

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 13 OTTOBRE 2014

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Sassari. Stella (Corsera) accusa DG Asl di aver ritoccato i bilanci. Ma lui non ci sta: "Risponda prima a queste mie 13 domande e poi ne riparliamo"

Il direttore dell'Asl di Sassari, Marcello Giannico, replica all'articolo del Corriere della Sera in cui viene accusato di aver "ritoccato" in peggio il bilancio 2010 dell'Asl di Sassari per evitare di essere revocato dall'incarico di Commissario che rivestiva all'epoca dei fatti. E lo fa invitando il giornalista Stella a rispondere lui, questa volta, a delle domande.

Il 7 ottobre scorso il Corriere della Sera ha pubblicato un'inchiesta firmata da **Gian Antonio Stella** in cui veniva raccontata la vicenda dell'Asl di Sassari e, a detta del di Stella, del suo "protagonista" in negativo, il Dg **Marcello Giannico**, che all'epoca dei fatti, 2010, ricopriva la carica di Commissario per sanare i conti dell'Asl.

Dall'articolo risulterebbe che Giannico, ora Direttore generale dell'Asl, avrebbe "ritoccato" in peggio il bilancio per evitare di essere revocato dall'incarico di Commissario e si sarebbe anche reso responsabile del licenziamento del Direttore Amministrativo, **Angela Cavazzuti**.

Giannico ovviamente non ci sta e replica a Stella affermando di aver "letto l'articolo a Sua firma pubblicato dal Corriere della Sera di martedì 7 ottobre 2014 nel quale si racconta la triste vicenda del Bilancio 2010 della ASL di Sassari, azienda che dirigo dal 1 gennaio 2011, e del licenziamento del Direttore Amministrativo, Angela Cavazzuti".

A distanza di oltre due anni e mezzo dallo scandalo, aggiunge Giannico "mi ritrovo improvvisamente agli onori della cronaca nazionale, senza essere stato contattato preventivamente dalla Sua redazione, né aver potuto replicare in alcun modo alle accuse rivoltemi. Molte informazioni, benché importanti, non sono richiamate nel Suo articolo ed il risultato che ne consegue è una rappresentazione distorta della realtà. Forse qualche domanda rivolta al sottoscritto Le avrebbe permesso di descrivere meglio quanto accaduto". "Considerato che viviamo in un mondo dove le regole del gioco sono spesso ribaltate (e Lei di queste storie ne racconta molte nei

Suoi libri!), provo per una volta a vestire i panni di un giornalista e mi permetto di intervistarLa, 13 semplici domande – conclude il Dg – a cui rispondere con un sì o con un no.”.

1. Il Bilancio 2008 e il Bilancio 2009 della ASL di Sassari riportavano entrambi una perdita strutturale di oltre 23 milioni di euro. Durante tutto l’anno 2010, la ASL di Sassari è stata commissariata: non poteva essere modificata la dotazione organica, né la struttura organizzativa e le gare di appalto erano tutte sottoposte alla preventiva autorizzazione regionale. In questo contesto di forte vincolo gestionale, Le sembra normale che nel solo anno 2010 l’azienda abbia potuto recuperare 23 milioni di euro di perdita strutturale, arrivando ad un miracoloso pareggio di Bilancio?

2. La prima versione del Bilancio 2010 è stata materialmente redatta a maggio 2011 da un dirigente responsabile della contabilità, incaricato fiduciarmente da Angela Cavazzuti prima del mio arrivo in azienda. Tale dirigente è stato da me rimosso e ne è conseguita una causa presso il Tribunale del Lavoro. Il giudice, con sentenza passata in giudicato, ha dichiarato la piena legittimità della mia scelta in quanto il dipendente era privo dei requisiti tecnico/professionali necessari per ricoprire quell’incarico. Lei era al corrente di questa sentenza?

3. Nel corso del 2011 Angela Cavazzuti ha partecipato ad una riunione a Cagliari presso l’Assessorato Regionale all’Igiene e Sanità avente ad oggetto la situazione contabile delle aziende sanitarie sarde. Alla riunione ha partecipato anche un esperto di contabilità pubblica del Ministero della Salute il quale ha dichiarato per iscritto che la contabilità della ASL di Sassari era “totalmente inattendibile”. Al suo rientro a Sassari Angela Cavazzuti non mi ha mai rappresentato questo gravissimo fatto. L’ho scoperto casualmente molto tempo dopo. Quanto sopra è riportato nel fascicolo di 3000 pagine che Lei ha letto. Le è sfuggita anche questa informazione?

4. Il Bilancio 2010 della ASL di Sassari è stato approvato tre volte. La prima con una perdita di soli 800 mila euro. La seconda con una perdita di 11 milioni di euro. La terza con una perdita di 18 milioni di euro. Angela Cavazzuti ha firmato, senza alcuna riserva, sia la prima che la seconda versione. Lo sapeva?

5. La mia email “strabiliante” (Lei l’ha definita così) è stata inviata un mese prima che Angela Cavazzuti firmasse la seconda versione del Bilancio 2010. Non Le sembra strano che un Direttore Amministrativo che si è “messo di traverso” firmi senza alcuna riserva una seconda versione del Bilancio con una perdita incrementata di circa 10 milioni rispetto alla prima versione, addirittura dopo aver ricevuto la mia “strabiliante” comunicazione?

6. Dopo l’approvazione della terza versione del Bilancio 2010 e dello scandalo mediatico che ne è conseguito, il Collegio Sindacale della ASL di Sassari ha approvato il documento finanziario. Lei disponeva di questa importante informazione?

7. Dopo l'approvazione da parte del Collegio Sindacale, il Bilancio 2010 ha ricevuto il parere favorevole dell'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità. Al parere favorevole regionale è seguito il ripiano integrale delle perdite, attingendo dal fondo di 120 milioni di euro accantonato nel bilancio regionale. Era al corrente del parere favorevole della Regione Sardegna?

8. Dopo l'approvazione da parte del Collegio Sindacale e da parte della Regione Sardegna, il Bilancio 2010 ha passato il vaglio della Sezione di Controllo della Corte dei Conti. La magistratura contabile non ha eccepito alcunché sulla terza e definitiva versione del Bilancio 2010 della ASL di Sassari. Non era al corrente neanche di questa importante informazione?

9. Dopo l'approvazione del Bilancio 2010, la ASL di Sassari ha approvato i Bilanci 2011, 2012 e 2013, con parere positivo del Collegio Sindacale. In tutti e tre i documenti finanziari sono state rilevate ulteriori sorprese: debiti fuori bilancio relativi agli anni 2010 e precedenti per un valore complessivo netto di circa 11 milioni di euro. Sorprese che (ahimè!) sono gravate immeritadamente sui Bilanci della mia gestione. Se avessimo avuto queste informazioni per tempo, la perdita del Bilancio 2010 non sarebbe stata di 18 milioni di euro, bensì di 29 milioni. Ne era al corrente?

10. Nell'anno 2012 Angela Cavazzuti ha presentato ricorso al Tribunale del Lavoro contro il provvedimento di licenziamento ai suoi danni, chiedendo alla ASL di Sassari un risarcimento di oltre 650 mila euro (sì, ha letto bene: seicentocinquantamila!). Il giudice del lavoro con sentenza ha dichiarato totalmente infondate le pretese dell'ex Direttore Amministrativo, dando ragione al mio operato. Possibile che Lei non disponesse neanche questa informazione?

11. Il Corriere della Sera è uno dei quotidiani più letti in Italia ed influenza significativamente l'opinione pubblica. Angela Cavazzuti recentemente ha presentato appello avverso alla sentenza di primo grado del giudice del lavoro due giorni prima della pubblicazione del suo articolo. E' solo una coincidenza?

12. Alberto Pinna è un giornalista sassarese, corrispondente del Corriere della Sera e sposato con Angela Cavazzuti. Lo conosce? Oltre ad essere un Suo collega, è anche un Suo amico?

13. Se la risposta alla domanda precedente è "sì" (e sappiamo in tanti che è "sì"), Lei ritiene deontologicamente corretto scrivere un articolo a favore della moglie di un amico e collega?

Come potrà constatare, ad oggi esiste un procedimento penale in corso e due sentenze che invece danno pienamente ragione al mio operato. A queste si aggiungono provvedimenti di autorevoli organismi ed istituzioni pubbliche tutte a mio favore. Ma di tutto questo non c'è alcuna traccia nel Suo articolo. Dietro la mia email "strabiliante", c'è una realtà che Lei non conosce o non ha voluto rappresentare.

Una cosa è certa: se potessi tornare indietro nel tempo, con il senno di poi, rifarei le stesse cose. Così come da direttore del Corriere della Sera valuterei attentamente il Suo comportamento: avere pubblicato con due anni e mezzo di ritardo un articolo del tutto sbilanciato a favore della moglie di un amico/collega, violando le elementari regole del fair-play e soprattutto fornendo informazioni parziali a 3 milioni di lettori.

Congresso Fimmg. Pier Luigi Bartoletti nuovo vicesegretario nazionale. Milillo confermato segretario

La nomina è arrivata nel corso del 70esimo Congresso nazionale del sindacato dei medici di medicina generale che si è concluso sabato a Santa Margherita di Pula (Ca). Gli altri vicesegretari per il prossimo mandato saranno Scotti, Calabrese e Boscherini. Il segretario amministrativo sarà Caudo.

“La nomina a vicesegretario della Fimmg mi permetterà di continuare a livello nazionale il lavoro che ormai dal 1999 sto portando avanti nel Lazio”. Queste le prime parole di **Pier Luigi Bartoletti**, segretario uscente della Fimmg Lazio, neo vicesegretario nazionale della Fimmg, eletto nel corso del 70esimo Congresso nazionale del sindacato dei medici di medicina di famiglia che si è concluso oggi a Santa Margherita di Pula (Ca).

“Durante tutti questi anni – ha aggiunto Bartoletti – la domanda di salute dei cittadini ha subito un profondo mutamento. Il nostro impegno è stato, e dovrà essere sempre di più in futuro, finalizzato a dare la migliore risposta possibile alle esigenze dei pazienti. Il tema principale che dovrà essere affrontato sarà quello della razionalizzazione delle risorse economiche e umane disponibili, puntando allo spostamento verso il territorio dei servizi sanitari di base”.

Il lavoro del congresso ha confermato **Giacomo Milillo** nella carica di Segretario Generale Nazionale, mentre gli altri vicesegretari per il prossimo mandato saranno **Silvestro Scotti**, già presente nella precedente segreteria nazionale, **Nicola Calabrese** che è anche il vice segretario nazionale della continuità assistenziale e il segretario toscano **Vittorio Boscherini**. Il segretario amministrativo sarà **Giacomo Caudo** prima segretario organizzativo.

Nel corso dei lavori del congresso, i medici di famiglia si sono concentrati anche sullo sviluppo delle nuove tecnologie che potranno consentire un'assistenza di qualità più elevata. “Gli obiettivi che ci siamo prefissati sono ambiziosi ma imprescindibili. Per riuscire nei nostri intenti, sarà necessario che la medicina territoriale effettui un cambio di passo, accogliendo tutte le possibilità offerte dalla tecnologia. In questo senso, sarà necessario superare tutti gli ostacoli, come ad esempio l'utilizzo di protocolli informatici non uniformi, che finora hanno limitato la diffusione di strumenti come il fascicolo sanitario elettronico”.

Colesterolo. La ‘mappa’ atomica su *Nature*

Per la prima volta il colesterolo viene ‘mappato’ nella sua struttura atomica, individuando la posizione di ogni atomo. Il focus è sul ruolo di un particolare enzima, incastrato nella membrana cellulare, che favorisce la formazione del colesterolo, contribuendo alla sua sintesi. Il risultato apre prospettive di ricerca per combattere il colesterolo alto. Allo studio, su *Nature*, partecipa anche l’Università di Perugia*

È costituito da migliaia di atomi e la sua produzione nelle cellule richiede circa 30 reazioni chimiche e 20 enzimi, di cui 7 sono ‘incastrati’ nelle membrane cellulari. Stiamo parlando del colesterolo, una molecola della classe degli steroli che è molto importante per diverse funzioni biologiche e che può comportare dei rischi per la salute quando presente in eccesso.

A rivelare questa ‘mappa’ del colesterolo è uno studio*, che è stato pubblicato su *Nature*, condotto dai ricercatori della Rockefeller University insieme ad un ricercatore italiano dell’Università di Perugia. In particolare, alcuni enzimi favoriscono la formazione del colesterolo, ed uno di essi, verso il quale viene rivolta oggi l’attenzione, contribuisce alla sua sintesi attraverso una reazione specifica.

“Si tratta del primo studio che individua la posizione di ogni atomo – in questo caso di circa 3000 atomi – in uno degli enzimi inseriti all’interno della membrana cellulare utilizzato per formare il colesterolo”, ha affermato **Günter Blobel**, John D. Rockefeller Jr., Professore e Capo del Laboratory of Cell Biology. “Con la struttura di questo enzima, possiamo comprendere meglio in che modo il corpo lo sintetizza”.

Il focus della ricerca odierna riguarda proprio il meccanismo con cui un enzima *sterol reductase* (sterolo reduttasi) aiuta il ‘viaggio’ di due elettroni da una molecola nota come NADPH ad un’altra molecola, che può eventualmente trasformarsi in colesterolo, in una reazione di riduzione.

“Le nostre immagini hanno rivelato la presenza di due tasche all’interno dell’architettura del enzima”, spiega il primo autore, **Xiaochun Li**, Postdoc. “Uno contiene il NADPH, e l’altro fornisce l’accesso al precursore del colesterolo. Quando si trovano ‘nel luogo’, queste molecole sono abbastanza vicine tanto da scatenare questo importante step nella sintesi del colesterolo”.

Questa ricerca nasce dall’interesse verso il recettore della lamina B (LBR), sterolo reduttasi. “Anche se l’LBR è stato scoperto 26 anni fa ed è noto che contribuisce alla sintesi del colesterolo, nessuno sapeva com’era fatto, o come funzionava”, ha spiegato il dottor Li. Visto che l’LBR non cristallizza bene, gli scienziati hanno trovato un candidato più ‘accomodante’ e ugualmente performante, la proteina maSRI. In particolare, la diffrazione a raggi X ha messo in evidenza che la proteina si estende con 10 segmenti all’interno della membrana; essa contribuisce alla sintesi del colesterolo attraverso il meccanismo spiegato dal dottor Li.

Connotato spesso negativamente, in certe quantità il colesterolo è un composto

necessario per il corretto funzionamento fisiologico dell'organismo; al contrario, se in eccesso, esso può essere causa di problemi per la salute. La fonte di colesterolo è rappresentata dalle cellule dell'organismo umano, che attraverso una serie di reazioni, descritte anche dalla mappa su *Nature*, danno luogo alla formazione di questo composto. Tuttavia, come è noto, un'altra fonte di colesterolo è quella alimentare: tra i cibi che ne sono più ricchi, ci sono cheeseburgers, gamberi, panna montata e numerosi altri. Consumare spesso alimenti ad alto contenuto di colesterolo fa sì che il corpo compensi producendo in quantità minore il proprio colesterolo e diventi meno recettivo al colesterolo nel sangue: ed è proprio quando viaggia nel sangue che il colesterolo può rappresentare un rischio per la salute, portando potenzialmente alla formazione di placche che bloccano i vasi sanguigni.

Le mutazioni nei geni degli steroli reduttasi, compresi quelli per il recettore della lamina B (LBR), sono associati a diverse malattie, tra cui l'anomalia Pelger-Huet, che causa difetti di alcuni globuli bianchi, e la sindrome di Smith-Lemli-Opitz, associata a disabilità comportamentali, fisiche e mentali. Per avere una migliore idea di come queste mutazioni alterano gli enzimi, Li e i suoi colleghi hanno individuato la posizione dei difetti causati da queste alterazioni.

La ricerca ha anche implicazioni per il trattamento del colesterolo alto, dichiara il Professor Blobel. **“Molte delle pillole attualmente disponibili interferiscono con le prime fasi della complessa serie di reazioni che genera il colesterolo. La nostra reazione avviene più tardi, e può offrire un nuovo obiettivo che vale la pena di indagare”.**

SOLE 24ORE SANITA'

Ecco il piano nazionale malattie rare 2013-6

Sarà all'esame della Conferenza Stato Regioni del 16 ottobre prossimo il Piano nazionale malattie rare (Pnmr) 2013-16. Lo schema di Accordo è stato già sottoposto al vaglio del ministero dell'Economia, che ha precisato la necessità di dare attuazione al piano con le risorse disponibili a legislazione vigente (nel piano stesso si precisa che non è previsto lo stanziamento di risorse ad hoc) e di specificare nell'Accordo che nessun compenso andrà previsto per i componenti del Comitato nazionale la cui costituzione è prevista al punto 3 del Piano.

Obiettivo principale del Pnmr è «lo sviluppo di una strategia integrata, globale e di medio periodo per l'Italia sulle malattie rare, centrata sui bisogni assistenziali della persona e della sua famiglia e definita con il coinvolgimento di tutti i portatori di

interesse, tenuto conto delle sperienze già maturate e nel quadro delle indicazioni europee».

E' prevista, come strumento di governo, l'istituzione di un Comitato nazionale, con il compito di delineare le linee strategiche da attuare, dalla diagnosi all'assistenza, dalla ricerca alla formazione. Gli interventi previsti dal Piano dovranno essere verificati dal Comitato permanente per la verifica dell'effettiva erogazione dei Lea.

La rete nazionale. Nell'ambito di una pianificazione condivisa tra le regioni e attraverso accordi interregionali andrà implementata e qualificata la rete, individuando e monitorando i presidi competenti. Tali presidi dovranno avere ampi bacini di utenza e volumi di attività significativi, andrà incentivata la cooperazione tra le strutture e i servizi coinvolti e saranno utilizzate soluzioni tecnologiche per condividere le informazioni cliniche (telemedicina, teleconsulti) e ridurre la mobilità dei pazienti. Una particolare attenzione andrà dedicata allo sviluppo di programmi assistenziali in grado di garantire la transizione dall'età pediatrica all'età adulta.

Sorveglianza e monitoraggio. I registri regionali o interregionali e il Registro nazionale delle malattie rare dovranno migliorare la copertura e l'efficienza della raccolta dei dati epidemiologici. Unificando e standardizzando la codifica delle malattie (il sistema italiano è basato sull'Icd), tramite la sperimentazione di modalità utilizzate in ambito europeo (Orpha code).

Le priorità riguardanti percorso diagnostico terapeutico. Ridurre il ritardo diagnostico, definire a livello regionale o interregionale i protocolli diagnostici, puntando sulla massima condivisione; promuovere la sperimentazione di trattamenti innovativi, evitare qualsiasi forma di discriminazione nell'accesso ai trattamenti, coordinare gli interventi multidisciplinari tramite la figura del case manager. Il tutto avvalendosi - in un'ottica di empowerment - della collaborazione e dell'esperienza maturate da pazienti, familiari e associazioni. Spazio, inoltre, a ricerca, formazione dei professionisti e dei caregiver.

Puntare sulla prevenzione primaria e secondaria. Andrà reso sempre disponibile il counselling preconcezionale per le coppie in età fertile, puntando sulla promozione di stili di vita corretti e valutando le conseguenze in termini di salute degli screening «a cascata».

Obiettivo prioritario è anche quello del miglioramento della diagnosi precoce, clinica, clinico-genetica e neonatale, delle malattie rare.

Sul fronte farmaci. Per ridurre i tempi di attesa, sono previste semplificazioni delle modalità prescrittive, di approvvigionamento e somministrazione dei trattamenti, favorendo il continuo confronto e collaborazione tra Tavolo tecnico interregionale malattie rare e Aifa e potenziando il ruolo dello Stabilimento chimico farmaceutico militare per assicurare la disponibilità a costi ridotti di farmaci e altri trattamenti per le malattie rare.

La settimana in Parlamento. Parte alla Camera l'esame

del ddl sull'abusivismo nelle professioni sanitarie

La commissione Giustizia della Camera inizia martedì in sede referente l'esame del Ddl sull'abusivismo delle professioni sanitarie già approvato in prima lettura al Senato. (c. 2281 Relatore Pagano). Alle XII commissioni di Camera e Senato troviamo Riforma del terzo settore, responsabilità professionale del personale sanitario, gioco d'azzardo e onibus Lorenzin.

Alla Commissione Affari sociali della Camera

Martedì 14 ottobre 2014 e giovedì 16 in sede referente è previsto l'esame della Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale (seguito esame [C. 2617 Governo](#), [C. 2071 Maestri](#) e [C. 2095 Bobba](#) – rel. Lenzi). Nella giornata del 14, il Comitato ristretto esaminerà le Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario (esame [C. 259 Fucci](#), [C. 262 Fucci](#), [C. 1324 Calabrò](#), [C. 1312 Grillo](#), [C. 1581 Vargiu](#) e [C. 1902 Monchiero](#), [C. 1769 Miotto](#) e [C. 2155 Formisano](#)– rel. Vargiu).

Mercoledì 15, sempre in sede referente, sono in agenda le Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico (seguito esame testo unificato [C. 101 Binetti](#), [C. 102 Binetti](#), [C. 267 Fucci](#), [C. 433 Mongiello](#), [C. 1596 Baroni](#), [C. 1718 Iori](#), [C. 1633 Formisano](#) e [C. 1812 Giorgia Meloni](#) – rel. Binetti)

Alla Commissione Igiene e sanità del Senato martedì, mercoledì e giovedì sono in agenda, in sede consultiva il [ddl 1637](#) (contrasto fenomeni di violenza nelle manifestazioni sportive) - parere alle commissioni riunite 1a e 2a - rel. Bianconi il [ddl 1577](#) (riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche) - parere alla 1a commissione - rel. bianco sede referente

In sede referente il [ddl 998](#) (screening neonatale) - discussione generale - rel. Aiello e il [ddl 1324](#) (norme varie in materia sanitaria) e abb. - rel. De Biasi - seguito illustrazione emendamenti

In sede consultiva i [ddl 205](#) e [1568](#) (agricoltura sociale) - parere alla 9a commissione - rel. Maturani

DOCTOR 33.IT

Farmaci per l'infanzia. Bonati (Mario Negri): mancano soprattutto le formulazioni

Infanzia trascurata dalla ricerca farmacologica? Il problema è emerso durante il Clinical trial day, la giornata di studio sul tema promossa dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. È stato denunciato il ridotto numero di farmaci “a misura di bambino” – sono solo una trentina quelli approvati con indicazione specifica – e il fatto che, nonostante gli studi pediatrici attualmente in corso in Europa siano circa 2.400, molti non arrivano a termine o solo dopo molti anni.

Tuttavia, secondo **Maurizio Bonati**, responsabile del Dipartimento di Salute Pubblica del Mario Negri di Milano, «da qualche anno a questa parte si sta cercando di porre rimedio e a livello europeo sono state emesse delle normative per incentivare e promuovere la ricerca per farmaci pediatrici. L'attenzione direi che è aumentata e oggi il problema non riguarda tanto i farmaci quanto le formulazioni adatte per la pediatria; è più facile avere farmaci sperimentati ma che poi non trovano un utilizzo pratico perché sono di difficile utilizzo in ambito pediatrico».

L'Italia ha recepito le normative europee ma, forse più di altri Paesi, «sconta il fatto che la pediatria sia un'area un po' negletta e poco appetibile anche dall'industria, perché nella grande maggioranza i bambini stanno bene... La ricerca pubblica è ferma ormai da qualche anno un po' in tutti i settori e sono ancora pochi gli studi clinici pediatrici indipendenti, finanziati per esempio dal ministero o dall'Aifa; gli ultimi bandi risalgono al 2012 e non si sa ancora la risposta... si parla dell'anno prossimo per finanziamenti di tre anni prima».

Comunque, secondo Bonati, riguardo alle malattie più frequenti nell'infanzia non abbiamo bisogno di farmaci, «anzi per certi versi ne abbiamo un eccesso e ci sarebbe bisogno di calmierare un utilizzo troppo frequente. È un problema culturale tutto italiano, che ci differenzia dal resto dell'Europa e del mondo: prescriviamo ai bambini italiani il triplo di farmaci rispetto ai bambini olandesi e il quadruplo dei bambini inglesi».

Aap: nuove linee guida per la salute delle ossa

Per chiarire le perplessità su diagnosi e trattamento della carenza di vitamina D in bambini e adolescenti, l'American Academy of Pediatrics (Aap) ha pubblicato un documento su Pediatrics, scritto da un gruppo di esperti coordinati da Neville Golden, del Lucille Packard Children's Hospital Stanford a Palo Alto, California. «L'articolo sottolinea il fatto che i pediatri hanno un ruolo importante per ottimizzare la salute delle ossa non solo informandosi sulla corretta assunzione di calcio e vitamina D, ma anche promuovendo un costante esercizio fisico nei bambini» afferma il ricercatore, puntualizzando che alcune società professionali raccomandano lo screening dei bambini sani a rischio di carenza vitaminica D, tra cui i bambini di colore e quelli obesi, mentre l'AAP non condivide questa posizione in quanto mancano prove che dimostrino una significativa riduzione del rischio di fratture con lo screening, a fronte di consistenti costi. Invece, il documento AAP suggerisce che i giovani a rischio di riduzione della massa ossea per malattie genetiche o croniche, disturbi alimentari, patologie endocrine o trattamenti con farmaci tra cui glucocorticoidi e anticonvulsivanti, dovrebbero essere testati per un'eventuale carenza di vitamina D

con la misurazione dei livelli ematici di 25(OH)D. «Nei bambini sani vengono considerati normali valori di 20 nanogrammi per millilitro (ng/ml), che alcuni esperti consigliano di portare a 30 ng/ml nei bambini a rischio di frattura» riprende Golden, spiegando che l'AAP concorda con le raccomandazioni dell'Istituto di medicina (IOM) per l'assunzione di calcio: da 200 a 260 milligrammi giornalieri (mg/die) per i neonati fino a un anno; 700 mg/die da uno a 3 anni di età; 1.000 mg/die da 4 a 8 anni di età e 1.300 mg/die da 9 a 18 anni. Viceversa, lo IOM ha aumentato nel 2011 le quantità di vitamina D consigliate nelle diverse fasce di età, e l'AAP concorda anche in questo caso. In sintesi, i neonati dovrebbero assumere 400 Unità Internazionali (UI) giornaliere, mentre il fabbisogno sale a 1.000 UI per i bambini fino a sei mesi, 1.500 UI per i bambini da sei a 12 mesi, 2.500 UI da 1 a 3 anni, 3.000 UI da 4-8 anni e 4.000 UI dai nove anni in su.

Pediatrics. 2014 Oct;134(4):e1229-43

DIRITTO SANITARIO L'anestesista deve garantire al paziente un buon risveglio

Il Tribunale ha condannato il medico anestesista alla pena di anni uno di reclusione per il reato di rifiuto di atti d'ufficio, in quanto in servizio presso una struttura ospedaliera, incaricato di prestare la dovuta assistenza all'intervento chirurgico di adenotonsillectomia su un bambino di sei anni, si era allontanato subito dopo l'esecuzione del trattamento, senza attendere il regolare risveglio del piccolo paziente, senza accertarsi delle sue condizioni, senza lasciar detto dove andava e dove poteva essere rintracciato, lasciando il bimbo alla sola vigilanza delle infermiere, nei fatti quindi rifiutando un atto del suo ufficio che doveva essere compiuto senza ritardo per ragioni di sanità, rendendosi irreperibile ed irraggiungibile per oltre quaranta minuti, pur nella consapevolezza di avere lasciato senza la doverosa e cogente assistenza un paziente appena operato, oltre quaranta minuti durante i quali - a seguito dell'insorgere di serie complicanze respiratorie nel paziente - era stato insistentemente e reiteratamente cercato dai medici e dal centralino dell'ospedale. La Suprema Corte ha confermato la sentenza di condanna rigettando il ricorso proposto dall'imputato. Tenuto conto delle regole generali alle quali deve attenersi l'anestesista, sintetizzate nello specifico processo dal direttore del dipartimento di emergenza e della struttura complessa di anestesia e rianimazione, e, tra esse, quella di garantire al paziente un buon risveglio, il medico aveva indebitamente rifiutato atti del suo ufficio, allontanandosi subito dopo l'intervento chirurgico e omettendo, in violazione dei suoi obblighi di anestesista, di continuare a monitorare il paziente (tanto più che si trattava di un bambino che non era stato premedicato) e di intervenire tempestivamente alla vista dei sintomi di malessere manifestati dal bambino al risveglio dall'anestesia, somministrando il farmaco giusto che evitasse di cagionargli la crisi respiratoria verificatasi a seguito della somministrazione di un medicinale ad opera degli

anestesisti sopraggiunti in sua sostituzione. [Avv. Ennio Grassini –
www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584