lavorare sia sullo sviluppo di una nuova carriera professionale sia sulle competenze avanzate delle professioni sanitarie”.

E se l'integrazione multidisciplinare tra le professioni “non può prescindere da una preliminare concertazione tra le parti interessate” per superare i conflitti, è necessario che il ministero “assicuri la crescita professionale di tutte le figure in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale attraverso il superamento del recente atto che demanda ad accordi tra Regioni ed università il destino giuridico delle singole professioni”.

Non manca un riferimento al precariato: “Vorremmo – chiarisce Quici – che gli sforzi del governo Renzi nel risolvere la questione dei precari della scuola, fossero estesi anche alla sanità e, in particolare, ai circa 10mila che da anni sono in attesa di un'occupazione stabile”.

Passando attraverso “l'applicazione corretta degli standard ospedalieri” che “deve scongiurare quanto accade oggi in molte regioni dove il risparmio sulla spesa del personale determina processi organizzativi tali da costringere i medici a lavorare su più presidi”, Quici arriva alla riforma Madia, con la quale il governo è stato delegato ad adottare decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica entro un anno.

“Tra gli indirizzi emanati – spiega – le aziende sanitarie sono incluse nelle amministrazioni territoriali e la dirigenza medica e tecnica del Ssn è esclusa dal ruolo unico. Per ovvi motivi le implicazioni di natura contrattuale saranno numerose ad iniziare dal contratto quadro della dirigenza che imporrà un' urgente definizione delle nuove aree, proprio alla luce della prevista riduzione delle stesse”.

Nonostante i tempi lunghi previsti, dunque, “occorre aprire, al più presto, il tavolo negoziale per porre le basi di un nuovo contratto di lavoro che tenga conto delle riforme in atto e che sia più dignitoso per la categoria”.

E-cigarettes. Ricciardi (ISS): “Non sono innocue, necessario il rigore dell’OMS”

Così in una nota Walter Ricciardi commenta la posizione dell’Oncologo Umberto Veronesi, che difende l’uso delle sigarette elettroniche, in quanto “meno rischiose delle sigarette tradizionali”. Il commissario straordinario dell’Iss rimarca la scarsità di prove scientifiche del fatto che le e-cig aiutino a smettere di fumare e la presenza di sostanze tossiche. In un recente Report l’OMS mette in luce i potenziali rischi di questi dispositivi

“Le evidenze scientifiche che le e-cig facciano smettere di fumare sono ancora limitatissime”, ha affermato in una nota stampa di ieri **Walter Ricciardi**, Commissario straordinario dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS); inoltre “vi è già una buona evidenza scientifica (proveniente anche dagli studi del nostro Istituto Superiore di Sanità) che le e-cig rilascino nell’ambiente emissioni di diverse sostanze tossiche”, prosegue Ricciardi, tra cui “particelle ultrasottili, glicol propilene, nitrosamine tabacco-specifiche, nicotina, composti organici volatili (VOC), carcinogeni e tossine, incluso benzene, piombo, nickel ed altri”.

In tal senso, secondo Ricciardi, “l’indicazione dell’OMS ad evitare l’uso delle e-cig negli spazi chiusi e nei luoghi pubblici è finalizzata proprio a prevenire un’esposizione significativa a queste sostanze”. Dunque, l’ISS “supporta l’approccio rigoroso dell’Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di sigarette elettroniche”, evidenziando i potenziali rischi legati all’uso delle e-cigarettes e la necessità di una rigorosa regolamentazione basata sull’evidenza scientifica. Inoltre, in base ai dati dell’Istituto, “il 25% degli utilizzatori di sigarette elettroniche non ha modificato le sue abitudini (quindi ha incrementato il consumo di nicotina) e il 12% ha iniziato a fumare (prima non era fumatore)”.

In particolare, nella nota, il Professor Ricciardi fa riferimento, fornendo una replica, alla posizione di **Umberto Veronesi**: quest’ultimo, in un suo [articolo](#) di sabato 30 agosto su *La Repubblica.it*, difende l’utilizzo delle e-cigarettes, illustrando che sono meno rischiose delle sigarette tradizionali. Umberto Veronesi, insieme a Riccardo Polosa, Umberto Tirelli ed altri 50 scienziati, è firmatario di una [nota](#) rivolta all’OMS per ricordare che parificare le e-cig alle sigarette convenzionali rischia di inviare un messaggio erroneo ai fumatori.

Su *La Repubblica.it*, Veronesi afferma che “se per ipotesi tutti i fumatori di sigarette tradizionali passassero alla sigaretta senza tabacco si otterrebbe a breve una riduzione drastica del cancro polmonare, che nel tempo diventerebbe una malattia rara”; inoltre rifacendosi ad un editoriale su *Nature* di Daniel Sarewitz (Direttore del Consortium for Science, Policy and Outcomes dell’Arizona State University), l’Oncologo sottolinea che “c’è una sproporzione enorme tra un’ipotesi di rischio collaterale e la

certezza di provocare un cancro del polmone”.

Altra dichiarazione di Veronesi riguarda il fatto che “la sigaretta elettronica è invisa alle multinazionali del tabacco e ai produttori”, punto su cui non concorda Walter Ricciardi, secondo il quale “emerge invece con sempre maggiore evidenza che queste (le multinazionali) stiano aggiungendo le e-cig ai prodotti da esse commercializzati o, addirittura, che stiano cercando di acquisire imprese produttrici di e-cig”.

Il Report dell’OMS

L’Oms ha redatto un report, ‘Electronic nicotine delivery systems’ (ENDS), che verrà discusso durante la Conferenza delle Parti (COP) al Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), appuntamento che si terrà dal 13 al 18 ottobre a Mosca.

Tra le conclusioni del report, emerge che le attuali prove scientifiche sono insufficienti a concludere se le e-cigarettes aiutino gli utenti a smettere di fumare o meno, sottolineando che per farlo i fumatori dovrebbero essere incoraggiati in primo luogo ad utilizzare i trattamenti già approvati.

Inoltre, il report afferma che le prove esistenti dimostrano che l’aerosol di e-cig non è solo “vapore acqueo”, come viene spesso affermato nella commercializzazione di questi prodotti. Se da un lato le e-cig sembrano meno tossiche delle sigarette tradizionali, il loro uso individua una minaccia per gli adolescenti e per il feto di madri incinte.

Utilizzo che aumenta anche l’esposizione dei non fumatori e dei ‘fumatori passivi’ ad un certo numero di sostanze tossiche, secondo il rapporto.

Il report dell’Oms sottolinea come le e-cigarettes e altri dispositivi analoghi vengano spesso commercializzati dai produttori come un aiuto per smettere di fumare oppure un’alternativa più salutare del tabacco, e richiedano dunque una regolamentazione a livello globale nell’interesse della salute pubblica.

In tal senso, il report afferma che è necessario impedire la promozione delle e-cigarettes tra i non fumatori e i più giovani, ridurre al minimo i potenziali rischi per la salute sia per chi utilizza che per chi non utilizza le e-cigarettes, proibire le indicazioni collegate alla salute non dimostrate e proteggere gli sforzi di controllo del tabacco esistenti da interessi commerciali e da altri interessi dell’industria del tabacco.

Epatite C cronica. La Commissione europea approva daclatasvir di Bristol-Myers Squibb in molteplici genotipi

Daclatasvir, quando usato in associazione con sofosbuvir, è un regime tutto orale, da assumere una volta al giorno, che raggiunge percentuali di guarigione fino al 100%. Offre potenzialmente la cura per un’ampia popolazione di pazienti, inclusi quelli con malattia epatica avanzata, quelli da infezione con genotipo 3 e pazienti falliti con un inibitore della proteasi.

Bristol-Myers Squibb ha annunciato che la Commissione europea ha approvato daclatasvir, un potente inibitore pan-genotipico del complesso di replicazione NS5A (in vitro), per l’uso in associazione con altri medicinali nei genotipi 1, 2, 3 e 4 per il

trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) in pazienti adulti. Daclatasvir in associazione con sofosbuvir è un regime tutto orale senza interferone che ha fornito percentuali di guarigione fino al 100% negli studi clinici, inclusi pazienti con malattia epatica avanzata, con genotipo 3 e coloro che hanno precedentemente fallito il trattamento con inibitori della proteasi.

Daclatasvir è il primo inibitore del complesso di replicazione NS5A approvato nell'Unione europea e sarà disponibile per l'uso in associazione con altri medicinali, consentendo una durata del trattamento più breve (12 o 24 settimane) rispetto alle 48 settimane del trattamento con regimi a base di interferone e ribavirina.

L'approvazione consente la commercializzazione di daclatasvir in tutti i 28 Stati membri della UE e fa seguito alla valutazione accelerata da parte del Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP), un iter riconosciuto per nuovi medicinali di maggiore interesse per la salute dei cittadini.

“L'HCV è un virus difficile da vincere e richiede molteplici modalità di attacco. Con l'approvazione di daclatasvir, abbiamo una nuova classe di farmaci che agisce sul virus in due modi – inibendo sia la replicazione che l'assemblaggio virale – e, quando combinata con altri farmaci, spesso porta a guarigione persino i pazienti più difficili da trattare”, ha affermato **Michael P. Manns**, MD, Professore e Chairman, presso il Dipartimento di Gastroenterologia, Epatologia ed Endocrinologia all'Hannover Medical School.

Fra i nove milioni di persone con HCV stimati in UE, il genotipo 1 è il più comune, anche se la sua distribuzione varia nel continente. Il peso della malattia epatica e delle altre morbilità legate all'infezione da HCV è significativo in Europa, dove all'HCV è riconducibile il 63% dei trapianti di fegato fra i pazienti con malattia epatica correlata al virus. I pazienti con importanti bisogni clinici non soddisfatti includono quelli con malattia epatica avanzata, fallimento di un inibitore della proteasi, genotipo 3, coinfezione da HIV e coloro che si sono sottoposti a trapianto di fegato.

“L'eradicazione dell'HCV è vicina e l'approvazione di daclatasvir in associazione con altri farmaci fornirà un'importante opzione per raggiungere la guarigione in molti genotipi di HCV e tipi di pazienti fra coloro che in Europa si trovano in un gravissimo bisogno di nuove scelte terapeutiche - ha detto **Emmanuel Blin**, Head of Worldwide Commercialization, Bristol-Myers Squibb -. Siamo orgogliosi di aver scoperto, sviluppato e ora commercializzato questo inibitore del complesso di replicazione NS5A, primo nella sua classe. Prosegue la nostra collaborazione con le autorità sanitarie europee per assicurare quanto prima la disponibilità dei regimi basati su daclatasvir”.

L'approvazione di daclatasvir è supportata dai dati di molteplici studi, compreso uno “in aperto” (open-label) randomizzato in associazione con sofosbuvir nei genotipi 1, 2 e 3, inclusi pazienti che non hanno risposto a una precedente terapia con telaprevir o boceprevir e pazienti con fibrosi. I risultati hanno mostrato che l'associazione di daclatasvir con sofosbuvir ha consentito di raggiungere l'SVR12 (risposta virologica sostenuta 12 settimane dopo la fine del trattamento, guarigione “funzionale”) nel 99% dei pazienti con genotipo 1 non trattati prima, nel 100% dei pazienti con genotipo 1 che avevano fallito il trattamento con telaprevir o con boceprevir, nel 96% di quelli

con genotipo 2 e nell'89% di quelli con genotipo 3.

Inoltre, il regime ha evidenziato basse percentuali di interruzione (<1%) dovute a eventi avversi (AEs). Il tasso di eventi avversi gravi (SAEs) era basso (4.7%). Gli eventi avversi più comuni erano astenia, cefalea e nausea. Negli studi clinici, i regimi basati su daclatasvir sono stati generalmente ben tollerati con basse percentuali di interruzioni. Gli studi su daclatasvir, in corso e completati, hanno incluso più di 5.500 pazienti in una serie di regimi tutti orali e con l'attuale standard di cura a base di interferone.

La sicurezza di daclatasvir nel trattamento dell'epatite C è stata dimostrata in diverse popolazioni che includono pazienti anziani, con malattia epatica avanzata, sottoposti a trapianto del fegato e con coinfezione da HIV. Nessuna problematica riguardo alla sicurezza è stata identificata in pazienti trattati con daclatasvir negli studi clinici e nel programma di accesso precoce. Diversi di questi studi sono in corso.

Speciale ESC. Infarto: verso l'era dell'angioplastica 'allargata'

I risultati dello studio inglese CvLPRIT dimostrano che il trattamento dei pazienti infartuati, mediante angioplastica primaria, deve essere esteso a tutte le coronarie parzialmente ostruite e non solo all'arteria responsabile dell'infarto. Lo studio potrebbe portare a modificare le attuali linee guida di trattamento

Nel trattare un paziente infartuato, è bene essere 'generosi' e andare a riaprire non solo l'arteria 'colpevole' dell'infarto, ma anche tutte le altre che mostrano ostruzioni di grado significativo.

E' il 'consiglio' che scaturisce dallo studio CvLPRIT (*Complete versus Lesion only Primary-PCI Trial*), i cui risultati sono stati presentati a Barcellona in occasione del congresso dell'ESC. Lo studio secondo gli esperti avrebbe le potenzialità di modificare la pratica clinica attuale.

“Fino ad oggi – riflette l'autore dello studio **Anthony Gershlick**, *University Hospitals of Leicester NHS Trust (UK)* – avevamo solo dati conflittuali riguardo al trattamento ottimale dei pazienti infartuati nei quali, durante l'esecuzione di un'angioplastica primaria, vengano scoperte anche altre lesioni coronariche a carico di arterie non direttamente implicate nell'infarto (N-IRA). Le attuali linee guida delle società scientifiche di cardiologia (ESC, AHA/ACC) raccomandano il trattamento della sola arteria infartuata (IRA), ma i risultati del nostro studio dimostrano un beneficio maggiore nell'allargare il trattamento, adottando così una strategia di rivascolarizzazione completa. Questo dovrebbe suggerire fortemente di trattare tutte le lesioni, prima di dimettere il paziente”.

Lo studio CvLPRIT ha arruolato 296 pazienti infartuati, ricoverati presso sette centri inglesi, dotati di emodinamica. Prima della procedura, i pazienti sono stati randomizzati al trattamento della sola IRA o a quello allargato anche a tutte le N-IRA, con ostruzioni significative (nella stessa seduta o comunque prima della dimissione).

A distanza di un anno, i pazienti del gruppo 'rivascolarizzazione completa' presentavano *outcome* migliori di quelli sottoposti a trattamento della sola IRA; i

MACE (mortalità per tutte le cause, recidive infartuali, scompenso cardiaco e rivascolarizzazione da eventi ischemici) registrati a distanza di un anno sono stati il 10% nei pazienti del gruppo rivascolarizzazione ‘completa’, contro il 21,1% di quelli sottoposti al trattamento della sola IRA; queste differenze di risultati tra i due gruppi cominciarono ad emergere già a distanza di un mese dalla procedura.

I tempi dell’intervento erano ovviamente maggiori nel gruppo rivascolarizzazione completa (in media 190 minuti, contro i 41 minuti necessari per una semplice angioplastica primaria dell’IRA), ma nonostante ciò non sono state registrate complicanze in eccesso sul fronte ictus, sanguinamenti maggiori e nefropatia indotta da mezzo di contrasto.

I risultati del CvLPRIT sono in linea con quelli del PRAMI (*Preventive Angioplasty in Myocardial Infarction*), uno studio presentato lo scorso anno, che aveva suggerito una superiorità della rivascolarizzazione completa rispetto alla sola IRA ma che era stato criticato per il disegno. Adesso anche i risultati del PRAMI andranno rivalutati, alla luce di quelli del CvLPRIT.

Speciale ESC. Un’Odyssey di successo per il farmaco anti-colesterolo del futuro

Presentati al congresso dell’ESC a Barcellona i risultati ad interim di quattro trial con alirocumab, un PCSK9-inibitore. Il farmaco dimostra una significativa e duratura azione nel ridurre i livelli di LDL, con un ottimo profilo di safety. Sanofi e Regeneron, ad un passo dalla presentazione del dossier registrativo ad EMA ed FDA.

L’hanno chiamato un ‘illuminato’ esempio di medicina genomica e in effetti l’alirocumab ha bruciato tutte le tappe, se si considera che la sua storia è iniziata solo nel 2003 e che Sanofi e Regeneron (la piccola azienda biofarmaceutica americana che ha sviluppato inizialmente il farmaco) stanno scaldando già i motori per presentare la domanda di registrazione alle autorità regolatorie americana ed europea, tra fine 2014 e inizio del prossimo anno.

A poco più di dieci anni fa, risale la scoperta, in due famiglie francesi, di una mutazione nel gene PCSK9 che lo rendeva ‘super-attivo’, con il risultato che i soggetti portatori della mutazione presentavano elevati valori di LDL e rimanevano vittime di eventi cardiovascolari maggiori, in giovane età. Qualche anno dopo, negli Usa fu scoperta una mutazione ‘speculare’ a quella francese: in questo caso i soggetti portatori presentavano una scarsa attività del gene, che determinava bassissimi livelli di LDL circolanti e conferiva una protezione dagli eventi cardiovascolari. Era la prova provata che il prodotto di questo gene, la proteina PCSK9, fosse dunque uno dei responsabili delle fluttuazioni del colesterolo cattivo. La PCSK9 (*Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin type 9*) è una proteina enzimatica che, legandosi ai recettori per l’LDL presenti sugli epatociti, ne accelera la degradazione, impedendo così loro di rimuovere il colesterolo LDL circolante per metabolizzarlo all’interno dell’epatocita. Alirocumab è un anticorpo monoclonale che blocca l’azione della PCSK9, permettendo così ai recettori dell’LDL di svolgere la loro azione.

In quattro degli studi del programma Odyssey, dei quali sono stati presentati all'ESC i risultati di analisi *ad interim*, alirocumab è stato testato con successo non solo su pazienti con forme di ipercolesterolemia familiare (**Odyssey FH I e II**), ma anche nella popolazione generale (**Odyssey Combo II** e **Odyssey Long Term**).

“La produzione di PCSK9 – ricorda il professor **Claudio Borghi**, Ordinario di medicina all'Università di Bologna – è tra l'altro fortemente stimolata dalla riduzione del colesterolo LDL, indotta ad esempio dalle statine, per un meccanismo classico di contro-regolazione. Il nuovo anticorpo monoclonale, oltre a funzionare nelle forme di ipercolesterolemia familiare, ha un chiaro razionale come terapia di *add on* anche in associazione alle statine nelle forme non genetiche di ipercolesterolemia, andando a rimuovere questa ‘zavorra’ che limita il pieno effetto delle statine e contribuendo di suo a ridurre ulteriormente i livelli di LDL circolanti”.

“L'ipercolesterolemia familiare – ricorda **Alberto Zambon**, lipidologo dell'Università di Padova – è la più comune delle malattie genetiche cosiddette rare, ancora del tutto sotto diagnosticata e sottotrattata; secondo le ultime stime solo l'1% dei pazienti viene individuato e trattato, anche se con risultati non sempre ottimali”. Ne esistono due forme, quella eterozigote che interesserebbe una persona su 200 nella popolazione generale, cioè circa 250 mila italiani, e quella omozigote, rarissima, che interessa una persona su un milione.

Nella forma eterozigote, i livelli di colesterolo LDL sono in genere 200-400 mg/dl e chi ne è affetto presenta un evento cardiovascolare maggiore entro i 50-60 anni; in quella omozigote, i valori di LDL superano i 500-600 mg/dl e gli eventi cardiovascolari, spesso fatali, possono colpire prima dei 20 anni.

“L'Italia, e non solo – prosegue **Zambon** - presenta un evidente deficit culturale nell'individuazione dei soggetti affetti dalla malattia, che dovrebbe poi indurre a sottoporre ad uno *screening* a cascata anche tutti gli altri membri della famiglia. Nell'ipercolesterolemia familiare, il colesterolo LDL non è solo un fattore di rischio ma una vera e propria malattia che si esprime con un LDL elevatissimo, fin dalla nascita”.

Un registro danese, pubblicato lo scorso anno, ha rivelato percentuali di prevalenza di questa malattia, soprattutto nella sua forma eterozigote, praticamente doppie rispetto a quanto ritenuto in passato.

Per la diagnosi, il *gold standard* è rappresentato dal test genetico, non facile da effettuare a livello di pratica clinica e costoso. Ma gli stessi ricercatori danesi del *Dutch Clinic Lipid Network*, autori dello studio sul registro, hanno messo a punto uno *score* di rischio per ipercolesterolemia familiare che ne consente un'agevole diagnosi utilizzando solo dei criteri clinici; la loro tabella è stata subito ripresa dalle società scientifiche nazionali e internazionali, quali la *European Atherosclerosis Society* (EAS). Uno *score* superiore a 8 rende certa la diagnosi di ipercolesterolemia familiare. Nel 2013 anche il Giornale Italiano dell'Arteriosclerosi ne ha pubblicato una versione tradotta, nel suo [documento di consenso](#) sulla prevenzione della cardiopatia ischemica nell'ipercolesterolemia familiare.

La stessa Società Italiana di Aterosclerosi, sta lanciando un progetto di *screening* per l'ipercolesterolemia familiare, al fine di creare un registro nazionale. Secondo quanto anticipato da **Marco Scatigna**, direttore medico-scientifico di Sanofi Italia, la sua

azienda sosterrà questo ambizioso progetto con un grant incondizionato.

SOLE 24ORE SANITA'

Cimo: «In autunno partita cruciale per la sanità. Necessario coinvolgere i medici»

Le riforme messe in cantiere da Renzi, a partire da quella costituzionale e dalla revisione del Titolo V, potrebbero nuovamente «tonificare un settore che, oggi, in termini di universalità e sostenibilità non è in grado di offrire sufficienti garanzie al cittadino e agli operatori del settore». L'importante è «scongiurare il rischio di un possibile ennesimo fallimento che potrebbe vanificare, in modo definitivo, le aspettative di anni».

Il vice presidente vicario Cimo Asmdt Guido Quici, alla ripresa dopo la pausa estiva, mette sul tavolo una serie di richieste che partono dalla possibilità, per il ministero della Salute, di recuperare «con l'introduzione della "clausola di supremazia" quella centralità che gli permetterebbe di avviare un vero processo di ristrutturazione del Ssn in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale su tematiche, non di natura organizzativa ma di interesse più generale ad iniziare dagli aspetti giuridici che riguardano il personale dipendente inclusi i rapporti tra le professioni sanitarie, l'accesso al Ssn e la progressione di carriera».

Se, quindi, lo Stato recupera la centralità del ruolo - spiegano ancora dalla Cimo - «il Patto per la Salute e gli standard ospedalieri diventano gli strumenti imprescindibili attraverso cui attuare le riforme». In particolare l'art. 22 del Patto stabilisce un apposito Tavolo politico che, entro il 31 ottobre 2014, dovrà definire un disegno di legge delega in cui sono contenuti principi e direttive sulla valorizzazione delle risorse umane per l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie, per l'accesso al SSN, per la disciplina della formazione di base e specialistica, per lo sviluppo di carriera e per l'introduzione di standard di personale di assistenza e per il precariato.

Ma se si parla di "Patto" - aggiunge Quici - lo stesso non può limitarsi ad un accordo unilaterale tra Ministero e Regioni ma deve coinvolgere chi rappresenta i cittadini e gli operatori sanitari. È, questa, una partita importante che riguarda tutti e «in questo contesto Cimo, pur consapevole che molto spesso le partite si giocano a tavolino, che Stato e Regioni hanno il "possesso di palla" e che pazienti e professionisti sono semplici spettatori, non intende assistere dagli spalti ad accordi le cui ricadute, positive o negative che siano, coinvolgeranno nei prossimi anni inevitabilmente i medici sia in termini professionali che organizzativi. Diventa, quindi, fondamentale il ruolo delle Organizzazioni Sindacali a tutela di chi quotidianamente è costretto a districarsi tra sostenibilità economica e responsabilità professionale».

Entrando, pertanto, nel merito delle questioni, secondo Cimo non è possibile rilanciare la sanità italiana senza valorizzare i professionisti, cosa che Il Ministro Lorenzin ha ben compreso. Occorre lavorare sia sullo sviluppo di una nuova carriera professionale che sulle competenze avanzate delle professioni sanitarie. Nel primo caso CIMO ha già presentato un progetto che rilancia il principio della meritocrazia attraverso una carriera gestionale basata su obiettivi non economici ma di governo clinico ed una carriera professionale finalizzata a premiare quei bravi clinici e/o chirurghi oggi delusi e demotivati, senza prospettive nel futuro e, molto spesso, ostacolati da scelte politiche e/o clientelari. Ma questo significa avere il coraggio di affidare incarichi di alta specialità e di eccellenza clinica basati sulle esclusive capacità professionali, affidare obiettivi di natura clinica e non gestionale e verificarne i risultati attraverso esiti di salute.

Per quanto riguarda, invece, l'integrazione multidisciplinare tra le professioni, la stessa non può prescindere da una preliminare concertazione tra le parti interessate proprio per superare quelle conflittualità volute da chi ritiene che il destino professionale debba essere deciso esclusivamente a "tavolino" da pochi. Nel merito lo sviluppo delle competenze avanzate deve viaggiare in contemporanea alla progressione di carriera della dirigenza ma, soprattutto, occorre che il Ministero della Salute assicuri la crescita professionale di tutte le figure professionali in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale attraverso il superamento del recente atto che demanda ad accordi tra Regioni ed Università il "destino giuridico" delle singole professioni.

Altro importante problema riguarda il precariato: «vorremmo - chiede Quici - che gli sforzi del Governo Renzi, nel risolvere la questione precari della scuola, fossero estesi anche alla sanità ed, in particolare, ai circa 10.000 che da anni sono in attesa di una occupazione stabile. Non sono necessari né slogan, né proroghe ma occorre rivedere le regole di accesso al Ssn per favorire il recupero e la stabilizzazione di un patrimonio umano e professionale abbandonato a se stesso ed utilizzato dalle Aziende ed Università solo per ridurre i costi del personale». In quest'ottica diventa quindi prioritaria la definizione di un percorso attraverso il quale il giovane medico sia messo nelle condizioni di completare la propria formazione nelle strutture sanitarie con un salario di ingresso sostenuto dal Ssr e successiva possibilità stabilizzazione sul posto in organico vacante. Ma, «proprio per evitare che i giovani colleghi vengano illusi costantemente con promesse non realizzabili», occorrerebbe definire, a monte, il fabbisogno minimo del personale proprio attraverso gli standard; questo per due ordini di motivi: per garantire la sicurezza delle cure con adeguate risorse umane e prevedere l'obbligo della copertura dei posti in organico che di volta in volta si renderanno liberi.

E proprio dagli standard dell'assistenza ospedaliera emergono "luci ed ombre" che richiedono alcuni interventi correttivi. «Per la prima volta - spiega Quici - si parla di volumi ed esiti che possono essere correlati, non solo, alle strutture sanitarie ma anche ai professionisti e questo potrebbe significare incarichi su obiettivi di natura professionale. Vanno bene gli standard di qualità su HTA, la prevenzione del rischio e la valutazione ed il miglioramento delle attività cliniche ma proprio per questi

motivi l'applicazione corretta degli standard ospedalieri deve scongiurare quanto accade oggi in molte regioni dove il risparmio sulla spesa del personale determina processi organizzativi tali da costringere i medici a lavorare su più Presidi, distanti anche decine di chilometri tra loro, con insostenibili per problemi di sicurezza delle cure, aumento del contenzioso e di stress lavoro correlato».

Il ministro ha promesso che i risparmi derivanti dalla razionalizzazione del Ssn resteranno nella sanità ed, allora, parte degli stessi dovranno finanziare il personale sanitario che è chiamato direttamente a sostenere le riforme del Ssn.

Infine la questione contratto di lavoro. Nel luglio 2014 l'indice IPCA è sceso allo 0% rispetto all'1,2% del precedente anno, il che non lascia presagire nulla di buono in tema di aumenti salariali in tutta la Pubblica amministrazione. Resta, quindi, la parte giuridica che, in queste condizioni, senza una adeguata riforma della professione, rischia di appiattirsi esclusivamente sulle norme penalizzanti che si sono succedute dalla stipula dell'ultimo contratto ad oggi. Con la riforma Madia il Governo è stato delegato ad adottare, entro un anno, più decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica e tra gli indirizzi emanati le aziende sanitarie sono incluse nelle amministrazioni "territoriali" e la dirigenza medica e tecnica del Ssn è esclusa dal ruolo unico. Per ovvi motivi le implicazioni di natura contrattuale saranno numerose ad iniziare dal Contratto Quadro della dirigenza che imporrà una urgente definizione delle nuove aree proprio alla luce della prevista riduzione delle stesse. Al tempo stesso l'esclusione dei dirigenti della sanità dal ruolo unico della dirigenza "territoriale" farebbe propendere verso un'unica area della sanità e il distinguo tra dirigenza medica e dirigenza tecnica del SSN, previsto sempre nella riforma della PA, è in linea con quanto sostenuto fino ad oggi, dalla CIMO in termini sia contrattuali che professionali. Sui prevedono tempi lunghi, tuttavia non è possibile immaginare ulteriori blocchi contrattuali per cui occorre aprire, al più presto, il tavolo negoziale per porre le basi di un nuovo contratto di lavoro che tenga conto delle riforme in atto e che sia più dignitoso per la categoria.

DOCTOR33.IT

Testa (Snam) stronca l'agenda del Patto salute: «La convenzione? Non l'avremo quest'inverno»

Quattro, cinque mesi per cambiare volto alla Sanità: la tabella di marcia del Patto Salute firmato a luglio prevede che già questo mese il governo dia nuovi poteri all'Agencia del Farmaco-Aifa e all'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali-Agenas, protagoniste dei tavoli principali dell'intesa governo-regioni. A ottobre sarà disegnata la legge delega per valorizzare il personale Ssn e usciranno le linee guida per autorizzare l'assistenza fruita dai pazienti italiani in altri paesi Ue in base alla direttiva 24/2011. Entro novembre un tavolo ad hoc dovrebbe rivedere ticket e criteri per le esenzioni pur mantenendo il gettito di 3 miliardi di euro oggi introitato dal Ssn.

Entro dicembre si rivedranno le prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza (Lea): intanto arriveranno i nuovi standard organizzativi ospedalieri. Infine, ai primi del 2015, toccherà alla convenzione di medici di famiglia, pediatri e specialisti Asl, e forse all'accordo nazionale per le farmacie. Intanto, mentre i progetti di legge per delimitare la colpa medica sono fermi, da Ferragosto tutti i medici tranne i dipendenti Ssn devono avere un'assicurazione Rc per far fronte ad eventuali richieste risarcitorie dei pazienti. «E' un tabellino di marcia poco realistico, e la Convenzione è più probabile si firmi a inizio 2016 che a gennaio 2015», dice **Angelo Testa** (foto) presidente del sindacato Snam. «Sul fronte convenzione le premesse non sono positive; già l'11/9 i sindacati sono convocati dall'Agenzia Sisac, tutti insieme settore per settore; Snam (come Fimmg) aveva chiesto un tavolo separato per non disperdere idee importanti e rappresentative, ma non è stato possibile. Inoltre nelle riunioni non è previsto un ordine del giorno, si rischia di non avere le competenze giuste ai tavoli. In compenso la legge Balduzzi ci chiede di entrare, senza incentivi, in gruppi non scelti da noi. Per Snam è un passo nel buio: il medico potrà a seconda dei casi trovarsi motivato o demotivato dalla convivenza forzata. Parleremo di queste cose il 18 e 19/9 agli stati generali Snam da cui uscirà la nostra piattaforma dettagliata». Sulla Rc medica: «Ferma restando la convenienza dei medici ad assicurarsi, bene avrebbe fatto il senatore Bianco, presidente Fnomceo, a mettere in discussione l'obbligo, o magari a convocare le compagnie per chiedere un ribasso dei premi per i mmg, che fanno spender poco la sanità. L'occasione è stata persa, e temo che i premi lieviteranno pure per noi. Vorrà dire che, a fronte di costi più alti, anche le richieste dei medici di famiglia si alzeranno».

Rc specializzandi: l'esenzione assicurativa non è scontata

Obbligatoria o no la copertura assicurativa contro i rischi da responsabilità professionale medica? Per gli specializzandi c'è qualche ansia dopo l'avvio dal 14 agosto dell'obbligo per tutti i medici tranne i dipendenti del Ssn, esentati dal decreto legge 90 sulla Pubblica amministrazione che obbliga le Aziende ospedaliere a provvedere alla copertura. A dire il vero, i medici specializzandi sono a loro volta esentati dal decreto legislativo 368 del 1999 che all'articolo 1 comma 3 prevede una copertura per rischi Rc e infortuni fornita dall'ospedale dove esercitano. Ma l'Associazione italiana giovani medici (Sigm) rileva che il contratto di formazione non equivale a status di dipendenza. Il Dipartimento Specializzandi Sigm guidato da Andrea Ziglio ha scritto al ministro della Salute e al presidente Fnomceo Amedeo Bianco per avere certezze; ove l'equiparazione non ci fosse, andrebbe inserita, e potrebbe farsene garante la Federazione degli Ordini. «La legge 90 parte dalla riforma delle regole per i dipendenti della Pa – dice Ziglio – ma il rapporto del medico specializzando è con l'Università che lo paga con risorse del Ministero dell'Istruzione e non con risorse del Fondo sanitario nazionale stanziato dall'ospedale, come invece avviene per i medici strutturati degli ospedali e anche per gli specializzandi di molti stati Ue; ricordo come in Germania e Svizzera, a sostenere lo specializzando sia l'azienda di appartenenza. Invece al momento non siamo in grado di dare certezze agli specializzandi italiani sull'esenzione – al pari dei medici dipendenti Ssn - dall'obbligo di stipulare polizza Rc professionale. Un parere ministeriale servirebbe».

Di polizza non ci sarebbe certo bisogno se la formazione in futuro avvenisse entro un contratto di dipendenza dal Ssn. «Noi non siamo contrari all'inserimento degli specializzandi nelle strutture dei servizi sanitari regionali, possibilità peraltro già prevista dalla rete formativa - precisa in merito Ziglio - ma la formazione nelle scuole di specialità deve rispettare degli standard di cui si fa garante il Ministero dell'Istruzione. Inoltre va garantito che gli specializzandi non siano usati in sostituzione di medici dipendenti per tappare i buchi generati dal blocco del turnover. Sigm ritiene in tal senso preliminare un rafforzamento dei poteri dell'Osservatorio nazionale per la formazione medico-specialistica e degli osservatori regionali».

DIRITTO SANITARIO Medicina legale: stima del danno alla persona

La stima del danno alla persona da parte del medico legale avviene comparando lo stato obiettivo di salute della vittima con le indicazioni suggerite da apposite tabelle o baremes, nelle quali a ciascun tipo di invalidità è associata una misura percentuale, comunque non vincolante. I baremes medico legali si dividono in due categorie: obbligatori e facoltativi. I primi sono approvati con atti normativi, e la loro adozione è ineludibile da parte sia dal medico legale che del giudice. I secondi non hanno natura di fonte normativa, sono liberamente elaborati dalla comunità scientifica e dalle varie scuole di pensiero che la compongono. Al tempo della decisione del caso specifico, ha osservato la Suprema Corte, sia di primo grado che d'appello, come del resto ancor oggi, non esisteva alcuna norma che imponesse l'adozione di un determinato bareme medico legale per determinare il grado di invalidità permanente residuo al sinistro. Ciò non vuol dire che tale stima possa essere arbitraria od equitativa: equitativa può essere la monetizzazione del danno alla persona, non certo la valutazione in corpore della sua entità. Pertanto, quando la scelta del bareme medico-legale da adottare non sia imposta da alcuna norma, l'ausiliario tecnico prima, ed il giudice poi, restano liberi di scegliere il bareme che ritengono più autorevole, più moderno o più corretto, col solo obbligo di motivare la propria scelta. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584