

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 14 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Pronte tra due settimane le unità di crisi per Ebola I centri a Sassari e Cagliari. L'assessore Arru: prevenzione, non emergenza Medici e infermieri stanno concludendo la fase di addestramento

Due unità di crisi con cinque stanze di isolamento, separate dagli altri reparti, tra Cagliari e Sassari per fermare Ebola. Tutto pronto: saranno a disposizione entro le prossime due settimane. Ma niente panico: secondo la Regione è prevenzione, ma non emergenza. Anche perché i primi filtri cominciano da lontano. «Statisticamente la probabilità che arrivi un emigrato, se non giunge clandestinamente, è remota, anche perché un primo screening viene fatto da parte dei militari – ha spiegato l'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru, illustrando i dettagli del piano antivirus nell'isola –. Qui si agisce in maniera preventiva ed eventualmente si apre la strada per la quarantena di 21 giorni per le persone ritenute a rischio, che sono anche gli operatori sanitari che lavorano nell'Africa Occidentale: Liberia, Sierra Leone, Guinea e Mali». Proprio dall'ovest del continente africano rientrerà lunedì un'infermiera dell'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari: sarà sottoposta ai controlli preventivi lontano dall'isola, a Bruxelles, il primo scalo europeo del volo di rientro. I due centri saranno allestiti nei reparti di malattie infettive del Santissima Trinità di Cagliari e nelle cliniche universitarie di Sassari dell'Aou. Nel capoluogo si stanno predisponendo tre stanze di isolamento, mentre a Sassari saranno due. Si tratta di camere non destinate alla degenza ma al primo trattamento dell'infezione, che prevede l'accertamento di casi sospetti. Nel caso di risultati positivi i pazienti dovranno essere immediatamente trasferiti al centro infettivo dell'ospedale Spallanzani di Roma. In queste settimane gli operatori sanitari (medici, infermieri e pediatri) stanno concludendo la fase di addestramento che in particolare prevede l'utilizzo di misure precauzionali e dispositivi di isolamento aereo dell'eventuale infezione. Il protocollo prevede, oltre al manuale operativo con tutte le istruzioni, anche l'istituzione di sette codici di emergenza-urgenza a seconda delle condizioni del paziente a rischio (bianco, verde, rosa, giallo, rosso, viola e blu) permettendo di gestire i casi sospetti, e definendo le modalità di trasporto e le misure di

biocontenimento. Il codice bianco, il primo, riguarda i casi di persone che sono state in paesi come Guinea, Sierra Leone, Liberia o altre aree indicate a rischio dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Ma che non hanno avuto contatto con casi sospetti o confermati. Decisamente più elevato il pericolo nei casi di colori rosso, viola e blu. In tutti i casi le Asl dovranno segnalare i casi alle prefetture. Una volta accertato il rischio, il soggetto viene posto in quarantena per ventuno giorni (tempo di incubazione della malattia) e se nel frattempo gli esami confermano la presenza del virus, che non si trasmette per via aerea ma solo per contatto con liquidi organici, il malato viene trasferito immediatamente a Roma.

Le associazioni dei talassemici “Risarcimenti iniqui per le trasfusioni di sangue infetto”

Lo Stato non ha mantenuto la promessa di un risarcimento equo ai talassemici danneggiati dalle trasfusioni di sangue infetto. Lo denunciano le due più grandi associazioni di talassemici della Sardegna, l'Associazione talassemici sardi Onlus e la Thalassa azione centrale Onlus, che esprimono «il loro fermo disappunto relativamente all'equo ristoro stabilito nell'articolo 27-bis della legge 114 dell'11 agosto 2014. Tale articolo prevede che ai danneggiati venga offerto un obolo come risarcimento del danno subito in seguito a trasfusione con sangue infetto. Il ministero della Salute ha convocato il 28 ottobre le principali associazioni dei danneggiati per illustrare le modalità di applicazione della norma, in un incontro a senso unico in cui a niente sono valse le lamentele della maggior parte dei convocati in merito all'iniquità di questo provvedimento». Le due associazioni sarde, che rappresentano in totale 700 danneggiati, sottolineano che «l'importo offerto non può in nessun modo essere considerato sufficiente a ristorare i soggetti che hanno contratto una patologia virale così grave e dall'esito incerto e a volte infausto. Lo Stato ne è consapevole, infatti, precedentemente, era stata predisposta una transazione i cui importi erano da quattro a sei (per gli eredi) volte superiori. Peccato che i criteri per accedere a quella norma fossero volutamente studiati al fine di escludere la maggior parte degli aventi diritto. Questo iniquo ristoro potrebbe apparire come un gesto magnanimo di un governo che cerca di fare ammenda rispetto ad un'ingiustizia commessa nei confronti di cittadini lesi e indifesi. Purtroppo la triste verità è che questo famigerato articolo 27-bis nasce dalla paura del giudizio della Corte dei diritti dell'uomo a cui cittadini italiani hanno dovuto rivolgersi per cercare di ottenere giustizia nei confronti di quello stesso Stato che prima non ha saputo proteggerli, infettandoli, e successivamente non li tutela cercando di negare le proprie responsabilità». Le associazioni ricordano che dopo aver fatto attendere 14 anni una risposta, il ministero dà ai danneggiati solo 15 giorni di tempo per compiere una scelta così importante.

SASSARI Asl: «Il responsabile dava poca sicurezza»**Giannico replica al medico rimosso: «Non**

svolgeva i suoi compiti, ci siamo rivolti a una ditta esterna»

«Se il Responsabile della Sicurezza avesse ottemperato ai suoi compiti la Asl non avrebbe ritenuto indispensabile affiancargli una struttura esterna». La direzione dell'Asl replica alle accuse mosse dal responsabile della sicurezza e da una sua collaboratrice, che si sono rivolti alla magistratura per denunciare una rimozione dagli incarichi e un trasferimento di settore che loro ritengono ingiusti. «La Sipal srl, organismo leader in Sardegna nell'erogazione di Servizi Specialistici in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro in favore di Enti Locali, nei primi mesi del 2012 è stata chiamata dall'Asl di Sassari per fornire il necessario supporto tecnico-giuridico alla Direzione Aziendale, a causa della complessa situazione prevenzionistica caratterizzata da decenni di sistematici inadempimenti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro che hanno determinato a carico dell'Azienda numerose contestazioni da parte degli Organi di Vigilanza – spiega il direttore generale Giannico – Nel corso di due anni e mezzo di affiancamento all'Azienda, al fine di consentire il raggiungimento di nuovi e più elevati standard di sicurezza e la risoluzione di complesse situazioni prevenzionistiche, grazie al prezioso supporto della Sipal, l'Asl ha potuto correttamente affrontare particolari situazioni nelle quali si rendeva doveroso operare il necessario bilanciamento tra l'esigenza primaria di garantire la continuità dei servizi sanitari erogati sul territorio e l'esigenza di realizzare gli interventi per la messa in sicurezza degli ambienti di lavoro». Problematiche che hanno interessato il blocco operatorio dell'ospedale di Ozieri, le sale operatorie dell'ospedale Santissima Annunziata, la situazione della prevenzione incendi degli presidi di Sassari, Alghero e Ozieri, i lavori nel reparto di Medicina nell'ospedale civile di Alghero, nel Centro trasfusionale di Alghero e le vicende legate all'Elisuperficie di Rizzeddu, solo per citare le problematiche più recenti e significative. «Il Responsabile della Sicurezza, in carica dal 15 dicembre 1998 e che dunque più di chiunque altro in Azienda avrebbe dovuto avere piena consapevolezza della grave situazione di inadempimento in cui la stessa operava da decenni, era perfettamente consapevole dell'imponente mole di lavoro svolta dalla Sipal del cui supporto si è peraltro sistematicamente avvalso a far data dal maggio del 2012. Per quanto riguarda le recenti contestazioni del responsabile della sicurezza, i fatti avvalorano le motivazioni che hanno portato il direttore generale a revocare l'incarico al suo fiduciario. Infatti, per il blocco operatorio dell'ospedale civile di Ozieri la soluzione definitiva, anche grazie all'intervento della Sipal, ha introdotto misure di esercizio volte a garantire livelli equivalenti di sicurezza e la contestuale riduzione dei rischi riscontrati ad agosto dal Rsp, l'Area giochi del Santissima Annunziata è stata ulteriormente protetta e il Comando dei vigili del fuoco ha rilasciato l'ultimo benestare all'apertura mentre per quanto riguarda il Poliambulatorio di via delle Terme di Porto Torres l'Azienda, sempre grazie alla Sipal, ha individuato un percorso che permetterà nel breve periodo il ripristino di tutte le prestazioni sanitarie».

GALLURA Vaccinazione antinfluenzale Al via la campagna della Asl 2

Prende il via la campagna di vaccinazione influenzale della Asl di Olbia che quest'anno verrà associata anche alla vaccinazione anti-pneumococcica. I vaccini verranno somministrati gratuitamente ad alcune categorie più a rischio per le quali è fortemente raccomandato. L'Asl 2, guidata dal direttore generale Giovanni Antonio Fadda, ha siglato in questi giorni un accordo con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta che, attraverso la vaccinazione, punta a creare una protezione collettiva nella popolazione della Asl di Olbia con l'obiettivo di interrompere la catena di trasmissione dei virus influenzali, andando a salvaguardare i servizi essenziali rivolti alla collettività, ma anche una protezione individuale con l'obiettivo di ridurre la probabilità di contrarre la malattia nei soggetti sani. Il vaccino antinfluenzale verrà offerto gratuitamente alle seguenti categorie definite a rischio: 1) Soggetti di età pari o superiore a 65 anni; 2) Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti affetti da alcune malattie croniche, tumori, e altro ancora; 3) Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye; 4) Donne che si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; 5) Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti; 6) Medici e personale sanitario di assistenza il cui rischio di contrarre l'influenza è elevato essendo a continuo contatto con soggetti ammalati. Per poter effettuare il vaccino è sufficiente presentarsi presso gli ambulatori di Servizio Vaccinale della Asl sparsi su tutto il territorio, oppure recarsi dal proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera scelta, muniti di codice fiscale.

L'UNIONE SARDA

San Raffaele col fiato sospeso Ospedale a Olbia e ricerca a Londra? «O tutto qui o tutto lì» Il “board” della Qatar Foundation discute per ore poi rinvia tutto a domenica

Quattro ore per decidere di rimandare tutto a domenica. Riunito nel quartier generale di Doha, il *board* della Qatar Foundation Endowment ha vivisezionato l'intricatissimo caso dell'ospedale Mater Olbia, ancora al palo nonostante l'ultimo, autorevole impegno assunto lo scorso 23 ottobre dal premier Matteo Renzi e dal suo braccio destro Graziano Delrio, presente il governatore Francesco Pigliaru, quando sembrava che tutto stesse saltando per aria dopo la lettera ultimatum di Rashid Al Naimi, il ceo della Fondazione. Nella capitale del Qatar si è analizzata nel dettaglio la legislazione italiana in tema di procedure fallimentari e il comportamento dei tre curatori del tribunale di Milano che applicano disposizioni apparentemente fatte

apposta per scoraggiare gli investimenti stranieri, quando c'è di mezzo un fallimento. I prossimi giorni serviranno ad approfondire alcuni aspetti, e domenica (giornata di lavoro per i qatarini) arriverà la decisione finale dopo un dibattito ancora più serrato da parte dei componenti del cda. La posizione di Rashid, ma anche del plenipotenziario italiano Lucio Rispo, è ormai nota: lui crede nell'opzione Sardegna, la ritiene strategica e anche nel summit di palazzo Chigi l'ha ribadito, dopo aver apprezzato gli sforzi del governo nazionale e le risposte di quello regionale. Ora, perché domenica arrivi il sospirato sì al Mater Olbia, è indispensabile che la maggioranza del *board* condivida il pensiero di Rashid e non si fossilizzi sulla «demenza» (definizione di un autorevole economista) delle disposizioni delle leggi fallimentari.

IL POLO Pare scongiurato in ogni caso il pericolo che tutto il polo dedicato alla ricerca venga trasferito a Londra, a prescindere dalla città in cui sorgerà l'ospedale. A Doha infatti hanno realizzato che lo spacchettamento non è conveniente: ospedale e polo di ricerca devono stare nello stesso posto.

La paura di una divisione dell'investimento (il settore ricerca comprende interventi per diverse centinaia di milioni, non solo da parte del colosso General Electric), con l'ospedale relegato a scelta non primaria, derivava dal contenuto dell'incontro del 30 ottobre a Londra tra una delegazione dell'Emirato del Qatar, la regina e il premier britannico, dopo l'intesa con il King's College.

STAMPA INGLESE Secondo quanto riportato dalla rivista *Gulf Times* (gli articoli sono stati riprodotti sul profilo Facebook dell'ex presidente della Regione Ugo Cappellacci), infatti, Qatar e Regno Unito hanno firmato un memorandum d'intesa per la creazione di un nuovo quadro di partnership tra i due Paesi dopo le riunioni tra l'emiro Sheikh Tamim bin Hamad al-Thani con la regina Elisabetta e il primo ministro David Cameron, che ha anche organizzato un pranzo in onore dello stesso sovrano. In un comunicato stampa, l'ambasciatore britannico a Doha, Nicholas Hopton, ha sostenuto che «i legami tra Regno Unito e Qatar si rafforzeranno attraverso la difesa e la sicurezza, la cultura, lo sport, l'istruzione, la ricerca, la politica estera, il commercio, la salute e l'energia».

LA GAFFE Intanto, si è rivelata una bufala, originata da un errore materiale di un funzionario di palazzo Chigi, la notizia secondo la quale il Cipe ha destinato 130 milioni all'ex San Raffaele. Quei soldi sono effettivamente disponibili, ma per la sanità pubblica della Sardegna. In particolare, una considerevole parte della somma (95 milioni) andrà all'Azienda Ospedaliera di Sassari. «La partita del Mater Olbia - sottolinea Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Sanità di Montecitorio - resta aperta e bene faranno la presidenza della Giunta regionale e la presidenza del Consiglio dei Ministri a seguirla passo passo, consapevoli delle difficoltà, ma anche della valenza strategica per la Sardegna».

ALGHERO Diabetologia, il medico se ne va Il sindaco lancia l'appello all'assessore alla Sanità

Duemila diabetici reclamano la continuità assistenziale di cui hanno diritto e che

andrà persa a fine mese, quando scadrà il contratto del medico del Servizio di Diabetologia dell'ospedale Civile. Al suo posto è già arrivato un geriatra da Sassari, scelta che ha mandato su tutte le furie il Comitato Diabetici Alghero. Il sindaco Mario Bruno si è rivolto all'assessore alla Sanità Luigi Arru. «Un suo intervento nei confronti della Asl n.1 è più che mai opportuno - scrive Bruno - perché in mancanza di interventi strutturali, anche il Servizio di Diabetologia è destinato a diventare un miraggio, con buona pace degli oltre duemila pazienti del territorio che rivendicano invece con giustificata indignazione più assistenza adeguata e prestazioni appropriate». Dal prossimo 30 novembre infatti al medico in servizio presso la Diabetologia scadrà il contratto e l'arrivo di un medico geriatra trasferito dalla Asl ad Alghero non risolve evidentemente il problema. «Il servizio - precisa il sindaco - necessita di professionalità e di livelli di assistenza duraturi in grado di far fronte alle domande di cura sempre più pressanti, in una terra che detiene il triste primato in Italia tra le regioni più colpite dal diabete». Il rinnovo del contratto al medico specialista non comporterebbe aggravii sul bilancio dell'azienda, data la disponibilità dei fondi regionali del "Progetto Diabete".

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Dodici anni di Lea. Rapporto Ministero Salute 2001-2012. Calano vaccinazioni antinfluenza. Ancora pochi screening. Migliora la domiciliare ma poche residenze per anziani e disabili

Stabili le vaccinazioni per i bambini. Finalmente diminuiscono i ricoveri per malattie croniche e, più in generale, scende il tasso di ospedalizzazione. Aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registra un incremento molto importante. Questi alcuni dati emersi dall'analisi del Ministero della Salute. LA MONOGRAFIA

Restano stabili le vaccinazioni per i bambini, mentre diminuisce il ricorso al vaccino antinfluenzale tra gli anziani. Cresce il livello di screening al Centro-Nord ma si registrano ancora ritardi al Sud. Scende, finalmente, il ricorso a ricoveri per le malattie croniche, e aumenta l'assistenza domiciliare. Si registrano, però, ritardi per l'assistenza residenziale ad anziani e disabili. In generale prosegue la diminuzione del tasso di ospedalizzazione e si aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registrano incrementi molto importanti. Tranne che per alcune eccezioni, resta critico il ricorso ai parti cesarei. Questi i principali fenomeni che emergono da una vastissima analisi condotta

dall'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute sull'andamento dei singoli indicatori di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nel periodo 2001-2012.

I Livelli essenziali di assistenza 13 anni dopo

Il lavoro nasce dalla considerazione che, a 13 anni dall'entrata in vigore del DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza e sulla base della ricchezza del patrimonio informativo a disposizione, si rende quanto mai opportuna una valutazione a tutto spettro degli aspetti relativi all'assistenza sanitaria e nello specifico dell'effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza nelle diverse realtà regionali. Nel periodo osservato, il contesto si caratterizza per le riforme che hanno introdotto il federalismo sanitario (cfr. D.Lgs 56 del 18 febbraio 2000 'Disposizioni in materia di federalismo fiscale' e Legge n. 3 del 18 ottobre 2001 'Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione') favorendo la devoluzione delle competenze politico-amministrative a livello regionale e per l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e delle intese, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo in materia di tutela della salute. In particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha avuto, come premessa, la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del servizio sanitario. Il suddetto principio è l'obiettivo del livello centrale che, attraverso gli istituti della Verifica Adempimenti e dei Piani di Rientro, si propone di assicurarne il raggiungimento per tutte le regioni, specialmente per quelle nelle situazioni più critiche.

In particolare, la [Monografia](#) riporta la metodologia utilizzata ed i risultati regionali specifici per ogni indicatore di monitoraggio dei Lea nel periodo 2001-2012, rappresentati attraverso 649 grafici fruibili attraverso una [mappa interattiva](#) e le relative tabelle con i dati di ogni singolo indicatore. Per facilitare l'interpretazione dei dati, nel documento viene anche fornita una [guida alla lettura degli indicatori](#).

Trend generali e differenze regionali

L'obiettivo è quello di descrivere l'andamento nel tempo rendendo disponibili i valori analitici degli indicatori per ciascuna regione, allo scopo di fornire la base di informazioni utile per svolgere un approfondimento di analisi e una riflessione analitica sulla forte eterogeneità che caratterizza le regioni italiane nella domanda di assistenza e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

L'analisi spazio temporale condotta evidenzia e conferma la presenza, nel periodo 2001 – 2012, di questa differenza tra le regioni nel mantenere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Sebbene interpretazioni e conclusioni di carattere generale basate solo sull'osservazione di questi dati potrebbero risultare non corrette, è possibile tentare una prima lettura generale dei risultati.

Per l'area della prevenzione la copertura assicurata dai servizi regionali per le vaccinazioni in età pediatrica è sostanzialmente stabile nel tempo mentre per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, si osserva una tendenza alla diminuzione in quasi tutte le realtà regionali. In merito ai programmi organizzati di screening a livello regionale, le regioni centro-settentrionali sono quasi tutte caratterizzate da un andamento in crescita, mentre nelle regioni meridionali si osserva una situazione più sfavorevole seppur con qualche eccezione.

Per l'assistenza distrettuale, in tutte le regioni si osserva una diminuzione dei ricoveri ospedalieri evitabili che indica la tendenza verso una maggior qualità dei servizi territoriali nell'assistenza delle patologie croniche; in tendenziale e lieve aumento anche la percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI). Non si osservano invece incrementi positivi nell'offerta dell'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, con qualche eccezione tra le regioni del nord e del centro.

Il tasso di ospedalizzazione è in costante diminuzione in tutte le regioni, anche in risposta alle attuali disposizioni normative che ne fissano il tetto al 160 per 1.000 ab. (rif Legge 135/2012). Le strutture ospedaliere sono sempre più correttamente dedicate all'espletamento dell'attività chirurgica complessa, con l'eccezione di poche regioni in cui l'aumento è meno evidente; l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera è in chiaro aumento descritto in tutte le regioni dalla netta diminuzione dei ricoveri inappropriati che diventa più evidente a partire dall'anno 2009.

L'attenzione sull'appropriatezza clinica dei ricoveri permette di registrare un generale corretto incremento negli ultimi anni della percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, dovuto però solo ad alcune regioni del nord, del centro e del sud dove l'incremento è particolarmente importante. L'andamento temporale pressoché costante nel tempo della percentuale dei parti cesarei, evidenzia la criticità di questa area dell'assistenza, dove però si possono osservare alcune eccezioni regionali dove è evidente il tentativo di modificare verso il miglioramento l'andamento dell'indicatore.

Lea e dati economici

Nella Monografia l'andamento temporale del punteggio della Griglia Lea è messo in relazione con la lettura delle informazioni relative all'andamento della gestione economico-finanziaria dei servizi sanitari regionali, allo scopo di contribuire all'esame dei risultati economici, che consente solo in parte di far emergere l'effettivo andamento della gestione dei servizi sanitari regionali, come rimarcato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica" secondo cui "la sola valutazione del dato economico non risulta soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi alla garanzia di erogazione dei Lea".

■ [Monografia Ministero della Salute su Lea](#)

■ [Guida indicatori Lea](#)

Pazienti e farmaci. Chi dimentica di assumerli, chi sbaglia il dosaggio, chi è allergico. Allarme di Cittadinanzattiva sull'aderenza terapeutica

Un paziente su cinque dimentica di assumere la terapia, uno su sette sbaglia il dosaggio del farmaco. Due su dieci sono costretti a mettere in standby le cure farmacologiche per reazioni allergiche o perché sono inefficaci. Soprattutto i pazienti si fidano ancora poco dei farmaci equivalenti, mentre sui farmaci biologici e biosimilari regnano ancora incertezza e confusione. L'INDAGINE

A scattare la fotografia del “rapporto” tra farmaci e pazienti con patologie croniche è l’[“Indagine civica sull’esperienza dei pazienti](#) rispetto all’uso dei farmaci, con focus su biologici e biosimilari”, presentata oggi da Cittadinanzattiva attraverso il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC). Obiettivo: approfondire quanto i pazienti sanno delle terapie che assumono, quanto sono informati su farmaci biologici e biosimilari, quali sono i loro bisogni informativi, i dubbi, le richieste inesprese e tutti gli elementi che in qualche modo possono ostacolarne il successo.

L’indagine – condotta fra agosto ed ottobre 2014 tra 619 pazienti con patologie croniche appartenenti ad Associazioni aderenti al CnAMC il 47,5% dei quali è affetto da malattia di Crohn e colite ulcerosa, il 18,5% da malattie renali, il 15,2% da ipertensione, il 13,2% da malattie autoimmunitarie e reumatologiche, il 10,6% da psoriasi e il 10,5% da malattie oncologiche – dimostra che è arrivato il momento di “riconoscere alle Associazioni di cittadini e di pazienti il ruolo che meritano nei processi decisionali nell'ambito dell'assistenza farmaceutica pubblica, formalizzandolo anche nell'ambito del processo di riorganizzazione in atto dell'Aifa, come del resto già avviene in altri paesi europei e nella stessa Ema”.

Ma quali sono i dati emersi?

Adesione alla terapia a rischio.Oltre la metà dei pazienti intervistati assume dai 2 ai 3 farmaci al giorno (24,8 e 28,9%), il 10,5% anche più di quattro. All’incirca a un paziente su cinque accade di dimenticare di assumere la terapia, a uno su sette di sbagliare il dosaggio del farmaco.

Il 22% dichiara di essere stato costretto ad interrompere la terapia, per una media di 12 giorni, nella maggior parte dei casi a causa di una reazione allergica (22,6%), o perché risultata inefficace (20,4%); ma anche per i costi a carico dei cittadini (16,4%) o perché il farmaco non era disponibile in farmacia (14,5%). Una percentuale inferiore (10,8%) decide volontariamente di sospendere o non intraprendere la terapia prescritta, principalmente per scetticismo (56,5%), nel senso che la stessa non produce i risultati sperati o mostra più effetti collaterali che benefici, o perché la cura risulta difficile da seguire a causa di un numero di somministrazioni troppo elevato (13%), o ancora perché si tratta di terapie che se intraprese dureranno tutta la vita e che quindi scoraggiano il paziente (11,6%).

Mancanza di informazioni chiare. Per il 32,2% degli intervistati, infatti, le informazioni fornite dal prescrittore non sono state sufficientemente chiare. Tant'è che la decisione di sospendere la terapia è dipesa da una cattiva comunicazione tra medico e pazienti.

Difficoltà di prescrizione. Un altro problema, fortemente sentito è la difficoltà di prescrizione: in molti casi (12,9%) lo specialista prescrive il farmaco su ricetta bianca, ma una volta che il paziente ne chiede la trascrizione su ricetta rossa al Medico di Medicina Generale questi la rifiuta.

Per chi si sposta fuori dalla Regione di residenza i principali problemi da affrontare sono: acquistare il farmaco di tasca propria (46,6%), non sapere a chi rivolgersi per proseguire la terapia (17,7%) o di ricevere un secco no anche davanti ad una regolare prescrizione (15,5%).

I pazienti si dimostrano molto responsabili circa la necessità di comunicare tempestivamente eventuali reazioni avverse ai farmaci. Lo ha fatto almeno una volta il 50% degli intervistati, comunicandolo prevalentemente al Medico di Medicina Generale (52,7%) o allo specialista (52%).

Farmaci equivalenti, conosciuti ma non troppo. Circa 1 paziente su 4 sa che si tratta di un farmaco che costa meno rispetto a quello di marca e nella stessa percentuale affermano che è un farmaco simile, ma non uguale a quello di marca. Oltre il 30% li riconosce dal prezzo sapendo che costano meno del farmaco brand e dalla dicitura sulla confezione. Nella maggior parte dei casi sono informati dal medico o dal farmacista circa l'esistenza del farmaco equivalente, ma considerano quello di marca più efficace (33,4%) o sono influenzati dallo scetticismo di una parte di medici (30,8%) che sostiene che non sono uguali. Il risultato è che quasi la metà dei pazienti (47,3%) non cambierebbe la terapia che sta assumendo con quella equivalente o ha dubbi nel farlo (21,6%).

Focus su farmaci biologici e biosimilari

Nonostante biologici e biosimilari siano il futuro delle terapie farmacologiche - secondo le stime nei prossimi anni su 100 farmaci almeno 48 saranno biologici con una percentuale che passerà dal 30% al 70% - emergono ancora molte incertezze e confusione sulla materia. Il 17,5% ignora completamente cosa sia un farmaco biologico e il 7% non ne ha mai sentito parlare.

Solo il 9% dei pazienti è a conoscenza della differenza tra i farmaci biologici e biosimilari. La maggioranza (oltre il 41%) non sa cosa sia un biosimilare e il 13,8%, invece, ritiene erroneamente che sia il generico del farmaco biologico di riferimento. Circa il 30% sa che il farmaco biologico è una sostanza biologica sintetizzata da una fonte biologica; il 20% che è un farmaco che fornisce solo l'ospedale ed ancora il 19% che è un farmaco molto costoso.

Quasi la metà dei pazienti coinvolti nell'indagine ha assunto un farmaco biologico (45,4%) e solo il 4% un biosimilare, ma ben il 38,6% non sa con certezza se il farmaco che sta assumendo sia biologico o biosimilare.

Chi assume un farmaco biologico è stato informato dal personale sanitario che si tratta di un farmaco sperimentato per la propria patologia (60,5%), sugli effetti collaterali che può avere (44,9%) o ancora sono stati avvisati sul fatto che in caso di reazioni avverse devono subito avvisare il medico (32,3%). Le informazioni fornite alla piccola percentuale di pazienti che sa di assumere un farmaco biosimilare riguardano, innanzitutto il nome del farmaco e la modalità di somministrazione (28,8%) e che il farmaco è stato sperimentato per la malattia del paziente (26,9%). Solo nel 7,7% vengono prospettate alternative terapeutiche.

Quello che sta più a cuore ai pazienti è innanzitutto il profilo di sicurezza ed efficacia del farmaco (59% per il farmaco biologico e 69% per il farmaco biosimilare) e i possibili effetti collaterali (circa il 48% per entrambe le categorie). Per quanto riguarda i biosimilari, la terza richiesta è il nome del farmaco e la sua modalità di somministrazione (41,88%).

L'assistenza che pazienti vorrebbero. L'indagine ha poi indagato sui desiderata dei pazienti in merito all'assunzione di terapie farmacologiche. Il 37% vorrebbe non essere costretto a prendere tanti farmaci diversi; oltre il 35% vorrebbe assumere terapie che mostrino miglioramenti e non durino troppo a lungo; il 30% auspica terapie con meno effetti collaterali; il 23% desidera che il medico gli prescriva la cura in modo più chiaro, spiegando bene effetti e prospettive. C'è anche un 20% che vorrebbe che fosse lo specialista a prescrivergli il farmaco su ricetta rossa, senza dover ricorrere al medico di famiglia e nella stessa percentuale si lamentano di dover pagare di tasca propria.

“L'indagine civica indica alcune priorità sulle quali è necessario intervenire – ha affermato **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del CnAMC – innanzitutto lavorare sui fattori che incidono negativamente sull'aderenza alle terapie, sia per garantire il più alto livello di salute della collettività, sia per contribuire alla sostenibilità del Ssn attraverso il miglior utilizzo delle risorse economiche a disposizione: le attuali criticità che caratterizzano la comunicazione (formazione e informazione) medico-paziente rispetto alle terapie; i costi diretti (in particolare i ticket ed i farmaci e parafarmaci in fascia C) e indiretti (permessi di lavoro, spostamenti, ecc.) che sostengono i cittadini; la burocrazia per prescrizione ed erogazione del farmaco; l'indisponibilità del farmaco, in farmacia ospedaliera e territoriale; l'imputazione dei budget tra i diversi professionisti e strutture”.

È inoltre importante lavorare sulla corretta informazione non solo ai pazienti, ma anche ai professionisti sanitari per garantire un'assunzione e prescrizione consapevole e responsabile delle terapie. “Sarebbe necessario – ha aggiunto Aceti – garantire una maggiore e completa informazione sull'efficacia e sulla sicurezza delle terapie, sui possibili effetti collaterali, sul tipo di farmaco assunto (nome e modalità di somministrazione) sui costi della terapia, e in caso di sostituzione della terapia sulla motivazione che ha portato a questa scelta”.

Infine è necessario rafforzare ancora di più la farmacovigilanza attraverso il coinvolgimento dei cittadini, soprattutto rispetto alla opportunità di segnalare eventuali effetti avversi anche direttamente all'Aifa. Altresì è importante promuovere

politiche e azioni volte a rafforzare e rilanciare il ruolo dei professionisti sanitari nella farmacovigilanza.

Responsabilità professionale. La ricetta di Cineas e Acoi: puntare sul risk management

La proposta, emersa nel corso di un convegno svoltosi a Milano, prevede l'obbligatorietà in tutte le strutture ospedaliere di un team per la gestione dei rischi sanitari. Un sondaggio somministrato ai chirurghi ospedalieri evidenzia che l'86% dei professionisti è preoccupato per le denunce e l'83% teme di perdere il proprio patrimonio.

Un team obbligatorio di manager per la gestione dei rischi sanitari e ridurre la sinistrosità delle strutture ospedaliere. Soltanto così si potrà rimettere ordine nelle controversie tra pazienti e medici che stanno creando una situazione sanitaria insostenibile: società assicurative che abbandonano l'Italia, giovani medici chirurghi (compresi ortopedici e ginecologi) che non riescono a trovare lavoro perché i premi assicurativi sono troppo alti, aumento sproporzionato dei costi della medicina difensiva, avvio di una medicina omissiva (rifiuto di trattare pazienti a rischio). Sono questi i temi discussi ieri in **un incontro tenutosi Milano fra il Consorzio fondato nell'87 dal Politecnico di Milano per la formazione di specialisti nella gestione globale dei rischi (Cineas) e l'Associazione chirurghi ospedalieri italiani Acoi**, per trovare una soluzione che garantisca un lavoro sicuro e tranquillo ai medici e che eviti la miriade di controversie che spesso cadono nel nulla, ma discreditano la sanità.

“Non possiamo lavorare serenamente con la spada di Damocle sulla testa – dice il dottor **Diego Piazza**, direttore del dipartimento di emergenza al policlinico Vittorio Emanuele di Catania, presidente Acoi- Da un sondaggio fra i nostri associati è risultato che il 96% è influenzato dal rapporto medico-paziente, l'86% è preoccupato per le denunce, l'83% ha paura di perdere parte del proprio patrimonio, il 73% ritiene di mettere a rischio la propria immagine e il 41% di perdere il lavoro”.

In questo panorama la legge Balduzzi e alcuni recenti sentenze di Tribunali stanno apportando modifiche, ma se alla legge non fanno seguito norme attuative e regolamenti non si avrà mai la certezza del diritto. “Purtroppo – aggiunge **Adolfo Bertani**, presidente Cineas – esiste negli ospedali la figura del risk manager, ma spesso è relegata ad una etichetta. L'esperto dei rischi deve essere multidisciplinare, deve conoscere tutte le realtà e gli aspetti della sanità per mettere a punto un piano di gestione che metta al riparo da tutti i rischi. Deve essere considerato un investimento e non un costo. Ma soprattutto si deve credere in questa figura che, fra l'altro, è presente in tutte le aziende e oggi deve fare il suo ingresso nelle aziende sanitarie”.

Difficile, al momento credere che non sia un costo la figura dell'hospital risk manager, ma come dice la dottoressa **Paola Luraschi**, autrice del volume ‘Ospedali e assicurazione: come tutelare il paziente, il personale ospedaliero e lo Stato’ i vantaggi

sono immediati. Basta vedere i risultati delle aziende che hanno applicato il “Foglio unico di terapia”, uno strumento che elimina la somministrazione del farmaco sbagliato con una immediata riduzione dei costi. Così pure per le aziende che hanno adottato la check list in uso in aeronautica, per la verifica delle operazioni e degli strumenti in sala operatoria.

“Non si dimenticano più garze o ferri nell'addome – aggiunge il professor **Mauro Longoni**, direttore di chirurgia generale degli ICP di Milano all'ospedale Bassini di Cinisello Balsamo e consigliere della Società italiana di chirurgia - Comunque occorre cambiare il concetto di responsabilità. Di fronte a un incidente sanitario, a un errore, non è detto che la colpa sia dell'operatore, ma è il frutto di una serie di condizioni che a catena si sommano e determinano l'errore. Per dirla come in aeronautica, non si deve cercare il colpevole, ma il motivo per il quale è accaduto”.

La figura dell'hospital risk manager non è nuova. “Già 12 anni fa – dice **Carlo Ortolani**, direttore Cineas e ordinario di combustione e sicurezza al Politecnico di Milano, - abbiamo cominciato a fare i primi corsi e nel 2004 la Lombardia ha reso obbligatorio nelle strutture pubbliche la presenza di questa figura. Ma noi riteniamo che questa figura debba essere obbligatoria per tutte le strutture sanitarie”.

Dietro tutte queste considerazioni sono nate le polizze assicurative per tutelare l'operato dei medici e per garantire il risarcimento alle vittime. Ma anche in questo settore vige confusione, anche se dal sondaggio di Acoi risulta che il 58% degli intervistati è tranquillo e si sente protetto dalla polizza individuale, il 37% si affida alla polizza della struttura sanitaria e soltanto il 5% non si sente soddisfatto.

“Molti medici si sentono protetti dalla polizza di secondo rischio – spiega Longoni – ma poiché gli ospedali sottoscrivono assicurazioni con franchigia molto alta, la polizza di secondo rischio rischia di non avere efficacia. Meglio una polizza assicurativa per i sinistri per colpa grave. Se poi si considera che molti ospedali, anche di grandi dimensioni, preferiscono l'autoassicurazione, i problemi sono ancora maggiori”. Questa soluzione rischia di far saltare tutti i contenziosi: in pratica gli ospedali accantonano ogni anno una quota minore del premio assicurativo per tutelarsi di fronte alle denunce e ai rimborsi per danni ai pazienti.

Ma l'ospedale sicuro resta quindi un miraggio? Se si vuole che diventi realtà, secondo il Consorzio Cineas, occorrono tre cose: **prevenzione** del rischio clinico con l'introduzione di obblighi formativi per tutti gli operatori della salute, coordinati da un hospital risk manager e insegnamenti nelle facoltà di medicina e nelle scuole di specializzazione; **interventi sulla responsabilità civile** con l'attuazione della legge 189 del 2012 e in particolare con l'inversione dell'onere della prova e dimezzamento dei tempi di denuncia da 10 a 5 anni per tutti, come si evince dalla sentenza del Tribunale di Milano e da ultimo con **la riduzione del contenzioso con meccanismi alternativi al giudice**. Infine la responsabilità penale che deve definire i concetti di colpa e errore, disincentivare il ricorso al sistema penale per ottenere un risarcimento.

In conclusione, se non verranno attivate certe norme, la spesa sanitaria che oggi si attesta sui 140 miliardi con un rapporto col PIN di 7,1% (un punto in percentuale in più negli ultimi 10 anni) nel 2060 il rapporto può superare il 10%. Intanto, a fronte di 13 miliardi spesi per la medicina difensiva, (il 10% della spesa sanitaria), ci sono 9 milioni di cittadini che sono impossibilitati ad accedere alle prestazioni sanitarie per ragioni economiche.

Ma com'è la situazione oggi? **Il medico può incorrere in responsabilità di quattro tipi: civile, penale, amministrativa, deontologica.** In questa fase interviene il decreto Balduzzi entrato in vigore l'11 novembre 2012 che depenalizza la colpa medica lieve, riconosce l'emanazione delle linee guida come buona pratica medica e riduce l'ammontare del risarcimento per danno biologico. Tutto questo riguarda l'Azienda sanitaria italiana fatta di 107.448 medici impiegati nel servizio sanitario nazionale, 163.603 infermieri, 634 strutture di ricovero pubbliche e 531 private accreditate per un totale di 215mila posti letto.

Le discipline mediche più a rischio sono l'ortopedia (13%) seguita da pronto soccorso (12,6%), chirurgia generale (19,36%), ostetricia e ginecologia (7,47%), medicina generale (3,04%) e anestesia (2,65%). Alla di questi dati, il sondaggio molti medici italiani pensano di andare all'estero, di cercare un posto con minore responsabilità, ospedali con cure meno complesse, oppure di scegliere il prepensionamento.

SOLE 24ORE SANITA'

Manovra 2015: 19 emendamenti per la sanità.

Anche ex dirigenti a costo zero

E altri 380 mln in tre anni per i farmaci inovativi

Dall'omeopatia all'assistenza ai disabili allo stop alle gare pubbliche per la fornitura dei dispositivi per l'automisurazione della glicemia. Passando anche per la nomina dei Dg. Sono 19 gli emendamenti in materia sanitaria ammessi al voto della commissione Bilancio della Camera sulla legge di Stabilità 2015. Niente si dice dei tagli-non taglio alle Regioni: sarà materia di trattativa di Palazzo Chigi con l'Economia. Forse arriverà alla prossima settimana, ha detto Sergio Chiamparino. Tariffe fino a mille euro al peggio per gli omeopatici: che pagheranno circa 8 milioni rispetto agli oltre 70 che avrebbero fatto pagare loro l'Aifa, e che riusciranno così anche a tenere sul mercato i prodotti altrimenti esclusi dal 2016. Questo con un emendamento annunciato dalla commissione Affari sociali. E poi ecco, tra i 19 emendamenti alla manovra 2015 scremati e che rimangono in pista in materia

sanitaria, quello sulla scelta dei Dg presentato come prima firmataria da Nunzia De Girolamo (Ncd, ex ministra dell'Agricoltura e compagna di partito della ministra della Salute): nomina per sorteggio da un elenco di «idonei» che può essere regionale o interregionale, costituito dopo un bando e una selezione fatta da una commissione di esperti istituita dalla stessa Regione. Spicca ancora l'obbligo per l'Aifa, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della manovra (dunque entro fine gennaio), di prevedere il rimborso dei farmaci innovativi o di «eccezionale rilevanza terapeutica», in particolare quelli per l'epatite C per i quali sia stato raggiunto un accordo con le industrie farmaceutiche. Aumenteranno le risorse: 50 mln in più nel 2015, 140 nel 2016 e 190 dal 2017.

Ingressi a costo zero per tre anni. Arriva infine in tempi di austerità la possibilità a costo zero per tre anni per le aziende ospedaliere e ospedaliere universitarie, di avvalersi di pensionati con livello dirigenziale che abbiano grande esperienza nel settore informatico applicato alla sanità. Obiettivo: migliorare l'erogazione dei Lea e il monitoraggio delle cure.

DOCTOR 33.IT

Il Governo cambia: stop a obbligo specialità per l'assunzione nel Ssn

Carriera del medico ospedaliero distinta in professionale e manageriale, e possibilità di essere assunti negli ospedali con lo stipendio della caposala (DSuper) senza avere il titolo di specialista: sono due novità del disegno di legge che riforma l'accesso dei sanitari al Ssn presentato dal Ministero della Salute e pronto per essere girato all'Istruzione. Se il Parlamento approverà la bozza, entro il 2015 potremmo avere insieme la revisione dei titoli di formazione per l'accesso al Ssn e quella della durata delle scuole di specializzazione. Insomma, ecco delle chance per il classico chirurgo mani magiche che non vuol saperne di problemi di budget. «Una vittoria per noi, ma va «coltivata»», dice il presidente Cimo Riccardo Cassi. «La carriera sulla base di qualità professionali è una battaglia che sosteniamo da un anno e mezzo; ma per ottenerla va cambiata la legge. La valutazione dei responsabili di struttura avviene in prevalenza su aspetti di gestione anche perché fin dal '93 i medici Ssn furono fatti afferire al ministero della Funzione pubblica e parificati al resto dei dipendenti della Pubblica amministrazione. Per legittimare avanzamenti di carriera impostati in modo diverso dagli altri dipendenti pubblici occorre che il nostro contratto sia peculiare rispetto a quello della pubblica dipendenza. Apprezziamo la volontà del ministro della Funzione pubblica Marianna Madia di tenerci fuori dal ruolo unico della Pa, ma per evitare che il percorso si impantani occorre mettere le mani sull'impianto legislativo di 20 anni fa. Abbiamo chiesto di afferire direttamente al Ministero della Salute. In tal senso si muove anche un emendamento del presidente Fnomceo

Amedeo Bianco alla legge Madia e noi lo appoggiamo». Su accesso e formazione il percorso sembra più in salita. Il governo pare interessarsi alle sorti di quei 4 mila medici che, laureati, non troveranno posto nelle specializzazioni, e ne prevede l'impiego immediato con la possibilità di specializzarli in seguito accogliendoli in sovrannumero nelle scuole di specialità. «È una proposta giusta in linea di principio, ma per ora purtroppo prescinde da un corretto calcolo dei fabbisogni, al quale l'Università dovrebbe sempre attenersi», lamenta Cassi. «Inoltre, per far entrare i "nuovi", specialisti e no, prevede la soppressione di posti a ruolo, oggi appannaggio di specialisti consolidati. Né è scontato che tutti i futuri specialisti saranno assunti nel Ssn. Il timore è che si torni all'assistente di una volta, sottopagato, senza risolvere il problema della disoccupazione». L'Associazione Italiana Giovani medici-Sigm rileva come si creeranno due tipologie di specialisti: quelli che entrano nel Ssn già specializzati e i neoassunti da specializzare. Si prefigura quindi l'impiego di personale «non specializzato a basso costo, sottopagato a rapido turn-over, malformato presso strutture periferiche dei vari servizi sanitari regionali» oltre che vulnerabile alla concorrenza estera, e con problemi logistici a seguire le scuole di specialità universitarie in centri lontani dagli ospedali periferici dove secondo la bozza potrà essere impiegato. Sigm chiede che regioni e ministeri non abbattano le piante organiche e che il personale «non specialista assunto non sostituisca personale strutturato. E le assunzioni vanno fatte prima nelle strutture con performance assistenziali uguali o superiori ai valori mediani della regione di riferimento».

Diabete, fondato l'intergruppo parlamentare contro la malattia

Nasce il primo intergruppo parlamentare dedicato al contrasto del diabete, la malattia metabolica che nel nostro Paese colpisce circa quattro milioni di persone. L'iniziativa è stata presentata a Roma il 12 novembre durante una conferenza stampa dai promotori **Luigi D'Ambrosio Lettieri** e **Lorenzo Becattini**, referenti della XII Commissione, rispettivamente al Senato e alla Camera. Il progetto è stata presentato a ridosso delle giornate mondiali del diabete che ricorrono il 15 e 16 novembre. L'intergruppo, battezzato "Qualità della vita e diabete" può contare già su 12 adesioni, tra deputati e senatori. Il suo scopo sarà la promozione di interventi legislativi mirati a rendere non solo migliore la gestione la diabete ma anche la prevenzione di questa malattia metabolica che negli ultimi anni ha assunto proporzioni epidemiche. Opererà inoltre per rimuovere le differenze nella qualità delle cure e dell'assistenza tra una zona e l'altra d'Italia. «La nascita di questo gruppo», ha spiegato Becattini, «ha lo scopo di creare un ponte tra la realtà quotidiana dei cittadini diabetici e le istituzioni. Partendo quindi dal basso cercando di intervenire meglio possibile anche sull'impatto che la malattia ha sui familiari della persona diabetica». Il diabete è infatti una patologia che obbliga le famiglie a modificare le proprie abitudini e, in qualche misura, anche i ritmi della propria vita. Si tratta, inoltre, di un problema che pesa sul bilancio generale della Sanità italiana. «Il diabete», ha aggiunto D'Ambrosio Lettieri, «è una delle principali cause di morbilità e tra le prime per cecità, insufficienza renale e cardiopatia ischemica. La fondazione di questo intergruppo rappresenta una pietra miliare nella battaglia che

deve essere combattuta contro il diabete. I componenti del gruppo si metteranno all'ascolto delle istanze e delle proposte delle associazioni dei pazienti e delle società scientifiche, in modo da poter arrivare a decisioni legislative che siano le migliori possibili». Durante la presentazione alla Camera sono state consegnate al sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** le proposte scaturite dal progetto "#5azioni", lanciato dall'azienda farmaceutica Sanofi nel 2014, che ha visto un dibattito sul web con il coinvolgimento di pazienti, professionisti della salute, istituzioni, mondo dello sport e giornalisti. Tra gli spunti principali quello del lancio di una campagna di informazione pubblica sul diabete per tutto il 2015, sui media e sui social network. '#5azioni' è anche una mostra, visitabile al Chiostro del Bramante a Roma fino al 16 novembre.

Ca colorettales: incidenza in calo dopo i 50 anni in crescita tra i giovani

Diminuisce dopo i 50 anni, ma aumenta tra i 20 e i 49. Ecco, in sintesi, i numeri sull'incidenza del cancro al colon-retto secondo uno studio pubblicato online da *Jama surgery*. Il cancro colorettales occupa il terzo posto tra i tumori più comuni tra uomini e donne, con una stima che nel 2013 è stata di 142.820 nuovi casi e circa 50.830 morti nei soli Stati Uniti. Tuttavia, nel periodo tra il 1998 e il 2006, i nuovi casi di questo tumore sono diminuiti del 3% all'anno negli uomini e del 2,4% nelle donne, un calo in gran parte attribuito ai risultati delle campagne di screening, raccomandato per gli adulti oltre la cinquantina. «Ma l'incidenza di cancro al colon-retto sotto i 50, cioè quando la diagnosi precoce non è raccomandata, sembra essere in aumento, e proprio in queste persone sono maggiori le probabilità di scoprire la malattia in stadio avanzato» esordisce **Christina Bailey** dell'Anderson cancer center di Houston, in Texas, che assieme ai colleghi ha analizzato le disparità di età nei trend di incidenza di questo tumore negli Stati Uniti. Per farlo gli autori hanno usato il Seer, il Surveillance, epidemiology and end results, ovvero il sistema statunitense di sorveglianza epidemiologica dei tumori gestito dal National cancer institute. «I dati estratti dal Seer riguardavano i pazienti con diagnosi di cancro del colon o del retto dal 1975 al 2010, per un totale di 393.241 persone» puntualizza la ricercatrice. E i risultati indicano che, nel complesso, l'incidenza di neoplasia colorettales è scesa dello 0,92% tra il 1975 e il 2010, diminuendo nel sesso maschile e femminile dell'1,3% e dello 0,91%, rispettivamente. «Il calo più marcato, dell'1,15%, l'abbiamo visto nei pazienti con 75 anni o più, mentre nei soggetti tra i 50 e i 74 la riduzione è stata dello 0,97%» riprende Bailey, sottolineando che il dato peggiore è stato osservato negli individui fra 20 e 49 anni, nei quali il numero di nuovi casi è aumentato dell'1,99%. «La crescente incidenza di cancro al colon-retto tra i giovani adulti è preoccupante e mette in evidenza la necessità di indagare possibili cause e fattori esterni come la mancanza di screening e lo stile di vita» concludono gli autori.

JAMA Surg. 2014 Nov 5;1-6. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1756

Pubblicate le nuove linee guida sulla prevenzione della nefrolitiasi

Annals of internal medicine, la rivista ufficiale dell'American college of physicians (Acp), ha appena pubblicato le nuove linee guida pratiche sulla prevenzione dietetica e farmacologica della nefrolitiasi negli adulti. Primo autore del documento è **Amir Qaseem**, del Comitato linee guida dell'Acp a Philadelphia, che assieme ai colleghi ha basato il documento sugli studi selezionati da archivi biomedici come Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google Scholar, Clinical Trials.gov e Web of Science. «I calcoli si devono all'accumulo nel rene di materiali solidi, cosa che a volte non dà sintomi, ma che spesso provoca dolore, sanguinamento ed eventuali danni al rene» riprende Qaseem, ricordando che chi ha avuto un calcolo renale rischia di averne altri, ed è per questo che la prevenzione è importante. Da qui il documento, centrato su benefici e rischi dei farmaci e della dieta per scongiurare la nefrolitiasi ricorrente. «La prevalenza di calcoli al rene è del 13% negli uomini e del 7% nelle donne, con un tasso di recidiva a 5 anni dopo un evento iniziale compreso fra il 35% e il 50%, in assenza di trattamento» osserva l'autore, puntualizzando che la nefrolitiasi dipende da una interazione tra genetica ed esposizione ambientale. Quel che è certo è che l'alimentazione non è mai l'esclusiva responsabile dei calcoli renali, e che non esistono diete universali per impedirne la formazione. Un'unica raccomandazione trova consenso unanime: per prevenire la formazione dei calcoli al rene è fondamentale idratare l'organismo aggiungendo liquidi a ciò che si mangia. «Le persone che in passato hanno avuto calcoli renali dovrebbero aumentare l'assunzione di acqua per raggiungere almeno i due litri di urina giornalieri necessari a prevenire la formazione di altri calcoli» afferma Qaseem, sottolineando che se l'accresciuto introito di liquidi non riesce a prevenirli è consigliato aggiungere un farmaco, per esempio un diuretico tiazidico, l'allopurinolo o il citrato, in grado di contrastare la precipitazione di calcio nelle urine che porta alla formazione di ossalato di calcio, componente principale dell'80% dei calcoli renali.

Ann Intern Med. 2014 Nov 4;161(9):659-67. doi: 10.7326/M13-2908

DIRITTO SANITARIO Il dirigente medico può ricoprire la carica di consigliere comunale

La disciplina legislativa introdotta nel 2013 (d.lgs. n. 39/13) dispone l'incompatibilità con determinate cariche elettive negli enti locali degli «incarichi dirigenziali, interni e esterni, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico». A fronte della formulazione generica dell'art. 12, vi è il successivo art. 14 intitolato «Incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali» ed il cui disposto prevede l'incompatibilità in solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. Appare chiaro dunque che il legislatore

delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali che nel momento stesso in cui assoggetta al regime delle incompatibilità i tre incarichi di vertice, implicitamente ma inequivocabilmente esclude da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate “dirigenziali”.
[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584