

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 14 OTTOBRE 2014

LA NOTIZIA DEL GIORNO

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Tribunale di Milano: "Spetta al paziente provare l'errore del medico"

Così una sentenza dello scorso luglio riguardante il Policlinico di Milano per un caso di paralisi di corde vocali. Nel dispositivo, richiamando la legge Balduzzi, viene qualificata la responsabilità del medico ospedaliero come 'extracontrattuale da fatto illecito' e non 'contrattuale'. Per fare causa al sanitario ci saranno cinque anni di tempo e non più dieci. LA SENTENZA

Cambia la giurisprudenza in materia di malpractice sanitaria. Una sentenza dello scorso luglio del Tribunale di Milano, riguardante un caso di paralisi di corde vocali avvenuto nel 2008 al Policlinico di Milano e risarcito con 44mila euro, ha stabilito che ricade sul paziente l'onere di provare la colpa del medico, e che per agire in giudizio ci sono cinque anni di tempo e non più dieci. E' questa per i giudici la conseguenza della legge Balduzzi che qualifica la responsabilità del medico ospedaliero come 'extracontrattuale' da fatto illecito (ex art. 2043 c.c.) sancendo, dunque, che l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare). Viene quindi meno sia la responsabilità contrattuale (articolo 1.128) del camice bianco, che si basava sulla teoria del 'contatto sociale', che quella dell'ospedale basata sull'idea di contratto obbligatorio atipico di 'assistenza sanitaria' perfezionabile già con la sola accettazione del malato in ospedale.

"Tale inquadramento della responsabilità medica e il conseguente regime applicabile, unito all'evoluzione che nel corso degli anni si è avuta in tema di danni non patrimoniali risarcibili e all'accresciuta entità dei risarcimenti liquidati - si legge nella sentenza - ha indubitabilmente comportato un aumento dei casi in cui è stato possibile ravvisare una responsabilità civile del medico ospedaliero (chiamato direttamente a risarcire il danno sulla base del solo 'contatto' con il paziente se non riesce a provare di essere esente da responsabilità ex art. 1218 c.c.), una maggiore esposizione di tale categoria professionale al rischio di dover risarcire danni anche ingenti (con proporzionale aumento dei premi assicurativi) ed ha involontariamente finito per

contribuire all'esplosione del fenomeno della 'medicina difensiva' come reazione al proliferare delle azioni di responsabilità promosse contro i medici".

Esattamente quei problemi che l'ex ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, aveva provato a risolvere con il suo decreto legge. "Compito dell'interprete - si legge infatti nella sentenza - non è quello di svuotare di significato la previsione normativa, bensì di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore. Nell'art.3 comma 1 della legge Balduzzi il Parlamento Italiano, in sede di conversione del decreto e per perseguire le suddette finalità, ha voluto indubbiamente limitare la responsabilità degli esercenti una professione sanitaria ed alleggerire la loro posizione processuale anche attraverso il richiamo all'art. 2043 c.c."

"Sembra dunque corretto - conclude il dispositivo - interpretare la norma nel senso che il legislatore ha inteso fornire all'interprete una precisa indicazione nel senso che, al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico (e agli altri esercenti una professione sanitaria) va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno".

Rossi (Omceo Milano): ["Sentenza storica che limiterà la medicina difensiva"](#)

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Siglato il patto sulle Asl: subito i nuovi commissari C'è l'accordo in maggioranza per il taglio, la riforma entro la fine dell'anno Si pensa a una riduzione che rispecchi il nuovo assetto degli enti locali

Il centrosinistra ha un suo nuovo patto ed è sulle Asl. È stato firmato e sottoscritto da tutti gli undici partiti della maggioranza, di nuovo compatti, prima della conclusione del vertice (o chiarimento?) del lunedì, in Consiglio regionale. La sintesi dell'accordo è questa: fra due settimane quando in aula comincerà il dibattito, sarà l'assessore alla sanità a presentare due emendamenti alla proposta di legge del Pd approvata in commissione. Il primo: le Aziende sanitarie saranno commissariate subito – ai primi di novembre – perché «non è più possibile che il sistema sia nelle mani dei manager nominati dal centrodestra». Secondo emendamento che in molti hanno subito promosso a “clausola di garanzia”: sarà la Giunta a presentare, entro la fine dell'anno, una vera e propria riforma in cui «dovrà essere prevista una significativa riduzione delle Aziende sanitarie». È bastato questo impegno formale a convincere anche i

partiti ribelli, Centro Democratico e Partito dei sardi che finora si erano astenuti, a dire: «È un buon punto di partenza condiviso su cui possiamo ragionare», e dal 21 ottobre in poi (quel giorno dovrebbe cominciare il dibattito in aula) anche votare a favore. Nel frattempo saranno aperte l'Azienda per il coordinamento regionale delle emergenze e del 118, sigla Areu, la Centrale unica che si occuperà di appalti e acquisti con l'obiettivo di ridurre i «costi ora fuori controllo» e infine sarà dato un nuovo ruolo ai piccoli ospedali, diventeranno «ospedali di comunità», altra novità della legge. Legge, a questo punto, sicura di essere approvata, nonostante il centrodestra proverà in ogni modo a rallentare la marcia della maggioranza. Il numero delle Asl. Il vero punto critico del percorso pare tracciato è proprio questo: ora le Aziende sono otto, più i due policlinici di Sassari e Cagliari e il Brotzu, a quanto scenderanno? Perché la riduzione è scontata, come ha detto l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, nel presentare in anteprima alla maggioranza un primo studio di riordino del sistema, sono una cinquantina di pagine e altrettante diapositive. I numeri possibili delle Asl 2.0 potrebbero essere questi: quattro, cinque o sei, più sempre i policlinici e il Brotzu ma forse destinato ad amministrare anche l'Oncologico e il Microcitemico. Ma il numero dipenderà soprattutto da come prima sarà ridisegnata la mappa degli Enti locali, a cominciare dai confini dei futuri distretti amministrativi che come numero e territorio dovrebbero essere uguali alle Aziende sanitarie ex novo. Le due riforme – è stato uno degli altri punti raggiunti nel vertice – dovranno camminare di pari passo. Il clima. Quello del vertice è stato buono, nonostante le previsioni annunciassero burrasca. Invece nelle due ore abbandonanti di faccia a faccia non ci sarebbero state frizioni. Lo ha confermato il presidente Pigliaru prima di infilarsi in una seduta volante della Giunta: «Non c'è ancora un numero perfetto, ma sin da ora sappiamo che le Asl diminuiranno». Posizione condivisa anche dal presidente del Consiglio Gianfranco Ganau: «Ma è importante far capire alla gente che la riorganizzazione amministrativa non porterà a una diminuzione dei servizi in periferia, ma anzi migliorerà la qualità e sarà anche molto più capillare». È questo il vero messaggio che la maggioranza vuole far passare sin da subito, per evitare che poi «in un attimo» si scatenino «ingovernabili guerre di campanile». Nessuno vuole correre questo rischio, e l'hanno confermato insieme il presidente della commissione Sanità, Raimondo Perra, e il capogruppo del Pd, Pietro Cocco: «La sanità così è un disastro, e la maggioranza ha il dovere di fermare in fretta il disavanzo in crescita». Sulla necessità della sterzata l'accordo è stato completo, anche se Sel ha chiesto tempo per discutere «il problema all'interno del gruppo». Ma il vero passo in avanti è stato fatto dagli ormai ex ribelli del Centro Democratico («Ora possiamo votare la legge») e dal Partito dei sardi con un eloquente: «Finalmente abbiamo trovato la direzione giusta».

OLBIA San Raffaele: si va verso il piano B Rispo, Qatar: o si trova a ottobre l'accordo o l'ospedale nascerà in un'altra area

Il piano B diventa sempre più il piano A. Il nuovo ospedale San Raffaele potrebbe non nascere tra le pareti dell'edificio bianco alle porte della città, ma su un nuovo terreno. Questa possibilità giorno dopo giorno diventa una certezza. Alcuni privati sono pronti a mettere a disposizione le aree, anche sotto forma di donazione. La Qatar foundation stringe i tempi per realizzare la struttura sanitaria di eccellenza. Ma la trattativa con le banche, che hanno nelle mani il debito del San Raffaele, sembra essersi arenata. Distanti le posizioni. Durante i diversi sopralluoghi all'ex San Raffaele, sono emerse anche i grossi limiti dell'immobile alle porte di Olbia. Costerebbe meno costruire un nuovo ospedale piuttosto che adattare agli attuali standard di sicurezza lo scatolone bianco. La Qatar foundation preme sull'acceleratore. La prossima settimana ci sarà un nuovo incontro con il Banco di Sardegna. Le posizioni al momento restano molto lontane. Entro la fine di ottobre il Qatar intende chiudere la partita e rispettare la data del primo marzo 2015 per l'apertura dei cantieri. Il piano B diventa una ipotesi sempre più concreta. «Confidiamo che si trovi l'accordo con la Sardaleasing – commenta il sindaco Gianni Giovannelli –. Le procedure di esproprio sono avviate. Nel caso in cui così non fosse abbiamo il piano B e C. Mettere a disposizione della Qf un terreno comunale o delle aree private». L'opzione dell'ospedale su una nuova area ha trovato concretezza nell'incontro tra il sindaco Giovannelli, il presidente della Qf Lucio Rispo, il deputato del Partito democratico Gian Piero Scanu, il direttore generale della Asl Giovanni Antonio Fadda e la responsabile del Bambin Gesù, Maria Osti. «Stiamo dialogando con la Asl e il Comune – spiega il manager della Qf Rispo –. Ma ci sono anche altre aree vaste che i privati ci metterebbero a disposizione con l'opzione dell'acquisto, ma anche in donazione alla Fondazione. Per adesso noi siamo terzi rispetto alla trattativa ma i tempi che ci siamo dati sono agli sgoccioli». Ma una anticipazione della sanità di eccellenza nata dalla collaborazione tra Qatar e Bambin Gesù ci potrebbe essere in tempi più rapidi. Con l'apertura di alcuni ambulatori specialistici nell'ex ospedale San Giovanni di Dio. «La Qatar foundation si è resa disponibile, dietro nostra sollecitazione, ad anticipare l'apertura dell'ospedale realizzando sul territorio dei servizi ambulatoriali di eccellenza _ spiega il primo cittadino –. Parliamo di neonatologia, prevenzione del tumore al seno, telemedicina. La Asl ha già dato la disponibilità, subordinando l'accordo ad alcune valutazioni e verifiche di carattere tecnico, spazi, dotazioni tecnologiche. Si tratta di servizi che non si sovrapporranno alla sanità pubblica ma che saranno un valore aggiunto». Conferma l'apertura degli ambulatori di eccellenza Rispo. «La telemedicina – spiega –, in accordo con l'assessorato regionale alla Sanità non servirà solo l'area di Olbia. Sarà un polo che potrà fornire un servizio anche all'estero. Nel campo della prevenzione del tumore al seno puntiamo a creare una «Breast care unit» sfruttando le nuove tecnologie fornite dalla partnership con la General Electric Healthcare».

SASSARI Chiuso davanti al gip incidente probatorio sul caso Alzheimer

Si è chiuso ieri l'incidente probatorio nell'inchiesta sulla Psiconeuroanalisi che vede

ventuno persone – tra medici, familiari di pazienti, politici – indagate per associazione a delinquere e truffa. Ora, tecnicamente, gli atti tornano al pubblico ministero Gianni Caria che farà le sue valutazioni. Davanti al gip Carla Altieri il perito Giacomo Koch ha illustrato la relazione che gli era stata commissionata per rispondere ad alcuni quesiti relativi alla famosa vicenda Alzheimer. Giuseppe Dore, neurologo di Ittiri, aveva messo a punto una miracolosa terapia che a detta del medico avrebbe eliminato le demenze senza l'utilizzo di farmaci, semplicemente con esercizi linguistici e vitamine. Una truffa, secondo il sostituto procuratore Caria. La vicenda è molto complessa e per questo prima dell'estate il gip aveva deciso di affidare l'incarico a un perito. I quesiti sottoposti all'esperto: quali fossero le condizioni psicofisiche dei vari pazienti seguiti da Dore, in particolare se fossero affetti da patologie riconosciute, quali fossero le loro attuali condizioni, se la sospensione delle cure tradizionali ovvero la sottoposizione al trattamento praticato da Dore avesse peggiorato o migliorato il loro stato, quali siano gli attuali protocolli medici riconosciuti in riferimento alle patologie riscontrate in quei pazienti e comunque in materia di Alzheimer, se la Psiconeuroanalisi avesse riscontri nella letteratura scientifica. E a proposito di quest'ultimo quesito, il perito ha sostanzialmente spiegato che esiste «una scarsa letteratura a sostegno della Psiconeuroanalisi». Affermazione contestata da Gabriele Satta, uno dei legali della difesa, che ha prodotto in aula un articolo di una rivista russa che invece accrediterebbe la Psiconeuroanalisi. La difesa si è anche soffermata su alcuni “dati documentali”: un video che mostrerebbe una delle pazienti ballare durante una festa a un mese esatto dalla sospensione delle cure tradizionali disposta da Dore. «Dunque non è vero che peggiorò – ha puntualizzato la difesa – come invece raccontò a Koch la figlia della stessa paziente». Il perito ha anche evidenziato che le valutazioni cliniche della sua relazione sono state eseguite a distanza di due anni dagli eventi giudiziari. E, oggi, le condizioni dei cinque pazienti esaminati sono peggiorate ma questo perché sia la demenza di Alzheimer che quella Frontotemporale hanno un andamento che aggrava progressivamente le condizioni dei pazienti.

SASSARI Asl, parcheggi da salasso e bombola nel parco giochi **Gli stalli blu all'interno del Santissima** **Annunziata sono i più cari della città** La nuova oasi per bambini è stata realizzata accanto al serbatoio di **ossigeno**

Non bastavano le Cliniche di San Pietro, che con i loro 40 centesimi ogni venti minuti avevano collezionato il record del parcheggio più caro della città. Ora l'Asl non vuole essere da meno, apre gli stalli blu nella nuova ala dell'ospedale civile e rilancia il prezzo: 60 centesimi ogni mezzora. Ora, seppur per un'inezia, il primato è tutto suo. Bisognerebbe proprio capire cosa passa nella testa di chi concepisce l'appalto di un simile servizio e poi lo affida in gestione. Perché a rigor di logica non è tanto normale che lasciare la propria auto all'interno di una struttura sanitaria costi

di più che parcheggiarla in via Roma (dove il prezzo è 50 centesimi ogni mezzora). E il ragionamento è semplice: chi decide di sostare all'ospedale non lo fa per piacere, ma perché costretto. Magari deve sottoporsi a una visita medica, accompagnare un paziente, oppure trovare un parente ricoverato. Il più delle volte non ha nemmeno la possibilità di cercare un parcheggio alternativo, visto che è probabile che non sia nelle condizioni fisiche di fare lunghe passeggiate a piedi. Perciò sarebbe naturale che un parcheggio posto all'interno di una struttura sanitaria preveda delle agevolazioni economiche per chi ne usufruisce. Invece a Sassari avviene l'esatto contrario: si approfitta della condizione di necessità degli utenti e si consente alla Unipol di applicare un vero e proprio salasso. Beninteso: la società privata è giusto che faccia i propri interessi e proponga le tariffe che più ritiene opportune. E' un po' meno etico che l'Asl, cioè un ente pubblico, in fase di predisposizione di appalto gli consenta farlo non pensi di tutelare le tasche dei propri pazienti o di chi se ne prende cura. Gli stessi sindacati si sono indignati di fronte a questo singolare obolo sanitario: «E' inammissibile che costi di più parcheggiare per curarsi, piuttosto che per andare a fare shopping – si lamenta Dario Cuccuru della Uil – le tariffe applicate negli stalli blu dell'Asl sono molto penalizzanti anche per il personale che lavora nella struttura: è previsto uno sconto, ma non sufficiente da coprire i costi altissimi che un dipendente deve sostenere ogni mese». Parco giochi e bombolone. I proventi dei parcheggi però sono stati subito investiti. Cinquantamila euro sono stati utilizzati per la realizzazione del nuovo parco giochi posizionato a sinistra dell'ingresso di via De Nicola, tra la nuova ala del Santissima Annunziata e il palazzo rosso. Iniziativa lodevole prevedere un'area ludica per i bambini e trasformare per loro un luogo di sofferenza in un potenziale luogo di divertimento. Altalene, pertiche, torretta con scivolo, il girospeed, il piccolo delfino e un praticello verde ben curato rendono questa piccola oasi irresistibile per i bimbi. Peccato però per la localizzazione del parco giochi. Infatti mimetizzato dietro un grosso albero, a otto metri di distanza dalle altalene, si erge il bombolone di ossigeno della Sapiro. Un cartello avverte: «sostanza comburente». Significa che in caso di incendio faciliterebbe e propagherebbe in un'istante la combustione. In pratica il parco giochi con le sue panchine in legno, l'ossigeno liquido e compresso e un'eventuale sigaretta accesa in caso di perdita, si trasformerebbero in una miscela esplosiva. Nel raggio di una trentina di metri bimbi e genitori sarebbero in formato flambè. I vigili del fuoco sostengono che un bombolone di ossigeno non rappresenta una fonte di pericolo, perché le possibilità concomitanti di innesco di incendio sono remotissime. Però un file Pdf della ditta fornitrice Sapiro sulle norme di sicurezza relative all'installazione dei bomboloni di ossigeno, raccomanda una distanza di sicurezza dal serbatoio, per quanto riguarda locali pubblici o altri edifici, di almeno 15 metri. E' vero: nel documento non sono citati i parchi giochi, ma forse perché nessuno avrebbe immaginato una ipotesi così strampalata.

REGIONE *Slitta il taglio Asl* Ma i commissari sono già in arrivo

Non ci sarà il taglio delle Asl, nel primo pezzo di riforma sanitaria che sta per approdare in Consiglio regionale. In un vertice col governatore Francesco Pigliaru e gli assessori Luigi Arru (Sanità) e Cristiano Erriu (Enti locali), i capigruppo di maggioranza hanno concordato un percorso a tappe: la prossima settimana andrà in aula il testo approvato in commissione, che istituisce l'Agenzia regionale dell'emergenza-urgenza e la centrale unica per gli acquisti. Ma aprirà anche la via ai commissariamenti dei manager, che salvo intoppi scatteranno a fine mese o all'inizio di novembre.

La riduzione delle aziende, invece, arriverà entro fine anno con la riforma degli enti locali. Nell'incontro di ieri Pigliaru ha ribadito di voler tagliare le Asl. Il compromesso trovato coi partiti prevede che la legge sull'Areu affidi questo compito alla Giunta. Il numero delle Aziende locali (quattro bastano, per il governatore) potrebbe coincidere con quello dei distretti che prenderanno il posto delle Province. «Sono soddisfatto che la riforma vada in aula in tempi stretti», commenta il capogruppo Pd Pietro Cocco: «La maggioranza è coesa e ha definito un percorso che ci porterà a prendere in mano la gestione delle Asl, dopo i fallimenti della destra». Il Centro democratico, che aveva minacciato di votare contro la legge se non avesse ridotto il numero delle aziende, non garantisce ancora il via libera: ma le sue ragioni hanno trovato soddisfazione, almeno in parte. «Ci ritroviamo del tutto nell'approccio di Pigliaru, che ha ribadito l'intenzione di semplificare il sistema», afferma Roberto Desini: «Siamo sicuri che il taglio si farà»

OLBIA *La Cisl: «Asl verso la soppressione»* Secondo il sindacato la decisione sarebbe già presa

La storia della Asl. n.2 potrebbe essere arrivata al capolinea, insieme all'autonomia gestionale del sistema sanitario gallurese. Infatti, proprio in queste ore, la Giunta regionale (in particolare il presidente Francesco Pigliaru) starebbe chiudendo il pacchetto della riforma delle asl sarde e la linea di Pigliaru è quella di individuare quattro aziende sanitarie, una per ciascuna provincia storica. Sindacati e associazioni di categoria sono in fibrillazione. «Ci sono segnali allarmanti - dice Mirko Idili, segretario della Cisl Gallura - e ci preoccupa il silenzio del territorio. La nostra paura è che presto si arrivi alla cancellazione della Asl e, come esito peggiore, allo smembramento della Gallura. Si sta andando in questa direzione e non vediamo una reazione decisa. Come Cisl, insieme agli altri sindacati e alle organizzazioni di categoria, siamo pronti a tutte le azioni necessarie per bloccare l'operazione. Con il sostegno dei sindaci che hanno a cuore l'autonomia della Gallura. In gioco c'è l'esistenza stessa di questo territorio, inteso unitariamente».

OLBIA L'ex San Raffaele decolla da ospite del polo pubblico Intesa con il Comune

Neonatologia, telemedicina e prevenzione del tumore al seno: potrebbero essere queste le prime specialità del nuovo ospedale “ex San Raffaele” di Olbia. Che verranno ospitate provvisoriamente dal Giovanni Paolo II, con una scelta che va a vantaggio della comunità, prima della vera e propria apertura della struttura sanitaria d'eccellenza.

Ieri mattina sono arrivate le prime conferme su questa ipotesi, nel corso di un vertice convocato in città. Il sindaco di Olbia, Gianni Giovannelli, ha incontrato il responsabile della Qatar Foundation, Lucio Rispo, il direttore generale della Asl 2, Giovanni Antonio Fadda, e la rappresentante dell'ospedale Bambin Gesù, Maria Osti. C'è stata subito l'ampia disponibilità della Asl, che, tramite il direttore generale, garantirà la massima collaborazione nelle fasi di individuazione e studio delle specialità che possono essere attivate nell'ospedale Giovanni Paolo II. Un tematica delicata, visto che, anche di recente, amministratori pubblici dell'Alta Gallura hanno espresso perplessità sull'integrazione privato - pubblico nel progetto San Raffaele. La Asl, comunque, va dritta per la sua strada. In un prossimo incontro, infatti, si passerà ai dettagli tecnici e alle richieste e disponibilità di spazi. Anche il Comune di Olbia vuole bruciare le tappe. Il sindaco, come era stato annunciato, ha informato la Qatar Foundation sulla disponibilità di aree private per la realizzazione di un nuovo complesso per l'ex San Raffaele, nel caso in cui non sia possibile utilizzare la struttura già ultimata.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Chirurgia. Corcione (Sic): “Tra il 9 e il 15% dei pazienti rientra in ospedale dopo un ricovero”

L'hanno chiamata “Sindrome da porta girevole” è il fenomeno per il quale un paziente torna in ospedale entro 30 gg dal primo ricovero. Rappresenta, insieme alla mortalità, uno dei parametri di efficienza di un reparto e di un nosocomio. In Italia interessa il tra il 9 e il 15% dei pazienti ricoverati, 16mila casi l'anno.

Le riammissioni ovvero il fenomeno per il quale un paziente torna in ospedale entro 30 giorni dal primo ricovero, rappresentano, con la mortalità, uno dei parametri di efficienza di un reparto e di un nosocomio. In Italia interessa il tra il 9% (dati Iss) e il 15% (*) dei pazienti ricoverati, mentre la necessità di tornare in ospedale o in sala operatoria dopo la chirurgia coinvolge il 4% dei pazienti.

Si tratta di circa 16mila casi l'anno, le cui cause sono correlate all'intervento come emorragie, infezioni locali o sistemiche, interventi massivi o a cielo aperto, tempi di

degenza troppo contratti, dovuti alla necessità di ottimizzare le spese.

“L’hanno chiamata ‘Sindrome da porta girevole’ e ne sono particolarmente a rischio gli anziani” spiega il Professor **Francesco Corcione**, Presidente Eletto della Sic (Società italiana di chirurgia) a Congresso a Roma sino al 15 ottobre.

Corcione quindi aggiunge che “un recente studio effettuato su 2milioni e 400mila pazienti americani, da **Keith Kocher** dell’*University of Michigan School of Medicine* e pubblicato su *Health Affairs* ha riscontrato come quasi un paziente anziano su 5 torni al Pronto Soccorso dopo un intervento chirurgico: il 17,3% una volta e il 4,4% più volte nei 30 giorni successivi. L’analisi è stata effettuata su pazienti con più di 65 anni sottoposti ai sei interventi chirurgici più comuni negli Usa: angioplastica, bypass coronarico, aneurisma addominale, frattura di anca, neurochirurgia per la schiena e resezioni del colon per cause oncologiche operati nell’ambito del servizio Medicare che assiste gli over65 ”.

“Diminuire questi numeri è possibile” prosegue il Professor Corcione “si è visto che il tasso di complicanze dopo un intervento alla colecisti eseguito in laparoscopia e quindi con tecniche mini-invasive è sceso dal 2,28% del 2010 al 1,52% nel 2012 (dati Programma Nazionale Esiti dell’Agenas 2013 che ha valutato gli indici di outcome di 1400 ospedali pubblici e privati). La chirurgia in questo senso conferma la sua eccellenza e l’alto livello di assistenza”.

Studi internazionali come quelli di **Vashi** (*JAMA*. 2013 Jan 23; 309(4):364-71) e **Jencks** (*New England Journal of Medicine* 2009; 360:1418-1428) hanno stimato un tasso medio di riammissioni tra il 12 e 18% (1 paziente su 6) con un costo di 7500 dollari a paziente che potrebbe essere evitato in una percentuale di casi che varia tra il 20 e il 40%.

In che modo è possibile raggiungere tali risultati? Migliorando la qualità delle cure e soprattutto con una più efficace gestione della dimissione del paziente, con istruzioni più chiare e un dialogo con la medicina di territorio. La gestione della dimissione dal setting ospedaliero deve quindi essere ottimizzata per facilitare la presa in carico del malato da parte dell’assistenza territoriale, che a questo punto sostituirebbe l’ospedale nell’assumere il ruolo di riferimento principale per il paziente e i suoi eventuali (ulteriori) bisogni di cura. “Un paziente chirurgico - spiega ancora Corcione - è comunque più fragile, ha modificato le proprie abitudini, è stato allettato, ha ricevuto farmaci e altri medicamenti che possono alterare le condizioni fisiche e cognitive che aprono la strada ad una nuova patologia o a un malessere che non si esaurisce con la convalescenza e che necessita di ulteriori cure”.

Sono stati identificati diversi fattori su cui intervenire: check list scrupolose, tecniche chirurgiche impeccabili e standardizzate, uso di strumenti avanzati in sala operatorie per il controllo delle complicanze, selezione dei pazienti da trattare in Terapia Intensiva, tutto questo rende la chirurgia più sicura. Un importante studio pubblicato su *Lancet* (9847, 22 settembre 2012) sulla mortalità post-chirurgica per tutti gli interventi non cardiaci eseguito su un campione di 498 ospedali in 28 paesi europei, ha sottolineato come 1 o 2 giorni di degenza in Terapia Intensiva possano evitare ben il 43% dei decessi, ma l’utilizzo di questa struttura è talora condizionato dai livelli di spesa sanitaria delle singole realtà locali.

Sempre meno invece le infezioni del sito chirurgico (Isc) tenute sotto controllo grazie alla accurata profilassi preoperatoria. A questo proposito durante il Congresso si terrà una relazione proprio sulla *Negative Pressure Wound Therapy*, un sistema per trattare le infezioni in siti potenzialmente contaminati o in pazienti particolare come quelli obesi.

Dolore cronico. In Italia pesa per oltre 36 miliardi di euro l'anno

Un Libro Bianco identifica per la prima volta i costi socio-sanitari del dolore nel nostro Paese. Per ogni paziente il conto ogni anno sale a 4.557 euro, di cui 1.400 per costi diretti a carico del Ssn e 3.156 per costi indiretti. Nel 2013, con una spesa farmaceutica relativa al dolore di 240 mln per Fasn e di 101 per oppioidi forti, l'Italia si riconferma al primo posto per impiego dei primi e all'ultimo per quello dei secondi.

Si è aperta oggi presso il Palazzo della Cancelleria a Roma la due giorni di convegno "HOPE Health Over Pain Experience" che, chiamando a raccolta alcuni fra i massimi esperti di dolore, ha ricostruito l'attuale scenario del problema in Italia, focalizzando in particolare l'analisi sui fattori che ancora ostacolano l'appropriatezza terapeutica e sulle conseguenze di trattamenti inadeguati. In occasione del convegno, che ha ricevuto il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), è stato presentato ufficialmente il Libro Bianco sul Dolore Cronico, edito da AboutPharma, con il grant incondizionato di Mundipharma, volto a fare il punto in merito al reale impatto sociosanitario ed economico della sofferenza nel nostro Paese.

“Nonostante i grandi passi avanti fatti, grazie alla Legge 38/2010, vi sono ancora margini di miglioramento per raggiungere l'appropriatezza nell'approccio diagnostico-terapeutico alla malattia dolore - ha affermato **Guido Fanelli**, Presidente della Commissione ministeriale Terapia del dolore e Cure Palliative -. Questo gap non solo rappresenta un problema di etica sanitaria e di equità sociale, ma determina anche costi ingenti per il SSN. Da qui l'esigenza di dar vita al presente Libro Bianco che, raccogliendo l'expertise di tutte le figure professionali coinvolte dalla presa in carico del paziente che soffre, restituisce un inedito sguardo d'insieme sulla gestione del problema, mettendone in evidenza gli aspetti medici, farmacologici, farmaco-economici e istituzionali. Ci auguriamo sia uno strumento utile per tutti coloro che questo problema devono affrontarlo nel loro lavoro quotidiano”.

Il volume, per la prima volta, ha fornito una fotografia, tutta italiana, anche se basata su stime di massima, dei costi sociosanitari legati al dolore cronico. “La prevalenza del fenomeno è circa di 13 milioni di pazienti; di questi, si può ritenere che un terzo non si curi o lo faccia da sé in privato, pertanto sono circa 8 milioni i pazienti rilevanti per gli effetti economici sulla spesa pubblica - ha illustrato **Carlo Lucioni**, Senior Health Economist di Health Publishing and Services -. Sulla base delle risorse impiegate per far fronte al problema e dei loro costi unitari in Italia, è stato calcolato,

con una stima al ribasso, il costo sociale medio annuo del dolore cronico per ogni paziente: 4.557 euro, di cui 1.400 per costi diretti a carico del SSN (farmaci, ricoveri, diagnostica) e 3.156 per costi indiretti (giornate lavorative perse, distacchi definitivi dal lavoro). Moltiplicando i costi diretti per 8 milioni di pazienti, si arriva a un onere annuo per il Servizio Sanitario Nazionale pari a 11,2 miliardi di euro, con un'incidenza sulla spesa sanitaria pubblica complessiva del 9,6%. Sempre sulla stessa base il totale dei costi indiretti ammonta invece a 25,2 miliardi. Dalla somma con l'importo dei costi diretti, la stima del costo sociale del dolore cronico in Italia ammonta a 36,4 miliardi all'anno, corrispondenti al 2,3% del Pil”.

Per completare il quadro sui numeri del problema, il contributo di IMS nel Libro Bianco ha evidenziato come, anche a fronte di un aumento nell'impiego di analgesici oppioidi negli ultimi quattro anni, il confronto di vendite con i Fans sia ancora sbilanciato a favore di questi ultimi, nonostante i loro possibili effetti collaterali e in controtendenza con le Linee Guida, i warning delle Autorità regolatorie e i dati di letteratura. Nel 2013 i Fans hanno toccato quota 240 milioni di euro, contro i 179 degli oppioidi, di cui 101 per quelli forti. Tra i principali Paesi Europei, l'Italia si conferma così all'ultimo posto per uso di oppioidi e al primo per impiego di Fans. Anche il dato sulla spesa pro-capite in oppioidi forti evidenzia il ritardo del nostro Paese e le barriere culturali che ancora ostacolano l'impiego di questi farmaci: 2,11 euro, mentre in Germania, ad esempio, la stessa spesa sale a oltre 10 euro a cittadino (il valore più alto in Europa). Viceversa la spesa pro-capite dei Fans in Italia risulta la più elevata, pari a 3,91 euro, a fronte di 1,82 euro nel Regno Unito.

Dalla letteratura si evince una situazione caratterizzata da inappropriatelyzza e disomogeneità: i dati IMS e i Rapporti OSMED ci restituiscono un quadro di grandi disparità nell'accesso alle terapie tra le diverse Regioni italiane. Ed è proprio su questo fronte che, nel capitolo del libro a firma di Aifa, viene ribadito l'impegno dell'Ente regolatorio attraverso le proprie Note. Si tratta, infatti, di strumenti fondamentali per favorire una prescrizione farmacologica il più possibile conforme alle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e a quelle d'uso (dose e durata del trattamento). Nate inizialmente come strumento di governo della spesa farmaceutica, le Note AIFA sono oggi un mezzo per assicurare l'appropriatezza terapeutica e intervenire sulle differenze regionali, assicurando un accesso omogeneo alle cure. A tal proposito, il convegno ha ricordato il recente progetto CardioPain che – prevedendo l'inserimento di un monito circa l'uso di Fans e Coxib nella scheda di dimissione ospedaliera dei pazienti cardiopatici – rappresenta un esempio virtuoso di adesione a quando stabilito dalla Nota Aifa 66. Nata presso il nosocomio dell'Ospedale di Roccadaspide (SA), l'iniziativa sta raccogliendo adesioni in tutt'Italia.

La presentazione del Libro Bianco ha dato vita a un dibattito tra tutti gli attori diversamente coinvolti dalla gestione del dolore cronico in Italia: clinici provenienti da molteplici setting assistenziali, Istituzioni, media, Associazioni di pazienti e cittadini. “Da sempre impegnata nel supportare iniziative a favore della battaglia contro il dolore, la nostra Azienda non poteva far mancare il proprio sostegno ad un progetto così importante - ha detto **Marco Filippini**, General Manager Mundipharma -. Adesso ciò che conta è proseguire con determinazione il cammino intrapreso grazie

alla Legge 38, per cambiare concretamente la situazione di chi soffre e migliorarne la qualità di vita; su questa linea ci auguriamo che nascano e si sviluppino nuove iniziative di ampio respiro, in cui pubblico e privato possano cooperare, come avvenuto in occasione del Libro Bianco”.

Conferenza Stato-Regioni. Il testo del Piano nazionale malattie rare 2013-2016

Nel documento ampio spazio alle reti europee di riferimento così come alla rete nazionale dei presidi e alle azioni di coordinamento delle attività regionali. Un ruolo di rilievo lo formazione e prevenzione. Spazio ai privati per la ricerca. IL DOCUMENTO

Il Piano nazionale delle malattie rare 2013-2016 verrà esaminato nel corso della Conferenza Stato-Regioni del prossimo 16 ottobre. Il documento 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 e di specificare nell'Accordo che nessun compenso andrà previsto per i componenti del Comitato nazionale la cui costituzione è prevista dallo stesso Piano.

Passando ad esaminare il testo, possiamo osservare come un ruolo rilevante venga assegnato all'Europa. Si spiega infatti come, a causa del limitato numero dei pazienti e delle limitate esperienze disponibili, per garantire la diagnosi e la cura di queste malattie, la CE considera indispensabile l'istituzione di una rete di riferimento europea per le malattie rare (MR), nell'ambito della quale poter scambiare esperienze, informazioni, dati, campioni biologici e immagini radiologiche, anziché movimentare i pazienti. Tra gli strumenti che la CE intende maggiormente condividere sono elencati i registri e i database, le linee-guida e le informazioni, le immagini trasmesse per via telematica, le attività di formazione.

I cosiddetti Centri di expertise per le Malattie Rare saranno individuati dagli Stati membri quali strutture esperte per la diagnosi e la cura di questi pazienti in una definita area geografica, preferibilmente nazionale e, laddove necessario, internazionale.

Le **Reti europee di riferimento**, European Reference Networks (ERNs), verranno individuate dai singoli Stati membri, mentre a livello europeo saranno definite le tipologie dei servizi e le strutture necessarie e le risorse da condividere e saranno individuate formalmente le modalità di condivisione delle competenze e delle informazioni, comprese le indicazioni sulle migliori pratiche da diffondere per favorire la diagnosi ed il corretto trattamento. Le singole reti di riferimento dovranno adottare procedure per il controllo della qualità e l'intero sistema dovrà essere sottoposto a una valutazione.

Un capitolo ad hoc è stato poi riservato all'**assistenza transfrontaliera**. Si spiega come in questo caso venga sostenuta attivamente la cooperazione tra Stati, specificando che, quando una persona affetta o con un sospetto diagnostico di MR chiede l'autorizzazione preventiva, può essere effettuata una valutazione clinica da

esperti del settore. Se gli esperti non possono essere individuati nello Stato membro di affiliazione, o se il parere degli esperti non è conclusivo, lo Stato membro di affiliazione può richiedere a uno Stato membro un parere scientifico.

Quanto al contesto prettamente nazionale, si spiega che le attività, i servizi e le prestazioni destinate alle persone affette dalle MR sono qui definite parte integrante dei **Livelli essenziali di assistenza (Lea)** che il Ssn è tenuto a garantire ai propri assistiti, in relazione alle condizioni cliniche individuali e per tutte le patologie. A causa della varietà e della complessità dei sintomi clinici delle MR, la norma non definisce puntualmente le prestazioni erogabili in esenzione, ma prevede, per quelle presenti nell'elenco allegato al DM, il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni incluse nei Lea, necessarie a confermare la diagnosi, appropriate per il monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Al momento, i tumori rari restano fuori dall'ambito di trattazione del presente Piano, non essendo inclusi nell'elenco delle malattie rare allegato al decreto ministeriale n. 279/2001; tuttavia, non si esclude una modifica in futuro, alla luce dell'evoluzione della disciplina delle MR in atto in ambito europeo.

I nodi principali della Rete nazionale delle MR sono i **Presidi accreditati**, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni tra quelli in possesso di documentata esperienza nella diagnosi e nella cura di specifiche MR o di gruppi di MR, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, ad esempio per la gestione delle emergenze e per la diagnosi biochimica, genetica e molecolare. I Presidi compresi nella rete dovranno operare secondo protocolli clinici concordati e collaborano con i servizi territoriali e i medici di famiglia per la presa in carico e la gestione del trattamento.

I centri di expertise dovranno essere incardinati nella rete assistenziale regionale. Nel processo di valutazione continua della qualità dell'assistenza di tali strutture, le Regioni potranno acquisire il parere delle Associazioni dei malati e potranno proporre programmi di valutazione esterna di qualità anche mediante audit esterni, secondo modelli già in atto in diversi paesi europei.

Un altro aspetto di rilievo consiste nel miglioramento della **codifica** e della **classificazione** delle MR è un obiettivo prioritario a livello nazionale e internazionale perché una corretta codifica e classificazione è fondamentale per assicurare la rintracciabilità dei casi nei sistemi informativi sanitari, per esempio, nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO), per realizzare i registri epidemiologici o per effettuare analisi statistiche sia ai fini della programmazione sanitaria, sia per finalità di ricerca. L'accuratezza dei flussi rappresenta infatti una fonte informativa importante sui bisogni assistenziali, costituisce una fonte significativa per la produzione delle statistiche dei dati di morbosità, di efficacia e qualità dei sistemi sanitari e pertanto rappresenta uno strumento indispensabile per adottare appropriate ed efficaci misure di sanità pubblica.

I **registri dei pazienti** e alle **banche-dati** vengono definiti strumenti chiave per la ricerca clinica sulle MR, per migliorare la presa in carico dei pazienti, pianificare la loro salute e valutare gli esiti sociali, economici e la qualità della vita. In Italia, si ricorda nel documento, Orphanet ha censito 51 registri, 35 dei quali nazionali, 9 regionali, 2 europei e 5 globali. Particolarmente utili vengono poi definiti i registri dei

pazienti trattati con farmaci orfani, in quanto consentono di valutare l'appropriatezza e l'efficacia della terapia e gli eventuali effetti collaterali, tenuto presente che le autorizzazioni alla commercializzazione di solito vengono rilasciate quando le evidenze sono ancora limitate, ancorché già convincenti.

Le **biobanche** sono invece servizi dedicati alla raccolta ed alla conservazione del materiale biologico umano, finalizzate alla diagnosi, agli studi sulla biodiversità e alla ricerca. L'Italia partecipa (www.bbmri-eric.it) all'infrastruttura di ricerca europea Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure che si propone di assicurare accesso sicuro alle risorse biologiche e garantirne una gestione appropriata ai fini del miglioramento della salute dei cittadini europei.

Tutti gli **accertamenti diagnostici** devono essere eseguiti secondo i criteri, supportati dalle evidenze scientifiche, di appropriatezza ed efficacia, essenzialità e sicurezza. Qualora alla fine dell'iter diagnostico si confermi la presenza di una MR compresa nell'elenco del DM 279/2001 è compito dello specialista del Presidio redigere il certificato di MR e rilasciarlo al paziente nel più breve tempo possibile. Le Asl di residenza del paziente in possesso della certificazione rilasciata da un presidio della Rete specificamente individuato per la patologia in questione, rilasciano l'attestato di esenzione corrispondente alla malattia certificata. Una volta formulata la diagnosi di malattia, è ancora compito del presidio della Rete definire il profilo del danno attuale ed evolutivo presentato dal paziente ed il suo potenziale funzionale. Questa seconda parte dell'inquadramento diagnostico viene definito essenziale per consentire successivamente la redazione del piano di trattamento, che deve tenere conto degli specifici bisogni assistenziali identificati in base alle caratteristiche individuali della persona e perciò non definiti unicamente in base al paradigma standard della malattia.

I percorsi definiti da ogni Regione dovranno individuare gli attori, i collegamenti e l'offerta assistenziale disponibile per ogni paziente in ciascuna regione, oltre che definire i piani di responsabilità generale. Entro questi percorsi si sviluppano i piani assistenziali individuali redatti dal Presidio che ha in carico il singolo malato in base al suo profilo di bisogno assistenziale. I piani assistenziali individuali e l'applicazione dei percorsi e dei protocolli devono essere basati sul principio dell'appropriatezza prescrittiva e tenere conto della specifica condizione clinica del singolo paziente. Ampio spazio è dedicato alla **ricerca**, sia in ambito nazionale che internazionale. La ricerca, sia clinica che di base - si legge - è lo strumento di elezione per accrescere le conoscenze sulle MR. Sebbene essa sia rappresentata a macchia di leopardo in Europa, il volume delle ricerche, complessivamente considerato, resta basso, in rapporto all'elevato numero delle malattie ed alla loro eterogeneità. Per questo, è necessario attivare iniziative in grado di attrarre l'interesse dei ricercatori e dell'industria verso la ricerca sulle MR. Sarà però necessario superare una serie di 'colli di bottiglia': in primo luogo, la scarsa numerosità dei pazienti, che richiede la promozione di studi collaborativi, di respiro nazionale ed internazionale, e la necessità di sviluppare disegni sperimentali clinici alternativi, applicabili a pochi pazienti; in secondo luogo, la limitata disponibilità di piattaforme altamente tecnologiche e la necessità di investire continuamente nell'innovazione; in terzo luogo, i limiti posti dalla peculiarità clinica delle MR, di solito eterogenee, spesso

non adeguatamente documentate a livello fenotipico, la cui storia naturale, in molti casi, è poco o affatto nota, e, più in generale, lo scarso interesse nei confronti della ricerca clinica.

Altro aspetto trattato nel documento è quello della **formazione**. Un importante ambito di interventi formativi è quello dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), che costituiscono il primo punto di contatto del paziente con il Ssn. Per questo è necessario formare specificamente i MMG/PLS e gli specialisti nella interpretazione delle complesse sintomatologie delle MR e nella formulazione del sospetto diagnostico, per evitare i ritardi nella diagnosi e nella presa in carico.

Infine, nel testo si parla di **prevenzione**. Sia di quella primaria, ossia la promozione degli stili di vita corretti che evitino l'esposizione a sostanze teratogene e genotossiche, il consumo di alcol e il fumo, e incentivano un'alimentazione corretta nelle donne in età fertile, nonché l'uso appropriato di acido folico, mediante supplementazione, per ridurre il rischio di insorgenza di difetti congeniti folico-acido sensibili; sia quella secondaria e, soprattutto si torna a sottolineare l'importanza di una diagnosi precoce.

SOLE 24ORE SANITA'

Test di medicina, riammessi in 5mila. Caos nelle università con i «voti» più alti. Il dossier Anaao su legislazione in vigore, bonus e ricorsi

Con i 2.500 ricorsi accolti venerdì dal Tar Lazio, vola a quota 5mila il numero di studenti che hanno visto ribaltare dai giudici amministrativi il verdetto negativo ottenuto al test d'ingresso. A Palermo la facoltà di medicina si ferma da oggi fino a lunedì prossimo per cercare di capire come accogliere i 340 studenti che sono rientrati in gioco dopo essere stati fermati al test d'ingresso ed essere stati riammessi dal Tar. Ma il caos, alimentato anche dai continui cambi di rotta delle istruzioni ministeriali, è destinato ora a espandersi in varie sedi, anche perché altri due ricorsi stanno raccogliendo nuove adesioni (c'è tempo rispettivamente fino al 15 e al 20 ottobre).

Il quadro è assai lontano dallo stabilizzarsi.

E quest'anno il caos ha superato di molto i livelli di guardia al punto da far dire allo stesso ministro dell'Università Stefania Giannini che il test d'ingresso deve andare subito in pensione. Le intenzioni ministeriali per ora non vanno al di là di un tweet, in

cui si spiega che il «numero programmato» deve rimanere cambiando però le modalità di selezione, ma di ulteriori dettagli al momento non c'è traccia. Vista la situazione, però, prima di occuparsi del futuro occorre affrontare le grane, in crescita, del presente immediato.

A Palermo, si diceva, l'attività didattica si paralizza per una settimana nel tentativo di capire come riorganizzarsi alla luce dei nuovi arrivi, ma lo stesso problema riguarda praticamente tutte le facoltà di medicina, che al momento non hanno la possibilità di sapere quanti sono i loro nuovi studenti. L'ondata di vittorie al Tar, che come accennato potrebbero moltiplicarsi a breve, ha fatto vacillare le "strategie" del ministero, che in pochi giorni ha diffuso due indicazioni diverse. La prima, che risale al 23 settembre scorso, permetteva agli studenti "perdenti" al test ma vincitori al Tar di iscriversi nell'ateneo, fra quelli scelti in sede di test, «nel quale risulta minimo lo scarto tra il punteggio del primo in graduatoria in quella sede e il punteggio ottenuto da ricorrente». Si è trattato di un tentativo, piuttosto bizantino, di limitare i danni, incanalando però gli studenti verso le università in cui il voto massimo ai test è stato più basso, come mostra il censimento ministeriale sui risultati : facile, quindi, l'ingresso a Campobasso (voto massimo 50,7), Sassari (51,8) o Salerno (53,8), praticamente impossibile a Torino (voto massimo 80,5), Foggia (78,6), alla Statale di Milano (78,6) e a Palermo (72,2).

Tra caos degli atenei e soddisfazione degli studenti

Un meccanismo di questo tipo, però, avrebbe di fatto impedito l'iscrizione ai tanti studenti che non possono permettersi di frequentare l'università fuori sede, anche a causa dei tanti limiti nel diritto allo studio e della scarsissima presenza in molte città di alloggi studenteschi, e sarebbe stato oggetto di nuovi ricorsi, già annunciati all'indomani della diffusione della circolare ministeriale. Per evitare questo "contenzioso sul contenzioso", il ministero nei giorni scorsi ha cambiato rotta, e ha aperto alla possibilità di iscriversi nella sede che lo studente aveva scelto nel test a prescindere dalle distanze fra il voto ottenuto dal ricorrente e quello registrato invece dallo studente più "brillante" con i quesiti. Questo ripensamento è naturalmente piaciuto agli studenti, ma altrettanto ovviamente ha gettato nel caos proprio gli atenei dove il voto più alto era maggiore, e dove quindi il vecchio metodo avrebbe limitato le iscrizioni in sovrannumero e i conseguenti problemi organizzativi: problemi che, in caso di nuove vittorie al Tar, sono destinati a moltiplicarsi.

Alzheimer: create cellule malate in provetta. Efficacia superiore ai test su topi

La via per una terapia o un vaccino contro l'Alzheimer fino a questo momento è stata lastricata di fallimenti, ma l'esperimento descritto da Rudolph Tanzi su Nature potrebbe invertire questa tendenza. Il ricercatore del Massachusetts General Hospital di Boston è riuscito infatti a riprodurre per la prima volta gli effetti della malattia sui neuroni in laboratorio, creando un modello umano che permetterà di testare i farmaci

senza le limitazioni di quelli animali.

Stop ai test sugli animali.

I neuroni utilizzati da Tanzi sono stati ottenuti a partire da cellule staminali embrionali. Una volta ottenuti sono stati modificati per inserire un gene responsabile della metà dei casi di Alzheimer, e quindi sono stati fatti crescere in laboratorio in un gel. Dopo sei settimane il loro comportamento era quello tipico dei neuroni di un paziente, con le placche e gli ammassi di proteine tipici della malattia. L'esperimento, ha spiegato Tanzi al New York Times, proseguirà con test su oltre 1.200 farmaci già conosciuti e usati per altre malattie e su 5mila molecole sperimentali cercando di trovare quelle in grado di fermare la patologia. La speranza è di trovare qualche farmaco di cui sia già stata provata la non tossicità per l'uomo, in modo da accelerare la sperimentazione. «Questo non sarebbe possibile con i modelli animali usati ora - afferma Tanzi - anche solo per il fatto che ogni molecola richiederebbe un anno per essere testata».

Oltre ad allungare i tempi, infatti, il modello di topo usato finora ha delle gravi controindicazioni. «L'Alzheimer si manifesta secondo tre tratti biologici, la deposizione di proteine amiloidi, la neurodegenerazione associata alla proteina tau e poi i sintomi clinici che conosciamo - spiega Giovanni Frisoni, direttore del Centro Nazionale Alzheimer di Brescia e uno dei partecipanti italiani allo Human Brain Project europeo - i modelli di topo che abbiamo hanno solo la prima, o ne hanno due ma che si manifestano in modo diverso rispetto all'uomo. In particolare la neurodegenerazione, che è il fenomeno che ci interessa di più, non viene riprodotta nei topi. Questo è esattamente il modello necessario per testare i farmaci anti-amiloide che speriamo rallentino la neurodegenerazione e ritardino o impediscano la comparsa dei sintomi».

Confermato il ruolo dell'accumulo di proteine amiloidi

Lo studio, sottolinea Antonella Prisco del Cnr di Napoli che sta lavorando a un vaccino contro la malattia, è importante anche per un altro motivo. «L'esperimento ha confermato il ruolo dell'accumulo di proteine amiloidi, che ancora è oggetto di studio, riuscendo a vedere il processo nelle cellule - spiega l'esperta -. Un modello come questo non riproduce la complessità di un organismo vivente, ma è importantissimo per accelerare sia la ricerca di base che i test sui farmaci».

DOCTOR 33.IT

Ospedalieri. La sentenza: aumenti possibili nonostante il blocco degli stipendi

Stipendi bloccati da quattro anni, sì, per medici ospedalieri e dipendenti della pubblica amministrazione: ma le cose cambiano se c'è il merito, e se al medico

vengono attribuiti più incarichi e se tali attribuzioni sono attestate dalle verifiche periodiche previste da contratto. Lo prevede una sentenza pronunciata dal giudice ordinario di Perugia – la seconda in un anno - a favore di un iscritto Cimo che aveva ricorso contro l'Asl perché si era visto negare il passo avanti in carriera a causa del blocco stipendiale. «In genere, nelle stesse regioni tale interpretazione restrittiva è minoritaria – afferma Riccardo Cassi presidente Cimo – ma purtroppo è applicata da singole Asl e aziende ospedaliere a macchia di leopardo. Tutto nasce dal decreto legge 78 convertito in legge 122 del 2010, lo stesso da cui si origina l'attuale blocco degli stipendi dei medici dipendenti e convenzionati. La legge 122 ha bloccato anche i trattamenti individuali percepiti e gli incrementi automatici: la carriera del medico dipendente si è cristallizzata dal punto di vista economico. Per quanto riguarda le promozioni e i conseguenti scatti, invece, il contratto “soccorre” prevedendo una verifica tecnico-professionale al compimento dei cinque anni di servizio: se l'esito è positivo va riconosciuto che il medico ha conseguito competenze idonee per passare a responsabilità superiori, con i relativi incrementi, cioè indennità di esclusività e indennità d'incarico».

«La prima indennità – riprende Cassi - è fissata dal contratto, la seconda è diversa da un'azienda all'altra e varia in base alla tipologia di incarico ed ai fondi aziendali che sostengono questi incrementi. Questi fondi non sono più alimentati dal 2010 e per giunta si riducono per ogni medico che si pensiona senza essere sostituito, ma ci sono. Ed è da essi che bisogna attingere per riconoscere gli aumenti al medico promosso, e non dall'ipotesi di gravare su altre risorse del servizio sanitario, che tanto dispiace alle Asl ma non è prevista da nessuna parte». Le sentenze dei giudici si dividono, ma a Perugia per due volte, a Brescia e a Torino i magistrati hanno dato ragione ai medici. Il giudice perugino in particolare ha ritenuto che basti l'aumento del numero degli incarichi affidati a garantire l'esclusione dal blocco degli aumenti. Nel caso in questione il medico aveva maturato e superato i fatidici cinque anni di servizio, fattore che lo ha aiutato. «Cimo – conclude Cassi – ora auspica un'analogha risoluzione di contenziosi simili nelle altre regioni».

Congresso nefrologi: rete integrata di cure permette risparmi di miliardi

Una rete integrata territoriale in grado di prendere in carico i pazienti con insufficienza renale, permetterebbe di tenere sotto controllo la malattia e ritardarne la progressione, permettendo in cinque anni risparmi per 2,5 miliardi di euro. Ne hanno discusso i nefrologi di tutta Italia riuniti nei giorni scorsi a Catania nell'annuale Congresso nazionale della Società di nefrologia (Sin). «La realizzazione di un Registro della malattia renale e la costituzione di una rete a livello territoriale» ricorda **Antonio Santoro**, presidente Sin (Università di Bologna, Policlinico S. Orsola - Malpighi) «è stata approvata lo scorso 5 agosto dalla Conferenza stato regioni. La prevenzione può essere efficacemente implementata attraverso una rete che monitorizzi costantemente il paziente. In alcune regioni, specie del Sud, dove il trattamento è affidato a strutture private convenzionate, non esiste un network

integrato con le strutture pubbliche del territorio». «Questo modello di prevenzione» secondo Santoro «deve invece essere allargato a tutto il Paese, anche nell'ottica di contenere la spesa pubblica. Ritardare di almeno 5 anni la progressione della malattia, permetterebbe al Sistema sanitario nazionale di risparmiare circa 2,5 miliardi di euro». A tutt'oggi i progetti di rete nefrologica riguardano solo un numero esiguo di Regioni e tra queste l'Emilia-Romagna che ha realizzato un programma di prevenzione dell'insufficienza renale. Ecco i risultati di 10 anni di attività: sono più di 18.000 i pazienti residenti in Emilia-Romagna portatori di una malattia renale cronica seguiti in ambulatori dedicati delle Nefrologie e controllati attraverso un Registro informatizzato nella evoluzione della loro malattia. Grazie a questo progetto si è verificata negli ultimi 7 anni una riduzione del 26% dei pazienti in dialisi. Inoltre, grazie ai dati di questo Registro è stato possibile individuare i dati clinici e laboratoristici che permettono di prevedere l'evoluzione della nefropatia ed anche il rischio di ulteriori complicanze.

Da Oms esortazione a eradicare l'H. pylori per contrastare Ca gastrico

Valutare la possibilità di istituire grandi programmi di screening e trattamento dell'Helicobacter pylori basati sulla popolazione dovrebbe essere una priorità globale per ridurre il carico di cancro gastrico, terza causa di decessi oncologici in tutto il mondo. Lo sostiene un rapporto della Iarc, agenzia specializzata sul cancro dell'Oms. Ma i programmi di salute pubblica per prevenire il cancro gastrico sono quasi inesistenti, affermano Christopher P. Wild, direttore della IARC di Lione (Francia), e collaboratori. Sono state allora emanate nuove raccomandazioni, basate sul lavoro di un gruppo internazionale di 19 esperti di cancro gastrico e membri dello Iarc riuniti a rivedere le prove e valutare le strategie per la prevenzione del cancro dello stomaco sulla base dell'eradicazione dell'H. pylori. La revisione si è focalizzata su sforzi di prevenzione attuati a livello regionale (Cile, Cina, Giappone, Corea e Taiwan), efficacia e rischi potenziali (resistenza batterica) del trattamento basato sulla popolazione, fattibilità e costo-efficacia dei programmi di screening ed eradicazione dell'H pylori. «Il trattamento dell'H pylori riduce l'incidenza del cancro gastrico dal 30 al 40%» si legge nel rapporto, ma i risultati potrebbero non essere generalizzabili a tutte le popolazioni e non tengono conto di eventuali conseguenze negative, come per esempio un possibile aumento della resistenza agli antibiotici necessari per il trattamento delle infezioni gravi. Il gruppo di lavoro Iarc raccomanda un regime di trattamento da 7 a 10 giorni che includa 2 o 3 antibiotici generici economici e un inibitore di pompa protonica, che può rappresentare l'80% del motivo di successo nell'eliminazione dell'H pylori. Si ribadisce che l'efficacia «varierà in base al profilo di resistenza agli antibiotici nella popolazione bersaglio». Molti trial sono attualmente in corso in tutto il mondo su follow-up prolungati: Cina, Regno Unito, Bielorussia, Lettonia, Russia, Corea. «Entro i prossimi 10 anni» affermano i membri dello Iarc «i risultati di vari studi randomizzati potranno probabilmente risolvere molte incertezze riguardo lo screening e il trattamento dell'H pylori. Tuttavia, questioni pratiche

relative all'attuazione e i risultati dei programmi di popolazione per la prevenzione del cancro gastrico potrebbero trovare una risposta migliore dall'osservazione diretta nelle comunità in cui sono applicate».

Disturbi mentali in un terzo dei pazienti con tumore

Circa un paziente su tre con diagnosi di tumore soffre di disturbi mentali, con prevalenza diversa a seconda del tipo di tumore stesso, e questo riscontro sottolinea l'importanza di interventi psicologici specifici. Lo afferma un gruppo di ricercatori tedeschi che ha pubblicato sulla rivista *Journal of Clinical Oncology* la propria ricerca condotta su oltre 2.100 pazienti fra ricoverati e non, donne in poco più del 50% dei casi, di età compresa fra i 18 e i 75 anni (età media 57,6 anni), e in buona parte sposati (63,4%). «Per quanto ne sappiamo, il nostro studio rappresenta la più grande indagine epidemiologica fino a oggi che ha stimato la prevalenza dei disturbi mentali su 4 settimane in pazienti con un cancro incluso tra i principali tipi di tumore, utilizzando un colloquio clinico standardizzato e validato» afferma **Anja Mehnert**, dello University Medical Center Leipzig, in Germania, prima firmataria dell'indagine. Nella maggior parte dei casi i pazienti che hanno preso parte alla ricerca erano ricoverati (43,5%), ma lo studio ha incluso anche persone esterne o in ricoveri di riabilitazione. Per quanto riguarda i tumori più rappresentati, nel campione il primo era quello al seno (20,6%), seguito da prostata e colon/retto. Infine, in media il tempo dalla diagnosi era pari a 13 mesi e mezzo (da 0 a 126 mesi). I ricercatori hanno osservato che circa il 32% dei pazienti aveva almeno un disturbo mentale e i tre con la maggiore prevalenza erano ansia (11,5%), disturbi di adattamento (circa 11%) e disturbi dell'umore (6,5%). Circa il 6% delle persone analizzate aveva due disturbi e circa l'1,5% tre o più: la prevalenza maggiore è stata osservata nei pazienti con cancro al seno (42%), alla testa e al collo (41%) e con melanoma maligno (39%), mentre la minore era nei tumori al pancreas (20%), allo stomaco/esofago (21%) e alla prostata (22%). Conclude Mehnert «I nostri risultati forniscono la prova di un forte bisogno di interventi psico-oncologici su misura per entità tumorali specifiche per quanto riguarda il grado di sostegno richiesto».

J Clin Oncol. 2014 Oct 6. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584