

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 16 OTTOBRE 2014

LA NOTIZIA DEL GIORNO

LA NUOVA SARDEGNA

Aids per uccidere la leucemia Dai prossimi mesi terapia avveniristica nell'isola grazie al direttore del centro specialistico sardo

Sbarcano in Sardegna i serial killer che uccidono le leucemie. Il loro arrivo farà aprire nuovi orizzonti di speranza nella lotta ai tumori grazie alla tecnica avveniristica messa a punto dal luminare statunitense Carl June. «C'è in effetti la possibilità concreta che l'isola possa concorrere alle sperimentazioni profit finanziare in Europa dall'industria farmaceutica privata in questa direzione – conferma da Cagliari Emanuele Angelucci, uno dei massimi specialisti italiani per queste patologie – L'iniziativa non riguarderà i centri ematologici di Sassari e Nuoro, ma il capoluogo di regione, nell'ospedale Businco. perché la metodologia elaborata in Pennsylvania è inquadrata dal punto di vista scientifico come una tecnica di trapianto. E in questo senso il centro per tutta la Sardegna è proprio qui». Diffusione. La notizia era particolarmente attesa. Soprattutto se si considera che nell'isola i tassi d'incidenza di patologie come la leucemia e i linfomi sono più elevati rispetto ad altre aree del Mediterraneo. Relazioni interpersonali. La motivazione della scelta dell'isola tra le regioni chiamate ad avviare quella che appare come una rivoluzione nel mondo della medicina moderna, comunque, si basa sui rapporti diretti tra Angelucci e June. «Già in passato abbiamo avuto consolidati contatti di collaborazione con l'University of Pennsylvania e adesso tutto lascia pensare che possano venire ulteriormente rilanciati», spiega infatti il direttore dell'Unità operativa sarda. Tecniche e percorsi. Ma in che cosa consiste la nuova terapia? E quali sono le tappe seguite finora? Dal sangue dei malati si prelevano sottogruppi dei globuli bianchi chiamati linfociti T. In laboratorio questi linfociti vengono infettati da vettori derivati dal virus Hiv. Poi li si modifica per renderli inoffensivi per quel

che riguarda i pericoli legati all'Aids, o sindrome da immuno-deficienza-acquisita. Mucidiali "proiettili". Trasformati così in armi anticancro capaci di annientare solo le cellule tumorali senza ledere tutte le altre, i serial killer vengono quindi iniettati sui pazienti che soffrono di leucemia. Su un campione di ammalati curati in questo modo, per il momento molto limitato, nove su dieci sono guariti senza più conseguenze. E il loro stato di salute si è mantenuto ottimo a distanza di parecchi anni. Le valutazioni. «In sostanza con il metodo di portare dentro gli organismi questi linfociti si stimola l'azione contro le cellule leucemiche - puntualizza il dottor Angelucci – A ogni modo, la modifica del gene non sarà gestita in loco. Noi un domani manderemo i linfociti negli Stati Uniti, dove saranno trattati in un regime di sicurezza. Dagli Usa poi torneranno in Sardegna per la parte finale delle operazioni». Autorevoli conferme. Dopo che la rivista "Science" l'ha definita una bomba che sconvolgerà dalle fondamenta le metodiche nella battaglia contro il cancro, è così cresciuto in tutto il mondo l'interesse verso la scoperta. Non solo dei ricercatori. Anche di Big Pharma. Tanto che il colosso Novartis ha deciso di stanziare 10 miliardi di dollari - una somma enorme - per sostenere le indagini scientifiche in un campo che allo stato attuale resta del tutto sperimentale. E costosissimo. Almeno sino a oggi. Negli Usa per i sessanta pazienti che si sono sottoposti alla nuova tecnica è stato necessario pagare in qualche caso sino a 600mila dollari per ciascuno. Tempi e autorizzazioni. «Una cosa a ogni modo dev'essere chiara a tutti sin da questo momento – precisa sul punto Angelucci – Questa non è una sperimentazione accademica, ma è una iniziativa a tutti gli effetti promossa dall'industria farmaceutica». In Europa sin qui sono stati coinvolti Regno Unito, Francia, Germania e per l'Italia solo qualche struttura come Bologna. Il quadro regionale. «Tutti quei Paesi e tutti quei centri sono in grado di muoversi rapidamente nel rilasciare i via libera – commenta in ultima analisi il direttore dell'Unità operativa cagliaritano – Da noi l'intera questione sarà gestita dall'Azienda sanitaria numero 8. E ci auguriamo che anche nel nostro caso tutte le autorizzazioni possano arrivare al più presto». «Ma sul piano dei tempi legati all'applicazione delle disposizioni di legge italiane non vorrei illudere nessuno – conclude lo specialista – E per questo, nonostante i rapporti di collaborazione siano già stati avviati su questo specifico piano, penso che sia prudente dire che saremo pronti a fare la nostra parte non prima di un anno a cominciare da oggi».

Serial killer per eliminare le cellule tumorali

«Stati Uniti, cellule riprogrammate salvano bimba dalla leucemia». Quattro anni fa è stato questo il primo titolo di giornale che ha riaperto tante speranze sulle moderne frontiere della medicina. La piccola americana, la paziente numero 1 sottoposta al nuovo metodo quando era già in condizioni disperate, aveva sette anni. Oggi è viva. E sanissima. «Sembra che non sia mai stata malata», commentano adesso tra loro gli specialisti. «Dicevano che sarei

morta», racconta lei stessa a chi va a intervistarla. E per capire di quale prodigiosa guarigione si possa parlare converrà ripercorrere questa straordinaria storia proprio partendo dalle notizie diffuse nel 2010 dalle agenzie di stampa internazionali. Gli esordi. «Insegnando al sistema immunitario la capacità di riconoscere le cellule tumorali sarà possibile curare la leucemia, o perlomeno farla sparire per mesi»: così veniva spiegata all'inizio di tutto la tecnica del professor Carl June, che ora punta a estenderla ad altri tipi di cellule cancerogene. Il risultato ottenuto e lo studio sul caso erano stati presentati al meeting della American Society of Hematology di Atlanta. Alla protagonista della vicenda era stata diagnostica una leucemia linfoblastica acuta. Ossia una malattia che fa “impazzire” le cellule B del sistema immunitario trasformandole in tumorali. Assimilazione metodologica. Per contrastare l'avanzare della patologia i ricercatori avevano prelevato le cellule T della bambina statunitense, ritenute dagli scienziati una delle prime difese dell'organismo, e poi con un virus Hiv disattivato avevano insegnato loro a riconoscere le cellule B. Una volta iniettate, le cellule T hanno iniziato a distruggere quelle tumorali. Da allora la stessa tecnica, sempre su scala sperimentale, all'University of Pennsylvania è stata replicata dal team di 200 professionisti guidati da June su decine di altri pazienti volontari. In sostanza gli anticorpi ottenuti in laboratorio si comportano come altrettanti Cavalli di Troia. Penetrano in territorio nemico, come Ulisse e i suoi uomini, e sconfiggono il cancro eliminando una dopo l'altra le cellule tumorali: non è chiaro ai profani, in questa circostanza, quanto potendo contare sul fattore-sorpresa oppure sulla somma di processi irreversibili che alla fine mettono all'angolo in maniera definitiva le capacità offensive di leucemie e linfomi. Statistiche. I dati ufficiali sui risultati ottenuti sino a oggi dallo staff guidato del professore americano saranno pubblicati in novembre dopo anticipazioni fornite da “Science”. L'esito si annuncia al di sopra di ogni più rosea aspettativa. Del resto, se un gruppo fortissimo come Novartis ha deciso di puntare una montagna di dollari su questo metodo, un fatto è certo: la medicina, almeno dal punto di vista delle armi di contrasto nei confronti delle leucemie, cambierà. E profondamente.

Al Businco il polo di riferimento

Direttore della Struttura complessa di ematologia, centro trapianti e dipartimento di oncologia medica al Businco di Cagliari, ospedale di riferimento per tutta l'isola, Emanuele Angelucci è uno dei maggiori esperti di tumori del sangue in Europa. Nato nel 1958, ha conseguito la laurea all'università di Bologna. Si è poi specializzato in ematologia, oncologia clinica e medicina interna nell'ateneo di Ancona. Dal 2010 il polo diretto da Angelucci ha ricevuto l'accreditamento, primo in Sardegna, per il programma trapianti del midollo osseo. Un processo esteso al Centro trasfusionale del Brotzu, coinvolto quando raccoglie cellule staminali emopoietiche per il Businco. A suo tempo

hanno lavorato al progetto per il riconoscimento internazionale oltre 60 persone tra medici, infermieri, biologi, tecnici e operatori di supporto di tutta la Unità operativa di ematologia, in sinergia Programma trapianti. Quest'Unità, all'interno dell'Azienda sanitaria numero 8 dell'isola, già oggi costituisce di fatto un polo di eccellenza per le malattie cancerogene del sangue. Comprende al suo interno il reparto di chemioterapia, il centro trapianti "Wilma Deplano" di cellule staminali, il Day Hospital, l'ambulatorio e un laboratorio specialistico. È dotata di strutture per disabili. Una quarantina i posti letto: 12 per la degenza, 8 per i pazienti che si trovano in una fase acuta delle patologie, altrettanti per il centro trapianti, 13 nel Day Hospital.

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Al Civile inaugurato il parco giochi

Al Santissima Annunziata le famiglie con bimbi al seguito avranno a disposizione un'area giochi dedicata. Il nuovo parco giochi è stato inaugurato ieri mattina dal direttore generale della Asl Marcello Giannico, dal sindaco Nicola Sanna e dal direttore del presidio ospedaliero Bruno Contu. L'area ludica, realizzata nei giardini interni vicino all'ingresso principale di via De Nicola, sorge su un'area di circa 300 metri quadri interamente ricoperta da prato mentre 50 metri quadri sono rivestiti con speciale materassino antitrauma adeguatamente progettato per garantire la sicurezza dei bambini in caso di caduta. L'iniziativa è stata fortemente voluta da Giannico. «Principio ispiratore è stato quello di dedicare uno spazio ai bambini che hanno un parente ricoverato all'ospedale. Questo ci permette di raggiungere una duplice finalità, ovvero quella di creare per i bimbi un'occasione di piacevole intrattenimento ma anche di evitare che i più piccoli gravitino all'interno dei reparti, ambienti certamente per loro non idonei» ha spiegato il manager dell'Asl. «Il parco giochi è stato realizzato grazie a una parte dei proventi degli incassi dei parcheggi – ha poi aggiunto – Fondi che, insieme a quelli derivanti dalla concessione del bar interno all'ospedale, ci permetteranno a breve di realizzare ulteriori progetti». Nell'area verde sono stati installati una torretta completa di scala, scivolo e sedute per i bambini, un'altalena a 2 posti, quattro giochi a molle, una giostrina, un percorso di equilibrio. Tutti i giochi sono certificati secondo le normative vigenti. L'iniziativa della Asl è stata accolta con entusiasmo anche dal sindaco: «Un altro spazio verde a disposizione della città – ha detto Sanna – e soprattutto dei bambini che vivono in questo quartiere effettivamente carente di giardini». Il parco, infatti, resterà aperto al pubblico tutti i giorni dalle 8 alle 20 e sarà accessibile a tutti. L'uso dei giochi, invece, sarà consentito ai ragazzi di età inferiore ai 12 anni».

ASL1 SASSARI È stata attivata l'App per monitorare il Pronto soccorso

La Asl informa che è possibile scaricare la App MonitorPS. L'applicazione permette di trovare i Pronto Soccorso più vicini alla propria posizione, di localizzarli sulla mappa, di monitorarne lo stato di affollamento e i tempi di attesa previsti. Per scaricare l'applicazione basterà essere in possesso di uno smartphone con sistema operativo Android, accedere al Play Store di Google e cercare MonitorPS. A breve sarà disponibile anche l'applicazione per i cellulari dotati del sistema operativo IOS.

SASSARI “Guariti dal cancro”, domani un convegno al teatro Verdi

L'associazione di Oncoematologia “Mariangela Pinna” onlus e l'Oncologia medica della Asl di Sassari, organizzano per domani alle 17 al Teatro Verdi il convegno divulgativo per la popolazione “Guariti dal Cancro”. Ammalarsi e ritrovarsi in un vortice di cure, controlli e quella domanda che si agita nella mente “Guarirò?... Cosa accadrà?”. Il convegno è aperto a tutti e si parlerà di questo nuovissimo tema: quello che accade quando il successo delle cure porta a una guarigione clinica da una delle malattie più temute. Interverranno i medici Antonio Contu presidente dell'associazione, Sara Marredda, psicologa psicoterapeuta, Margherita Piras oncologa e l'infermiera Angela Atzori. Tra gli illustri ospiti Sandro Barni, responsabile del dipartimento di Oncologia di Treviglio, Fabrizio Demaria, direttore della Psicologia ospedaliera e don Gaetano Galia, direttore della Caritas diocesana. Previsti intervalli musicali del “Coro del Laboratorio Musicale” dell'Oncologia di Sassari, accompagnato dai Fortyfive. Ingresso libero.

GALLURA San Raffaele, terreni anche a Golfo Aranci L'offerta del sindaco Fasolino alla Qatar foundation: «La Gallura non può perdere questo treno»

La Gallura non può lasciarsi sfuggire un'occasione come il progetto San Raffaele. Così se la Qatar foundation cerca nuove aree dove costruire l'ospedale di Olbia, anche da Golfo Aranci arriva l'offerta dei terreni necessari. «Non è possibile che l'inerzia da parte di certi attori rischi di far sfumare un progetto tanto importante per il territorio e per la sanità sarda – dice il sindaco Giuseppe Fasolino, consigliere regionale di Forza Italia – si tratta di uno di quei treni che passano una sola volta. Una struttura di tale spessore è in grado di portare all'isola un grande contributo dal punto di vista sanitario e grande prestigio scientifico contribuendo a colmare il vergognoso gap della sanità sarda». La posizione di Fasolino è chiara: tendere la mano alla Qatar foundation che sta vagliando altre opportunità per far sorgere il nuovo ospedale, visti i problemi per la struttura già edificata per l'ex San Raffaele. «La Gallura non deve perdere questa opportunità e sono disposto – incalza Fasolino – a mettere a disposizione terreni al confine con Olbia, appartenenti al comune di Golfo Aranci e non solo. Naturalmente non è uno scippo nei confronti di Olbia, semplicemente, se sarà necessario, ci siamo anche noi. Sembra assurdo, infatti, che

in un momento così particolare della nostra economia ci si permetta il lusso di rischiare di veder vanificata una tale opportunità. Le lungaggini rischiano di far disamorare gli investitori del progetto, mentre altrove non esiterebbero a riservare ponti d'oro a tale iniziativa». «All'inizio di questo percorso, quattro mesi fa – conclude il sindaco di Golfo Aranci e consigliere regionale – quando eravamo impegnati a manifestare la nostra volontà e l'entusiasmo per il progetto davanti al cantiere, avevo rimarcato l'importanza di monitorare l'operazione finché non fosse definitivamente conclusa. La data del primo marzo 2015, scadenza fissata per l'apertura della struttura, è sempre più vicina mentre non ci sono ancora risposte certe su dove l'ospedale debba nascere. Il paradosso è che con un edificio già pronto gli investitori si vedano costretti a valutare altre alternative».

L'UNIONE SARDA

OLBIA Ospedale: «Ci pensi Renzi»

«Sulla vicenda San Raffaele intervenga subito il presidente del Consiglio dei ministri Renzi, la riqualificazione dello stabile già realizzato non è un dettaglio dell'accordo siglato a maggio per l'apertura del nuovo ospedale a Olbia»: le parole sono del presidente della commissione Sanità della Camera, il deputato dei Riformatori, Pierpaolo Vargiu. Il parlamentare sardo chiede l'intervento di Renzi, definendo tragicomica e surreale l'ipotesi di un sito alternativo del San Raffaele. Vargiu ricorda che il recupero dello "scheletro bianco", l'edificio ultimato e mai utilizzato, definito "una ferita aperta nel territorio gallurese", è un punto centrale dell'operazione. Nel frattempo, il consigliere regionale forzista e sindaco di Golfo Aranci, Giuseppe Fasolino, si dice pronto a mettere a disposizione un sito nel suo comune, pur di non vanificare il progetto.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

CdM. Governo approva legge di Stabilità. Renzi: “Manovra da 36 mld. Da spending review 15 mld, niente tagli alla sanità”

“È una novità nella finanza pubblica italiana. Sono 18 mld di tasse in meno rispetto al 2014”. Lo ha ribadito il premier Renzi nel corso della conferenza stampa al termine del Consiglio dei ministri che ha varato la legge di stabilità 2015. No a tagli alla sanità, mentre sono confermati i tagli ad enti locali e Regioni. Padoan: “Le Regioni aumenteranno le tasse? Non lo so”. LE SLIDE DELLA MANOVRA

La legge di stabilità per il 2015 approvata in serata dal Governo sarà una manovra da 36 miliardi e sarà, ha spiegato il presidente del Consiglio **Matteo Renzi** nel corso della conferenza stampa alla fine del Consiglio dei ministri, “senza nuove tasse”. Aggiungendo quindi con orgoglio che questa finanziaria “ha 18 miliardi di tasse in meno rispetto a quella del 2014”, varata dal precedente governo Letta.

Entrate

Con l'aiuto di alcune slide il Presidente del Consiglio ha illustrato i numeri della legge di stabilità dividendo in previsioni di coperture (entrate) e impegni (uscite). Tra le prime la parte del leone con 15 miliardi di tagli la gioca la **spending review**, poi sono previsti dal **deficit aggiuntivo** 11 miliardi che, ha spiegato Renzi, “si potranno andare a raccogliere sui mercati, generando deficit aggiuntivo ma non intaccando il parametro del 3% voluto dall'Europa”.

Dalla **lotta all'evasione** sono previste entrate per 3,8 miliardi. Ma Renzi si augura che “ci sia qualcosa in più”. Dalle **rendite finanziarie** si attendono 3,6 miliardi, poi **Slot machine** e **riprogrammazione** 1 miliardo ciascuno. Infine la **banda larga** con 600 milioni.

Uscite

Sul fronte degli impegni quindi delle spese ci saranno 18 miliardi in meno “rispetto alla legge di Stabilità del 2014”. E qui abbiamo il **bonus Irpef da 80 euro**, per un totale di 9,5 miliardi, che diventa strutturale, il **taglio dell'Irap** componente lavoro per 5 miliardi, gli **sgravi per le assunzioni a tempo indeterminato** per un valore di 1,9 miliardi.

A queste voci aggiunte gli **sgravi per le partite Iva** per 800 milioni, gli **aiuti alle famiglie** 500 milioni, alla **ricerca e sviluppo** 300 milioni tramite credito di imposta, eliminazioni **clausole di salvaguardia** 3 miliardi, **ammortizzatori sociali** un miliardo e mezzo.

Per i **Comuni** spazi finanziari al patto di Stabilità per 1 miliardo. “I comuni – ha detto Renzi – avranno il 70% di spazio in più. Mi piacerebbe essere un sindaco con questa legge”.

Alla giustizia 250 milioni, a Metro Roma e Milano Expo stanziamenti per 150 milioni. Al Tfr come garanzia lo Stato contabilizza 100 milioni per fornire la garanzia alle banche necessaria per l'anticipo del Tfr in busta paga.

Infine il Cofinanziamento fondi Ue vale 1,2 miliardi, la riserva per Ue 3,4 miliardi e le Spese e gli impegni dei governi precedenti 6,9 miliardi.

Chirurgia. Corcione nuovo presidente Sic. Nel suo programma “Alleanze con le altre specialità e comunicazione con il paziente”

La società italiana di chirurgia ha una nuova guida: Francesco Corcione. “Per me – ha detto – è motivo di orgoglio e onore assumere questa presidenza che ha visto protagonisti i più grandi nomi della chirurgia italiana. Sono altresì felice di essere il

primo chirurgo ospedaliero del Sud”.

“La chirurgia non è una torre d’avorio ma una disciplina a stretto contatto con pazienti e territorio che ha però peculiarità e criticità uniche. Parte del mio mandato sarà quindi dedicato a riproporre la chirurgia come un atto medico con tutti i suoi limiti, che può essere migliorato ma che non ha caratteristiche di infallibilità. Ritengo che riorganizzare le dinamiche di dialogo con i pazienti e i familiari potrà aiutare a diminuire le denunce che interessano l’80% dei chirurghi. Dobbiamo riscrivere le regole di questo rapporto e sono intenzionato a farlo con l’aiuto di tutti, al momento abbiamo forse delegato troppo ad un modulo di consenso informato”. Queste le prime parole di **Francesco Corcione**, neo eletto presidente della Società Italiana di Chirurgia (Sic) durante il congresso dei chirurghi italiani che si è concluso ieri a Roma.

Corcione – Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale e del Centro di Chirurgia Laparoscopica e Robotica avanzata dell’Ospedale Monaldi di Napoli – ha espresso anche il suo “orgoglio e onore” nell’assumere “questa presidenza che prima di me ha visto protagonisti i più grandi nomi della chirurgia italiana. Sono altresì felice di essere il primo chirurgo ospedaliero del Sud”.

“Il mio programma ha riferito il presidente della Sic – per i prossimi due anni è molto nutrito, intenso, mi attende un grande lavoro, specialmente per riportare alla ribalta l’autorevolezza della professione chirurgica, trascurata negli ultimi anni e rimettendo al centro questa figura professionale non solo dei problemi ma anche dei processi decisionali della sanità. Desidero creare un nuovo dialogo con istituzioni e media, di collaborazione reciproca e ho ben chiara la necessità di instaurare su nuove basi una alleanza con tutte le altre professioni sia mediche che sanitarie”.

Pasquale Berloco, Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale e Trapianti D’Organo del Policlinico Umberto I di Roma ha detto che “le tecnologie hanno modificato il ruolo del chirurgo e le novità sono continue, paradossalmente però la sfida formativa è stata quella che all’inizio degli anni ’90 ha cambiato il paradigma di approccio al paziente avvenuto la chirurgia laparoscopica. L’avvento della robotica in sala operatoria è un ulteriore perfezionamento perché permette movimenti rotatori sino a 360° e prensili prima impensabili”

E ha quindi aggiunto: “si tratta di una chirurgia avanzata, costosa ma che è già diventata il ‘gold standard’ per alcuni interventi, dalla prostata alla chirurgia del retto, da quella pelvica a quella cardiaca e vascolare. E’ opportuno valutarne l’uso corretto e usarla per gli interventi per i quali presenta un indubbio beneficio, altrimenti sarebbe come usare una Ferrari per andare a fare la spesa al supermercato sotto casa. Quindi ‘necessità o lusso’? Necessità ad esempio nel prelievo di rene da vivente per un trapianto, per le patologie benigne dello stomaco o i calcoli della colecisti, mentre se la colecisti la dobbiamo asportare non abbiamo bisogno di una simile precisione e di uno strumento così raffinato”.

Durante il congresso sono state affrontate varie dinamiche come: la formazione, come sottolinea **Giorgio De Toma**, presidente uscente della Sic: “Dobbiamo affrontare al più presto una revisione delle scuole di specializzazione italiane in modo che al termine del percorso di studi i nostri giovani possano ambire ad una

certificazione internazionale. Le facoltà di medicina poi devono essere organizzate secondo criteri di meritocrazia e preparazione scientificamente adeguata e a seguire dare indicazioni alle scuole di specializzazione dei posti disponibili a breve e medio termine. Abbiamo bisogno che gli specializzando siano formati anche all'utilizzo delle nuove e nuovissime tecnologie in modo da essere equiparati ai loro colleghi europei. Il Ministero della Sanità quindi dovrà investire per permettere una distribuzione paritaria delle tecnologie nelle varie Regioni affinché tutti abbiano le stesse possibilità di apprendimento”.

Nel corso dei lavori si è anche parlato di uno dei punti dolenti della medicina: il rischio professionale e il contenzioso medico-legale: “Ha raggiunto livelli insopportabili” sostiene **Pierluigi Marini**, Direttore della Uoc di Chirurgia Generale 1 all'Ospedale San Camillo di Roma: “questo fenomeno ha provocato negli anni il ricorso alla ‘medicina difensiva’ che costa allo Stato tra i 10 e i 13 miliardi di Euro, pari ad un punto del PIL. Ma soprattutto sta provocando un allontanamento progressivo dei giovani dalla professione, costretti a pagare polizze assicurative insostenibili porta i nostri giovani chirurghi a lavorare con pressioni elevatissime e a pensare di lasciare l'Italia”.

Farmaci. Da Gimbe una blacklist di quelli da evitare per proteggere la salute dei pazienti

La Fondazione Gimbe ha tradotto e adattato la lista di 54 farmaci da evitare pubblicata da Prescrire International al fine di offrire a medici, pazienti e decisori uno strumento basato sulle evidenze e finalizzato sia a preservare la sicurezza dei pazienti che ad evitare gli sprechi.

"Se è vero che una quota consistente degli sprechi in Sanità consegue alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low-value è indispensabile ripartire dalle migliori evidenze scientifiche per identificare tali interventi al fine di ridurre le asimmetrie informative tra il mondo della ricerca e quello dell'assistenza sanitaria". Lo ha detto **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe che, nell'ambito del progetto “*Salviamo il Nostro Ssn*”, ha inaugurato sulla rivista *Evidence* la rubrica “*Less is More*”, traducendo e adattando al contesto nazionale la lista pubblicata da Prescrire International, rivista d'informazione indipendente sui farmaci che lavora in assoluta indipendenza per fornire a professionisti sanitari e pazienti informazioni chiare, affidabili, aggiornate e scevre da conflitti di interesse e pressioni commerciali.

"I destinatari della lista sono innanzitutto i medici che dovrebbero valutare con estrema cautela la prescrizione di questi farmaci - ha precisato il Presidente - ma anche le autorità regolatorie, perché allo stato attuale delle conoscenze il profilo rischio-beneficio dei farmaci inclusi è sfavorevole in tutte le indicazioni approvate. Di conseguenza, per un'adeguata tutela dei pazienti, è necessario valutare l'opportunità di mantenerli sul mercato o di limitarne le indicazioni autorizzate". I 54 farmaci della blacklist appartengono a quattro categorie: farmaci con effetti

collaterali eccessivi rispetto ai benefici; vecchi farmaci con profilo rischio-beneficio meno favorevole rispetto a nuove molecole; nuovi farmaci con profilo rischio-beneficio meno favorevole rispetto alle alternative; farmaci per i quali non esistono adeguate prove di efficacia, ma è ben documentato il rischio di gravi effetti avversi.

"Anche quando non esistono alternative soddisfacenti a questi farmaci - ha concluso il Presidente Gimbe - non è mai giustificato in assenza di prove di efficacia esporre i pazienti a rischi severi, anche nelle gravi patologie. In assenza di trattamenti efficaci nel migliorare la prognosi della malattia, l'opzione migliore è sempre rappresentata da una terapia di supporto personalizzata, perché la sicurezza del paziente viene prima di tutto".

Sicurezza alimentare. Un progetto europeo analizza i contaminanti nel pasto

Quando mangiamo, a quali contaminanti alimentari siamo soggetti? Oggi il progetto europeo TDS-Exposure risponde a questa domanda, monitorando le sostanze chimiche presenti in un pasto e creando un database di ogni paese, per valutare l'eventuale rischio e le soluzioni possibili. Si tratta di un progetto cui l'Italia prende parte rappresentata dall'Iss

A quali e quanti contaminanti chimici contenuti negli alimenti siamo esposti ogni giorno? Si tratta di una domanda alla quale numerose ricerche scientifiche rispondono da anni basandosi sull'analisi dei singoli alimenti. Sino ad ora, queste indagini talvolta hanno trovato tracce di metalli pesanti, residui di pesticidi, diossine e altre sostanze nocive.

Ed oggi, il progetto europeo TDS-Exposure, che vede la partecipazione dell'Istituto di sanità (ISS), intende perfezionare e standardizzare il monitoraggio dell'esposizione a contaminanti chimici e della nostra assunzione di nutrienti, ma anche di altri componenti alimentari.

Lo studio coinvolge 19 paesi europei – tra cui l'Italia, rappresentata dall'ISS, conoscere in quale quantità la popolazione assume sostanza nocive ed individuare le opportune strategie per ridurre l'eventuale rischio, studiare le eventuali carenze vitaminiche e i possibili fattori causali di patologie legate all'alimentazione; da non dimenticare, poi, la valutazione dell'impatto della dieta sulla nostra salute, cioè in che modo gli alimenti, che ogni giorno si trovano nella nostra cucina e vengono consumati, possono influire sulla nostra salute generale. Obiettivo ultimo, inoltre, è quello di riunire tutti i dati in un unico database, uno strumento che possa essere utilizzato dai gestori del rischio e da organizzazioni quali EFSA, OMS e FAO.

La modalità di indagine è differente rispetto all'analisi del singolo alimento e si basa sugli Studi di Dieta Totale (Total Diet Studies, TDS): in pratica, si esamina la dieta del Paese preso in considerazione nel suo complesso e non il singolo alimento. I ricercatori vanno cioè ad esaminare non il singolo cibo.

Nel 2011, l'OMS, la FAO e l'EFSA hanno definito il TDS come l'approccio giusto per studiare l'esposizione ai contaminanti chimici, raccomandandone al contempo l'armonizzazione a livello europeo.

Mentre tale approccio è già consolidato in alcuni paesi come la Francia e la Germania, in altre nazioni, come ad esempio l'Italia, i TDS non sono mai stati condotti su scala nazionale.

Basandosi sui dati di consumo nazionali, i campioni di cibo raccolti vengono trasformati e preparati secondo le procedure domestiche in uso, cucinando ad esempio carne e pasta; l'obiettivo è 'riprodurre' in laboratorio quello che è un pasto quotidiano usuale per analizzarlo dal punto di vista chimico. Il tutto viene poi rapportato in base al consumo medio, ovvero vengono moltiplicati i livelli delle sostanze riscontrate fino a raggiungere quelli che sono i livelli di un'assunzione media di questi componenti, misurando l'esposizione e il rischio associato. Dunque, il monitoraggio riguarda l'alimentazione nel suo complesso, più che i cibi crudi o il singolo alimento. L'analisi si concentrerà sull'esposizione a contaminanti alimentari quali metalli pesanti, micotossine e inquinanti organici persistenti (POP, per esempio bifenili policlorurati), che possono rappresentare un rischio per la salute e l'ambiente, e la stima dell'esposizione cronica a residui di pesticidi negli alimenti e dell'assunzione di additivi alimentari.

L'Istituto Superiore di Sanità, riconosciuto come centro TDS nazionale, è impegnato in questo genere di indagini, con una ricerca coordinata da **Francesco Cubadda**, in cui a fornire i dati di consumo è il CRA-NUT.

"Abbiamo raccolto migliaia di campioni alimentari nel periodo 2012-2014, in quattro città rappresentative del Nord-Est, del Nord-Ovest, del Centro, del Sud e delle Isole", spiega **Cubadda**. "Li abbiamo trasformati in laboratorio ottenendo blocchi di matrici alimentari, ovvero categorie, che poi siamo andati ad analizzare chimicamente. Nel 2015 ci aspettiamo i primi risultati". La stima dell'esposizione verrà condotta tra le varie fasce di popolazione, dividendo i cittadini per sesso e per età (bambini, adolescenti, adulti, anziani), con una valutazione dei casi di forti consumatori di una singola tipologia alimentare.

SOLE 24ORE SANITA'

Ebola. I potenti del mondo in video conferenza. Anche Renzi convoca i suoi: «Subito opuscoli su navi e aerei»

E mentre dagli Stati Uniti arriva la notizia di un nuovo contagio di Ebola, una donna texana - la seconda infermiera venuta in contatto con il paziente zero - a Palazzo Chigi prima del consiglio dei ministri, è stato convocato d'urgenza un minisummit per decidere quali misure preventive mettere in campo per far fronte all'allarme internazionale. All'incontro c'era il premier Matteo Renzi, insieme al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, il titolare dell'Interno Angelino Alfano, Roberta Pinotti della Difesa e Federica Mogherini ministro degli Esteri e quello dei Trasporti

Maurizio Lupi. Il vertice ministeriale segue la conference-call tra il premier Renzi, il presidente Usa Barack Obama, la cancelliera tedesca Angela Merkel, il premier britannico David Cameron, il presidente francese Francois Hollande.

Task force interministeriale e opuscoli

Potenziare il personale negli aeroporti e rafforzare i canali di informazione per i cittadini sui rischi del contagio da Ebola. Il tutto sotto controllo della cabina di regia che coinvolge più ministeri. Questi i primi obiettivi che si è dato il governo con la riunione di oggi a Palazzo Chigi.

La strategia interesserà innanzitutto porti e aeroporti. Il planning comprende il coinvolgimento del personale di bordo, ma anche l'organizzazione di materiale informativo. I passeggeri e i lavoratori degli scali troveranno a bordo di navi e aerei leaflet e opuscoli in cui è spiegato come evitare i comportamenti a rischio, in linea con quanto predisposto dall'Oms. Intanto domattina a Bruxelles, riunione straordinaria convocata dalla presidenza italiana per cercare di affrontare e coordinare i primi interventi a livello europeo, in attesa della due giorni già programmata per il 23 e 24 ottobre. In merito alla riunione di coordinamento di domani il ministro della salute Beatrice Lorenzin, parla della necessità di «individuare i possibili controlli da mettere in atto e come si possono coordinare. Non essendo infatti una competenza comunitaria - precisa - sono gli Stati membri che devono coordinare gli interventi altrimenti rischiano di non essere utili». La Gran Bretagna il 9 ottobre scorso ha introdotto lo screening per il controllo di tutti i passeggeri che possono essere passati dall'Africa. E sarebbe loro intenzione introdurlo anche al terminal dell'Eurostar. anche la Francia nel pomeriggio ha fatto sapere che controlli a tappeto saranno effettuati negli aeroporti internazionali del Paese.

«Siamo in uno stato di allerta e stiamo studiando tutte le soluzioni possibili». Lo ha detto il ministro dell'Interno, Angelino Alfano. Su un possibile rischio Ebola legato all'immigrazione il ministro ha poi aggiunto: «In tutto il mondo c'è questo allarme, e quindi, non lo attribuirei a un fatto specifico».

Usa, linea dura anti-contagio

Negli States hanno deciso che in ogni ospedale in cui si dovessero presentare nuovi casi sarà inviata tempestivamente una task force di emergenza. La notizia arriva dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta (Cdc). «Le nuove equipe - ha specificato il direttore Tom Frieden - includeranno epidemiologi, esperti di malattie infettive, personale per il contenimento di materiali contaminati, specialisti di laboratorio per i trattamenti sperimentali e così via e valuterà caso per caso se è necessario un trasferimento in uno dei quattro ospedali Usa attrezzati con divisioni di bio-contenimento». Un'operazione necessaria dopo la pioggia di critiche e le proteste seguite al contagio delle due infermiere dell'Health Presbyterian hospital di Dallas che sono state infettate dal paziente zero - il cittadino liberiano Thomas Duncan.

Per questo, da ora in poi, ha spiegato il direttore del Cdc «le persone sotto controllo per sospetto Ebola o per avere avuto contatti con pazienti in cura per il virus non potranno più prendere aerei per tutto il periodo di osservazione». La seconda infermiera infettata aveva preso un

volo pochi giorni prima della diagnosi e comunque mentre si trovava sotto osservazione per essere entrata in contatto con il primo paziente.

Dalla diagnosi di Nina Pham - l'infermiera di 26 anni in isolamento con il suo cane - l'11 ottobre, i Cdc hanno già aumentato l'equipe dei propri specialisti a Dallas che attualmente arrivano a 20 ed includono esperti di ebola internazionali. Fanno parte del team anche due infermiere specializzate dell'Emory University Hospital di Atlanta, dove due missionari infettatisi in Liberia sono stati curati con successo.

Vertice d'urgenza alla CasaBianca

Il presidente americano Barack Obama, intanto, ha annullato alcuni appuntamenti in agenda per incontrare i responsabili delle agenzie federali statunitensi coinvolte nella lotta all'epidemia.

Gli infermieri Ipsavi: noi pronti a fronteggiare l'emergenza»

«Sono già stati organizzati corsi di aggiornamento per gli infermieri - ha riferito la senatrice - e siamo in costante contatto con il ministro della Salute perché vogliamo dare il massimo supporto alle infermiere sulla questione Ebola. Sono infatti loro le figure più esposte perché in continuo contatto con i pazienti contagiati». Sulla capacità del nostro Sistema sanitario nazionale di far fronte all'eventuale emergenza la senatrice Silvestro non ha dubbi: «il nostro sistema sanitario è un'eccellenza ed è un punto di riferimento per tutto Europa, specialmente nel campo delle

malattie infettive. Non posso esprimere giudizi sulla sanità degli altri paesi ma posso dire che il nostro livello d'attenzione è al massimo. Se l'Ebola arriverà in Italia non troverà impreparati i nostri operatori sanitari».

Ebola a quota 9mila i casi

Ammonta a 9mila il numero delle persone colpite di Ebola nei sette Paesi colpiti. Sono i numeri diffusi dal bollettino dell'Organizzazione mondiale della sanità, che registra esattamente 8.997 contagi e 4.493 morti.

Guinea, Liberia e Sierra Leone sono i Paesi alla prese con un'epidemia che non riescono a contenere. E la situazione continua a peggiorare, sottolinea l'Oms. Nella sola Sierra Leone si sono verificati 1.330 contagi negli ultimi 21 giorni, 1.089 in Liberia. Va meglio in Nigeria (20 casi e 8 morti) e Senegal (1 caso), dove sono ormai trascorsi 42 giorni senza nuovi casi, mentre Spagna e Stati Uniti contano rispettivamente uno e due casi. I più colpiti sono gli operatori sanitari: 427 gli infettati e 236 vittime.

Ecco il Piano nazionale demenze

Quattro obiettivi e una serie di "azioni" per realizzare finalmente una presa in carico adeguata e appropriata del paziente con demenza. A partire dalla valorizzazione di ciò che, pure se a macchia di leopardo, con le "Uva" istituite dal progetto Cronos nel 2000 è stato realizzato fino a oggi in Italia. Dove gli anziani sono il 17% della popolazione e dove il totale dei malati di demenza è stimato in oltre un milione, di cui circa 600mila con Alzheimer. Mentre secondo le proiezioni i casi in totale potrebbe

triplicarsi nei prossimi 30 anni nei Paesi occidentali. Con costi che fanno tremare i polsi: «Stime di calcolo ipotizzano cifre complessive pari a circa 10-12 miliardi di euro annui e di questi 6 miliardi per la sola malattia di Alzheimer».

E' quanto si legge nel Piano nazionale demenze pronto per l'esame della Conferenza Unificata. Un testo che va a colmare un vuoto: fino a oggi l'Italia è stata orfana, malgrado l'allarme epidemiologico, di una strategia unica. Nel dicembre 2013 i leader del G8 hanno adottato a Londra una road map in 9 punti, sottoscritta da Giappone, Canada, Francia, Germania e Stati Uniti. Ma solo 13 Paesi a oggi hanno predisposto un piano d'azione. A ricordarlo sono Aima-Associazione italiana malattia di Alzheimer e Cittadinanzattiva, che proprio oggi alla Camera dei deputati faranno il punto sulla situazione in Italia.

La loro richiesta intanto è chiara: politiche socio-sanitarie e risorse adeguate. Di politiche e strategie il Piano nazionale demenze, che qui anticipiamo, parla. Ma di risorse neanche l'ombra.

I contenuti del Piano nazionale demenze. Il documento fissa 4 obiettivi corredati da una serie di "azioni":

- Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria;
- Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata;
- Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure;
- Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

A leggere le "azioni", appare chiaro che pure se non siamo al "classico anno zero", l'architettura è ancora in gran parte da implementare. Dalle strategie di prevenzione alla promozione della ricerca in ambito di sanità pubblica; dalla realizzazione di un flusso informativo sulle demenze all'individuazione dei servizi appropriati; dalla messa in rete delle professionalità necessarie (Mmg, geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore sociosanitario, ecc...) alla condivisione e potenziamento dei Pdta. E ancora: dallo sviluppo di linee guida sull'appropriatezza all'adozione di misure omogenee in ogni regione; dalla formazione al supporto ai caregiver. Il pianeta demenze appare è ancora tutto da conquistare, verrebbe da dire. E soprattutto appare difficile che vi si possa approdare senza fondi adeguati. Il rischio è insomma portare a casa l'ennesimo libro dei sogni. Resta quindi tutto da decifrare quali «risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente» Regioni ed enti locali potranno mettere in campo.

Cure palliative. Metà dei malati oncologici «tace» il dolore

Quasi metà dei malati oncologici tace il dolore. E' quanto emerge da una ricerca condotta dall'istituto di ricerche Doxapharma in collaborazione con la Società Italiana di Cure Palliative (Sicp) e con il supporto incondizionato di Teva, leader mondiale

nel campo dei farmaci equivalenti.

Il dolore è ancor più dolore se tace, scriveva oltre un secolo fa Giovanni Pascoli. Eppure, nonostante dal 2010 una legge italiana autorizzi l'uso di farmaci per il trattamento del dolore e obblighi gli operatori sanitari ad alleviarlo in tutte le sue forme, una parte consistente di malati rifiuta le cure. La ricerca è stata presentata nell'ambito del XXI congresso nazionale della Sicp svoltosi da giovedì 9 a domenica 12 ottobre ad Arezzo, cui hanno partecipato oltre 1.000 specialisti di tutta Italia.

Il campione Doxapharma riguarda la quasi totalità degli hospice sul nostro territorio: tramite un questionario via web, sono stati interpellati circa 300 tra medici palliativisti e infermieri da Nord a Sud. Tema dell'indagine era il breakthrough cancer pain (Btcp), in italiano dolore episodico intenso o Dei: un fenomeno, spesso improvviso e imprevedibile, che colpisce soprattutto malati oncologici in fase terminale già trattati con oppioidi.

Una patologia considerata molto rilevante dalla maggioranza degli intervistati (58% di palliativisti e 78% di infermieri) ma, stando al campione della ricerca, ancora sottostimata (70% dei palliativisti e 79% degli infermieri). Il problema - hanno rilevato con la medesima identità di vedute palliativisti e infermieri -, è che il Btcp non è facile da diagnosticare; inoltre manca una definizione universalmente condivisa.

Per i non addetti ai lavori come i care giver, ovvero i familiari dei malati, il breakthrough cancer pain è invece un fenomeno quasi sconosciuto. Eppure sui malati ha effetti devastanti. E' qualcosa di "atroce" e "lacerante", secondo le testimonianze raccolte dai ricercatori; "una coltellata improvvisa" che "impedisce di ragionare e rimanere lucidi".

Una tipologia di dolore che compromette pesantemente la qualità della vita dei pazienti in tutti i suoi aspetti: dall'alimentazione al sonno, dalla mobilità alle relazioni sociali. Dai dodici colloqui individuali condotti dai ricercatori Doxapharma con specialisti, infermieri e care giver (che si sommano alle 300 risposte via web), emerge che i malati colpiti da Btcp tendono a evitare di alzarsi dal letto per timore che il dolore ritorni; a riposare male; a rifiutare il cibo e infine ad auto-isolarsi. Non solo: il Btcp innesca sentimenti di sconforto, genera ansia e suscita paura. La cosiddetta memoria del dolore, secondo la definizione dei palliativisti: una volta provata una sofferenza così lancinante, il malato vive nel timore che gli succeda di nuovo. Così, anche quando avverte un dolore sopportabile, torna con la memoria all'episodio precedente e gli sembra di non poter resistere.

Per controllare il Btcp vengono oggi utilizzati oppioidi a rilascio rapido, molti dei quali per via orale o in formulazioni sublinguali, stick e spray, che si sono rivelati efficaci nel ridurre l'effetto negativo, con conseguenze benefiche sulla qualità di vita dei malati.

Eppure, dalla ricerca Doxapharma emerge che una grande parte dei pazienti colpiti da Btcp (il 46% secondo i palliativisti e il 33% secondo gli infermieri) chiede di non essere trattato. Un dato sorprendente.

Piero Morino, direttore del coordinamento cure palliative dell'Azienda Sanitaria di Firenze e membro del direttivo Sicp, parla di "sindrome dell'eroe". «Il paziente pensa che l'efficacia delle cure dipenda da quanto lui è bravo o sopporta il dolore. Perciò minimizza o tace. Oppure dice resisto. Una follia, perché la resistenza nel paziente oncologico non è un concetto terapeutico».

Inoltre in Italia permane una forte resistenza nei confronti degli oppioidi. Tant'è: nonostante l'Italia sia inserita dall'Oms tra i Paesi che hanno un sistema avanzato di cure palliative, nell'impiego di oppioidi risulta ancora ultima in Europa. «La morfina viene associata a un farmaco-pre morte», aggiunge Morino. «Invece, se usata in modo appropriato, così come tanti altri oppioidi utilizzati da noi palliativisti, è un analgesico efficace e con pochi effetti collaterali».

Non ultimo vi è un problema di comunicazione. E' proprio il malato, secondo l'indagine realizzata da Doxapharma e Sicp, a segnalare per primo il Btcp. Però non trova le parole per descriverlo correttamente e non possiede gli strumenti per riconoscerlo. Bisognerebbe, convengono medici e infermieri palliativisti, informare preventivamente il paziente sull'esistenza di questa forma di dolore e assicurarlo sul fatto che si può controllare con farmaci "di scorta".

«Compito del palliativista è proprio prendere in carico il malato nella sua totalità: dal punto di vista clinico, psicologico, umano», conclude il direttore della Fondazione Roma Sanità Italo Penco, anch'egli nel direttivo nazionale Sicp. «Solo cercando di capire perché un malato ha dolore e quali sono le sue paure più profonde, lo si può aiutare a combatterle e migliorare la sua qualità di vita».

DOCTOR 33.IT

Falsi professionisti, per la Cassazione anche un giorno da abusivo può costare il massimo della pena

Giurisprudenza più dura con abusivi e prestanome. Mentre entra in Commissione Giustizia alla Camera il disegno di legge 471 a prima firma **Giuseppe Marinello** che inasprisce le pene -fino a 4 anni di reclusione per lesioni gravissime e fino a 50 mila euro di multa con sequestro dell'attrezzatura -il Giornale della Previdenza Enpam numero 6 riporta una sentenza di Cassazione dello scorso 9 aprile, la 15894, che spiega come in questa materia non conti per quanto si sia esercitato da "infiltrati", ma semplicemente se lo si è fatto. Nel verdetto, ripreso dall'avvocato **Angelo Benevento** dell'Ufficio legale della Fondazione, per compiere il reato di esercizio abusivo di una professione (articolo 348 del codice penale) l'illecito non si consuma quando lo pseudo-esercente viene scoperto la prima volta, ma da quando viene fermato definitivamente. «Nell'interesse generale – recita la sentenza - a chi è in possesso di una speciale abilitazione si configura un unico reato e non una pluralità di reati, e il momento consumativo dell'illecito coincide con l'ultimo atto e dunque con la

cessazione della condotta». Implicito in questo è che per compiere un reato ex articolo 348 del codice penale basta avere esercitato una sola volta abusivamente. A corollario di tutto ciò, anche i termini di prescrizione per punire il reato scattano dalla cessazione dell'abuso. Rientra nell'esercizio abusivo la condotta di chi -pur laureato in Medicina od Odontoiatria - non si è iscritto all'Ordine o non ha affrontato l'esame di stato. Peraltro il fenomeno abusivismo non è tipico della sola libera professione; all'indomani dell'approvazione del ddl 471 il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** ha ricordato come accada pure nel servizio sanitario di trovare non laureati sfuggiti alle maglie dei controlli istituzionali, perché alcune scuole di specialità non chiedono ai neolaureati di certificare l'iscrizione all'albo medici. Anche in materia di prestanomismo i giudici della Cassazione quest'anno (con sentenza 2430 dello scorso febbraio) hanno ribadito un indirizzo severo secondo cui la sanzione disciplinare si prescrive a 5 anni non dalla scoperta del reato ma dal momento in cui la sentenza d'appello è passata in giudicato; tale giudizio ha consentito di punire un medico che era stato "graziato" in secondo grado dalla Commissione esercenti arti e professioni sanitarie.

Anestesisti Siaarti a congresso, tra novità scientifiche e temi della professione

«Siamo considerati tra i migliori al mondo, non solo per la quantità di lavori pubblicati, ma anche per la qualità che caratterizza la nostra produzione scientifica». Con queste premesse, dice **Giorgio Conti**, direttore del Dipartimento di Terapia intensiva pediatrica presso il Policlinico Gemelli di Roma, si aprirà il 22 ottobre a Venezia il 68esimo congresso nazionale della Siaarti, la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva. Conti, che è responsabile del Comitato scientifico, si attende un congresso dalla forte impronta internazionale: «interverranno probabilmente oltre 3mila specialisti provenienti da 60 nazioni diverse, una parte importante dei lavori si svolgerà in inglese, contemporaneamente in 10 aule, toccando tutti i temi più importanti di anestesia, rianimazione e terapia intensiva, terapia del dolore e medicina iperbarica. In sessioni congiunte con le principali società europee e mondiali, verranno presentati i risultati, molto attesi, di trial prospettici randomizzati molto importanti, in particolare riguardanti lo shock settico e il management dei fluidi».

Sarà anche l'occasione per presentare la nuova edizione, ampiamente rinnovata, del testo di Paul Marino "Terapia intensiva" edito da Edra, di cui lo stesso Conti è curatore: «è uno strumento di lavoro estremamente interessante per gli specialisti ma anche per tutte le figure professionali che si interessano di terapia intensiva». E, inevitabilmente si parlerà di alcuni dei temi più caldi della professione, come della medicina difensiva che tocca anche questa specialità: «si manifesta nella sala rossa dei dipartimenti di emergenza urgenza, ma soprattutto in terapia intensiva e rianimazione. - spiega Conti - L'anestesia invece è molto protocollata, ma anche in questo ambito si cominciano a vedere esami radiologici richiesti in eccesso proprio in un'ottica difensiva: un atteggiamento sbagliato perché è inutile dal punto di vista

clinico e perché genera un aumento dei costi in una situazione di scarsità di risorse». Grandi speranze sono state suscitate dalla recente sentenza del Tribunale di Milano, che Conti definisce «rivoluzionaria, perché attribuisce al paziente l'onere di provare che c'è stata malpractice e riduce da dieci a cinque anni il tempo entro cui si prescrive la presunta colpa. Mi auguro che la sentenza abbia la potenzialità di cambiare la situazione, scoraggiando i gruppi di professionisti, tra cui ci sono anche medici legali, che traggono dal contenzioso il pane quotidiano».

DIRITTO SANITARIO Responsabilità: su medico e struttura sanitaria l'onere del corretto adempimento

Un paziente ha agito in giudizio nei confronti di una Azienda sanitaria per ottenere il risarcimento dei danni subiti. L'uomo deduceva di aver riportato la frattura del femore destro e di essere stato ricoverato presso una struttura ospedaliera dove veniva sottoposto ad intervento chirurgico di osteosintesi con placca a vite e scivolamento; perdurando i dolori alla gamba, si era poi sottoposto ad ulteriori accertamenti ed aveva rilevato che, mentre la situazione pre intervento non presentava alcuno spostamento dei frammenti, la situazione post operatoria evidenziava, invece, un vistoso e grave spostamento della zona di frattura, determinato dall'invasività della vite e dalla forza di coartazione che essa sviluppava; si era sottoposto a nuovi controlli nei mesi successivi da cui era stato evidenziato lo "spostamento della frattura".

La domanda risarcitoria veniva rigettata in primo e secondo grado per un problema di prova a carico del paziente.

La Suprema corte ha accolto il ricorso cassando la sentenza e rinviando nuovamente alla Corte d'appello di Firenze in diversa composizione osservando che nel giudizio avente ad oggetto il risarcimento del danno da attività medico - chirurgica, l'attore deve provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto e/o della struttura sanitaria dimostrare che tale inadempimento non vi sia stato, ovvero che, pur essendovi stato, lo stesso non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584