

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 5 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE SANITA' Lasciapassare per l'Azienda che gestirà il 118 Il Consiglio regionale dice sì. L'assessore: costa 146 milioni, risparmieremo. L'opposizione: è un bluff

L'Azienda regionale per le emergenze e il 118 nascerà fra sette mesi ma nel frattempo conquista una "esse" che potrebbe essere persino di buon auspicio. Non sarà più solo Areu, diventerà Areus, per volontà del Consiglio regionale. È stato questo il primo battesimo per l'azienda che da maggio le, in piena autonomia, organizzerà e gestirà da Nord a Sud ricoveri d'urgenza, pronto soccorso e ambulanze. Il via libera per ora sulla carta è arrivato nella terza giornata di dibattito sulla riforma volante del sistema sanitario. Il lasciapassare è un passaggio importante: fino a qualche mese fa intorno all'Areu si sono consumate furibonde discussioni nella maggioranza, perché a parte il Partito Democratico nessuno degli alleati del centrosinistra voleva quell'azienda in più destinata a far lievitare, se fosse partita subito, il numero delle Asl da undici a dodici. Alla fine l'armistizio è stato raggiunto con il rinvio del brindisi al giorno in cui – sarà a metà dell'anno prossimo – la Giunta deciderà il numero definitivo delle Aziende sanitarie. Di sicuro sarà ridotto, dalle undici attuali dovrebbe scendere a otto: cinque (ma potrebbero essere quattro) Asl, il Brotzu, i due policlinici di Sassari e Cagliari, più l'Areus, appunto. Sono questi i conti che il centrosinistra ha messo sul tavolo del confronto, per poi dire – con l'assessore alla Sanità Luigi Arru: «La riorganizzazione sarà l'inizio del risparmio». Secondo l'ultimo rendiconto, quello del 2013, il sistema delle emergenze in Sardegna costa 146 milioni in tutto con 61 milioni solo per il 118. Prima Arru e poi il relatore di maggioranza Luigi Ruggeri (Pd) sono stati decisi nel dire: «Con l'Azienda unica aumenteranno i servizi nel territorio e allo stesso tempo proprio grazie alla gestione centralizzata ridurremo i costi». Ricostruzione e auspici respinti dal centrodestra, che ha ripetuto: «È una legge farsa e pasticciata messa su in fretta solo per licenziare i direttori generali (nominati da Cappellacci) e commissariare le Asl». Concetto ribadito da Marco Tedde (Forza Italia), «è un polverone», da Attilio Dedoni (Riformatori), «manca chiarezza», e soprattutto dal capogruppo di Forza Italia, Pietro

Pittalis: «Altro che risparmi. La vostra riorganizzazione costerà ai sardi 11 milioni in più e 600mila li dovremo sborsare solo per mettere in piedi un'azienda di cui non c'era bisogno». La maggioranza è andata comunque per la sua strada: ha approvato l'articolo sull'Areus e respinto gli emendamenti del centrodestra che sollevavano dubbi su quanto dovranno farei futuri commissari. Da novembre in poi spetterà loro indicare alla Giunta quali reparti, quanto personale e quanti mezzi dovranno traslocare nell'Areus. Il centrosinistra ha fatto quadrato anche intorno ad altri due articoli della leggina. Il numero 2, quello che dopo appena sei anni ha soppresso l'Agenzia regionale della sanità, sarà assorbita dalla direzione dell'assessorato, e finora rimasta un'entità astratta nonostante fosse stata costituita per ridurre la spesa senza però mai riuscirci. L'altro articolo sostenuto e approvato dalla maggioranza è stato quello destinato ad «aggregare appalti e costi». Nella prima bozza della leggina, il compito doveva essere affidato alla «Centrale unica acquisti», ma anche su questo punto abbastanza controverso ha prevalso la logica del «mezzo rinvio» per evitare discussioni in maggioranza. Oggi si sa che non ci sarà una Centrale esclusiva per le Asl, anche la sanità dovrà far capo a quella annunciata a fine settembre dall'assessorato agli Enti locali per l'intera «macchina regionale», enti compresi. Comunque – stando ai calcoli dell'assessore alla Sanità – con gli acquisti centralizzati il risparmio dovrebbe essere come minimo del 5 per cento per arrivare al 20 con una buona dose di ottimismo. Comunque sarebbe già buono ridurre anche di solo 5 punti una spesa che quest'anno ha superato già di 230 milioni la soglia dei 3 miliardi. Resta da capire come le imprese locali riusciranno a sopravvivere nelle forniture alle Asl visto che con la Centrale le soglie per partecipare agli appalti saranno più alte, ma l'assessore ha fatto sapere che «la nuova organizzazione favorirà anche l'aggregazione fra le imprese». Oggi il voto sugli altri articoli della leggina, ma il più è fatto.

SASSARI Prestò le cure al paziente, assolto medico del Civile non ci fu omissione in atti d'ufficio

Era finito sotto processo con l'accusa di omissione di atti d'ufficio, ieri il giudice lo ha assolto. Protagonista Giorgio Patta, un ortopedico dell'ospedale Santissima Annunziata. Il pubblico ministero Elisa Loris aveva chiesto il rinvio a giudizio sostenendo che il medico, una notte in cui era di turno nel reparto, non si fosse avvicinato ad assistere un paziente politraumatizzato che poi era finito in Rianimazione. La moglie dell'uomo era stata sentita nell'udienza dello scorso febbraio e aveva ripercorso in quell'occasione i momenti della notte tra il 22 e il 23 luglio 2010, quando il marito era stato ricoverato in seguito a un incidente stradale in moto che risaliva a una settimana prima. L'uomo di 39 anni aveva riportato diverse fratture anche al torace e quella sera si lamentava molto, diceva di non riuscire a respirare. La moglie allora chiamò l'infermiera e richiese l'intervento del medico di guardia, Patta. Ma lui, a detta della donna, non si presentò. L'indomani il paziente fu portato d'urgenza in Rianimazione, proprio per una insufficienza respiratoria, crisi che poi fortunatamente superò. Ma la consorte, che si rivolse subito all'avvocato Marco Costa, andò a sporgere denuncia contro l'ortopedico perché sospettava che se

fosse intervenuto subito le condizioni del marito non sarebbero peggiorate fino a quel punto. L'avvocato difensore di Patta, Giorgio Murino, ha invece sostenuto durante il dibattimento che il medico non solo intervenne nel modo più opportuno ma ancor più furono proprio le sue prescrizioni di analisi ed accertamenti che salvarono la vita al paziente. Tesi evidentemente condivisa anche dal giudice del tribunale di Sassari che ieri mattina lo ha assolto dall'accusa di omissione in atti d'ufficio.

SASSARI L'inquinamento e le malattie respiratorie **Convegno pneumologia Aou**

Si svolgerà venerdì e sabato al Quarté Sayà di Alghero, il convegno nazionale "Inquinamento ambientale e malattie respiratorie" organizzato dalla Unità operativa di Pneumologia dell'Azienda ospedaliero universitaria di Sassari e coordinato dal responsabile scientifico Giorgio Deiola, dirigente medico presso la stessa Uo. Si tratta di un evento scientifico, il primo in Sardegna, concernente una tematica di estrema e drammatica attualità, durante il quale studiosi di fama internazionale affronteranno in maniera esaustiva la problematica delle Malattie respiratorie correlate all'inquinamento ambientale. Inquinamento che rappresenta uno dei più rilevanti problemi a livello planetario. Recentemente l'Oms ha lanciato l'allarme: l'inquinamento atmosferico nel 2012 è stato responsabile per 7 milioni di morti, uno su 8 di tutti i decessi a livello mondiale. I dati epidemiologici sono del resto ormai numerosi e incontestabili: ogni anno nei Paesi industrializzati vengono prodotti e rilasciati nell'atmosfera quantità impressionanti di sostanze inquinanti; in Europa è causa di oltre 350.000 morti premature; il solo inquinamento in ambienti interni (indoor) è responsabile di 1.5-2 milioni di morti all'anno. L'inquinamento è direttamente responsabile o corresponsabile di tutte le più importanti patologie dell'apparato respiratorio, dalla tosse alle infezioni polmonari (bronchiti, polmoniti), alle patologie bronco-ostruttive (asma e Broncopneumopatia cronica ostruttiva), ai tumori polmonari. Le persone più colpite sono solitamente i bambini, gli anziani ed i soggetti affetti da malattie polmonari croniche. Il convegno intende dare un contributo significativo a questo problema sempre più critico

L'UNIONE SARDA

REGIONE SANITA' Un solo 118 in tutta l'Isola Sì al servizio unico. Pittalis: «Più costi». Arru: «Si risparmia»

Non si è ancora capito bene se sarà un risparmio o un costo in più, si scoprirà solo vivendo: in ogni caso il 118 unico si farà. Dopo una guerra di cifre tra maggioranza e opposizione, il Consiglio regionale approva l'articolo che istituisce l'Azienda

regionale dell'emergenza-urgenza della Sardegna (il riferimento all'Isola, che modifica la sigla da Areu ad Areus, è aggiunto in extremis con una sorta di emendamento orale: son soddisfazioni).

Era uno dei cardini della legge sulla sanità voluta dal centrosinistra: una struttura unica per raggruppare l'intero servizio del 118, finora diviso tra le centrali operative di Sassari e Cagliari, e poi i reparti di pronto soccorso, le guardie mediche e i trasporti di pazienti, sangue e organi. Ma per evitare, anche solo per un attimo, di creare la dodicesima azienda sanitaria, l'Areus entrerà concretamente in funzione solo nel momento in cui la Giunta avrà definito la riduzione del numero delle Asl.

Guerra di cifre, si diceva: perché secondo Pietro Pittalis, capogruppo di Forza Italia, solo la nuova azienda comporterà maggiori spese per circa 11,3 milioni. Il suo collega del Pd, Pietro Cocco, primo firmatario del testo all'esame dell'aula, la vede all'opposto: «La nostra proposta mira anzi a contenere i costi. Oggi esistono due centrali operative del 118, ora le unificheremo. L'Areus non è un'altra azienda sanitaria, noi le Asl le ridurremo».

Sui costi la replica è dell'assessore alla Sanità Luigi Arru: «Oggi il sistema dell'emergenza-urgenza costa 146 milioni all'anno. Solo per il 118 sono rendicontate spese per 62 milioni». In mezzo ci sono i costi delle due centrali operative, delle 24 postazioni medicalizzate (che da sole “pesano” per oltre 27 milioni), dei rimborsi alle associazioni di volontariato e cooperative, e così via. L'opposizione si oppone come da contratto, ma senza poter riscrivere il finale. E alla fine il sentimento della minoranza è ben riassunto dall'invettiva del capogruppo dei Riformatori, Attilio Dedoni: «Fate un emendamento di una riga, scrivete che si possono commissariare le Asl, ve lo votiamo anche noi e finiamo con la beffa di questa legge».

I commissariamenti arriveranno comunque, e ne arriverà uno anche all'Agenzia regionale della sanità, per liquidarla entro sei mesi: il Consiglio infatti approva anche la sua soppressione. Il centrosinistra l'aveva concordata nell'ultimo vertice di coalizione, e alla fine i due poli si ritrovano sulla versione proposta dalla minoranza con l'emendamento di Paolo Truzzu (Fratelli d'Italia) e Modesto Fenu (Zona franca). «Quando si tratta di fare una cosa opportuna - commenta Truzzu - è giusto che ci si unisca». Inoltre l'aula dà il via libera alla centrale unica di committenza per appalti e forniture: ma sarà la Giunta a definire i dettagli.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Specializzazioni Medicina. Il test non si ripeterà.

Giannini: “Trovata soluzione, salve le prove”

La Commissione ha vagliato i quesiti proposti ai candidati per l'Area Medica (29 ottobre) e quella dei Servizi Clinici (31 ottobre) stabilendo che, sia per l'una che per l'altra Area, 28 domande su 30 sono comunque valide ai fini della selezione. I settori scientifico-disciplinari di ciascuna Area sono infatti in larga parte comuni.

“Le prove per l’accesso alle Scuole di specializzazione in Medicina del 29 e 31 ottobre non dovranno essere ripetute. Abbiamo trovato una soluzione che ci consente di salvare i test”. Lo annuncia il Ministro dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca Stefania Giannini che ieri ha riunito a Roma la Commissione nazionale incaricata questa estate di validare le domande del quiz.

La Commissione ha vagliato i quesiti proposti ai candidati per l’Area Medica (29 ottobre) e quella dei Servizi Clinici (31 ottobre) stabilendo che, sia per l’una che per l’altra Area, 28 domande su 30 sono comunque valide ai fini della selezione. I settori scientifico-disciplinari di ciascuna Area sono infatti in larga parte comuni.

A seguito di un confronto avuto con l’Avvocatura dello Stato e del verbale della Commissione si è deciso di procedere, dunque, con il ricalcolo del punteggio dei candidati neutralizzando le due domande per Area che sono state considerate non pertinenti dal gruppo di esperti.

“Questa soluzione - spiega Giannini - è il frutto di un approfondimento che ho richiesto da sabato convocando la Commissione nazionale e interpellando l’Avvocatura dello Stato per tutelare gli sforzi personali e anche economici dei candidati e delle loro famiglie a seguito del grave errore materiale commesso dal Cineca”, conclude il Ministro.

Sigm: ["Adesso garanzie immediate per il futuro dei giovani medici aspiranti specializzandi"](#)

Sistema nervoso. Identificato un nuovo meccanismo che controlla la formazione della mielina

Ricercatori del San Raffaele di Milano hanno scoperto un nuovo meccanismo che controlla la mielinizzazione, cioè la formazione della guaina mielinica, e potenzialmente anche il suo mantenimento. Tra le malattie demielinizzanti, la sclerosi multipla e le neuropatie ereditarie congenite del Sistema Nervoso Periferico. Lo studio su Nature Neuroscience*

Uno studio* condotto dai ricercatori dell’IRCSS Ospedale San Raffaele di Milano mette in luce un nuovo meccanismo che regola la formazione e potenzialmente anche il mantenimento della guaina mielinica. La ricerca è appena stata pubblicata su *Nature Neuroscience*.

Il lavoro, condotto dalla Dottoressa **Amelia Trimarco** e coordinato dalla dottoressa **Carla Taveggia**, descrive un nuovo processo di comunicazione tra due componenti: gli assoni, cioè i prolungamenti dei neuroni che consentono la trasmissione degli impulsi nervosi, e le cellule di Schwann, cellule gialli – fondamentali per il sistema nervoso - la cui principale funzione è quella rivestire gli assoni dei neuroni con uno strato di mielina. La mielina è una sorta di ‘guaina’ delle cellule nervose e la formazione della guaina mielinica, cioè la *mielinizzazione*, inizia prima della nascita, durante la vita endouterina, e si conclude nell’infanzia.

“È importante identificare nuovi meccanismi che controllano la formazione della

guaina mielinica, per poter bloccare quelle situazioni patologiche in cui avviene perdita di mielina”, spiega la Dottoressa **Carla Taveggia** della Divisione di Neuroscienze dell’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano. “Alterazioni nel grado di mielinizzazione possono infatti avere conseguenze importanti che vanno dalla perdita di conduzione dell’impulso nervoso, fino alla morte neuronale e portando quindi ad una invalidità permanente”. Tra le malattie demielinizzanti, ci sono la sclerosi multipla e le neuropatie ereditarie congenite del sistema nervoso periferico.

La scoperta odierna riguarda il fatto che la proteina fondamentale che regola la mielinizzazione e che si trova sugli assoni viene tagliata da “forbici biologiche” e, a seguito di uno di questi tagli, viene prodotto un frammento di proteina che induce l’espressione della prostaglandina D2 sintasi, la quale viene rilasciata e agisce sulla cellula di Schwann (tramite il recettore GPR44), per promuovere la formazione e mantenere la mielina nel Sistema Nervoso Periferico (SNP).

“La scoperta che l’attività di queste molecole possa essere modulata con farmaci già in uso in malattie del sistema immunitario, potrebbe fornire nuovi approcci terapeutici che promuovano la rimielinizzazione in pazienti affetti da patologie demielinizzanti”, afferma la dottoressa Carla Taveggia. I ricercatori sottolineano che l’identificazione di questo meccanismo potrebbe aprire potenziali percorsi per nuove terapie contro le malattie demielinizzanti.

In particolare, L-PGDS (prostaglandina D2 sintasi) e GPR44 rappresentano due componenti, precedentemente sconosciuti, di una interazione axo-gliale che **controlla la mielinizzazione del Sistema nervoso periferico e potenzialmente la manutenzione della guaina mielinica**, si legge nello studio.

Lo studio, condotto dalla dottoressa Amelia Trimarco e coordinato dalla dottoressa Carla Taveggia, entrambe della Divisione di Neuroscienze dell’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano, parte del Gruppo Ospedaliero San Donato, è stato sostenuto dal Ministero della Salute, dall’European Marie Curie Reintegration Grant, dall’Agence Nationale pour la Recherche (ANR) e cofinanziato dalla Fondazione dell’Associazione Italiana Sclerosi Multipla.

Viola Rita

* Amelia Trimarco et al., Prostaglandin D2 synthase/GPR44: a signaling axis in PNS myelination, *Nature Neuroscience*, 2014, doi:10.1038/nn.3857

Il manifesto della mobilitazione unitaria dei giovani medici

Nonostante lo sblocco dell'impasse da parte del MIUR, che è intervenuto tardivamente a mettere una pezza sulla terribile vicenda dell'errore di somministrazione delle domande del concorso nazionale da parte del CINECA, si profila un periodo di profonda incertezza per migliaia di giovani medici aspiranti e futuri specializzandi. Di tale stato delle cose il MIUR non è esente da responsabilità, avendo mancato di vigilare al fine di prevenire un errore tanto banale quanto di gravità inaudita.

Inoltre, ha destato profonda perplessità la fretta del MIUR di comunicare a mezzo stampa l'intenzione di annullare parte delle prove di concorso nell'ipotesi di ripeterle a brevissima distanza, senza prima effettuare gli approfondimenti del caso ed acquisire i pareri di rito. Un atteggiamento che è parso più dettato dall'ansia di distinguere le responsabilità del MIUR da quelle del CINECA, piuttosto che tutelare la posizione dei candidati ad un pubblico concorso.

Né sono apparse condivisibili molte delle scelte politiche relative all'organizzazione e gestione del concorso nazionale ed in particolare: l'eccessiva parcellizzazione delle sedi di concorso, la mancata scelta di commissari vigilanti esterni dall'amministrazione ospitante le selezioni, la predisposizione di postazioni non sempre adeguatamente distanziate tra di loro, le comunicazioni tardive delle sedi di concorso e degli orari dello svolgimento delle prove, con indubbio aggravio dei costi a carico degli aspiranti specializzandi.

Siamo consci del fatto che il danno è stato consumato irreparabilmente e che, qualsiasi decisione fosse stata assunta il contenzioso sarebbe stato inevitabile. Circa 11.600 giovani medici, la cui dignità umana e professionale è stata profondamente lesa, pertanto, adesso pretendono di avere certezza del domani e si attendono che le Istituzioni si facciano carico delle loro vicissitudini immediatamente senza se e senza ma.

Per tali ragioni viene indetta la Mobilitazione Unitaria dei giovani medici, consistente in un sit in che si terrà a Roma, in data 5 novembre 2014, a partire dalle ore 10,30, di fronte la sede del MIUR di Viale Trastevere, al fine di avanzare le seguenti richieste:

1) Il MIUR ed il Governo si facciano carico di stanziare nel primo provvedimento di spesa utile le risorse aggiuntive necessarie a sanare le posizioni di TUTTI i medici meritevoli (vincitori sia con che senza le domande annullate dell'area medica e dell'area dei servizi clinici), al pari di quanto già avvenuto in occasione della vicenda del "bonus maturità", nonché di TUTTI i danneggiati, ovvero le migliaia di candidati vittime dei danni conseguenti ai disservizi connessi alla non ottimale gestione del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione. Tutto ciò sempre nel rispetto delle capacità formative delle scuole di specializzazione. A tal fine si richiede che vengano rese pubbliche: a) le domande annullate; b) la graduatoria a 28 domande e quella a 30 domande tanto per l'area medica che per l'area dei servizi clinici; c) i punteggi medi conseguiti dai candidati per aula; d) i punteggi conseguiti dai singoli

candidati.

2) Il MIUR garantisca l'applicazione della riorganizzazione delle classi, delle tipologie e della durata dei corsi di formazione specialistica, come previsto dalla Legge 128 dell'8 novembre 2013, il che permetterebbe di reperire risorse aggiuntive per ulteriori contratti di formazione specialistica.

3) Venga preservato l'impianto del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina e si diano garanzie affinché in futuro le selezioni vengano organizzate in maniera inattaccabile (poche sedi ed idonee ad ospitare un grande numero di candidati, postazioni distanziate adeguatamente, commissari vigilanti esterni, idonei dispositivi informatici, ispirandosi agli ormai consolidati modelli Europei, ecc.). Si ricorda per inciso che il concorso nazionale ha rappresentato la leva principale per il conseguimento dell'obiettivo del ripristino a 5000 unità contrattuali del capitolo di spesa della formazione medica specialistica.

4) Meritocrazia, trasparenza e non discrezionalità vengano affermati sia nella valutazione che nelle selezioni in medicina, dall'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia a quello alle scuole di specializzazione ovvero ai corsi di formazione specifica di medicina generale.

5) Si preservi l'accesso programmato e si garantisca una adeguata programmazione e pianificazione dei fabbisogni delle professionalità mediche, adeguando gli accessi a medicina a partire dal prossimo anno accademico in relazione alle esigenze del SSN ed alla capacità formative post lauream.

6) Si tuteli il diritto ad un'adeguata formazione post lauream dei medici. A tal fine, si coinvolgano i diretti portatori di interesse nei tavoli politici e tecnici nei quali vengono determinate le scelte che investono il futuro dei giovani medici, a cominciare dal tavolo istituito ai sensi dell'Art. 22 del Patto sulla Salute. Inoltre, si eviti di strumentalizzare il disagio di migliaia di giovani medici per lotte di potere finalizzate al contendersi le competenze formative post lauream di medicina o per altri interessi di parte.

7) Immediata calendarizzazione del prossimo concorso di accesso alle scuole di specializzazione in area sanitaria con immediato reperimento dei fondi necessari a garantire la dotazione di almeno 5000 contratti di formazione specialistica.

La qualità della vita di circa 11600 medici, di 11600 persone, allorché legata alle sorti dell'espletamento di un concorso pubblico, per di più intervenuto con molti mesi di ritardo rispetto alle scadenze di legge, non può non essere considerata una priorità dalle Istituzioni, al pari della riforma del sistema scolastico o dei concorsi per i ruoli universitari. Che il Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca assuma pubblico e formale impegno per concretizzare, entro scadenze certe e celeri, le richieste del presente Manifesto oppure ne tragga le conseguenze e rassegni immediate dimissioni.

**Svolta nella diagnosi prenatale: super amniocentesi
stana l'80% delle malattie**

Una super amniocentesi in grado di stanare oltre 12mila mutazioni di quasi 300 geni, ovvero l'80% delle patologie che potrebbero affliggere il bambino, dalla fibrosi cistica alle talassemie, dalle displasie scheletriche a malattie neurologiche come la sindrome di Rett, fino ad alcune forme di autismo. Allargando a dismisura lo spettro di informazioni a disposizioni delle coppie in attesa di un figlio, che finora potevano conoscere in fase prenatale appena il 7% delle malattie. Si chiama Ngpd, Next Generation Prenatal Diagnosis, la nuova metodica sviluppata da un gruppo di ricercatori italiani della Sidip, l'Italian College of fetal maternal medicine, e oggi disponibile presso cinque centri a Roma, Milano, Bari, Catania e Umbertide (Perugia). Il costo è intorno ai 1.500 euro, a carico della paziente. Che in pochi giorni può ricevere la mappatura del genoma del feto, filtrata secondo criteri di targetizzazione prefissati («etici», dicono i medici coinvolti) e avere una consulenza del genetista per capire il responso e operare una scelta consapevole. Una rivoluzione nella diagnosi prenatale.

Come è nata la Ngpd. La nuova tecnica, presentata oggi a Roma e descritta sul Journal of prenatal medicine, prende le mosse dagli enormi progressi compiuti dalla genomica negli ultimi anni e applica al feto il sequenziamento rapido del Dna finora utilizzato negli adulti. Primo firmatario dell'indagine, il ginecologo Claudio Giorlandino, che parla di «scoperta rivoluzionaria» e la spiega così: «Usando una metafora, è come se finora fosse possibile studiare un grattacielo soltanto contando il numero dei piani, laddove i piani sono i cromosomi, mentre ora possiamo controllarne ogni singolo mattone». Il risultato è che con l'amniocentesi o la villocentesi tradizionale è possibile escludere con certezza soltanto le anomalie cromosomiche come la sindrome di Down (che però riguarda appena lo 0,15% dei nati e viene rilevata nell'1,5% delle amniocentesi), mentre con la Ngpd «riusciamo a individuare anche le più gravi patologie genetiche», dice Giorlandino. Precisando: «Le malattie genetiche sono rare ma i malati sono tanti: su cento nati, a un anno quasi otto manifestano anomalie. In Italia tre milioni di persone sono portatrici di una malattia genetica».

Le malattie diagnosticabili. Le possibilità offerte dal sequenziamento del genoma sono teoricamente infinite. «Ma il rischio - riconosce Giorlandino - è che vogliamo sapere troppo. Abbiamo allora introdotto precisi criteri per restringere il campo delle malattie diagnosticabili, sviluppando un software di targetizzazione dei disordini genetici fetali». Una selezione anche «etica», perché «sarebbe inaccettabile indagare su condizioni che non rilevano sul piano della salute ma anche inutile, perché bisogna che ci si concentri solo sullo studio delle patologie più concrete che possono determinare una problematica vera e propria per il nascituro». Di qui la scelta - spiega il biologo Alvaro Mesoraca, che lavora nel centro romano privato di cui Giorlandino è direttore sanitario, «di rilevare mutazioni genetiche responsabili di malattie note che abbiano un'incidenza fino a un caso ogni 20mila nati». Una volta effettuato l'esame e informata la coppia, il file con tutte le informazioni viene distrutto per evitare, spiega Giorlandino, «un utilizzo non etico di questi dati sensibili».

Rischio di abortività crollato allo 0,1%. Certamente a monte deve esserci la scelta di sottoporsi al prelievo del liquido amniotico tramite villocentesi all'11esima

settimana di gravidanza o tramite amniocentesi tra la 16esima e la 18esima. Scelta che molte donne rifiutano di fare, spesso anche per paura di perdere il bambino. Ma il ginecologo Pietro Cignini, esperto di diagnosi prenatale, chiarisce: «Il rischio di abortività dell'1% è obsoleto e anacronistico: si riferiva a 30 anni fa, quando non c'era il supporto ecografico, quando gli aghi erano molto più spessi e quando l'esperienza degli operatori era esigua. Oggi gli ultimi studi randomizzati dimostrano che le percentuali di rischio sono di gran lunga inferiori: 0,1% per l'amniocentesi e 0,2% per la villocentesi. Di fatto non c'è una differenza statisticamente significativa con il rischio di abortività che si corre senza sottoporsi ad alcun esame».

«**Nessuna deriva eugenetica**». La Ngpd apre scenari totalmente inediti che faranno discutere. «Non si punta assolutamente al "bambino perfetto"», afferma però Paolo Scollo, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). «Il nostro dovere di ginecologi è quello di fornire alle donne e alle coppie più informazioni possibili». Perché c'è un risvolto medico-legale di cui non si può non tenere conto: le sempre più numerose sentenze (tre in particolare della Cassazione civile: n. 2354/2010, n. 16754/2012 e 27528/2013) che individuano come cruciale il ruolo dell'informazione completa e aggiornata alla coppia per non ledere il diritto all'autodeterminazione e consentire scelte consapevoli. Imponendo ai ginecologi di informare correttamente sulle tecniche di diagnosi prenatale esistenti e persino su eventuali carenze di quelle utilizzate. Resta poi ai futuri genitori la decisione finale, che sicuramente si fa sempre più informata. Ma anche più difficile, perché corre sul crinale sottile e ambiguo della differenza tra "bambino perfetto" e "bambino sano".

DOCTOR 33.IT

Tromboembolismo venoso: la dalteparina è più efficace e meno costosa

La prevenzione del tromboembolismo venoso nei pazienti critici con dalteparina, una variante a basso peso molecolare, è più efficace e ha costi inferiori rispetto all'eparina non frazionata, secondo studio pubblicato su Jama in concomitanza alla sua presentazione al Critical care Canada forum in corso a Toronto dal 29 ottobre al primo novembre. «Il tromboembolismo venoso è una complicanza comune delle malattie acute, e la sua prevenzione è un aspetto consueto della terapia in un ricovero ospedaliero» dice Robert Fowler del Sunnybrook health sciences centre all'università di Toronto, primo firmatario dell'articolo, ricordando che un recente studio randomizzato, il Protect - Prophylaxis for thromboembolism in critical care randomized trial - ha confrontato l'efficacia delle strategie preventive più comuni, ovvero l'eparina non frazionata e quella a basso peso molecolare. «Dal trial non emergono differenze nella frequenza di tromboembolismo venoso, ma si osserva un

tasso ridotto di embolia polmonare e trombocitopenia indotta nei pazienti critici curati con dalteparina» riprende l'autore, precisando che il costo di acquisto è maggiore per l'eparina a basso peso molecolare rispetto all'eparina non frazionata. «Tuttavia, se l'effetto benefico fosse significativo, varrebbe la pena di pagare di più» afferma il ricercatore, che assieme ai colleghi del Canadian critical care trials group e dell'Australia and New Zealand intensive care society clinical trials group ha messo a confronto l'efficacia e il costo dei due trattamenti preventivi nei pazienti critici. «L'obiettivo era parte della valutazione economica dello studio Protect, svoltosi da maggio 2006 a giugno 2010 su oltre duemila pazienti reclutati da 23 centri in 5 paesi» chiarisce Fowler. E dai dati emerge che i costi di ricovero per ogni paziente curato con eparina non frazionata erano 40.805 dollari, poco superiori ai 39.508 del gruppo trattato con dalteparina. «Quest'ultima è stata la strategia più efficace e meno costosa per evitare tutti gli eventi trombotici, embolia polmonare, trombosi venosa profonda, sanguinamento maggiore e trombocitopenia indotta da eparina, dato il suo costo inferiore combinato agli effetti migliori» puntualizza l'autore dell'articolo, osservando che questi risultati sono importanti per la cura dei pazienti in condizioni critiche in quanto forniscono una logica di minimizzazione dei costi che integra l'efficacia clinica dimostrata con Protect. «Per dirla in numeri, se una unità di terapia intensiva con mille ricoveri medico-chirurgici all'anno utilizzasse un'eparina non frazionata invece di una a basso peso molecolare per prevenire il tromboembolismo venoso, il costo supplementare annuo potrebbe essere tra uno e 1,5 milioni dollari con risultati clinici simili o peggiori» conclude il ricercatore.

JAMA. Published online November 01, 2014. doi:10.1001/jama.2014.15101

Pubblicate le nuove linee guida sull'idrocefalo pediatrico

Il Journal of neurosurgery: pediatrics ha pubblicato le linee guida scritte da una task force di neurochirurghi pediatrici, sull'idrocefalo nei bambini, che offrono una panoramica diagnostica e una valutazione approfondita delle attuali terapie. L'idrocefalo, che colpisce uno su 500 nati vivi, è una condizione in cui vi è una quantità eccessiva di liquido cerebrospinale nei ventricoli cerebrali, dovuta a uno squilibrio tra produzione e assorbimento. Le cause sono numerose, congenite o acquisite, e il disturbo viene definito comunicante quando il liquido cerebrospinale passa da un ventricolo all'altro e non comunicante quando il flusso è invece bloccato. «L'idrocefalo pediatrico è la condizione neurologica chirurgicamente correggibile più comune in neonati, bambini e adolescenti» affermano gli esperti, sottolineando che, se non corretto, l'accumulo di liquido cerebrospinale può esercitare una pressione sulle strutture cerebrali, causando al paziente deficit cognitivi, visivi, motori, convulsioni e addirittura la morte. Secondo gli autori gli attuali metodi di trattamento sono insufficienti, e non vi è accordo su quale sia il migliore. Così la task force ha deciso di svolgere una valutazione completa delle varie terapie in uso, proponendola ai lettori. Con il patrocinio dell'Aans, Pediatric section of the american association of neurological surgeons, e del Cns, Congress of neurological surgeons, gli autori hanno

analizzato in modo sistematico gli studi pubblicati dal 1966 al 2012 sulla gestione dell'idrocefalo pediatrico, sulle complicanze correlate e sulle strategie per evitarle o affrontarle, strutturando le loro raccomandazioni in chiare tabelle riassuntive. E **Ann Marie Flannery**, tra gli autori della ricerca, commenta: «Come di consueto, le raccomandazioni con un maggiore livello di certezza sono definite di livello I, mentre quelle di livello II riflettono un grado minore di attendibilità clinica e quelle di grado III denotano incertezza supportata da prove non conclusive o contraddittorie». E conclude: «La task force è stata molto attenta alla qualità degli studi esaminati e ha la certezza che quanto pubblicato è basato sulla migliore evidenza disponibile».

JNS: Pediatrics Special Supplements. 2014; Vol. 14 (Suppl): 1-2. doi: 10.3171/2014.8.PEDS14426

Endocrinologi, appello per trasparenza studi clinici

"Fare sì che i pazienti possano diventare partner autorevoli di ricercatori, corpo accademico, legislatori, industria". E' lo scopo del progetto europeo Eupati, a cui sarà dedicata un'intera sessione del Congresso Nazionale dell'Ame, l'Associazione Nazionale Endocrinologi, a Roma dal 6 al 9 novembre. "E' un modo per dare voce al paziente in Europa", spiega Dominique Van Doorne, endocrinologa responsabile di Eupati in seno all'Ame, secondo cui "il paziente deve essere maggiormente coinvolto nella ricerca e sviluppo dei farmaci, nella formulazione del consenso informato, nei comitati etici dei centri ricerca". Per fare questo è però necessario formare i pazienti. "Il progetto prevede di formarne un primo gruppo di 100 - aggiunge Van Doorne - che a loro volta ne formeranno 12 mila, per avere alla fine 100mila pazienti formati in tutta Europa, in grado di comprendere bene i vari step della ricerca e collaborare coi ricercatori aderendo meglio alle terapie. Saranno certo cittadini più sensibili verso l'attività dei legislatori in tema di salute e verso l'attività dell'industria farmaceutica". Un paziente così consapevole, secondo l'endocrinologa, sarebbe certamente favorevole alla Campagna mondiale 'All Trials', che fra l'altro vede schierata l'Ame, e chiede ai governi e alle autorità regolatorie di tutto il mondo che "pazienti, ricercatori, farmacisti, medici, autorità di regolamentazione e chiunque lo desideri, possano beneficiare della pubblicazione di tutti i dati e i risultati degli studi clinici", cosa che oggi non avviene perché le case farmaceutiche vi si oppongono. La petizione, per iniziativa di Bad Science, BMJ, Centre for Evidence-based Medicine, Cochrane Collaboration, e altre organizzazioni è su Internet, e verrà esaminata entro il 15 novembre dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' stata firmata da oltre 81 mila persone e da 521 organizzazioni.

DIRITTO SANITARIO Obbligo per le Asl di rivolgersi alla Consip

Confermata dal Consiglio di stato la sentenza Tar Marche che aveva

sostenuto l'obbligo di acquisto dei beni e delle categorie merceologiche presenti nel catalogo Consip anche per le Aziende sSanitarie. Ne consegue la correttezza dell'operato dell'Amministrazione che, recedendo sostanzialmente dalla procedura di cui all'art. 125 del D.Lgs. n. 163 del 2006 iniziata con la pubblicazione dell'avviso, si è indotta, ancora nella fase della valutazione delle offerte, a rivolgersi alla piattaforma Consip e agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip per il tramite, nella fattispecie, del Mepa, recependo un servizio ivi presente e giudicato non identico ma sostanzialmente affine ed equivalente a quello oggetto dell'avviso e comunque conforme alle proprie esigenze. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584