

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 7 NOVEMBRE 2014

ASL I SASSARI

COMUNICATO STAMPA

Al Santissima Annunziata la Giornata Internazionale della Fisica Medica

Si svolgerà oggi, 7 novembre, nella ricorrenza della nascita di Marie Curie (al secolo Maria Sklodowska), figura fondamentale della fisica e delle sue applicazioni alla medicina, la Giornata Internazionale della Fisica Medica.

In Sardegna il gruppo regionale AIFM (Associazione Italiana di Fisica Medica) e la Scuola di Specializzazione in Fisica Sanitaria dell'Università di Cagliari celebreranno la International Organization of Medical Physics con diverse iniziative nelle principali città.

A Sassari, la Struttura Semplice di Fisica Sanitaria della ASL sarà presente dalle 9.30 alle 12.30 nella Hall dell'Ospedale Santissima Annunziata in via de Nicola con un banco espositivo. I dirigenti fisici afferenti al servizio illustreranno agli utenti le peculiarità della figura professionale del fisico medico, il cui ruolo è previsto dalla normativa italiana già dal 1992 ma di fatto ancora sconosciuto.

Il Fisico Medico lavora nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, nei centri universitari e di ricerca, e nelle aziende private produttrici di dispositivi medici di vario genere.

“In ambito ospedaliero, i campi di intervento del fisico medico sono i più variegati” spiega Dr. Piergiorgio Marini, Responsabile del Servizio Fisica Sanitaria della ASL Sassari. “Si va dalla protezione e sicurezza di qualsiasi agente fisico utilizzato dalla tecnologia in ambito medico alla ottimizzazione della dose da radiazioni in ambito radiologico e medico-nucleare. Non solo ma tra i compiti attribuiti alla nostra figura” continua Marini “ Rientrano quelli relativi alla pianificazione della dotazione tecnologica (HTA, Health Technology Assessment), alla programmazione e pianificazione dei trattamenti radioterapici, il controllo di qualità di ogni sorgente radiante e la gestione di immagini diagnostiche complementari (TC, PET, RM etc).

Giornata Nazionale Ricerca sul Cancro. Napolitano: "Ricercatori siano pagati adeguatamente". Lorenzin: "Intercettare rivoluzioni della scienza"

Nel corso della cerimonia tenutasi al Quirinale, il Presidente ha osservato che siamo "troppo indietro come numero di ricercatori decentemente pagati". Il ministro della Salute ha ricordato che la ricerca "non solo ci consente di vincere la malattia, ma è un'opportunità per tutta l'Italia, come elemento trainante per l'innovazione e per l'industria farmaceutica e biotecnologica".

"La malattia mi colpì come fosse un drago, dovetti trovare il coraggio in me, mi ha aiutato la ricerca scientifica. Iniziai le cure e non mi sfiorò mai il pensiero di non farcela perché stavo combattendo per me e per tutti coloro che mi stavano accanto: familiari, medici e ricercatori che mi stavano donando una speranza di vita". Con queste parole **Eleonora Guzzi**, testimonial Airc, ha portato la sua testimonianza in occasione della Giornata Nazionale per la Ricerca sul Cancro, svoltasi al Quirinale. Nel corso del suo intervento, il Presidente **Napolitano** ha sollecitato un maggiore impegno delle istituzioni e di tutti i soggetti interessati per compensare adeguatamente le figure professionali che hanno un ruolo fondamentale per la sconfitta di una malattia molto diffusa ed ha ricordato che "siamo al settimo posto, come Italia, per i risultati della ricerca, siamo molto più indietro come numero di ricercatori e siamo molto più indietro come numero di ricercatori decentemente pagati".

Sulla stessa lunghezza d'onda anche il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che ha sottolineato: "Dobbiamo sapere intercettare le grandi rivoluzioni che la scienza ci sta portando" e ha aggiunto che la ricerca scientifica contro i tumori "non solo ci consente di vincere la malattia, ma è un'opportunità per tutta l'Italia, come elemento trainante per l'innovazione e per l'industria farmaceutica e biotecnologica, per fare del nostro paese un punto di riferimento in questo campo".

Sulla metodologia e sull'approccio di adottare si è poi espresso **Umberto Veronesi**. "Per curare una persona dobbiamo sapere chi è. Essere ascoltato è un diritto del paziente. La medicina del futuro deve essere medicina dell'anima senza perdere la sua scientificità. L'idea della ricerca oncologica, come regno asettico e imperscrutabile di laboratori e provette, è tramontata. È necessario mettere insieme lo studio delle cellule con quello della persona a cui appartengono".

Nel corso della cerimonia il Presidente Napolitano ha consegnato il Premio Firc 'Guido Venosta' a Brunangelo Falini, professore dell'Università di Perugia, per i suoi studi sul genoma delle leucemie, e il Premio AIRC "Credere nella Ricerca" a Carlo Conti "per aver saputo coinvolgere il pubblico televisivo nel sostenere le iniziative Airc", e Ubi Banca "per aver interpretato i valori della responsabilità sociale d'impresa con progetti concreti e pluriennali a favore di Airc".

Questione lavoro in sanità. *Medici, infermieri & C. dovrebbero essere pagati molto di più*

Oggi c'è un'evidente sottostima delle capacità e dei ruoli del personale sanitario che ha portato ad un demansionamento delle competenze ed a una precarizzazione del rapporto di lavoro. Tutto ciò in controtendenza ad una sempre maggiore richiesta di bisogni sanitari che sono cresciuti nella popolazione, nel tempo, in termini di qualità e quantità. Ma la responsabilità è anche dei sindacati

In economia il marginalismo è una corrente di pensiero economico sviluppatasi tra il 1870 e 1890. La metodologia marginalista è quella che, ancora oggi, dopo il monetarismo esercita maggiore influenza rispetto a quella classica o marxiana. Con il marginalismo si assiste ad un'evoluzione fondamentale della teoria del valore di scambio. Nell'impostazione classica e marxista, ad esempio, è la quantità di lavoro incorporata o cristallizzata nel bene o servizio prodotto quella che definisce il valore di un prodotto, cioè quello che in termini moderni viene definito "valore aggiunto".

Invece, in base all'impostazione marginalista, il valore del prodotto riflette il grado di soddisfazione soggettiva che i consumatori attribuiscono ai diversi prodotti. La soddisfazione, o "utilità", tenderà a diminuire con il consumo di ogni unità aggiuntiva dello stesso bene; Karl Menger in tale ambito introdurrà un principio di imputazione indiretta che rappresenta un primo passo per la teoria della remunerazione dei fattori produttivi in base alla loro produttività marginale.

E' naturale che queste diverse scuole di pensiero economiche erano proiettate in un mondo predominato da settori produttivi dominanti a quei tempi: l'agricoltura e l'industria.

Il settore produttivo sanitario, nell'attualità recente, è quello che deve dispensare un servizio, altamente sociale, dedicato alla prevenzione, cura e riabilitazione; dette finalità debbono essere svolte in termini di efficienza ed efficacia.

Pertanto l'attività produttiva sanitaria deve trovare un equilibrio economico che minimizzi le risorse immesse nel ciclo produttivo e massimizzi i risultati in termini di quantità dei servizi erogati e qualità delle prestazioni.

Dobbiamo anche rammentare che l'attività sanitaria ha delle particolarità specifiche per il servizi prodotti: l'immaterialità, la non trasferibilità nello spazio e nel tempo del servizio prodotto, l'affezione o la sfiducia del paziente nei confronti di alcune peculiarità (fiducia attribuita ad una equipe medica, qualità delle cure e prestazioni erogate nel territorio, scelta del medico di base).

E' sacrosanto e vero, come afferma Ivan Cavicchi (QS 01 Novembre 2014), che il lavoro o la remunerazione degli operatori sanitari deve essere valutata, non in base al costo, ma in base al valore aggiunto immesso nelle prestazioni, che incorpora, oltre il lavoro, specializzazione, esperienza, capacità, organizzazione, sperimentazione, conoscenza ed abnegazione.

Se vogliamo rapportare l'evoluzione dei contenuti salariali nella sanità italiana possiamo affermare che fino agli anni ottanta il concetto remunerativo era basato su

una valutazione di costo ora erogato per attività giornaliera (una concezione classica di valore di scambio), mentre negli anni novanta e seguenti non è intervenuto il cambiamento della più attinente concezione marginalista e liberale, in termini di valore di scambio per una riconosciuta e differente professionalità.

L'Ente ospedaliero si è trasformato in Azienda ospedaliera, in questo ambito è stata introdotta una contabilità analitica, la certificazione sulla qualità e la funzionalità dei servizi, diversa organizzazione, tutte queste peculiarità finalizzate alla "soddisfazione soggettiva" del cliente in relazione ai servizi prodotti.

Queste trasformazioni intervenute in questo periodo non sono state minimamente percepite dai soggetti istituzionali (Governo, Regioni, Parlamento) o da quelli deputati alla contrattazione collettiva (Sindacati).

Questi diversi soggetti hanno continuato a svolgere una politica economica e retributiva sanitaria che ha privilegiato le "consorterie" legate alla politica a scapito delle politiche di qualificazione o riqualificazioni dell'assetto complessivo sanitario, incluso una diversa remunerazione in relazione alle mutate e più complesse mansioni con ruoli e responsabilità specifiche per gli attori principali del Ssn.

Naturalmente in questa ottica ha prevalso l'unico strumento di logica marginalistica, oggettivamente più favorevole alla controparte, quello di determinare la remunerazione dei fattori produttivi (salario) in base ad una produttività marginale, cioè trovare un punto di equilibrio produttivo ottimale a scapito della dovuta riqualificazione salariale e dell'assunzione di nuovo personale.

Questa situazione consolidata nel tempo ha portato ad una sottostima delle capacità e dei ruoli ad un demansionamento delle competenze ed a una precarizzazione del rapporto di lavoro. Tutto ciò in controtendenza ad una sempre maggiore richiesta di bisogni sanitari che sono cresciuti nella popolazione, nel tempo, in termini di qualità e quantità.

Questo in parte smentisce la teoria marginalistica in cui la soddisfazione, o "utilità", tenderà a diminuire con il consumo di ogni unità aggiuntiva dello stesso bene, poiché in sanità la soddisfazione del bisogno non ha un andamento decrescente ma sicuramente crescente.

Mauro Quattrone

Consulente direzionale forecasts & planning management

Invecchiamento. Nel mondo più di 1 miliardo gli over-60. OMS: "Invecchiare bene priorità globale". Ecco come

Una sfida sia a livello sanitario che a livello sociale, quella di individuare strategie efficaci per migliorare la salute e la qualità di vita delle persone con più di 60 anni. Una 'Serie' di studi su The Lancet e l'OMS affrontano l'argomento. L'obiettivo è una popolazione più sana, più felice e più produttiva

Oggi, oltre un miliardo di persone al mondo ha più di 60 anni ed entro il 2050 il

numero aumenterà di 800 milioni, raggiungendo i 2 miliardi. Sono alcuni dei dati forniti nel primo¹ di una 'Serie' di studi sul tema dell'invecchiamento pubblicati da *The Lancet* e resi noti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS richiama l'attenzione sull'argomento, sottolineando che **“invecchiare bene deve essere una priorità globale”**.

Inoltre, secondo le stime circa l'80% delle persone anziane vive in paesi a basso e medio reddito.

La longevità in numeri

L'aspettativa di vita è in continua crescita, soprattutto nei paesi ad alto reddito: si tratta di un trend annunciato e senza precedenti. Secondo le stime dell'OMS, nel 2012 l'aspettativa di vita media, a livello globale, a partire dall'età di 60 anni risulta pari a 21,5 anni per le donne e 18,5 anni per gli uomini, arrivando nei paesi più ricchi fino a 26 anni per le donne e oltre 22 anni per gli uomini. L'aumento della longevità è dovuto a vari fattori, tra cui il calo della mortalità legata a malattie cardiovascolari, principalmente grazie a strategie 'semplici' e cost-effective quali la riduzione del consumo di tabacco e dell'incidenza dell'alta pressione sanguigna, oltre che una migliorata e più efficiente copertura degli interventi in ambito sanitario.

Sebbene le evidenze mostrino come la popolazione anziana sia più sana rispetto al passato, tuttavia, la longevità aumentata non sempre corrisponde a una condizione di una migliore salute, spiega l'OMS, a partire dal secondo studio² della 'Serie' su *The Lancet*: quasi un quarto (23%) del carico complessivo dovuto alla malattia e alla mortalità riguarda le persone con più di 60 anni. Le principali cause di malattia e decesso sono le seguenti: malattie cardiovascolari (30,3% del carico globale di tutte le malattie in età superiore ai 60 anni), cancro (15,1% del carico globale), malattie respiratorie croniche (9,5% del carico globale), disordini muscolo-scheletrici (7,5% del carico globale) e malattie neurologiche e mentali (6,6% del carico globale). All'aumento della longevità, corrisponde una crescita dell'incidenza di patologie collegate all'età: ad esempio, si stima che il numero di persone affette da **demenza crescerà dai 44 milioni di oggi a circa 135 milioni entro il 2050**.

Per questo, l'OMS richiama l'attenzione sull'importanza di invecchiare in salute e sulle principali patologie collegate all'età. La prevenzione primaria, secondaria e terziaria rivolta agli anziani rappresenta la principale strategia per ridurre l'impatto di queste malattie, si legge nel secondo studio su *the Lancet*.

“Saranno necessari profondi e radicali cambiamenti dell'assistenza socio-sanitaria”, ha dichiarato il Dottor **John Beard**, Direttore del Department of Ageing and Life Course all'OMS e co-leader della 'Serie' di pubblicazioni su *The Lancet*, insieme ai Dottori **Ties Boerma** e **Somnath Chatterji** (sempre OMS). “Ma dobbiamo prestare attenzione che questi cambiamenti non rinforzino le diseguaglianze che sono alla base della maggior parte delle limitazioni funzionali e delle condizioni povere di salute riscontrate nell'età avanzata”.

“Indagini trans-nazionali, come lo *Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)* dell'OMS, *Gallup World Poll*, e altri studi longitudinali di coorte sull'invecchiamento in Brasile, Cina, India e Corea del Sud, stanno cominciando a

ristabilire l'equilibrio e a fornire evidenze per i sistemi politici, ma ancora molto resta da fare”^{3,4}, ha aggiunto Ties Boerma.

Le strategie per migliorare la salute

Uno dei principali problemi per le persone di età superiore ai 60 anni riguarda la presenza di malattie croniche: in tal senso, è necessario non soltanto aumentare e modificare gli interventi a livello sanitario, ma anche le strategie per migliorare la qualità della vita delle persone a livello sociale. Il benessere psico-fisico, legato anche alla misura della soddisfazione della propria vita e alla qualità della stessa, è un parametro importante che deve essere migliorato.

Per questo miglioramento, l'OMS afferma che si potrebbero mettere in atto politiche che incoraggino possibilmente le persone con più di 60 anni a lavorare più a lungo (rimuovendo ad esempio tasse che disincentivino la permanenza nell'ambito lavorativo dopo l'età del pensionamento), insieme a strategie per la diagnosi precoce e in particolare strumenti a basso costo per la prevenzione della malattia (tra cui la **riduzione della quantità di sale** nell'alimentazione a livello generale e l'aumento della diffusione delle **vaccinazioni**), oltre alla **formazione degli operatori sanitari** nella gestione di patologie croniche multiple. Inoltre, le persone anziane hanno bisogno di essere tutelate sia dal punto di vista della salute che dal punto di vista economico: in tal senso il sistema pensionistico deve essere posto sotto attenzione e saranno necessari riassetamenti delle politiche legate a tale sistema, si legge sul quinto studio⁵ della 'Serie' su *The Lancet*.

Secondo il dottor Chatterji, del Department of Health Statistics and Information Systems presso l'OMS, "collettivamente, dobbiamo guardare oltre ai costi normalmente associati con l'invecchiamento pensando invece ai benefici che una popolazione anziana **più in salute, più felice, e più produttiva** può portare alla società nel suo complesso”.

Cervello. Svelato il perchè si adatta così bene a nuove situazioni

Uno studio sull'uomo ha dimostrato che la comunicazione tra le cellule nel sistema nervoso è più complessa rispetto a quello che si pensava e che fino ad oggi è stato osservato in laboratorio su topi: per questo probabilmente ci adattiamo e impariamo più velocemente di questi animali. La 'chiave' nella mielina. La ricerca su Cell

La capacità del cervello di adattarsi a nuove situazioni, cioè la 'plasticità' cerebrale, potrebbe funzionare in maniera diversa e più complessa rispetto a quanto si pensava finora. Ad affermarlo, è uno studio sul cervello umano, condotto dal Karolinska Institutet in Svezia. I risultati sono stati appena pubblicati sulla rivista *Cell*. L'interazione e la capacità di adattarsi del cervello reagendo a nuovi impulsi provenienti dall'ambiente e venendo modellato in base a queste richieste, 'imposte' dall'esterno, è quello che si chiama plasticità cerebrale.

In questo processo, i ricercatori hanno scoperto che il meccanismo di comunicazione tra una cellula e l'altra all'interno del sistema nervoso umano è più sofisticato rispetto a quello osservato nel modello di topo, finora studiato in laboratorio. Secondo i risultati, la chiave di questa differenza è nel funzionamento degli **oligodendrociti**, cellule che rivestono i prolungamenti dei neuroni – ovvero gli assoni - nel sistema nervoso centrale e che hanno un ruolo importante nella comunicazione cellulare. Gli oligodendrociti, inoltre, compongono la **mielina**, una 'guaina' delle cellule nervose che, un po' come se fosse un vestito impermeabile, isola tali cellule mediante uno strato sottile.

In generale, le cellule nervose hanno un ruolo fondamentale nel modo in cui immagazziniamo nuove conoscenze legate a nuove situazioni, ed è importante che l'impulso nervoso viaggi alla giusta velocità: si tratta di un processo in cui la mielina rappresenta un elemento centrale, dato che velocizza questo segnale e migliora il funzionamento di tale meccanismo.

Studi precedenti su topo avevano mostrato che quando le cellule nervose avevano bisogno di una quantità maggiore di mielina, gli oligodendrociti 'vecchi' venivano sostituiti dai nuovi. Gli scienziati, dunque, avevano assunto che lo stesso potesse accadere anche nell'uomo, oltre che nell'animale: invece non sembra così, in base a quanto suggerisce il risultato dello studio odierno. Nell'uomo, la produzione di oligodendrociti è molto ridotta ma, nonostante ciò, la generazione della mielina può essere modulata e aumentata, se necessario, mediante meccanismi diversi; al contrario, nel modello murino, questa rigenerazione avviene soltanto attraverso la sostituzione degli oligodendrociti.

I ricercatori hanno preso in considerazione 55 persone decedute di età compresa tra meno di uno e 92 anni. Il risultato è emerso dalla datazione del carbonio nelle cellule degli individui deceduti presi in considerazione dallo studio. I ricercatori, infatti, riferiscono che i livelli degli isotopi del carbonio 14, aumentati in maniera netta durante i test delle armi nucleari nella Guerra Fredda, forniscono un'indicazione per datare le cellule.

In base a questa indagine, alla nascita dell'individuo gli oligodendrociti risultavano immaturi, raggiungendo la maturità nella maggior parte dei casi verso i cinque anni di età nel bambino. In età superiore ai cinque anni, il ricambio di queste cellule risulta piuttosto basso con un tasso di sostituzione di una su 300 (meno dell'1%): ciò significa che la maggior parte di oligodendrociti non verrà mai sostituita nel corso dell'intera vita dell'individuo. In altre parole, senza sostituire gli oligodendrociti, il cervello umano riesce a modulare la mielina, attraverso meccanismi ancora da approfondire; al contrario, nell'animale (topo e ratto), tale modulazione avviene solo attraverso tale sostituzione: una predisposizione, questa, propria del cervello umano e assente nel modello murino.

"Siamo rimasti sorpresi da questa scoperta", ha affermato **Jonas Frisé**n, PhD, professore di Stem Cell Research presso il Dipartimento di Biologia Cellulare e Molecolare al Karolinska Institutet. "Negli esseri umani, gli oligodendrociti esistenti modulano la produzione di mielina, invece di sostituire le cellule come avviene nei topi. **Probabilmente proprio per questo ci è possibile adattarci e imparare più**

velocemente. La produzione di mielina è di vitale importanza in diverse patologie neurologiche come la **Sclerosi Multipla**. Ora possediamo nuove conoscenze di base per lavorarci”.

*Maggie S.Y. Yeung et al., Dynamics of oligodendrocyte generation and myelination in the human brain', Cell, online 6 Novembre 2014.

SOLE 24 ORE SANITA'

Mini stangata agli omeopatici e guerra al gambling: le richieste della Commissione Sanità della Camera

Una stangata da 8 mln alle aziende produttrici di farmaci omeopatici, subito la nuova strategia anti gambling (il gioco d'azzardo patologico), accesso al bonus bebé negato a chi già beneficia di sconti per necessità alimentari ed energetiche, nuove regole sui capitolati di gara per i dispositivi medici per le patologie croniche. E la conferma dell'aumento a 400 mln, con firme di peso di casa Pd a partire da Federico Gelli, delle risorse 2015 per la non autosufficienza. Sono i principali emendamenti alla legge di stabilità 2015 accolti oggi dalla commissione Affari sociali della Camera, che perverranno alla Bilancio targati appunto «Affari sociali», Ai quali potranno aggiungersi naturalmente quelli dei singoli parlamentari e/o dei gruppi.

Corsa a ostacoli. Ormai la manovra 2015 entra nel vivo, dopo le audizioni dei giorni scorsi. Oggi il parere di tutte le commissioni e dalla prossima settimana la discussione degli emendamenti e l'inizio delle votazioni forse già a partire da giovedì prossimo. L'arrivo in aula della legge di Stabilità è previsto al momento per il 24 del mese. Sarà una lunga ed estenuante maratona, e già fuori tempo massimo. Col rischio che, tra esame del Senato e navetta all'indietro verso Montecitorio, si possa sfiorare il Natale. Anche se i voti di fiducia sono pressoché sicuri, come del resto pure la voglia dei parlamentari di trascorrere a casa o in vacanze le feste.

Cosa cambia. Per i medicinali omeopatici si propone di incassare 8 mln in più ogni anno dal 2015 al 2017 con l'aumento dei costi per le autorizzazioni all'immissione in commercio: 800 euro per i medicinali unitari, 1.200 euro per quelli complessi, indipendentemente dal numero dei componenti e dalla forma farmaceutica. Entro fine marzo 2015 l'Aifa adotterà le linee guida per la presentazione della documentazione necessaria al rinnovo dei medicinali.

Quanto al Gap, il gioco d'azzardo patologico, si recupera quel che resta del Ddl in gestazione alla Affari sociali. I servizi di prevenzione sono quelli per le dipendenze delle asl. Il ministero e le Regioni adotteranno un Piano nazionale di prevenzione, cura e riabilitazione. Ci sarà anche un Piano di sostegno alle famiglie e sarà istituito un «Osservatorio» nazionale presieduto dalla Salute col supporto regionale,

incaricato anche di valutare costi sociali, economici, patologici e fattori di rischio.

Le raccomandazioni. Nel parere approvato, la Commissione chiede di tener conto dei potenziali effetti dei tagli alla Sanità, legati alla riduzione dei fondi alle Regioni, così come del rischio che la spending applicata al ministero della Salute possa ridurre i fondi dedicati alla ricerca. Altra raccomandazione è che con la revisione del Prontuario farmaceutico (slittata di un anno), si colga l'occasione di estendere la riforma anche ai farmaci innovativi. Secondo la Affari Sociali è poi importante finanziare il rilancio del Piano straordinario di servizi socio educativi dedicati all'infanzia con le risorse del Fondo da destinare alle famiglie, anziché con quello dedicato alle politiche sociali.

Trials clinici: pochi studi in più, 5mila pazienti in meno. Italia maglia nera, la ricetta anticrisi

Crescono ma di poco gli studi di sperimentazione clinica, ma calano del 79% i pazienti coinvolti. Sono i dati emersi oggi a un convegno svolto alla Camera, promosso da "Magna Carta", in collaborazione con Msd Italia. Il numero di studi è passato tra il 2010 e il 2012 da 670 a 697, i pazienti "studiati" sono stati invece 5mila in meno. Col risultato che l'Italia si trova

In fondo alla classifica Ue e spende sempre meno in media in ricerca e sviluppo. Rispetto alle risorse investite in ricerca e sviluppo, ha sottolineato l'ad di Msd, Pierluigi Antonelli, il 57% viene impiegato in sperimentazioni cliniche, il 21% in attività pre-clinica, il 10% in farmacovigilanza e l'8% in attività regolatoria.

Numerose le criticità rilevate, a partire appunto dalla progressiva perdita di pazienti arruolati nelle. Un dato che ci accomuna a Francia, Ungheria, Australia, Spagna, Argentina, Finlandia. E che vede così l'Italia al 23esimo posto, con gli Stati Uniti hanno visto crescere pazienti di 30mila unità, il Giappone tra 20 e 30mila. Poi Germania, Polonia, Russia, Cina e Ucraina tra 10 e 20 mila unità, e ancora Canada, Regno Unito, India e Romania tra 5 e 10mila.

Serve più velocità decisionale, anche con la creazione di un Comitato etico nazionale con possibile sede in Aifa, è stata una delle osservazioni. E occorre una omogeneizzazione dei processi e la definizione chiara delle competenze. Con tanto di incentivi fiscali sugli investimenti aziendali in ricerca e sviluppo, individuando fondi da dedicare al dedicato alla sperimentazione clinica. «Ci sono sfide oggi che, insieme, determinano la crescita economica di un Paese e la possibilità di dare risposte a problemi inediti, dove fattori oggettivi impediscono che le persone possano ricevere dallo Stato le stesse sicurezze e garanzie del passato - ha osservato il presidente della Fondazione Magna Carta, Gaetano

Quagliariello -. E per vincerle non basta fare e impegnarsi in tale direzione, ma è necessaria una strategia all'altezza della complessità dei problemi che abbiamo di fronte».

Emergenza. Pronto soccorso «pigliatutto» di Gian

Alfonso Cibinel (presidente nazionale Simeu)

In questi anni di profonda trasformazione del Ssn, il pronto soccorso può essere assunto come emblema del cambiamento. Dagli anni ormai lontani in cui l'attività consisteva prevalentemente nello smistamento ai diversi reparti dei casi clinici più o meno urgenti, il ruolo del pronto soccorso sta diventando sempre più centrale per il sistema: in pronto soccorso si fa diagnosi, si cura e si avviano percorsi assistenziali. Inoltre il pronto soccorso è sempre più il punto di riferimento per molti casi sociali, che non trovano risposte in altre sedi e che costituiscono circa il 20% degli accessi totali.

Di tutto questo si parlerà da oggi all'8 novembre al Centro Congressi del Lingotto di Torino, nelle tre giornate del IX congresso nazionale Simeu. In un fitto calendario di incontri si affronteranno le problematiche abituali, come il trauma, le infezioni, le malattie cardio-vascolari, l'insufficienza respiratoria e il paziente fragile polipatologico; ma si parlerà anche dell'approccio a situazioni particolarmente delicate dal punto di vista etico e umano come la violenza di genere, i maltrattamenti delle fasce deboli e le problematiche del fine vita. E poi saranno dibattuti importanti aspetti organizzativo-gestionali e giuridici, dall'errore al controllo del rischio clinico, dal precariato medico alla copertura assicurativa dell'attività sanitaria.

Oggi i medici e gli infermieri dell'emergenza sono formati per una presa in carico globale del paziente che accede al pronto soccorso. Dal punto di vista dei percorsi di cura il triage infermieristico, insieme ad altri modelli che coinvolgono il medico nella fase di accettazione, garantisce una risposta sempre più efficace in termini di definizione delle priorità: le attese medie per la prima visita dopo l'accettazione sono irrilevanti per i codici rossi e contenute per i codici gialli, fatte salve le differenze da Regione a Regione. Altro sono le attese per il ricovero nei diversi reparti dell'ospedale, dopo la valutazione del medico d'urgenza, che possono arrivare ad alcuni giorni, data la drastica riduzione di posti letto. Ne consegue il problema diffuso dell'affollamento del pronto soccorso, dovuto proprio all'impossibilità di ricoverare i pazienti, e molto meno agli accessi impropri, che negli ultimi anni sono diminuiti, e che pesano solo per un 20-30% sul problema.

Proprio in seguito al taglio dei posti letto ospedalieri, con un tetto previsto di 3.1/1.000 abitanti, quelli residui sono dedicati quasi esclusivamente alle acuzie. Questo esige una diversa organizzazione dei percorsi ospedale-territorio, con una rete di assistenza alternativa al ricovero: di questa rete il pronto soccorso è il nodo cruciale, perché qui si decide il percorso del paziente, ricoverandolo se necessario, ma anche dimettendolo, spesso dopo un'osservazione di 24-36 ore che permette la definizione diagnostica e l'avvio delle cure. La dimissione può essere diretta, accompagnata eventualmente da un contatto con il Mmg, oppure concomitante all'avvio, direttamente dal Ps, di percorsi che coinvolgono soggetti diversi, dai servizi specialistici ambulatoriali all'Adi, dai Nuclei di assistenza infermieristica all'ospedalizzazione a domicilio, dalle Rsa alle Riabilitazioni di I e II livello. La possibilità di dimettere i pazienti in sicurezza dopo una fase diagnostico-terapeutica protratta oltre le sei ore, così come la possibilità di avviare percorsi di cura e

assistenza per i pazienti fragili o con problematiche sociali, è strettamente dipendente dalla disponibilità in ogni pronto soccorso di risorse strutturali e umane per l'attività di osservazione (Obi), attività non ancora operativa in molti ospedali; solo la presenza di Obi in tutti i pronto soccorso permetterà di usare al meglio la risorsa critica dei posti letto ospedalieri, evitando il collasso funzionale delle strutture.

Un altro tema critico che sarà affrontato nel congresso è quello delle unità di terapia semintensiva, destinate ad accogliere pazienti acuti necessitanti di cure ad alta intensità. A fronte del modello di semintensiva mono-funzionale (solo per pazienti post-chirurgici, o con problemi cardiovascolari, o respiratori o neurologici) deve essere considerato il modello multifunzionale, che può accogliere pazienti critici diversi: traumatologici, medici e anche post-chirurgici. Le semintensive multifunzionali sono da attivare in tutti gli ospedali sede di Dea, come componenti delle strutture complesse di medicina d'urgenza e pronto soccorso; possono infatti essere governate in modo adeguato dal medico di emergenza-urgenza, unico specialista con competenze specifiche medico-chirurgiche, disponibile 24 ore su 24, che si avvale della consulenza dei diversi specialisti presenti in ospedale.

La triade funzionale pronto soccorso - osservazione breve - terapia semintensiva, è il futuro dei nostri ospedali, sempre più organizzati per intensità di cura. Una triade che può dare una risposta organizzativa e professionale adeguata a molti problemi del nostro sistema sanitario e soprattutto ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini. È chiaro peraltro che i servizi di emergenza ospedaliera non possono essere lasciati soli ad affrontare i problemi sociali e che devono essere diretti da professionisti competenti e presidiati da personale formato, motivato e in quantità adeguata.

DOCTOR 33.IT

Test medicina. Graduatorie pubblicate: vademecum per la scelta dell'assegnazione

Dopo il passaggio alla Camera di ieri con il Question time nel quale il ministro Giannini ha risposto alle domande dei deputati su graduatorie, calcolo del punteggio e ricorsi in arrivo per il pasticcio dei Test per le scuole di specializzazione è cominciata la fase ufficiale con la pubblicazione delle graduatorie provvisorie. Scade, infatti, oggi alle 17 la prima finestra temporale nella quale ciascun candidato in posizione utile su graduatorie di più scuole sarà tenuto a sceglierne soltanto una. I giovani medici del Sigm forniscono una utile guida alla consultazione per i colleghi. Come premesso nella prima graduatoria provvisoria il candidato che fosse in posizione utile in più graduatorie ne deve scegliere una, decadendo dalle altre ma non da quelle in cui è in posizione non utile. Per questa verifica il candidato deve entrare nella propria pagina personale accessibile al portale www.university.it. La sede di assegnazione, spiega la guida dei giovani medici, è per il momento provvisoria e non è necessario iscriversi ad alcuna scuola di specializzazione. Se il candidato non scegliesse nessuna

scuola viene considerato rinunciatario e decade da tutte le graduatorie in cui è collocato in posizione utile. Gli altri dovranno restare in attesa di eventuali scorrimenti. Sulla propria pagina sarà possibile anche consultare il correttore del compito e avere chiarimenti sulle due domande annullate per le prove comuni di macroarea Medica e Servizi clinici. La prima graduatoria definitiva è prevista per il 10 novembre quando i candidati potranno visualizzare la propria posizione e gli eventuali scorrimenti avvenuti. In questa prima fase, secondo la previsione dei giovani medici, non saranno più di 1.000- 1.500 i candidati in posizione utile che, avendo avuto punteggi elevati nella prima prova generale saranno con maggiore probabilità in buona posizione in più graduatorie e pertanto assegnatari di più contratti contemporaneamente. A questo punto ciascuno dei candidati su più graduatorie sarà costretto a sceglierne una e soltanto una, consentendo lo scorrimento degli altri partecipanti. Per chi non ce la dovesse fare, visto le polemiche che hanno segnato lo svolgimento del concorso e i precedenti nei quali Tar e Consiglio di Stato si sono pronunciati a favore dei candidati per situazioni analoghe, resta la strada del ricorso. Che, come nei giorni scorsi ha più volte ricordato il Codacons, ha buone probabilità di successo.

Stamina, con decreto stop definitivo a sperimentazione

Con un decreto ministeriale, il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, sembra aver messo la parola “fine” alla lunga e tormentata vicenda Stamina: il provvedimento chiude infatti definitivamente la sperimentazione del protocollo di **Davide Vannoni**, prendendo atto delle conclusioni del nuovo comitato scientifico che si era espresso negativamente. Ma il presidente di Stamina Foundation, ideatore del metodo che utilizza cellule staminali mesenchimali per il trattamento di un gran numero di patologie neurologiche, non demorde e annuncia battaglia, affermando che si appellerà nuovamente al Tar. Il decreto è stato già trasmesso alla Stamina Foundation. Il parere negativo è stato espresso all'unanimità, lo scorso ottobre, dal Comitato scientifico, che ha affermato che nel metodo non sussistono le condizioni per l'avvio di una sperimentazione, «con particolare riferimento alla sicurezza del paziente». Ma Vannoni ribatte: «Ritourneremo al Tar con i nuovi dati emersi e attenderemo una nuova pronuncia del tribunale. Le conclusioni del comitato sono ridicole perché non c'è alcuna valutazione scientifica e non sono state rispettate le indicazioni date dal Tar stesso, dopo la bocciatura del protocollo da parte del primo comitato, a partire dal doveroso confronto con i biologi di Stamina in merito alla valutazione scientifica del metodo e alle caratteristiche del prodotto cellulare». Il Tar, sottolinea, «dovrà dunque pronunciarsi nuovamente decidendo se fare un giudizio di merito, dando conclusione alla vicenda, oppure avviando nuove azioni per obbligare il ministero a seguire la legge Balduzzi, che prevede l'avvio della sperimentazione». Quella del “nuovo” comitato è stata la seconda bocciatura del protocollo Vannoni. Il giudizio negativo del primo Comitato venne appunto “fermato” dal Tar: a seguito della sentenza del tribunale - che mosse vari rilievi, a partire dalla contestazione di non imparzialità della commissione - il ministero della Salute procedette alla nomina

di un secondo Comitato. Dopo la pronuncia del primo, le infusioni secondo il metodo Stamina sono però proseguite presso gli Spedali Civili di Brescia, a seguito delle pronunce favorevoli di diversi giudici.

Ciò è stato possibile sulla base della cosiddetta legge Balduzzi che stabiliva la prosecuzione del trattamento per quei pazienti che lo avessero già iniziato. Uno stop agli Spedali Civili di Brescia è però arrivato di fatto lo scorso agosto, con la decisione della magistratura di sequestrare le cellule e i macchinari per il protocollo Stamina, sulla base della sussistenza di un pericolo per la salute dei pazienti. Il sequestro è stato confermato nelle scorse settimane dal Gup di Torino. Prima del sequestro delle cellule, erano una trentina i pazienti in trattamento a Brescia. Il decreto del ministero «è un aspetto determinante, ma non basta. È sicuramente però una decisione molto importante», ha commentato il direttore generale degli Spedali civili di Brescia, Ezio Belleri. Adesso, ha detto, «dobbiamo capire quale e se ci sarà un prossimo passo del Parlamento e del ministero. Credo che sia necessario un intervento globale che chiarisca la vicenda per evitare che nuovi casi Stamina si verifichino in Italia».

Nice update su diagnosi precoce e trattamento della nefropatia cronica

Il Nice (National institute for health and care excellence) ha di recente aggiornato le linee guida per la diagnosi precoce e il trattamento della malattia renale cronica (Ckd) negli adulti, sulla base della riclassificazione effettuata dal Kdigo (Kidney disease improving global outcomes) e di dati prognostici da ampi studi osservazionali. Ecco alcune tra le raccomandazioni più rilevanti per la pratica clinica. 1) Considerare per la diagnosi iniziale la stima della Gfr basata sulla cistatina C per confermare o escludere Ckd in soggetti con Gfr tra 45 e 59 ml/min/1,73 mq da almeno 90 giorni o assenza di proteinuria o di altri marker di malattia renale. Per evidenziare e identificare la proteinuria, usare preferibilmente il rapporto urinario albumina:creatinina piuttosto che quello proteine:creatinina. Prescrivere test per identificare Ckd in pazienti con uno o più dei seguenti fattori di rischio: storia familiare di insufficienza renale terminale o malattia renale ereditaria, rilevazione casuale di ematuria diabete, ipertensione, insufficienza renale acuta, malattie cardiovascolari, delle vie urinarie o sistemiche con potenziale interessamento renale. 2) Informare della loro diagnosi i pazienti con Ckd, condividere con i pazienti le decisioni terapeutiche e incoraggiare il self-management fornendo informazioni su livelli di pressione arteriosa, disassuefazione al fumo, esercizio fisico, dieta e farmaci per rendere i pazienti in grado di prendere decisioni consapevoli e informate. 3) Dovrebbero essere inviati a una valutazione specialistica i pazienti con Ckd e: Gfr <30 mL/min/1.73 mq, affetti o meno da diabete, rapporto urinario albumina:creatinina ≥ 70 mg/mmol non conseguente al diabete già adeguatamente trattato, rapporto urinario albumina:creatinina ≥ 30 mg/mmol (categoria A3) in presenza di ematuria, consistente riduzione di Gfr $\geq 25\%$ e cambiamento di categoria di Gfr, o consistente diminuzione di Gfr ≥ 15 mL/min/1,73 mq nell'arco dei 12 mesi; scarso controllo dell'ipertensione nonostante l'uso di almeno 4 farmaci antipertensivi a dosi

terapeutiche, malattia rara o genetica (sospetta o nota) che può causare Ckd, sospetta stenosi dell'arteria renale. 4) Prescrivere un antagonista del sistema renina-angiotensina a basso costo ai pazienti con Ckd e diabete e rapporto urinario di albumina:creatinina ≥ 3 mg/mmol, ipertensione e rapporto urinario albumina:creatinina ≥ 30 mg/mmol, rapporto albumina:creatinina ≥ 70 mg/mmol indipendentemente da ipertensione o malattia cardiovascolare. Prescrivere antiaggreganti a pazienti con Ckd per la prevenzione secondaria della malattia cardiovascolare, tenendo sempre in considerazione l'aumentato rischio di sanguinamento.

National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Kidney Disease (Partial Update): Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adult in Primary and Secondary Care.

DIRITTO SANITARIO **Linee guida: i criteri per andare esente da responsabilità**

Per linee guida devono intendersi, secondo la definizione che ne è stata fornita dall'Institute of Medicine degli Stati Uniti nel 2011, quei documenti che contengono raccomandazioni finalizzate ad ottimizzare l'assistenza al paziente, fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia e su una valutazione di benefici e danni di opzioni assistenziali alternative. Per essere valide, quindi, debbono: essere fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia disponibili; essere approntate da un gruppo multidisciplinare di esperti e rappresentanti dei vari gruppi interessati; prendere in considerazione sottogruppi rilevanti di pazienti; basarsi su un processo esplicito e trasparente, che riduca al minimo le distorsioni, i bias e i conflitti di interesse; fornire una accurata illustrazione delle relazioni logiche tra opzioni assistenziali alternative ed esiti per la salute; essere riconsiderate e aggiornate. In linea di massima, il sanitario, per andare esente da responsabilità, deve dimostrare di aver seguito le linee guida (specifiche per il sottogruppo cui apparteneva il paziente), che il caso del paziente rientrava tra quelli considerati dalle stesse (o dal sottogruppo considerato), ovvero, in caso di anomalie o specificità, dimostrare la loro irrilevanza ai fini del trattamento, oppure dimostrare di averne tenuto debitamente conto, adeguando le linee guida al caso di specie. Laddove tali prove siano fornite e l'intervento non abbia avuto successo, il sanitario andrà esente da colpa; lo stesso dicasi nell'ipotesi in cui si siano verificate delle complicanze proprie, ossia note alla scienza medica come possibili e tipiche di un determinato intervento, essendovi sempre un certo tasso di insuccessi.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584