

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
7 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

Sanità, prove di distacco da Olbia Alta Gallura e Anglona chiedono alla Regione un nuovo distretto

L'Unione dei comuni Alta Gallura e l'Unione dei comuni dell'Anglona e della Bassa Valle del Coghinas si incontreranno nelle prossime settimane, alternativamente nelle rispettive sedi di Tempio e Perfugas, per chiedere ufficialmente all'assessorato regionale alla Sanità la creazione di un nuovo distretto sanitario. Più omogeneo territorialmente e più rispondente alle esigenze dei cittadini che per convenienza economica, per comodità per tradizione, per fiducia hanno da sempre scelto come loro punto di riferimento sanitario il Paolo Dettori di Tempio. Questa volontà è emersa lunedì pomeriggio nel corso di un dibattito televisivo, cui hanno partecipato Giomartino Loddo, sindaco di Calangianus e mentore, da anni, dell'iniziativa, Romeo Frediani, sindaco di Tempio e presidente dell'Unione dei comuni Alta Gallura, Marisa Careddu, sindaco di Luras, Mario Satta, sindaco di Perfugas ed Irene Spezzigu, assessore del comune di Viddalba. Erano presenti anche Sandro Grussu e Giorgio Chiarelli, entrambi medici ospedalieri nell'unità operativa di Nefrologia e Dialisi del Paolo Dettori, segretario provinciale del sindacato Cimo il primo, sindacalista della Cgil il secondo. «La richiesta di creare un nuovo distretto - ha spiegato Giomartino Loddo, medico, che nell'Unione dei comuni Alta Gallura ha l'incarico specifico di curare gli aspetti legati alla Sanità - nasce dalla necessità inderogabile che sia il territorio a dover scegliere il nuovo modello sanitario che la legge Balduzzi impone. Modelli che non possono essere altri a costruire basandosi più sulla dura legge dei numeri che sulle reali necessità dei nostri amministrati». Detta fuori dalle righe, occorre cioè che i due territori, peraltro sempre uniti da fortissimi vincoli si uniscano per contare anche dal punto di vista numerico e salvaguardare in questo modo servizi che, diversamente, con la legge Balduzzi, sempre per la dura legge dei numeri, verrebbero spalmati in maniera diversa sul territorio. La volontà unanime dei presenti sulla proposta di un nuovo distretto sanitario passerà ora al vaglio delle due Unioni dei comuni e dei rispettivo consigli comunali. Prima del 30 giugno occorrerà decidere.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Epatite C. Lorenzin: "Nuovi farmaci per tutti, nessuna selezione dei pazienti". Presto un Piano nazionale per eradicare la malattia

A dirlo oggi la ministra in occasione della visita agli stabilimenti dell'azienda

biofarmaceutica AbbVie in provincia di Latina. "Non posso accettare che i farmaci proprio perché costosi siano dati seguendo criteri selettivi come succede in altri paesi". Anche per questo trattative serrate sui prezzi con le aziende. Ribadita necessità di riformare Aifa.

Innovazione, sostenibilità e territorio. Sotto questo slogan che sembra un programma di governo l'azienda biofarmaceutica Abbvie, sita a Campoverde (Lt), ha organizzato un incontro con la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** per celebrare l'operativo di Abbvie nel campo della produzione e dell'innovazione farmaceutica. Presenti all'incontro, oltre alla ministra, anche l'Amministratore delegato di AbbVie, **Fabrizio Greco**, e il responsabile dello stabilimento, **Francesco Tatangelo**.

Una Lorenzin a tutto tondo che ha parlato di Patto per la Salute dicendo che dopo "le elezioni europee ci sarà la stretta finale" mentre "adesso stanno lavorando le direzioni generali e le regioni"; di epatite C per annunciare che il ministero "sta per lanciare un piano nazionale per l'eradicazione" della malattia; della necessità "di una riforma dell'Aifa"; di una pianificazione nuova del Ssn; e di Stamina affermando che il "Cnr farà da segreteria scientifica e coordinamento per il nuovo Comitato Stamina".

Piano nazionale per eradicare Epatite C

Nello stabilimento AbbVie, visitato dalla responsabile della Salute, si produce uno dei tre farmaci, gli altri due sono prodotti in Irlanda, che fanno parte delle nuove terapie dell'epatite C ma ancora in corso di registrazione. Essendo i nuovi farmaci per la cura dell'epatite C molto costosi, Lorenzin ha annunciato che il ministero della Salute sta "per lanciare un piano nazionale per l'eradicazione dell'epatite C basato sui farmaci innovativi che permettono la completa guarigione dei pazienti".

"Dobbiamo far comprendere ai cittadini che stanno arrivando farmaci che salvano vita delle persone con grande impatto anche umano - ha spiegato Lorenzin - che però sono decisamente costosi". Io, ha aggiunto la ministra "non posso accettare che i farmaci proprio perché costosi siano dati seguendo criteri selettivi come succede in altri paesi. Noi abbiamo una cultura che non dobbiamo perdere, che pone al centro l'uomo, e non posso accettare il fatto che i farmaci vengano dati con politiche selettive, solo ad alcuni malati. Il criterio di sussidiarietà resta fondamentale". Per questo Lorenzin tratterà "sul prezzo con le aziende". A questo ragionamento Lorenzin ha legato la necessità di una riforma dell'Aifa che "così com'è strutturata non riesce a dare l'autorizzazione per l'immissione in commercio di un farmaco in tempi brevi".

Patto per la Salute concluso dopo le elezioni

Il Patto per la Salute "sarà chiuso dopo le elezioni". "In questo momento - ha spiegato Lorenzin a margine dell'incontro - i direttori generali del ministero stanno lavorando insieme alla Conferenza Stato Regioni e dopo la campagna elettorale ci riuniremo per chiudere". La ministra ha detto che di aver voluto tenere il Patto fuori delle elezioni, per non farsene una "medaglia da attaccare al petto, altrimenti i lavori sarebbero già conclusi, perché saranno necessarie delle scelte che non possono essere popolari da subito".

Questo Patto non sarà una dichiarazione di intenti all'interno ci sarà "riprogrammazione sanitaria, nuovi modelli, nuove best practice, l'accesso ai dati e un sistema di gestione reale che entra dentro le singole aziende. Ho voluto che ci fossero degli impegni più stringenti per le Regioni legati anche a delle clausole di salvaguardia". In particolare Lorenzin si è

lamentata del fatto che non c'è “una rete digitalizzata in cui mettere tutti i dati delle Regioni, delle farmacie, dei medici di medicina generale. Questo permetterebbe la tracciabilità della spesa sanitaria, che ci potrebbe dare sette miliardi di euro di risparmi”.

Ruolo del ministero, necessaria pianificazione

“Dal 2001 il ministero della Salute è stato distrutto ed è stato sbagliato pensare che la politica sanitaria possa essere fatta dalle Regioni. Quando il ministero è stato reinsediato è stata tolta la gestione economica affidata alla Ragioneria dello Stato che fa i conti e non pianifica. Quello che serve è una pianificazione ed è necessario intervenire ora mettendo nuovi tasselli e ridisegnando dalla Costituzione la sostenibilità del nostro sistema”.

Rendere l'Europa più competitiva

In previsione del prossimo semestre europeo a guida italiana, Lorenzin ha detto a chiare lettere che l'Europa deve diventare più attrattiva sotto il profilo degli investimenti. L'obiettivo “è rendere la Ue competitiva rispetto a resto del mondo. Servono garanzie per favorire investimenti e mantenere sui nostri territori multinazionali e anche medie e piccole aziende. Oggi l'Europa è vista dai grandi investitori come un market a cui vendere i prodotti ma per me deve diventare anche un fattore di produzione con un alto livello di qualità. Per questo – ha detto ancora Lorenzin facendo riferimento anche al sistema Italia – c'è la necessità di rendere i sistemi regolatori più efficienti, con poche regole, anche più stringenti, ma assolutamente certe”.

Cnr sarà segreteria scientifica del comitato Stamina

“Il Consiglio nazionale delle ricerche – ha concluso Lorenzin – farà da segreteria scientifica e coordinamento per il nuovo Comitato Stamina. Il Cnr ha già accettato la proposta e ora si attende che fornisca i nomi degli esperti”. La ministra ha ricordato “che i ritardi per l'avvio dei lavori del nuovo Comitato sono legati soprattutto alle difficoltà dei paletti posti dalla sentenza del Tar che aveva bocciato il primo gruppo di esperti incaricati di valutare la sperimentazione del metodo Stamina”.

“AbbVie – ha spiegato l'amministratore delegato **Fabrizio Greco** – è una società basata sulla ricerca biofarmaceutica. L'Azienda conta circa 25.000 dipendenti in tutto il mondo, è presente con 7 centri di ricerca e 12 stabilimenti di produzione e distribuisce i suoi farmaci in 170 Paesi. In Italia è presente dal 1949. Nella sede di Campoverde di Aprilia lavorano oltre 1.200 dipendenti, circa 40 milioni di euro di investimenti negli ultimi 5 anni e prodotti esportati in più di 60 Paesi. Lo stabilimento di Campoverde è l'unico sito produttivo di AbbVie in Italia e comprende un impianto dedicato alla produzione di specialità farmaceutiche e due impianti per la sintesi chimica di principi attivi. Le attività di produzione sono caratterizzate da elevatissimi standard di qualità e il raggiungimento dell'eccellenza operativa è parte integrante della strategia aziendale orientata a coniugare l'approccio innovativo con le competenze tecniche consolidate”.

“AbbVie – ha detto ancora l'Ad Greco – si focalizza sullo sviluppo di farmaci in grado di fornire un beneficio per il paziente e apportare un valore aggiunto, rispondendo alle esigenze di cura in numerose aree terapeutiche: Immunologia, Virologia, Anestesia, Neonatologia, Nefrologia, Neurologia. La R&S di AbbVie è impegnata su aree terapeutiche aventi bisogni medici non ancora soddisfatti: Epatite C, Immunologia, Neuroscienze (Sclerosi Multipla, Parkinson, Schizofrenia e Alzheimer), Oncologia”. Per questo nel 2013 AbbVie ha investito 2,5 miliardi di dollari in Ricerca & Sviluppo. “Tra i diversi ambiti di

ricerca, occupa un ruolo centrale la ricerca per l'Epatite C".

Di sostenibilità ambientale e sviluppo del territorio ha parlato invece il responsabile dello stabilimento AbbVie di Campoverde, **Francesco Tatangelo**. "Il sito è una realtà profondamente radicata nel territorio e la presenza dello stabilimento costituisce un importante contributo all'occupazione nell'area. Per questo negli ultimi 5 anni l'investimento è stato di circa 40 milioni di euro". Investimento destinato anche alla "continua ricerca di soluzioni per ridurre la sua impronta ambientale", tema a cui l'azienda è particolarmente attenta. "Infatti, nonostante ci sia da registrare un incremento dei volumi di produzione, dal 2005 ad oggi invece è diminuito del 46% il consumo dell'acqua di falda e la percentuale di rifiuti inviati a recupero è aumentata negli anni fino a raggiungere il 95% del totale. Il 100% dei solventi, utilizzati in grandi quantità nell'impianto chimico, è inoltre sottoposto ad attività di recupero. Infine, grazie all'aumento dell'efficienza e all'uso di fonti rinnovabili, i consumi energetici si sono ridotti del 20% negli ultimi 3 anni".

Mal di testa. Congresso a Filadelfia. "Neurostimolatore è efficace nel 56% dei casi": ecco lo studio italiano

I microimpulsi elettrici dello stimolatore bloccherebbero in 6 secondi il glutammato, responsabile dell'eccitazione neuronale, spiega Michael L. Oshinsky. In quasi 6 casi su 10 riesce a "stroncare il dolore sul nascere": è quanto afferma uno studio scientifico, presentato durante il 66° congresso annuale dell'American Academy of Neurology dai neurologi del Besta di Milano e dell'Università di Torino

Un neurostimolatore contro il mal di testa, da appoggiare sul collo ai primi accenni di un attacco emicranico, è in grado, nella maggioranza dei casi presi in considerazione, di stroncare il dolore sul nascere. Il tutto mediante un meccanismo che blocca il glutammato, un neurotrasmettitore responsabile dell'eccitazione elettrica dei neuroni. Ad affermarlo, sono i neurologi dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano (Licia Grazi) e dell'Università degli Studi di Torino (Innocenzo Rainero), che hanno appena presentato i risultati del loro studio, durante il 66° Congresso annuale dell'American Academy of Neurology, a Filadelfia. Questo congresso, appena concluso, ha visto la partecipazione di oltre 10 mila neurologi provenienti da tutto il mondo.

La ricerca italiana è stata condotta su ricerca su un gruppo di pazienti emicranici di età compresa fra 18 e 65 anni, ai quali è stato applicato uno stimolatore vagale esterno. Da poco inserito anche nel Registro RDM del nostro Ministero della Salute, questo stimolatore (gammacore), deve essere poggiato sul collo alle prime avvisaglie di un attacco ed invia stimoli di 90 secondi che agiscono sul nervo vago che qui decorre, spiegano gli esperti, che sottolineano che nello studio messo in atto "nel giro di mezz'ora il dolore è completamente scomparso in oltre la metà dei 96 attacchi trattati (56%) e solo nell'11,5% si è verificata una riduzione moderata".

A spiegare il meccanismo di azione del neurostimolatore, studiato dai ricercatori italiani (e americani, inglesi ed altri prima di loro), è **Michael L. Oshinsky** del Thomas Jefferson University, in uno studio appena uscito su *Pain* (titolo *Noninvasive vagus nerve stimulation as treatment for trigeminal allodynia*): "i microimpulsi elettrici del Gammacore bloccherebbero in 6 secondi il glutammato, il più noto dei cosiddetti amminoacidi eccitatori, cioè i neurotrasmettitori che danno il via alla cosiddetta spreading depression, che è la prima

fase dell'attacco emicranico durante la quale si verifica una progressiva e circoscritta riduzione dell'attività elettrica dei neuroni e della circolazione sanguigna cerebrale".

“Finora ciò era ottenibile con un vecchio farmaco usato nell'epilessia, altra malattia in cui si verifica un aumento del glutammato anche se in misura ben maggiore: si tratta del valproato, usato a dosaggi adeguati all'emicrania per la prima volta nell'88 e nella cefalea a grappolo nell'89”, affermano gli esperti. “Ora lo stesso risultato senza gli effetti collaterali che un farmaco inevitabilmente si porta dietro aggiunge valore a quanto ottenuto dai ricercatori italiani i cui risultati sono sovrapponibili a quelli ottenuti dal pioniere mondiale di questo trattamento, il Professor **Peter Goadsby** dell'Università della California di San Francisco e dell'University College di Londra, un'autorità indiscussa nel campo delle cefalee”.

Anestesia. Studiare gli effetti sui pesci per migliorare anche quelli sull'uomo

*Per promuovere studi clinici e ricerche scientifiche di interesse comune all'anestesia umana e a quella veterinaria è nato all'interno della Siaarti un nuovo gruppo di studio. Ne parla in questa intervista **Giancarlo Vesce**, coordinatore del gruppo.*

Studi sugli effetti degli anestetici nei pesci potrebbero aprire la strada a nuove osservazioni sull'anestesia umana. Per questo la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti) ha deciso di istituire un nuovo gruppo di lavoro con il compito proprio di promuovere studi clinici e ricerche scientifiche di interesse comune all'anestesia umana e a quella veterinaria.

“**L'obiettivo** è di contribuire alla comprensione del fenomeno dell'anestesia e al progresso clinico e scientifico dell'anestesiologia dell'uomo e degli animali”, spiega in questa intervista **Giancarlo Vesce**, ordinario di anestesiologia veterinaria presso l'Università Federico II di Napoli.

“Sebbene ambizioso – prosegue -, tale obiettivo trova supporto nel movimento culturale One Health che riunisce medici, veterinari e ogni altra branca sanitaria, con le rispettive organizzazioni professionali quali l'American Medical Association (AMA), l'American Veterinary Medical Association (AVMA) e tante altre istituzioni internazionali, promuovendo la collaborazione interdisciplinare e la comunicazione in tutti i campi della salute umana, degli animali e dell'ambiente. One Health intende accelerare la ricerca e implementare la formazione biomedica per favorire nuove scoperte nelle scienze della salute. In tale ambito l'anestesia costituisce una miniera di conoscenze, oggi ancora separate per specie, soprattutto sul funzionamento del cervello. Gli anestesisti inoltre, sono professionisti appassionati del fenomeno che governano, dotati di un elevatissimo standard etico mirato alla cura del dolore ed al benessere dei propri pazienti umani o animali. Abbiamo già vinto le prime sfide organizzative grazie alla ricettività del gruppo dirigente della SIAARTI che ha prontamente condiviso i suddetti principi, favorendo la creazione di un Gruppo di studio (GdS) al suo interno. Nascere in seno alla SIAARTI è una garanzia di impegno scientifico e di efficienza formativa senza i quali ci potrebbero volere anni per promuovere i principi di One Health nel campo dell'anestesiologia. Sebbene in fase di organizzazione, il GdS si muove velocemente verso il primo evento divulgativo promosso

dalla SIAARTI per il suo 68° congresso di Venezia (22 – 25 ottobre 2014). In tale contesto due medici e due veterinari confronteranno le esperienze sui rispettivi pazienti in un' articolata tavola rotonda sulla Dexmedetomidina, una molecola emergente per l'uomo, ma molto "popolare" in veterinaria. Sulla sponda degli animali invece, non esiste ancora una società Italiana di anestesia veterinaria, disciplina ancora affiliata alla Società Italiana di Chirurgia. Si prevede però che molti dei componenti veterinari del GdS si riuniranno a Pisa in occasione del coevo 68° congresso della Società Italiana delle Scienze Veterinarie (SISVet), col proposito di individuare le priorità dei topics sui quali dar vita ai primi gruppi di lavoro".

Il GdS in Anestesia degli Animali, che conta oggi 26 medici veterinari e una decina di medici umani, intende trasferire le reciproche conoscenze del fenomeno anestesia tra le due classi di professionisti per identificare e studiare i punti critici dell'anestesia dell'uomo e degli animali. "I prossimi passi – spiega Vesce - mirano ad allargare tale confronto all'ESA (European Society of Anaesthesiology), all'AVA (Association of Veterinary Anaesthetists) all'ASA (American Society of Anesthesiologists), e ad ogni altra organizzazione di anestesisti dell'uomo e degli animali che scelga di applicare i principi di One Health alla professione dell'anestesia".

Ma quali sono le peculiarità dell'anestesia veterinaria e quali affinità con quella umana? "L'anestesia – spiega l'esperto -, come il sonno ed il coma, è uno straordinario fenomeno biologico del tutto inspiegato, che si verifica con i medesimi canoni nell'uomo e negli animali, ma può manifestarsi con caratteristiche distintive di ciascuna specie. L'anestesia veterinaria applica le medesime conoscenze dell'anestesia dell'uomo in individui di classi, ordini, famiglie, generi, specie e razze diverse, determinando con certezza la perdita reversibile della coscienza, l'analgesia ed il rilasciamento muscolare. Ciò può sembrare impraticabile se si pensa alla straordinaria vastità del mondo animale e alle enormi differenze fisiologiche esistenti tra classi animali, tuttavia il fenomeno si verifica sempre esattamente nello stesso modo dell'uomo, articolandosi in quattro stadi, proprio come il sonno ed il coma, anch'essi uguali in tutti gli animali. Le differenze di ordine neurologico, respiratorio, cardiocircolatorio, metabolico ecc. tra classi animali, impongono l'adozione di metodi di somministrazione diversi ma, straordinariamente, tutte le sostanze anestetiche solide, liquide, o gassose, producono i rispettivi effetti cardinali in ogni tipo di animali. Da quanto accennato sopra, le affinità tra l'anestesia dell'uomo e quella degli animali sono più numerose delle differenze, tuttavia specie diverse rispondono diversamente ad alcune sostanze anestetiche, o esibiscono specifiche manifestazioni cliniche spesso ignorate per la mancanza di studi comparativi".

Data la diversa casistica, Vesce spiega che mancano studi clinici comparativi tra l'anestesia dell'uomo e degli animali. "Tuttavia le osservazioni cliniche e le ricerche alla base dell'impiego degli anestetici nell'uomo sono state tutte effettuate prima sugli animali. Ad esempio, l'identificazione delle strutture cerebrali, dei recettori e dei neurotrasmettitori attivati o inibiti dai diversi anestetici deriva prevalentemente da studi sugli animali. I grandi interrogativi della scienza medica riguardano il cervello e lo stato di coscienza di un individuo. Grazie alla capacità di abolire e restituire lo stato di coscienza, l'anestesia costituisce uno strumento insostituibile per studiare il livello di consapevolezza di un individuo. Nonostante tale potenzialità però, la maggioranza delle ricerche in campo anestesilogico mira a studiare gli effetti delle diverse molecole anestetiche sui diversi organi ed apparati ma, inspiegabilmente, le ricerche sui loro effetti sul funzionamento del

cervello sono pressoché inesistenti. Gli studi più interessanti per la comprensione del fenomeno dell'anestesia, indipendentemente dalla specie, sono senza dubbio quelli che esplorano le analogie tra sonno fisiologico e sonno anestetico”.

Ma quanto l'anestesia veterinaria può essere di aiuto all'anestesia umana o quanto lo è già stata? “Analgesia, rianimazione cardiopolmonare e cerebrale, terapia intensiva, medicina del sonno ed altre branche dell'anestesia sono dominio sia della medicina umana che di quella veterinaria”, spiega Vesce. “Le aree di interazione spaziano dall'anestesia neonatale a quella geriatrica e bariatrica, offrendo modelli clinici di insostituibile valore per il progresso di entrambe. L'anestesia traslazionale lavora a pieno ritmo per sviluppare farmaci, tecniche e conoscenze finalizzate alla cura dell'uomo e di altri animali. A parte tale contributo, l'osservazione scientifica dei fenomeni dell'anestesia in alcune specie potrebbe fornire elementi in grado di spiegarne la natura. Individuare e interpretare manifestazioni cliniche inconsuete per alcune di esse può fornire preziose indicazioni sulla loro genesi. Il delirio del II stadio, ad esempio, rimane da circa un secolo ignorato e inspiegato. Mentre un anestesista veterinario è abituato ad osservare insoliti segni neurologici specie-specifici, un anestesista umano è indotto a trascurare tali osservazioni cliniche a causa della loro minore variabilità intraspecifica, del maggiore monitoraggio strumentale del paziente e del pressoché costante impiego di miorilassanti periferici che ne aboliscono le manifestazioni esteriori. La conoscenza dei fenomeni osservabili nelle cinque classi animali sarà preziosa per il progresso dell'anestesia dell'uomo, quanto le tecniche in uso nell'uomo favoriranno il progresso di quella veterinaria”.

“La maggioranza delle sostanze impiegate per l'anestesia dell'uomo e degli animali coincidono”, spiega poi Vesce. “Tuttavia – precisa -, particolarmente per gli animali di grande mole, si impiegano molecole potentissime che spesso non hanno indicazioni per l'uomo. Alcune sostanze sedative inoltre, come ad esempio la morfina ed i suoi derivati, paradossalmente inducono eccitazione nei felini ed in altre famiglie di animali. Tali differenze restano ancora inspiegate. Altre sostanze, non usate per l'uomo, inducono soltanto un'intossicazione reversibile del S.N.C., determinando la perdita di coscienza senza soddisfare tutti i requisiti dell'anestesia, come nel caso della Tricaina (MS-222) impiegata nei pesci. Studi sugli effetti degli anestetici inalatori nella vastissima classe dei pesci invece, potrebbero aprire la strada a significative osservazioni fino ad oggi non emerse dall'esperienza con l'uomo e con altre specie a lui più vicine”.

Allo stesso modo, “i rischi nell'anestetizzare un animale sono gli stessi dell'uomo. Tra essi, la depressione delle funzioni vitali costituisce il maggior pericolo di complicanze e di insuccesso. Inoltre, la presenza e l'entità di eventuali patologie del paziente condiziona l'esito di una procedura che, anche negli animali, viene classificata secondo le cinque classi di rischio dettate per l'uomo dall'ASA. A parte tali analogie, il rischio anestetico risulta incrementato negli animali di moli estreme, dalla minore sofisticazione delle strutture e delle attrezzature conseguente anche a limiti economici. Rischi particolari – conclude l'esperto - derivano dalla mancanza di collaborazione tra il paziente e l'anestesista, dalla frequente mancanza dell'anamnesi e nel caso di anestesia a distanza impiegata per la cattura di animali non avvicinabili”.

Parkinson. La proteina MHC-I attiva la morte dei neuroni. La scoperta è anche italiana

Questa proteina favorisce un meccanismo nel quale i neuroni catecolaminergici subiscono una degenerazione mediata dai linfociti T. Il risultato, recentemente pubblicato su Nature Communications, potrebbe aprire prospettive terapeutiche mirate a questi neuroni. Allo studio, condotto su roditori, ha preso parte il CNR insieme ad altri Istituti

La proteina MHC-I, appartenente al complesso maggiore di istocompatibilità MHC, attiva la morte neuronale colpendo selettivamente le cellule nervose nella malattia di Parkinson. È quanto scoperto da un gruppo dell'Istituto di tecnologie biomediche del Consiglio nazionale delle ricerche (Itb-Cnr) in collaborazione con gruppi di Columbia e Harvard University e dello Sloan-Kettering Institute. La ricerca è stata recentemente pubblicata sulla rivista *Nature Communications (MHC-I expression renders catecholaminergic neurons susceptible to T-cell-mediated degeneration)*. Lo studio, condotto su roditori, mostra come questa proteina renda i neuroni catecolaminergici suscettibili alla degenerazione mediata dalle cellule T. In pratica, secondo i risultati, la proteina potrebbe svolgere il ruolo di trigger di questo meccanismo e i neuroni potrebbero essere particolarmente sensibili all'attacco dei linfociti T. Secondo i ricercatori, l'individuazione di questo meccanismo, inoltre, potrebbe aprire la strada a nuove prospettive terapeutiche mirate ai neuroni bersaglio.

“Abbiamo dimostrato che i neuroni umani che vengono colpiti selettivamente nella malattia di Parkinson esprimono una proteina chiamata MHC-I”, spiega **Luigi Zecca**, direttore dell'Itb-Cnr e coautore dello studio assieme ai colleghi **Fabio A. Zucca** e **Pierluigi Mauri**. “La MHC-I lega i frammenti di proteine antigeniche del neurone che i linfociti T citotossici riconoscono come estranei, attaccando e uccidendo il neurone. Nelle regioni cerebrali colpite dalla malattia, la componente dei vasi sanguigni chiamata ‘barriera ematoencefalica’ è danneggiata e ha ‘buchi’ che permettono il passaggio nel parenchima cerebrale dei linfociti che provocano la morte neuronale secondo il meccanismo descritto”.

Un altro aspetto riguarda la selettività di questa proteina, che colpisce determinate aree cerebrali: l'espressione di MHC-I, infatti, risulta elevata nei neuroni presenti nelle aree cerebrali colpite dal Parkinson (sostanza nera e locus coeruleus) e molto bassa in quelle delle aree risparmiate dalla malattia. “E poiché la proteina è altamente concentrata negli organelli della neuromelanina, sostanza che si accumula con l'invecchiamento del cervello, questo dimostra l'esistenza di un meccanismo importante che lega l'invecchiamento e le malattie neurodegenerative come Alzheimer e Parkinson”, prosegue Zecca. È noto infatti che l'invecchiamento è il maggior fattore di rischio per malattie come l'Alzheimer e il Parkinson.

Nello studio, condotto su colonie di neuroni di roditori, lo stress ossidativo e l'infiammazione innescano l'espressione di MHC-I, rendendo i neuroni suscettibili all'attacco delle cellule T.

“Abbiamo osservato anche che lo stato infiammatorio del cervello favorisce questo processo di morte neuronale. Infatti nel cervello dei parkinsoniani sono presenti notevoli quantità di neuromelanina e alfa-sinucleina extra-cellulari rilasciate dai neuroni morti che attivano la microglia, cioè causano infiammazione, che a sua volta induce l'espressione della proteina MHC-I”, conclude il direttore dell'Itb-Cnr. “Neuro-infiammazione e degenerazione neuronale, cioè, si alimentano reciprocamente in un circolo vizioso e nel Parkinson, tra le cause di morte neuronale, interverrebbe un importante meccanismo autoimmune che ha per

protagonista la proteina MHC-I”.

Il risultato (per ora solo su animali), dunque, potrebbe favorire lo studio di future strategie terapeutiche per combattere questo meccanismo, sottolineano gli esperti, rompendo questo circolo vizioso.

Biotestamento. Il Consiglio di Europa: "Vincolante per i famigliari ma non per i medici"

La valutazione del medico, infatti, resta fondamentale. Soprattutto nei casi in cui il biotestamento è stato redatto quando ancora non c'erano soluzioni scientifiche poi diventate disponibili. Autonomia, beneficenza, non nuocere e giustizia" sono i principi che devono guidare il processo. LA GUIDA AL FINE VITA DEL CONSIGLIO D'EUROPA.

“I progressi della medicina, in particolare gli sviluppi della tecnologia medica, consentono oggi una vita più lunga e maggiori prospettive di sopravvivenza. Tuttavia, le malattie croniche o a progressione lenta danno luogo a situazioni complesse e stanno rendendo necessario il rinnovo del quadro in cui le decisioni vengono prese in cure mediche in situazioni di fine vita”. È per offrire un orientamento su queste situazioni che il Consiglio d'Europa ha lanciato una guida per compiere le scelte corrette nel processo decisionale relativo alle cure mediche in situazioni di fine vita. Quali sono i diritti per i pazienti terminali? In quale quadro etico e giuridico si inserisce il processo decisionale? Come e da chi vengono prese le decisioni riguardanti le cure mediche quando si tratta di stabilire se proseguirle o fermarle? Sono queste alcune delle domande a cui la guida, rivolta in primo luogo agli operatori sanitari, ma anche a pazienti, familiari e associazioni, si propone di rispondere.

“Abbiamo voluto proporre parametri relativi sia ai principi che possono essere applicati che alle pratiche in questo contesto, e contribuire, attraverso i chiarimenti forniti, alla discussione generale sul tema”.

Autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. Sono questi i quattro principi fondamentali che, secondo la commissione di bioetica del Consiglio d'Europa, devono ispirare i trattamenti medici nelle situazioni di fine vita perché siano rispettata la Convenzione europea sui diritti umani e la biomedicina. Principi che, secondo la commissione, “sono interconnessi e devono essere presi in considerazione insieme quando si parla della loro applicazione”.

Quindi si all'autonomia, da implementare attraverso un libero e informato consenso. Ma per la commissione bioetica Ue “l'autonomia non implica il diritto del paziente di ricevere qualsiasi trattamento voglia, in particolare se si tratta di un trattamento considerato inappropriato. Infatti le decisioni sull'assistenza sanitaria sono il risultato di una conciliazione tra la volontà del paziente e la valutazione della situazione da parte di un professionista, che è tenuto al rispetto dei suoi doveri professionali e in particolare a quelli derivanti dai principi di beneficenza e non maleficenza, così come di giustizia”.

Del resto, sottolinea il documento “i principi di beneficenza e non maleficenza sono obblighi fondamentali del medico, che perseguono l'obiettivo di massimizzare i potenziali benefici e ridurre al minimo i danni derivanti al paziente dall'operato del medico. L'equilibrio tra benefici e rischi è la chiave di ogni condotta medica”. Ma tra i danni, la

guida precisa che bisogna tenere in considerazione anche “quelli psicologici o derivanti dal mancato rispetto della privacy dell’individuo”. Detto questo, “il medico – si legge nella guida – è tenuto a evitare trattamenti non necessari o sproporzionati rispetto ai rischi”. In altre parole, “deve provvedere al paziente attraverso trattamenti proporzionati e conformi alla sua situazione. Anche evitando qualsiasi inutile sofferenza”, ricordando che “prendersi cura non significa solo somministrare una terapia”.

Quanto alla contestata questione dell’alimentazione e idratazione artificiale, per il Consiglio d’Europa “la sete e la fame sono bisogni primari che vanno sempre soddisfatti, a meno che il paziente non rifiuti acqua e cibo”.

Detto questo, per il Consiglio d’Europa se il paziente è capace di prendere parte al processo decisionale nessun intervento può essere effettuato senza il suo consenso. Nei casi in cui i pazienti non siano più in grado di decidere, assumono valore le intenzioni espresse in precedenza in forma scritta e autenticata da un legale. Tuttavia, pur essendo vincolanti per i ‘non medici’ (anche se i familiari e gli amici devono essere, secondo il Consiglio d’Europa, informati e resi partecipi del confronto sulle decisioni), esse non rappresentano un vincolo assoluto per il medico. “È condiviso – si legge nella guida - che esistono alcune ragioni che autorizzano i medici a non seguire i desideri dei pazienti. Per esempio, quando sono state formulati troppi anni prima l’arrivo dell’incapacità o quando ci siano stati significativi progressi scientifici dalla data in cui erano state scritte, progressi che hanno un impatto significativo sul loro contenuto”.

DOCTORNEWS33

Bancomat obbligatorio, gli Ordini: non porrà fine a studi Mmg decentrati

Niente proroghe per i medici di base con studi decentrati. La categoria – come tutte le altre, ancorché con fatturato sotto i 200 mila euro annui – dal 1° luglio dovrà installare in studio il lettore bancomat, meglio noto come Pos o Point of Sale: se il cittadino chiede di pagare così, per importi oltre i 30 euro, una prestazione libero professionale o un certificato, andrà accontentato. Lo ha sancito il Tar Lazio in risposta all’Ordine degli Architetti che aveva chiesto un’ulteriore sospensiva del decreto ministeriale 24 gennaio 2014. Resta da vedere se l’obbligo di installare l’apparecchio (circa 100 euro) e pagare il canone –assimilabile a quello telefonico – e 1-2 euro a commissione alla lunga possa scoraggiare i mmg tanto da portarli ad abbandonare l’attività negli studi decentrati o a centralizzare l’attività autonoma nelle sedi principali di aggregazione.

Per Guido Marinoni consigliere Fnomceo e medico Fimmg, «in realtà è residuale la quota di libera professione rimasta in capo ai mmg – pochi di essi esercitano in forma strutturata – né al momento sono previste sanzioni al medico che rifiutasse di farsi pagare con questa modalità in quanto sprovvisto di Pos. Peraltro, si va verso la moneta elettronica e la norma è ordinativa: il medico deve adeguarsi e le associazioni professionali potrebbero aprire un dialogo con le banche sulla possibilità di agevolare la transizione al pagamento elettronico.

Il problema è in fondo marginale: per me, lo è più dell'obbligo di dotarsi di casella di posta elettronica certificata, che molte spese avrebbe evitato alla Pa, e al quale pure la professione ha risposto poco, forse per l'assenza di sanzioni».

«Non sarà certo il fastidio di pagare una commissione tanto più antipatica quanto più è basso il fatturato a cancellare i microstudi dei medici; tuttavia si tratta di un'ulteriore zeppa che si somma ad altre e impedisce lo sviluppo delle professioni anziché favorirle», dice Marco Gioncada, odontoiatra segretario dell'Ordine dei medici di Pavia, provincia con aree spopolate e medicine di gruppo avanzate. «Le associazioni di categoria potranno abbattere i costi del Pos e di commissioni che arrivano al 2,5% (qualcuna come Andi lo ha fatto) ma il problema di fondo resta: gli stati per combattere l'evasione puntano sulla tracciabilità delle transazioni, e invece forse avrebbero risultati migliori aumentando le detrazioni sulle spese dei cittadini per prestazioni di diagnosi e cura».

Furti farmaci, Cipomo: rischio di confezioni rubate in circuito nazionale

I farmaci rubati nelle farmacie ospedaliere o sui Tir, per quanto si ipotizzi che finiscano su mercati esteri, possono mettere a rischio anche il circuito nazionale, rischio di cui, secondo il Cipomo (Collegio italiano dei primari medici oncologi ospedalieri), «farmacisti ospedalieri e gli oncologi medici coinvolti nella preparazione e nella somministrazione di questi farmaci devono essere consapevoli». È questo l'appello lanciato dagli oncologi ospedalieri in una nota in cui si sottolinea che «il racket non riguarda solo i farmaci antitumorali, ma anche i farmaci biologici usati per le malattie reumatologiche e neurologiche, tutti farmaci dal costo molto elevato».

L'interessamento criminale rivolto non solo alle farmacie ospedaliere anche al trasporto dei carichi di medicinali su strada con Tir, spiega **Bruno Daniele** consigliere Cipomo, suggerisce «il coinvolgimento della criminalità organizzata che deve avere ramificazioni internazionali importanti in considerazione della destinazione estera dei farmaci rubati. I farmacisti ospedalieri e gli oncologi medici coinvolti nella preparazione e nella somministrazione di questi farmaci devono essere consapevoli del rischio che le confezioni rubate possano essere re-immesse nel circuito nazionale utilizzate e ricostituite con sostanze inattive per la patologia che si intende trattare e quindi potenzialmente dannose. In questa situazione diventa molto importante per la tutela dei pazienti, seguire le indicazioni dell'Aifa al fine di riconoscere alcuni elementi rivelatori del prodotto contraffatto come ad esempio la mancata corrispondenza dei numeri di lotto sul flacone e sulla scatola, segni di una non perfetta conservazione del flacone» conclude Daniele.

DIRITTO SANITARIO Quando il rifiuto delle cure mediche è realmente consapevole

Il fatto

la Corte di Appello di Firenze ha parzialmente riformato la pronuncia di condanna emessa a seguito di rito abbreviato dal Gip del Tribunale di Firenze nei confronti del medico che era stato tratto a giudizio per rispondere del reato di omicidio colposo in danno di una paziente. Il giudice di secondo grado, infatti, ha ritenuto eccessiva la pena inflitta, che ha ridotto da anni uno a mesi otto di reclusione, confermando ogni altra statuizione.

Secondo l'accertamento condotto nei gradi di merito, la paziente era deceduta a causa di un linfoma di Hodgkin giunto ad uno stadio assai avanzato, che non era mai stato diagnosticato dall'imputato, medico curante della donna, nonostante le visite mediche da questi eseguite, nel corso delle quali la patologia era stata riconoscibile, sia in ragione dell'esito offerto dai mezzi diagnostici qualora attivati, sia per i presenti segni fisici esteriori della malattia, se correttamente rilevati. Per contro, solo in occasione della prima visita il medico aveva prescritto una radiografia del torace, peraltro indicata come da compiersi successivamente; mentre nel complesso egli si era orientato per l'origine psicologica dei disturbi lamentati dalla paziente.

Profili giuridici

In tema di colpa medica, il rifiuto di cure mediche consiste nel consapevole e volontario comportamento del paziente, il quale manifesti in forma espressa, senza possibilità di fraintendimenti, la deliberata ed informata scelta di sottrarsi al trattamento medico. Consapevolezza che può ritenersi sussistente solo ove le sue condizioni di salute gli siano state rappresentate per quel che effettivamente sono, quanto meno sotto il profilo della loro gravità.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Lorenzin: col Patto cambio di rotta nelle Regioni, nuova Aifa e un Iss più centrale per la ricerca. I programmi del ministro

Il Patto della salute subito dopo le elezioni europee, ma «dalle Regioni mi aspetto una risposta di responsabilità per un Patto innovativo con riprogrammazione della sanità, nuovi modelli, nuove best practice. Serve più accesso ai dati con sistema di rete grazie ad una anagrafe nazionale degli assistiti». Poi un'Aifa più snella simile alla Fda americana, che abbia tempi più rapidi e sia garante di una politica del farmaco nazionale, non regionale e sulla ricerca nuove norme, un ruolo centrale per l'Istituto superiore di sanità, Irccs in rete e un network di cervelli italiani attivi in Italia e all'estero.

Progetti a tutto campo quelli che il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha illustrato oggi in occasione della sua visita allo stabilimento di Campoverde, unico sito dell'azienda biofarmaceutica AbbVie in Italia, tassello fondamentale del polo produttivo del Lazio meridionale con uno stabilimento con oltre 1.200 dipendenti, con prodotti esportati in più di 110 Paesi e una R&S votata all'innovazione, con focus su aree terapeutiche con bisogni medici non ancora soddisfatti (epatite C, immunologia, oncologia, neuroscienze - sclerosi multipla, Parkinson, schizofrenia e Alzheimer). A livello mondiale AbbVie conta 25.000 dipendenti, è presente con 19 centri di R&S e produzione e distribuisce i suoi farmaci in 170 Paesi.

Regioni, cambio di rotta

«Dalle Regioni mi aspetto una risposta di responsabilità per un Patto innovativo con riprogrammazione della sanità, nuovi modelli, nuove best practice. Serve più accesso ai dati con sistema di rete grazie ad una anagrafe nazionale degli assistiti», ha detto il ministro. «Ma tutti - ha aggiunto - devono dare i dati per riuscire nella tracciabilità della spesa sanitaria a tutti i suoi livelli che ci consente di risparmiare 7 miliardi di euro. Proporrò un cambio delle politiche di governance che non va scelta dalla politica e, va detto, la sanità

regionale ha fallito per questo bisogna intervenire».

«Ho evitato cinque miliardi di tagli per ben due volte e ora dalle Regioni mi aspetto responsabilità per la riprogrammazione della sanità. A oggi su questo sono tutti d'accordo, se ci saranno resistenze lo vedremo quando dovremo firmare. È una sfida - ha concluso Lorenzin - o la si sa cogliere o qualcun altro la coglierà per loro».

Nuova Aifa modello Fda

«Un'Agenzia italiana del farmaco più simile alla Fda americana, che abbia tempi più rapidi e sia garante di una politica del farmaco nazionale, non regionale». E' il progetto di Beatrice Lorenzin per una riforma dell'ente regolatorio dei medicinali.

Il ministro ha sottolineato la necessità di politiche in grado di rendere l'Italia e l'Europa attrattive per le aziende che investono in innovazione per mantenere competitivo il Vecchio continente «rispetto agli Usa e ai Paesi emergenti». E per Lorenzin l'attrattività riguarda anche i sistemi regolatori «che devono essere meno farraginosi, più rapidi e garantire la certezza delle regole che possono essere dure ma devono essere certe, per invogliare le multinazionali, e non solo, a mantenere gli investimenti sul territorio nazionale ed europeo». In questo quadro serve una maggiore rapidità. «Ho fatto approvare un decreto che permette la riduzione dei tempi di registrazione a 100 giorni. Ma resta ancora la questione delle Regioni che allungano i tempi. E L'Aifa non sempre ce la fa perché non è stata strutturata per lavorare in tempi così brevi». Per esempio le riunioni delle commissioni non sono ravvicinate e servirebbe che i componenti fossero totalmente dedicati al compito. «Vorrei un'Aifa come la Fda».

Ricerca: ruolo centrale all'Iss

Nuove norme, un ruolo centrale per l'Istituto superiore di sanità, Irccs in rete e un network di cervelli italiani attivi in Italia e all'estero. Questi secondo Lorenzin alcuni degli ingredienti per rendere più competitiva la ricerca italiana e attrarre investimenti da parte delle aziende.

«Vorrei provare - ha detto - a fare una nuova norma sulla ricerca e sulla sperimentazione clinica», con l'obiettivo di «rendere più facile fare sperimentazione e renderci più attrattivi per gli investimenti nella ricerca scientifica».

Inoltre, il ministro punta a riformare gli enti vigilati dal ministero: «Serve dare all'Iss - spiega il ministro - un ruolo centrale nella ricerca scientifica e biomedica. Farlo diventare il grande istituto che era alla sua origine. Poi vorrei riformare gli Irccs, costruire una rete di strutture e ricercatori».

E bisogna collegare meglio anche gli scienziati. «Mi piacerebbe mettere in rete i cervelli italiani, in Italia e all'estero. In modo che tutti possano avere un quadro chiaro di quello che si sta facendo», ha detto Lorenzin, consapevole che la ricerca ha bisogno anche delle strutture di supporto per creare il circolo virtuoso necessario a crescere «valorizzando le grandi risorse di cui l'Italia dispone abbondantemente», ha concluso.

Regioni (Lusenti, Emilia Romagna): no a ritorni al centralismo

«Un ritorno al centralismo non è la strada migliore per la politica sanitaria nazionale, tanto più in questa fase di discussione ancora aperta sul Patto per la salute, e non ritengo che le politiche sanitarie regionali abbiano fallito». L'assessore alla sanità dell'Emilia-Romagna, Carlo Lusenti, gela le intenzioni del ministro Beatrice Lorenzin di accentrare di nuovo a Roma le decisioni per risparmiare, ad esempio i 7 mld più volte ipotizzati dallo sguardo complessivo permesso dai dati digitali.

Con i tavoli tecnici ancora aperti a Roma sul Patto per la salute, insieme ai direttori generali

dei servizi sanitari regionali, l'assessore Lusenti assicura che «il lavoro sta procedendo bene, con un calendario serrato e con modalità che mantengono chiara la distinzione di ruoli tra livelli centrali, regionali e rispettive competenze istituzionali, ed è giusto non perdere tempo e lavorare già ora rinviando a dopo le elezioni la conclusione, in modo da non far coincidere questa discussione con i temi della campagna elettorale».

«In questo lavoro - sottolinea - occorrerebbe prestare più attenzione a ridurre le disomogeneità tra i vari sistemi sanitari regionali per quanto riguarda l'efficienza e la qualità dell'assistenza. Per affrontare questi e gli altri problemi che abbiamo davanti, in modo serio - conclude - occorre una leale collaborazione tra tutti i soggetti interessati».

Privacy: check del Garante sulle App mediche

Per le applicazioni mediche scaricabili su smartphone e tablet arriva lo "sweep day": il Garante per la privacy avvierà un'indagine ad hoc per verificare il grado di trasparenza e il rispetto della normativa nazionale sulla protezione dati. L'azione si inserisce nell'ambito del "Privacy Sweep 2014", promosso dal Global Privacy Enforcement Network (GPEN), rete internazionale tra le Authority della privacy di diversi Paesi.

«Le applicazioni mobili sono sempre più diffuse» - sottolinea in una nota Antonello Soro, Presidente dell'Autorità italiana. - «Chi possiede uno smartphone normalmente ha attive in media 40 applicazioni che offrono servizi di vario genere, ma che sono in grado di raccogliere grandi quantità di dati personali, per esempio accedendo alla rubrica telefonica, alle foto oppure utilizzando dati di localizzazione. Spesso tutto ciò avviene senza che l'utente dia un consenso libero ed informato e questo può comportare rischi per la privacy. Occorre dunque un'adeguata definizione di garanzie e misure a tutela dei dati personali e a questo risponde l'iniziativa del GPEN».

In una data tra il 12 e il 18 maggio - settimana individuata dal GPEN per coordinare temporalmente l'azione delle Autorità privacy. - i 28 Garanti aderenti al network effettueranno dunque uno "sweep" ("indagine a tappeto") per esaminare alcune app e inseriranno le informazioni raccolte in un report, nel quale sono presenti indicatori che consentono di verificare caratteristiche e funzionalità delle app e la loro conformità alle diverse normative nazionali sulla privacy. L'iniziativa assunta a livello globale servirà anche a realizzare una serie di importanti obiettivi: accrescere la consapevolezza della necessità di proteggere i dati personali; favorire il rispetto delle norme a salvaguardia degli utenti; sviluppare azioni di sensibilizzazione e formazione del pubblico sull'uso delle applicazioni mobili; promuovere iniziative globali sulla privacy. I risultati dell'indagine verranno resi noti il prossimo autunno.

L'occhio del Garante italiano è caduto sulle applicazioni in campo medico «un settore - sottolinea la nota - che presenta profili molto delicati, riguardando dati sanitari, e che risulta in crescente sviluppo». Gli "sweepers" del Garante italiano concentreranno dunque il loro esame su alcune app italiane e su alcune di quelle straniere individuate tra le 50 più importanti disponibili sulle varie piattaforme (Android, iOS, Windows, etc.): gli eventuali profili di violazione della privacy rilevati saranno valutati dal Garante ai fini di possibili interventi prescrittivi o sanzionatori.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584