

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
4 MARZO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

**SASSARI Il pm chiede il processo per due chirurghi *Morto durante la biopsia, chiuse le indagini per omicidio colposo e falso ideologico. A giugno l'udienza***

Omicidio colposo e falso ideologico e materiale sono le ipotesi di reato che la Procura di Sassari contesta ai chirurghi Alberto Porcu e Luca Pilo, finiti sotto indagine dopo la morte di Tullio Corazza, il pensionato sessantenne di Tresnuraghes (originario di Suni) deceduto a maggio del 2012 nelle Cliniche San Pietro durante una biopsia per la diagnosi di un tumore al mediastino. Il pubblico ministero Elisa Loris a chiusura delle indagini ha chiesto per i due medici il rinvio a giudizio e il giudice ha fissato l'udienza preliminare per il prossimo giugno. In quell'occasione il gup deciderà se Porcu e Pilo dovranno affrontare o meno un processo. Corazza era andato all'ospedale di Sassari per essere sottoposto all'esame che avrebbe consentito ai medici di fare una diagnosi più dettagliata sul suo caso clinico. I precedenti due tentativi (una biopsia transtracheale e una transbronchiale) non erano infatti serviti a chiarire l'entità di quel male che lo affliggeva e così il chirurgo aveva deciso di intervenire con i ferri proprio per la necessità e l'urgenza di avere un quadro della situazione più chiaro. Ma durante la biopsia sarebbe stata recisa l'arteria polmonare che avrebbe causato in pochi minuti la morte del pensionato. Al paziente era stata diagnosticata a dicembre del 2011 una neoplasia maligna al mediastino (lo spazio della cavità toracica che si trova nella parte mediana, tra i due polmoni). Neoplasia "non aggredibile". Considerato che il tumore progrediva velocemente si era deciso di intervenire chirurgicamente in toracotomia e in questo modo si era scoperto che il tessuto tumorale era attaccato all'aorta e all'arteria polmonare e, per poterlo prelevare, il ferro del chirurgo sarebbe passato in uno spazio di appena un centimetro. Sarebbe cioè andato a toccare la parete dell'arteria, già danneggiata dal tumore e perciò molto fragile, causando la rottura di un ramo. Il cuore del sessantenne non ha retto alle complicazioni subentrate e in pochi istanti ha smesso di battere. Il tessuto prelevato dopo la morte ha poi rivelato la presenza di un carcinoma. Ma quell'evento era stato talmente improvviso e inaspettato che lo stesso pomeriggio uno dei familiari della vittima – il cognato – si era precipitato in Procura davanti all'ufficio del pubblico ministero Elisa Loris che aveva immediatamente incaricato i carabinieri di sequestrare le cartelle cliniche. Il sostituto procuratore aveva affidato al medico legale di Torino, Rita Celli, l'incarico per l'autopsia. Primo quesito: individuare la causa della morte e poi quale catena di eventi l'avesse provocata. E infine, come da prassi, la valutazione del comportamento del medico che aveva effettuato la biopsia: se avesse cioè fatto tutto il possibile per evitare il decesso. E sarebbe stata proprio la relazione della Celli a convincere il pm Loris a indagare i due camici anche per falsità materiale e ideologica. Durante l'autopsia, infatti, la Celli non avrebbe trovato nel corpo di Corazza il pericardio (la membrana che circonda il cuore) e da qui la contestazione della Procura: i due chirurghi

nella cartella clinica non avrebbero fatto menzione dell'assenza del pericardio. E mentre i familiari del pensionato – che si sono costituiti parte civile con l'avvocato Giuseppe Longheu – aspettano di sapere cosa sia successo al loro caro e perché sia morto all'improvviso durante un esame che viene eseguito con una certa frequenza negli ospedali, gli avvocati della difesa (Pietro Diaz per Luca Pilo e Pasqualino Federici e Toto Porcu per Alberto Porcu) annunciano battaglia per dimostrare che i loro assistiti hanno agito con coscienza seguendo le regole che la disciplina medica impone. Ma sarà il giudice a stabilire se i due chirurghi dovranno o meno affrontare il processo.

## **L'UNIONE SARDA**

### **OLBIA Malati terminali: battaglia per l'hospice**

A Olbia riparte la battaglia per avere una struttura adeguata per i malati terminali. Domani alcune associazioni di volontariato, con l'associazione Casa Silvia in testa – incontreranno il sindaco Gianni Giovannelli, insieme ai rappresentanti dei comitati di quartiere. L'argomento della riunione: attivazione di un hospice a Olbia. «Si tratta di una struttura di appoggio in grado di ospitare i malati terminali – spiega la presidente dell'associazione Casa, Lina Segundu – dove poter applicare tutte le cure palliative necessarie e dare supporto psicologico al paziente, per consentirgli di andare incontro alla morte mantenendo la propria dignità». Gli unici due hospice sardi sono a Cagliari e Nuoro. Un terzo era in programma a Olbia, un anno fa, ma a settembre una delibera regionale aveva indicato l'attivazione dell'hospice gallurese a Tempio. La delibera però non venne mai messa in pratica e adesso la Asl sta aspettando le indicazioni dalla Regione, una volta che si sarà insediata la nuova giunta Pigliaru. Si dovrà quindi decidere se l'hospice andrà a Tempio o a Olbia.

## **DALL'ITALIA**

### **DOCTORNEWS33**

#### **Direttiva transfrontalieri mal recepita, in allarme Ue e associazioni utenti**

L'approvazione del decreto di recepimento della “direttiva transfrontalieri” potrebbe implicare tempi più lunghi per ottenere le cure all'estero, aprendo contenziosi tra italiani malati e servizio sanitario pubblico. Lo ammette Oreste Rossi membro della commissione sanità dell'Europarlamento all'incontro Motore Sanità organizzato dalla Fondazione Cariplo a Milano con manager ed esponenti del Ssn. La direttiva Ue 2011/24 per aumentare l'accesso alle cure mette in connessione erogatori di prestazioni di tutta Europa, e impone che –ad esempio - un cittadino italiano fruisca in Francia di prestazioni allo stesso prezzo praticato a un francese, o viceversa. Ma lascia agli stati membri la disciplina di come un residente di uno stato Ue può fruire dell'assistenza in un altro stato comunitario. Il decreto italiano licenziato da Palazzo Chigi, che rende operative le indicazioni comunitarie, fissa il rimborso dei costi dell'assistenza fruita all'estero in misura pari alle tariffe regionali vigenti, al netto del ticket. Poi, rimandando il dettaglio ad appositi regolamenti, introduce limiti nelle prestazioni all'estero, fruibili solo se in Italia non ci sono le cure o se i tempi sono lunghi (ma singole regioni possono porre altri vincoli ex articolo 9 comma 8); eccezioni regionali al rimborso delle prestazioni (articolo 8 comma 8); e infine vincoli autorizzativi, con una doppia domanda da fare all'Asl e attese medie di 40 giorni. «Il decreto non individua i centri d'eccellenza, il dettaglio delle norme sul centro nazionale di riferimento è

lacunoso – spiega Rossi - e non è escluso che in certi casi i tempi per fruire di cure all'estero si dilatino ulteriormente. Se il regolamento passa con gli attuali vincoli le associazioni dei pazienti sono pronte a ricorrere al Tar. Ma le consultazioni su questa normativa non sono aperte, e quindi ci troviamo in un momento di transizione». Rossi non nasconde che il nuovo modello di assistenza comunitaria ha un cammino ancora difficile: è stato un po' subito dagli stati membri più avanzati (gli indici di guarigione delle strutture dell'Est Europa da certe malattie – oncologia - sono meno di metà di quelli dell'Ovest) e «i ministri nazionali quando si riuniscono in consiglio europeo fanno resistenza alla caduta delle barriere. Tuttavia, insieme ai provvedimenti sulle telecomunicazioni nei quali ho personalmente fatto introdurre la card elettronica per le urgenze sanitarie, la direttiva significa produttività e posti di lavoro».

## **Online il Tripadvisor della sanità. Lorenzin: ora più trasparenza**

«Una rivoluzione della trasparenza dei servizi sanitari e un cambio culturale». Così il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** commenta il lancio del portale online “Dovesalute”, grazie al quale si potrà effettuare un censimento delle strutture ospedaliere e territoriali del servizio sanitario. Tra le opzioni offerte dal nuovo portale sarà possibile accedere a informazioni e contatti, mappa con l'indirizzo e indicazioni stradali, servizi presenti e commenti di altri utenti che hanno usufruito della struttura, con valutazioni da una a 5 stelle. «L'obiettivo è fare un passo avanti per la trasparenza e fare degli open data un mantra» ha detto il ministro. «Il cittadino potrà, digitando su internet la patologia e il nome della città, sapere - ha spiegato - dove e come viene trattata e con che esiti e si potrà commentare il tipo di ospedalità ed accoglienza ricevuti». Il ministro sottolinea come si sia iniziato con gli Irccs, che sono vigilati dal ministero ma che è stata «lanciata la sfida alle Regioni, chiedendo che ci inviino i loro dati, così da allargare l'offerta a tutto il Servizio sanitario nazionale. È un passo molto importante - ha ribadito Lorenzin - il sistema sanitario ha realizzato per primo costi standard e ora l'open data che vogliamo venga realizzato in tutto l'Ssn».

## **Choosing wisely: 5 procedure inappropriate per gli otorinolaringoiatri**

Alla folta schiera di società scientifiche che, aderendo all'iniziativa “Choosing wisely”, hanno dichiarato un elenco di procedure solitamente eseguite ma inutili, costose e talvolta dannose, si aggiunge l'American academy of otorinolaringology – Head and neck surgery foundation. Ecco, dunque, la “Top 5 list”, redatta dagli otorinolaringoiatri statunitensi. 1) Non prescrivere una Tc cranio/encefalo per una perdita improvvisa dell'udito. L'esame è costoso, espone il paziente a radiazioni e non offre informazioni utili per migliorare la gestione iniziale; può essere appropriato in caso di segni neurologici focali, rilievo anamnestico di trauma o malattia cronica dell'orecchio. 2) Non prescrivere antibiotici per via orale per un'otorrea acuta non complicata in pazienti sottoposti a timpanostomia con tubo di drenaggio. Gli antibiotici orali hanno significativi effetti collaterali e non forniscono una copertura adeguata dei batteri che causano la maggior parte degli episodi, al contrario dei prodotti somministrati per via topica. Inoltre, non somministrandoli, si può ridurre la diffusione dell'antibioticoresistenza e il rischio di infezioni opportunistiche. 3) Non prescrivere antibiotici per via orale per un'otite esterna acuta non complicata. Per le ragioni, valgono quelle del punto 2. 4) Non richiedere di routine imaging radiografico per pazienti

che soddisfano i criteri diagnostici per rinosinusite acuta non complicata (fino a 4 settimane di secrezione purulenta nasale, accompagnata da ostruzione nasale, dolore-pressione-pienezza facciale). L'imaging può essere appropriato in pazienti con rinosinusite acuta complicata o con comorbidità predisponenti a complicanze o in soggetti in cui si sospetta una diagnosi alternativa. 5) Non richiedere una Tc o una Rm in pazienti che lamentano primariamente una disfonia prima di aver esaminato la laringe. La valutazione con specchietto o tramite fibre ottiche sono il metodo principale per valutare i pazienti con disfonia, mentre l'imaging è inutile nella maggior parte dei casi. Dopo una laringoscopia, è giustificato un approfondimento diagnostico tramite diagnostica per immagini in due casi: paralisi delle corde vocali o presenza di una massa o una lesione a carico della laringe.

## **DIRITTO SANITARIO Responsabilità per manovra inappropriata durante il parto**

### **Il fatto**

Con sentenza del 2012 la Corte d'Appello di Catania, in riforma della pronuncia di primo grado, assolveva per insussistenza del fatto il sanitario imputato dal delitto che gli era stato contestato per aver cagionato il distacco intempestivo della placenta e le conseguenti gravissime lesioni riportate dal bambino, per colpa medica consistita nella esecuzione di inappropriata manovra (c.d. manovra di Kristeller) sulla paziente durante il parto. Premetteva la Corte doversi dare per acquisito, sulla scorta dell'istruttoria espletata nel giudizio di primo grado, che le lesioni gravissime riportate dal bambino erano state direttamente causate da un distacco intempestivo di placenta e che l'imputato aveva effettivamente eseguito durante il parto la manovra esercitando una o più spinte sull'addome della donna con la mano prima e poi con il braccio sebbene non risultasse che la testa del bambino avesse già impegnato il canale del parto, e dunque in un momento in cui quella manovra non era consigliabile. La Corte d'appello evidenziava inoltre che la partoriente non presentava alcuno dei fattori di rischio individuati dalla letteratura medica come possibile causa, in alternativa ad eventi di natura traumatica, del distacco di placenta. I giudici d'appello pervenivano comunque alla assoluzione del medico per la ritenuta mancanza del nesso di causalità

### **Profili giuridici**

La Suprema corte, richiamando taluni fondamentali principi della sentenza "Franzese" ha ribaltato di giudizio d'appello censurando le motivazioni della sentenza di secondo grado. Si è evidenziato che nel caso specifico essendo l'unico antecedente accertato dell'evento dannoso l'esecuzione della indicata errata manovra ostetrica, in presenza di una legge di copertura che certamente la indica come idonea a cagionare l'evento in forza di una elevata probabilità statistica, una volta accertata la mancanza nel caso concreto di altri fattori causali noti nella letteratura e ragionevolmente ipotizzabili, congruo e logicamente persuasivo è il ragionamento che coordinando tali evidenze e rapportandole appunto alla legge di copertura conduce al risultato dell'affermazione della responsabilità penale dell'imputato

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

### **Al via nuovo portale del Ministero 'Dovesalute'. Lorenzin: "Un Tripadvisor della sanità che lancerà una rivoluzione della trasparenza"**

*Una rivoluzione che porterà a un "cambio culturale". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha presentato il portale che conterrà informazioni, servizi presenti e commenti degli utenti che hanno usufruito di una struttura sanitaria, con valutazioni da 1 a 5 stelle. "Si comincia con gli Irccs, ma la sfida è allargare l'offerta a tutto il Ssn".* **E sul budget per la sanità: "Ho chiesto un incontro a Padoan, c'è bisogno di certezza"**

Da oggi basterà digitare una 'parola chiave' riguardante la patologia dalla quale si è affetti, aggiungere il Cap o il luogo di residenza, e si potrà facilmente consultare l'elenco degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dove questa viene trattata. Ma non si tratta di un mero elenco, la pagina di ogni struttura, infatti, è corredata da informazioni che vanno dai contatti alle indicazioni stradali per raggiungerla, fino ai servizi offerti e alle facilitazioni, come la presenza di un parcheggio a pagamento o la possibilità di sistemazione per i famigliari.

**Ma la novità più rilevante è contenuta nelle ultime schede, quelle di colore giallo**, nelle quali vengono indicati commenti e valutazioni. Si potrà infatti leggere le esperienze di chi ha già usufruito di queste strutture sanitarie e vedere il livello di gradimento sintetizzato in una valutazione che va da un minimo di 1 fino ad un massimo di 5 stelle. Insomma, un vero e proprio Tripadvisor della sanità. Questo, in sintesi, il contenuto del nuovo portale [Dovesalute](#) realizzato dal Ministero della Salute e presentato questa mattina a Roma nella sede del dicastero di Lungotevere Ripa.

Ricordiamo che fu lo stesso ministro Lorenzin, lo scorso settembre, in un'[intervista a Repubblica](#) a lanciare l'idea dicendo: "È il momento di avere più coraggio ed essere trasparenti. Siamo nell'era degli open data e le informazioni sul nostro sistema sanitario devono circolare. I dati esistono già, bisogna solo renderli consultabili da tutti". Un annuncio che non era certamente stato accolto con entusiasmo da sindacati e addetti ai lavori. Ma Lorenzin ha tenuto il punto ed oggi, nella sede sede del dicastero di Lungotevere Ripa, ha potuto ufficialmente annunciare il lancio del Tripadvisor della sanità.

"Da oggi prende il via una rivoluzione nella trasparenza dei sistemi sanitari, è un vero cambiamento culturale, la realizzazione di quello che avevo definito 'TriAdvisor' della sanità. Si è iniziato con gli Irccs che sono vigilati dal Ministero, ma è stata lanciata la sfida alle Regioni, chiedendo che ci inviino i loro dati, così da allargare l'offerta a tutto il Servizio sanitario nazionale. Si tratta di un passo molto importante, il sistema sanitario ha realizzato per primo costi standard e ora è il turno dell'open data che vogliamo venga realizzato in tutto il Ssn". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha illustrato il portale Dovesalute nella conferenza stampa di questa mattina.

**L'obiettivo per il futuro, come ha spiegato il ministro, è quello di inserire i dati relativi**

**non solo a tutti gli ospedali e le cliniche convenzionate, ma anche quelli riguardanti le farmacie, i laboratori analisi, i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta.** "Inoltre - ha aggiunto Lorenzin - il sistema si interfacerà col Piano nazionale esiti, argomento del quale ho già parlato col presidente Bissoni ottenendo una risposta molto positiva, per consentire ai pazienti di conoscere anche gli esiti di ciascuna struttura o di un singolo reparto per una certa patologia".

Quanto poi alle valutazioni degli utenti contenute nelle ultime due schede delle pagine delle strutture contenute nel portale, il ministro ha tenuto a sottolineare che "le valutazioni riguarderanno aspetti come l'accoglienza e la gentilezza del personale della struttura, la qualità dei pasti e dell'assistenza da parte dei volontari. Da questo punto di vista, i pazienti avranno un ruolo passivo, potendo leggere i commenti degli altri utenti, e attivo, potendo lasciare un proprio commento in seguito a un ricovero o all'aver usufruito di una prestazione sanitaria". Al momento, i dati relativi ai 49 Irccs presenti sul territorio nazionale, per un totale di 60 sedi, sono disponibili in italiano e in inglese ma, ha assicurato il ministro, in futuro verranno tradotti anche in spagnolo. "Abbiamo aperto una porta importante - ha sottolineato - perché per le strutture rendersi più trasparenti significa anche rendersi più competitive".

Infine, Lorenzin ha anche spiegato di aver chiesto al nuovo ministro dell'Economia, **Pier Carlo Padoan**, un incontro "per sapere se le 'regole dell'ingaggio' sono sempre le stesse, perché ci vuole certezza di budget". Un incontro necessario proprio perché il ministero dell'Economia, insieme a quello della Salute e delle Regioni, è "la terza gamba" per la programmazione del Servizio sanitario nazionale.

Quanto poi al Patto della Salute, dopo la sospensione dovuta al cambio di governo, si riaprirà dopo un confronto con l'Economia, "anche perché noi - ha concluso Lorenzin - abbiamo già quantificato i risparmi possibili per il nostro settore".

## **Istat. Spesa sanitaria privata a 27,5 miliardi nel 2013. Il 5,7% in meno dell'anno precedente**

*Calano i consumi degli italiani. E quelli sanitari più di tutti gli altri. Dopo il picco del 2011, quando si arrivò a 29,5 miliardi di spesa privata per la sanità, nel biennio successivo si è registrata una diminuzione in valori assoluti di quasi 2 miliardi di euro, pari al 6,8% in meno nei due anni. LE TABELLE.*

La spesa delle famiglie per la sanità si conferma con cifre importanti ma spicca il dato sul calo rispetto al 2012. Nel 2013 è stata di 27,593 miliardi di euro, contro i 29,245 del 2012 e i 29,557 del 2011.

In un anno, quindi, il calo è stato del 5,7% (che arriva al 6,8% se si somma anche la diminuzione del biennio 2012/2011). Quello dei consumi sanitari è il calo più vistoso tra i consumi delle famiglie, che sono scesi in media del 2,5%. Le voci più toccate dal calo dei consumi, oltre alla sanità, sono il vestiario e le calzature (-5,2%) e i mobili e gli elettrodomestici per la casa (-4,0%).

## **Psoriasi. Tutti i benefici del Mar Morto in Israele. Ecco i risultati delle terapie**

*Quasi nove pazienti su dieci hanno una significativa riduzione della malattia. Circa sei su dieci raggiungono la remissione. Queste le evidenze scientifiche delle cure offerte dai centri sulle rive del lago salato nella parte israeliana per la cura della psoriasi. In Italia ne soffrono circa 2 milioni e 500 mila persone, di cui il 10% con forme gravi.*

Trattamenti con esiti particolarmente efficaci: quasi nove pazienti su dieci hanno una significativa riduzione della malattia, circa sei su dieci raggiungono la remissione. Buon profilo di sicurezza e un ottimale rapporto costi benefici. Nessuna evidenza di aumento di neoplasie della pelle. Nessun peggioramento della pressione sanguigna. È quanto garantiscono per la cura della psoriasi i trattamenti, rigorosamente naturali, del Mar Morto. Una patologia dalle cause sconosciute che alterna fasi di esacerbazione con fasi di remissione dalla durata variabile, e dalla quale non si guarisce mai. Colpisce oltre 125 milioni di persone in tutto il mondo, circa 2 milioni e 500 mila in Italia, di cui il 10% con forme gravi. Una malattia che causa grandi disagi nella vita quotidiana, con cure continue e spesso costose che richiedono molto tempo, ingenerano sfiducia nei pazienti e disaffezione verso il medico curante.

Tutte criticità che le terapie offerte dal lago con la più alta concentrazione salina della terra spazzano via, come emerge dalla Systematic Review pubblicata sulla rivista Semin Arthritis Rheum. Una Revisione che ha selezionato - tra le 360 pubblicazioni scientifiche esistenti sugli effetti dei trattamenti terapeutici del Mar Morto - 50 studi su un totale di 5mila pazienti affetti da psoriasi. Con risultati molto incoraggianti: i dati del più ampio studio retrospettivo, condotto su 1.448 pazienti trattati con balneoterapia e fototerapia sul Mar Morto, raccontano una significativa riduzione delle lesioni psoriasiche (tra l'80% e il 100%) nell'88% dei pazienti e una remissione quasi completa nel 58% dei pazienti.

**Quelle del Mar Morto sono caratteristiche uniche e irripetibili.** È il lago con la più alta concentrazione salina della terra, da circa 7 a 10 volte quella degli oceani. Collocato a circa 420 m sotto il livello del mare e con un contenuto di sali minerali come cloruro di magnesio, cloruro di calcio, cloruro di potassio, e bromuro di magnesio sorprendentemente elevato. Concentrazioni di sali che favoriscono e migliorano la capacità della pelle di trattenere l'acqua. Non solo, qui si registra la più alta pressione barometrica (circa 800 mm Hg) e una concentrazione di ossigeno superiore del 10 % rispetto a quella presente a livello del mare. Proprietà terapeutiche decantate nella Bibbia e che trovarono, già nel IV secolo AC, il primo divulgatore d'eccellenza in Aristotele.

Il Mar Morto, di fatto, è un'enorme vasca da bagno con acqua e sali, costantemente sotto il sole per 365 giorni l'anno. E con un microclima unico al mondo: l'evaporazione dell'acqua crea un "filtro" che attenua la radiazione solare UV diminuendo la possibilità di danno solare da eccessiva esposizione. Le ricerche indicano che il totale assorbimento di raggi solari durante un periodo di 4 settimane è circa tra 3.1 e 4.5 joules/cm<sup>2</sup> (unità di radiazione per cm<sup>2</sup>). Una quantità di radiazione più bassa rispetto ai trattamenti che utilizzano la radiazione artificiale.

Queste condizioni risultano particolarmente favorevoli per il trattamento della Psoriasi, ma anche per le malattie reumatologiche, tra cui l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, la spondilite anchilosante e l'osteoartrite del ginocchio che, dal fango e dalla balneoterapia, traggono benefici scientificamente riconosciuti.

**I vantaggi della terapia.** “Sono molti i vantaggi che il Mar Morto offre ai pazienti affetti da psoriasi. Qui si possono avere trattamenti naturali con esiti terapeutici considerevolmente positivi, privi di effetti collaterali e con costi economici favorevoli” ha spiegato a Quotidiano Sanità, **Marco Harari** direttore sanitario del centro di ricerca DMZ sul Mar Morto in Israele. Un Centro che da più di 25 anni è impegnato - in collaborazione con l’Università di medicina in Israele e l’Ospedale di Hadassa a Gerusalemme - nello studio degli effetti terapeutici delle acque e della climatoterapia del Mar Morto su una varietà di malattie croniche della pelle.

“Nel Mar Morto – ha spiegato Harari – c’è una combinazione di elementi molto semplice, che definirei “primitiva”. Le persone affette da psoriasi ricevono un trattamento naturale, alternativo all’esposizione ai raggi Uva che viene utilizzata in ospedale e senza gli effetti collaterali. Il motivo è legato al fatto che la curva di esposizione ai raggi Uv è attenuata non solo dalla colonna di aria di oltre 400 metri presente sul Mar Morto, ma anche dall’evaporazione dell’acqua che filtrando i raggi li riduce: -15% di raggi Uvb, e - 6% Uva. I pazienti, a seconda del tipo di pelle, possono quindi esporsi al sole senza rischi fino a 3 ore al giorno. In sostanza utilizziamo una fototerapia naturale, mentre per quella artificiale possiamo utilizzare solo Uv A e B filtrati con delle macchine”.

Ma l’unicità del Mar Morto non si ferma qui perché alle condizioni climatiche favorevoli si uniscono poi gli effetti dei sali presenti nell’acqua. “Sono state condotte molte ricerche per capire quali sono gli effetti benefici della combinazione di magnesio, bromo e sali del Mar Morto con fattori climatici come sole, temperature stabili, umidità e ossigeno – ha aggiunto Harari – e i risultati sono molto positivi. Recentemente abbiamo confrontato tre gruppi di pazienti con psoriasi moderata severa sottoponendoli, per quattro settimane a tre differenti tipi di trattamento. Un gruppo è stato trattato solo con esposizione al sole, un altro esclusivamente con bagni, nelle ore serali in mare o in piscina; un terzo gruppo, infine, ha ricevuto un trattamento combinato sole e acqua di mare. Ha avuto una remissione dalla malattia, il 73% dei pazienti trattati solo con esposizione al sole e il 28% di quelli curato con l’acqua del mare. Invece sono entrati in remissione circa il 90% dei pazienti sottoposti a trattamento combinato sole e acqua del mare”.

E il risultato ancor più soddisfacente, ha assicurato Harari, è che la remissione dalla malattia dura in media 33 settimane: “Ci sono tanti trattamenti per la psoriasi, oltre a quella farmacologica: c’è la fototerapia artificiale che consente di raggiungere risultati buoni, ma solo per due tre mesi. Gli effetti benefici raggiunti con le terapie del Mar Morto invece sono prolungati senza effetti collaterali e senza medicine. I pazienti entrano in remissione fino a nove mesi, alcuni anche fino a tre anni. Ma in media i benefici del trattamento si attestano sulle 33 settimane. Il periodo di trattamento ideale, considerando che l’esposizione al sole deve essere graduale, è di quattro settimane, ma anche dopo tre settimane si raggiungono i risultati sperati”.

**Rapporto costi/benefici.** Non solo risultati positivi in termini di salute, il bilancio della climatoterapia del Mar Morto, a conti fatti, si chiude in positivo anche sul fronte della spesa economica: la spesa del soggiorno per 4 settimane, viaggio compreso è inferiore a quella a cui si espongono i servizi sanitari per curare un paziente con psoriasi, tra ricoveri in ospedale, farmaci spesso dai costi elevati e giornate di lavoro perse. Senza considerare poi le spese legate all’acquisto di presidi non rimborsabili dal Ssn come creme e bendaggi.



Costi totali che in Italia si stima arrivino a circa 9mila euro l'anno. "Pensiamo che i pazienti sul mar Morto possono ricevere i trattamenti con una spesa totale di 3.500 euro" ha ricordato Harari.

**I limiti.** Certo, i trattamenti sul grande lago salato presentano anche dei limiti. Non tutti le persone affette da psoriasi possono allontanarsi dalla vita quotidiana per affrontare un periodo di cure di più di tre settimane e in un arco temporale che va da marzo a ottobre. Inoltre, almeno in Italia, questi trattamenti non sono riconosciuti dal Ssn e sono quindi a totale carico del paziente. A differenza di quanto avviene invece in Germania, Austria e Danimarca, Svezia, Finlandia, Israele e Olanda che garantiscono ai propri cittadini il rimborso delle cure.

## **Medicina d'urgenza. Il 5 marzo mobilitazione nazionale contro i tagli alla scuola di specializzazione**

*L'appello è stato lanciato dalle Società scientifiche Simeu, Sis-118, Acemc e Fimeuc e firmato da medici e infermieri di pronto soccorso e 118 di tutte le regioni. Nello stesso giorno, alle ore 12, è stato organizzato anche un flash mob da parte degli specializzandi davanti al Miur.*

In tutta Italia potrebbero essere meno di 50 i contratti di formazione per la specializzazione in Medicina d'urgenza finanziati dal Governo per l'anno 2013/2014, mentre la Conferenza Stato-Regioni denuncia un fabbisogno di circa 300 nuovi contratti di specialità all'anno per l'emergenza sanitaria e a fronte di una richiesta di accesso alla scuola che, negli anni scorsi, ha quasi sempre superato le 400 domande di medici appena laureati. Questo su un totale di 3.200/3.300 borse di specializzazione post lauream di discipline mediche previste per l'anno accademico 2013/2014, contro la richiesta della Conferenza Stato-Regioni di circa 7.000 posti complessivi.

In attesa del nuovo decreto che definirà la disponibilità totale di fondi ministeriali e il numero di posti per ciascuna specialità medica, il mondo dell'emergenza-urgenza si solleva contro il taglio previsto alla formazione specialistica che deve preparare nuovi medici ad affrontare la complessa attività di pronto soccorso, tanto spesso oggetto dell'attenzione dei media nazionali per le sue criticità. In questo contesto, la Scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza in Italia è nata solo nel 2009 e i primi specialisti in questa disciplina, in numero di 82, saranno diplomati nel prossimo giugno. Ma con i tagli previsti la scuola rischia la chiusura.

Per mercoledì 5 marzo sono previste due iniziative, a cui hanno aderito le Società scientifiche attive nel settore dell'emergenza-urgenza e tutti gli specializzandi interessati.

### **L'appello al Governo di medici e infermieri dei pronto soccorso italiani**

Nelle strutture di emergenza ospedaliera e territoriale sarà affisso un appello rivolto a Stefania Giannini, ministro dell'Istruzione, e a Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, lanciato dalle società scientifiche Simeu, Sis-118, Acemc e Fimeuc e firmato da medici e infermieri di ogni struttura per dire "no" ai tagli della specializzazione.

"Il nostro sistema sanitario, che è stato ridimensionato con una netta riduzione dei posti letto ospedalieri - recita una nota - ha bisogno per sopravvivere di una rete di emergenza

territoriale e ospedaliera di alta qualità. Ha bisogno di medici formati al meglio per rispondere alle emergenze e urgenze che sono prese in carico sul territorio e in pronto soccorso; ha bisogno di medici che sappiano rispondere anche a tutte le altre domande che arrivano in ospedale: sanitarie non urgenti, sociali, ambientali, personali, medico-legali”.

### **Il flash mob degli specializzandi (ore 12)**

Alle ore 12 di mercoledì 5 marzo gli specializzandi in Medicina d'urgenza si sono dati appuntamento davanti alla sede del Miur, Ministero dell'Istruzione Università e della Ricerca per una manifestazione che ha lo scopo di sensibilizzare la popolazione sul problema del taglio alla formazione dei medici di pronto soccorso.

### **Anestesisti. Adriana Paolicchi nominata presidente Siared**

*Apertura ai giovani, collaborazione con le altre Società Scientifiche e attenzione al territorio attraverso risposte concrete alle esigenze delle singole regioni. Sono le priorità della neo presidente della Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore, emanazione scientifica dell'Aaroi Emac.*

E' **Adriana Paolicchi** il nuovo presidente della Siared, Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore, emanazione scientifica dell'Aaroi Emac, l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica.

La nomina è stata ratificata all'unanimità dall'Assemblea Nazionale dei Soci svolta sabato scorso, 1° marzo, a Firenze, e a cui hanno partecipato oltre 250 anestesisti rianimatori. Apertura ai giovani, collaborazione con le altre Società Scientifiche e attenzione al territorio attraverso una risposta concreta e immediata alle esigenze provenienti dalle singole regioni sono alcuni dei punti principali del programma di mandato che Paolicchi ha illustrato nel corso dell'Assemblea. Una Siared, dunque, “in grado di recepire più a fondo le esigenze degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici di Emergenza e di Area Critica, più vicina alle loro professionalità e alle loro realtà lavorative, anche attraverso la rete dei Delegati Scientifici dell'Aaroi Emac, in collegamento con le Istituzioni, e con un'offerta formativa scientifica più articolata”.

“Il mio obiettivo – ha dichiarato Paolicchi – è di fare in modo che la Siared diventi un punto di riferimento culturale sul territorio, che ponga al centro delle proprie attività le reali problematiche della professione, con particolare attenzione ai giovani che spesso si trovano soli ad affrontare situazioni difficili e senza adeguato addestramento. Perché ciò sia possibile – ha continuato la presidente Siared - è indispensabile promuovere, in collaborazione con le altre Società Scientifiche, linee-guida e raccomandazioni finalizzate anche al rispetto a livello nazionale di principi di buona pratica clinica che abbiano una un'applicazione uniforme in tutto il territorio. A tal fine – ha concluso Paolicchi - la sintonia con l'Aaroi Emac dovrà diventare il punto di forza del nuovo corso in modo da far convergere le attività scientifiche anche con le finalità sindacali della nostra Associazione”. Paolicchi dal 1986 lavora presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Oltre che nell'ambito dell'anestesia, generale ed integrata, svolge la sua attività clinica e scientifica nel campo della medicina perioperatoria, dalla fase di preospedalizzazione alla gestione del dolore postoperatorio.

### **Osteoporosi. Sottovalutato il rischio fratture. Serve più prevenzione e**

## informazione

*L'82% delle donne, già vittime di frattura, non fa esami per diagnosticare la presenza di Osteoporosi. Solo il 44% è trattato con farmaci specifici, mentre il 18% non viene curato affatto. Questi alcuni dati del mese della prevenzione delle fratture da fragilità ossea.*

Durante il Mese della Prevenzione delle Fratture da Fragilità Ossea, svoltosi lo scorso mese di ottobre, iniziativa rivolta a tutte le donne over 50 nell'ambito del progetto informativo 'Stop alle Fratture', per la prima volta sono state rese disponibili, in 54 Centri per il trattamento dell'OP severa su tutto il territorio nazionale, visite specialistiche gratuite per le donne con pregressa frattura di femore o con rischio elevato di ri-frattura. I risultati ottenuti al termine dell'iniziativa hanno evidenziato la necessità di dover prevenire il rischio di ri-frattura, ancora troppo sottovalutato, nelle donne italiane.

Dall'anamnesi di 125 pazienti fratturate, con età media di 61 anni, è emerso che l'82% non aveva effettuato una valutazione densitometrica Moc (Mineralometria Ossea Computerizzata), per diagnosticare la presenza di osteoporosi, pur sapendo che essa è particolarmente frequente nelle donne con più di 50 anni, e che soltanto il 34,4% era stato valutato con una radiografia della colonna vertebrale. Questo dato, tra l'altro, è risultato sostanzialmente sovrapponibile al 32% di pazienti che aveva già subito una frattura non-traumatica, ossia per fragilità ossea.

“Questo dato - afferma **Alfredo Nardi** componente del Board scientifico della Campagna Stop alle Fratture - evidenzia che quasi tutte le pazienti che si sono avvalse dell'opportunità di usufruire di una visita specialistica gratuita attraverso la campagna 'Stop alle Fratture', erano state sottoposte ad un esame specialistico più approfondito solo dopo aver già riportato una frattura. Va sottolineato come, con l'avanzare dell'età, al ritardo diagnostico possa derivare disabilità anche grave con notevole disagio per la paziente e per chi fornisce assistenza con ripercussioni negative a livello fisico, psicologico ed economico. È quindi necessario, al fine di diagnosticare in tempo utile la presenza di fragilità ossea e scongiurare il pericolo di ulteriori fratture, che vengano eseguiti accertamenti mirati, tra cui una radiografia della colonna vertebrale”.

Un dato ancora più rilevante, in quanto riferito a pazienti già con diagnosi di osteoporosi primitiva (62%), è che soltanto il 44% viene trattato adeguatamente con farmaci specifici. “Nel momento in cui viene diagnosticata l'osteoporosi - prosegue Alfredo Nardi - lo specialista deve escludere che all'origine ci siano altre malattie responsabili di osteoporosi (diagnosi differenziale con osteoporosi secondarie), correggere l'eventuale deficit di calcio e vitamina D per favorire la mineralizzazione delle ossa e somministrare farmaci specifici in grado di aumentare la resistenza dell'osso riducendo il rischio di fratture. Dall'analisi dei dati del Mese della Prevenzione della Fragilità Ossea, invece, si evince che il 18% delle pazienti affette da osteoporosi non viene curato, e ciò le espone ad un rischio maggiore di incorrere in nuove fratture. Questo dato decisamente allarmante, obbliga noi specialisti anche a dover pensare di utilizzare tutti gli strumenti possibili per sensibilizzare non soltanto la gente in generale ma anche gli stessi medici, affinché venga posta maggiore attenzione alla prevenzione dell'osteoporosi e delle sue temibili complicanze”.

Altro dato significativo ottenuto da questa iniziativa è il riscontro di un'elevata percentuale di pazienti (51%) con patologie associate. Queste patologie, quali l'ipertensione, l'ipertiroidismo ed altre, vengono percepite dalle pazienti come più importanti, dove si rende necessario un loro controllo costante; questo atteggiamento va a discapito dell'osteoporosi, che evolve asintomatica per un periodo più o meno lungo fino a diventare critica e manifestarsi attraverso le sue complicanze, ossia con le fratture.

“Ad una certa età – conclude il Dott. Nardi – per tenere sotto controllo le diverse patologie età correlate si inizia ad assumere farmaci. In età avanzata, tuttavia, risulta difficile l’assunzione continuativa di più farmaci, per cui è frequente assistere ad una diminuzione dell’aderenza alle terapie. Il medico, tra l’altro, privilegia la prescrizione di farmaci finalizzati ad evitare soprattutto le complicanze nel breve periodo. Così facendo, però, altre patologie possono progredire arrecando gravi danni ai pazienti. Basti pensare che, fra le donne over 65, 1 su 2 è affetta da fragilità ossea e che per una donna in post-menopausa, il rischio di morire a causa di una frattura del collo femorale è sovrapponibile a quello del tumore della mammella”.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Medici e bancomat: più tempo per gli accreditamenti. In gazzetta la legge “milleproroghe” 2014 [IL TESTO PUBBLICATO IN GAZZETTA](#)**

E' pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28 febbraio 2014 la legge 27 febbraio 2014, n. 15 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2013, n. 150, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative», la conversione cioè del decreto «milleproroghe».

Per quanto riguarda gli argomenti sanitari, rispetto al testo approvato a Palazzo Madama è stata eliminata la proroga del Nomenclatore tariffario e la proroga dei dirigenti nominati dall'Agenzia italiana del farmaco il cui contratto scadrà quindi il prossimo 31 ottobre 2014. Sul versante sociale invece non si farà il trasferimento di 35 milioni dal fondo per i lavoratori esodati al finanziamento della social card.

Resta per il settore sanitario lo slittamento della data per definire la nuova remunerazione delle farmacie prima fissata a gennaio 2015 e ora specificata "entro" la stessa data e lo slittamento di 6 mesi, dallo scorso 1 gennaio a giugno 2014, l'obbligo per commercianti e professionisti di accettare anche pagamenti con il bancomat «al fine di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di Pos». Tra i professionisti sono compresi anche i medici. Ma in base al decreto attuativo trasmesso a fine dicembre dal ministero dello Sviluppo Economico alla Banca d'Italia - come spiega la circolare n. 99 della FnomCeO trasmessa agli Ordini il 20 dicembre scorso - con il quale dovrebbero essere disciplinati gli importi minimi, le modalità e i termini di attuazione delle disposizioni sul pagamento delle prestazioni di servizi, anche professionali, attraverso carte di debito, il perimetro di applicazione del decreto attuativo farebbe riferimento ai pagamenti oltre 30 euro e a esercenti per lo svolgimento di prestazioni di servizi, anche professionali (i medici appunto), con ricavi oltre i 200 mila euro.

Prevista infine anche una proroga di 12 mesi per l'armonizzazione dei bilanci (Dlgs 118/2011) nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome e rinviata al 31 ottobre 2014 anche la scadenza degli accreditamenti provvisori di strutture sanitarie, sociosanitarie private e stabilimenti termali.

