

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 19 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Parto da incubo: a giudizio ginecologhe e ostetrica Secondo l'accusa il bimbo ha riportato gravi lesioni per una condotta negligente

«Mio figlio ha problemi di equilibrio e viene curato per le crisi epilettiche. Per garantire al bambino l'assistenza in un centro specializzato, ci siamo dovuti trasferire a Milano»: in un'aula del Tribunale di Tempio, parla una donna di 40 anni, che spiega al giudice Marco Contu che cosa è successo al piccolo, dopo il parto avvenuto agli inizi del 2009, nell'ospedale di Olbia. Il bambino, secondo il pm Roberta Guido, ha riportato gravi lesioni, a causa di una condotta negligente da parte di due ginecologhe e un'ostetrica. Per questa ragione, sotto processo ci sono le specialiste Cristina Nocco, Nadia Rosas e l'ostetrica, Stefania Falconi. Ieri l'udienza è stata dedicata interamente alla deposizione della madre del bambino. La donna non ha ancora concluso la sua ricostruzione dei fatti. Sarà necessaria un'altra udienza, per completare la deposizione. La vittima del presunto caso di malasanità ha raccontato al giudice la giornata trascorsa in ospedale, dal momento dell'ingresso, intorno alle 9, sino al parto, avvenuto in tarda serata, intorno alle 21. La parte più rilevante delle dichiarazioni rese in aula, è sicuramente quella riguardante le ore immediatamente precedenti alla nascita del bambino. La donna ha spiegato di essere stata invitata a entrare nella vasca per il parto in acqua. «Avevo freddo - ha raccontato in aula - e lo scarico non funzionava bene. Mio marito ha dovuto provvedere da solo a far defluire l'acqua». La testimone ha detto di essere stata lasciata da sola e ha parlato di un monitoraggio della situazione inadeguato e discontinuo. Sino alla nascita del bimbo. I periti del pm confermano la sofferenza fetale, un presunto ritardo e il mancato tempestivo intervento dei medici per il parto cesareo. Per i legali dei medici (Anna Maria Busia, Antonello Desini e Marco Manelli) non esiste, invece, la prova del nesso di causalità, tra le patologie del piccolo e le circostanze del parto. Le presunte vittime si sono costituite parte civile e sono assistite da Gianni Falchi e Gianluigi Mastio.

Standard ospedalieri. Il parere del Consiglio di Stato sul regolamento. Testo con molti vizi formali e dubbi sul "costo zero" dell'operazione

Tra i rilievi anche il periodo di vigenza che, secondo i magistrati, dovrebbe scattare dal 2015 e non dal 2014. Non è chiaro inoltre se le proposte indicate come "irrinunciabili" e consegnate dalle Regioni nella seduta della Stato Regioni del 5 agosto 2013 siano state accolte o meno. Il Consiglio di Stato ha invitato comunque il Ministero a "una rilettura e riscrittura dell'intero testo". IL PARERE

Il Consiglio di Stato con il [parere interlocutorio 03453/2014](#) del 6/11/2014, anche se per ragioni più formali che sostanziali, ha invitato il Ministero della Salute a rimettere mano sullo schema di decreto recante regolamento sulla “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. Il testo scaturisce dalle leggi 11/2004 e 135/2012 e da ultimo dal Patto per la salute 2014-2016 del 10 luglio 2014, che all’art. 3 ha previsto la stipula dell’intesa sul regolamento. Successivamente, è stato avviato un percorso di analisi e revisione unitamente alle Regioni, che si è concluso [lo scorso 5 agosto](#) con la stipula dell’intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Lo schema di regolamento elaborato è stato quindi sottoposto alle valutazioni del Consiglio di Stato. Sul piano generale, i magistrati hanno contestato la 'forma' con la quale il documento è stato redatto: "Va rilevato come l’intero provvedimento (ivi compreso l’allegato) si caratterizzi per una scrittura assai lontana dai buoni canoni di un periodare piano, comprensibile a prima lettura ed elegante e per un uso assai frequente di acronimi e di espressioni in lingua straniera, il cui ricorrere – secondo le regole della redazione dei testi legislativi – andrebbe vietato. Si raccomanda pertanto all’Amministrazione una rilettura e riscrittura dell’intero testo alla luce dei suddetti criteri".

E' stato inoltre rilevato il dubbio sul fatto che l’intesa con la Conferenza Stato-Regioni – prevista come obbligatoria – sia stata effettivamente raggiunta. Infatti, si spiega nel parere, nel corso della seduta del 5 agosto 2013, nella quale è stata adottata la deliberazione n. 98/CSR, le Regioni hanno consegnato un documento, classificato allegato B, cui la deliberazione stessa fa specifico riferimento, contenente proposte emendative alla bozza di regolamento presentato dal Governo. Tali proposte, alcune delle quali espressamente indicate come “irrinunciabili”, o non risultavano accolte (emendamenti 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11 e 12) o non è chiaro se lo siano state (4, 7 e 10). "In tale situazione - scrive il Consiglio di Stato - la Sezione non può che invitare l’Amministrazione a chiarire la sussistenza o no dell’Intesa e subordinare a tale sussistenza il proprio parere favorevole".

Al comma 2, nel parere viene indicato che si dovrebbe tener conto che, del triennio 2014-2016, il primo anno è ormai già interamente trascorso, "sicchè, se si vuole concedere alle Regioni un triennio per attuare il programma di riduzione della

dotazione di posti letto, il triennio stesso dovrebbe essere quello 2015-2017 (anche per questa eventuale modifica dovrebbe tener conto della durata 2014-2016 del Patto della Salute)". Non mancano, anche in questo caso, giudizi sulla qualità sintattica: "Andrebbe riscritta inserendo anche una corretta punteggiatura, tutta l'ultima parte, in modo da renderla più perspicua", e ancora: "L'Amministrazione dovrebbe decidere se la parola 'regioni' debba essere scritta con l'iniziale maiuscola o minuscola". Infine, i giudici di Palazzo Spada hanno posto in evidenza che, se è vero che l'art. 2 contiene la clausola d'invarianza finanziaria, "è anche vero che l'adeguamento delle regioni ai suggerimenti contenuti nell'allegato ed il connesso cambiamento/adeguamento di alcune strutture necessario al perseguimento dei fini fissati nell'allegato stesso potrebbe comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica, prima di provocare i risparmi attesi".

Detto questo va in ogni caso ricordato che il parere del Consiglio di Stato è innanzitutto finalizzato ad evidenziare eventuali profili di illegittimità dei provvedimenti e in questo caso, i magistrati non ne hanno evidenziato alcuno. Pertanto, nonostante l'invito alla riscrittura, non si può effettivamente parlare di una vera e propria bocciatura del testo. Adesso la palla torna al ministero che valuterà in che forma e misura tener conto delle indicazioni del Consiglio di Stato.

■ [Parere Consiglio di Stato n. 03453/2014](#)

Ddl delega lavoro sanità. Alleanza professione medica: "Convergenza sui contenuti e disponibilità al confronto"

E' quanto sottolinea l'aggregazione di sindacati e associazioni mediche costituita da Aaroi, Andi, Cimo, Cimop, Fesmed, Fimmg, Fimp e Sumai, che ha incontrato ieri il Ministro della Salute. Durante l'incontro, i rappresentanti hanno illustrato il manifesto costitutivo con gli obiettivi e le proposte per il futuro della professione.

“Convergenza sui contenuti e disponibilità al confronto sulla bozza di ddl delega ex art. 22 del Patto della Salute su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn”. È quanto sottolinea l'**Alleanza per la Professione Medica**, l'aggregazione di sindacati e associazioni mediche costituita da Aaroi, Andi, Cimo, Cimop, Fesmed, Fimmg, Fimp e Sumai, che ha incontrato ieri il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Durante l'incontro, i rappresentanti di Alleanza hanno illustrato al Ministro il manifesto costitutivo con gli obiettivi e le proposte per il futuro della professione. Il Ministro della Salute ha apprezzato l'iniziativa, giudicata importante proprio perché proviene da una così forte e numerosa rappresentanza del mondo medico. Il Ministro si è poi impegnato a valutare con il massimo dell'attenzione le proposte e le iniziative di Alleanza per la Professione Medica.

■ [Onotri \(Smi\): "Su carriere e accesso a professione: no a medici di 'serie A' e di 'serie B'"](#)

Studio Anaao Giovani: Il lavoro ai tempi del burnout

La «deregulation» dell'orario di lavoro dei medici, complice il progressivo depauperamento del Ssn, è ormai diventata un elemento strutturale della programmazione. Una deriva di fatto consolidata che rischia di essere pagata a caro prezzo. In termini di perdita di salute dei lavoratori e di sicurezza dei pazienti. Con il decreto legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003 vengono ridefiniti gli aspetti dell'organizzazione del lavoro sulla base della direttiva europea 93/104. Per i dirigenti del Ssn l'orario di lavoro consta di 38 ore suddivise in 34 ore da svolgere per attività assistenziali e gestionali e 4 ore utilizzabili per l'aggiornamento facoltativo compatibilmente con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza. La durata media dell'orario di lavoro (articolo 4) non può in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le quarantotto ore, comprese le ore di lavoro straordinario. Il lavoro straordinario (articolo 5) è ammesso solo previo accordo tra il datore di lavoro e il lavoratore per un periodo che non superi le 250 ore annuali. È inoltre possibile solamente per garantire la continuità assistenziale e per prestazioni con carattere eccezionale, rispondenti a effettive esigenze di servizio. Da ciò deriva quindi che lo straordinario non possa essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale (articolo 7) il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore (riposo giornaliero) e a un periodo di riposo (articolo 9) ogni 7 giorni di almeno 24 ore (riposo settimanale).

La real life italiana. A fronte di questa salvaguardia legislativa, il progressivo sottofinanziamento del Ssn e la deriva "economicistica" delle Aziende sanitarie hanno progressivamente contribuito a una "deregulation" dell'orario di lavoro. L'aumento dei carichi con una maggiore utilizzazione della forza lavoro professionale a parità di costi ha permesso un aumento del numero delle prestazioni a scapito di un evidente peggioramento delle condizioni lavorative e di un incremento del rischio clinico e del disagio, umano e professionale.

Le Finanziarie del Governo Prodi e del Governo Berlusconi hanno poi di fatto legalizzato questo stato di cose attraverso l'abrogazione per i soli dirigenti del Ssn del limite massimo di lavoro giornaliero e settimanale e della normativa sui riposi giornalieri e settimanali. In un sistema di organizzazione industriale inteso come un insieme non solo di uomini ma anche di macchine e attrezzature finalizzato alla produzione e al profitto, questa politica gestionale potrebbe avere degli indubbi vantaggi obiettivi ma se si considera che in ambito sanitario la forza lavoro è fatta solo di persone e il prodotto "finito" è il paziente questa gestione lavorativa può presentare solo evidenti criticità. Se pur il lavoro del medico nell'immaginario collettivo più che un lavoro è sempre stato considerato una missione, non possiamo non considerare che essere medico oggi è sicuramente più difficile di quanto non lo

fosse 30 anni fa. Il progresso scientifico se da un lato ha nettamente migliorato le curve di sopravvivenza elevando gli standard di cura, dall'altro ha però imposto al professionista sanitario una "illimitata" preparazione scientifica e al paziente e ai suoi familiari delle "illimitate" aspettative di vita. Tutto ciò si traduce frequentemente in un sovraccarico di ansia e stress con evidente peggioramento delle condizioni lavorative e della qualità di vita del medico stesso.

Deregulation dell'orario lavorativo e malattie professionali: i dati della

letteratura scientifica. Ma la mancata fruizione del periodo di riposo può e deve essere solo una scelta individuale del medico magari anche imposta? La giurisprudenza e la nostra carta della salute ci dicono di no. Il protrarsi dell'attività lavorativa, in condizioni routinarie, oltre l'orario di lavoro previsto dal Ccnl e dalle normative vigenti, viene considerato, in caso di evento avverso, "condotta imprudente" e costituisce in un giudizio un'aggravante, ritenendosi come volontaria l'accettazione del turno irregolare e i rischi connessi.

La letteratura (tabella 1-pdf allegato) con le sue review, i suoi studi osservazionali e retrospettivi rincara la "dose" dimostrandoci come la salute del medico non è infallibile e come duri turni lavorativi sono più frequentemente associati all'insorgenza di patologie in vari ambiti. Eccessive ore lavorative specie nel periodo notturno sono un fattore contribuente (tabelle 2-3 -pdf allegato) per un danno da puntura nel 31% dei casi (Jama 2006, Lung 2007), sono paragonabili come performance cognitive a un tasso alcolemico di 0,4%-0,5% (Jama 2005), sono associate a un rischio doppio di patologie cerebrovascolari (International Journal of Stroke 2013) (tabella 4), a un rischio aumentato del 30% di malattie metaboliche come il diabete (The Lancet diabetes and Endocrinology, 2014) e patologie cardiovascolari (Risk ratio 1.23) (tabella 5 e tabella 6-pdf allegato) così come a un rischio doppio di parti prematuri (Pregnancy and Childbirth 2014) (tabella 7-pdf allegato). Tutto ciò trova una sua conferma dal riscontro di elevati livelli di marker pro-infiammatori come IL-6 e la Pcr e di fattori vasocostrittori rispetto a fattori vasodilatanti (Lung 2006). Se a questo si aggiungono l'aumento del rischio clinico (errori di somministrazioni e prescrizioni) correlato alla fatica e il rischio doppio di incidenti stradali (Lung 2007) di chi subisce un duro orario lavorativo risulta evidente come gli effetti di questa deregulation non ricadono solo su chi la subisce ma virtualmente su tutta la comunità. Ed è curioso come un editoriale pubblicato su "Lung" (Scot A et al. The Impact of Housestaff Fatigue on Occupational and Patient Safety. 2007) oltre a riportare tutti gli effetti nefasti di un duro lavoro sulla salute abbia poi sottolineato come essendo la cultura di ore eccessive e di sforzo sovrumano ben consolidata tra tutti i medici è improbabile che possa cambiare autonomamente. Il paziente ha solo molto da perdere da un errore medico così come il medico stesso ed è pertanto la comunità che deve attuare e pretendere il cambiamento ideando nuove strategie per evitare i rischi sanitari associati a uno stato di fatica cronica.

La posizione europea. Gli interventi regressivi dei vari Governi italiani che hanno legalizzato questa nefasta organizzazione lavorativa non hanno di fatto rispettato la direttiva Ue in merito alla salvaguardia delle tutele lavorative. I medici attivi nel Ssn

sono formalmente classificati come dirigenti senza necessariamente godere delle prerogative o dell'autonomia dirigenziale durante il loro orario di lavoro e in più la direttiva non consente agli Stati membri di escludere i dirigenti o le altre persone aventi potere di decisione autonomo dal godimento di tali diritti. L'Italia pertanto è stata deferita alla Corte di Giustizia Ue. Ma questa è una storia che già conosciamo, e per l'ennesima volta è l'Europa che interviene a garantire i diritti dei cittadini italiani. Sono quindi in partenza promossi da più parti i ricorsi contro lo Stato italiano per le mancate tutele lavorative dei dirigenti sanitari nazionali.

Indagine Swg. Associazioni dei pazienti poco coinvolte nei processi decisionali

La stragrande maggioranza delle Associazioni dei pazienti dichiara di essere poco coinvolta nei processi decisionali che riguardano i percorsi diagnostico-terapeutici (il 75%), i processi assistenziali e di cura e le politiche sociali e di sostegno (l'80%). Anche sul fronte della partecipazione ai processi decisionali sull'accesso ai farmaci non va meglio: appena il 33% dichiara di farne parte. Mentre un coinvolgimento maggiore emerge in quelli che riguardano la promozione della qualità di vita: oltre la metà delle Associazioni ritiene di partecipare attivamente alle decisioni. E' quanto emerge dall'indagine "Il processo di empowerment" realizzata dalla Swg per Fondazione Msd.

La ricerca, condotta tra luglio e ottobre 2014, ha coinvolto 23 Associazioni e 7 soggetti Istituzionali (esponenti del Parlamento, delle Regioni, delle principali Agenzie e Istituzioni sanitarie italiane e dell'industria del farmaco). L'indagine è stata presentata questa mattina al Senato alla presenza dei Presidenti delle Commissioni Sanità del Senato e della Camera Emilia Grazia De Biasi e Pier Paolo Vargiu, Luisa Muscolo dell'Aifa, Tonino Aceti di Cittadinanzattiva, Anna Mancuso, di Salute Donna onlus, Teresa Petrangolini del Consiglio regionale del Lazio e Goffredo Freddi della Fondazione MSD.

I risultati. L'86% delle Associazioni pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato all'interno del Ssn e nelle sedi istituzionali dove si decidono le politiche sanitarie. E il 65% ritiene insufficiente l'attuale normativa che regola i rapporti tra Associazioni e Istituzioni e oltre il 50% non può, al momento attuale, far riferimento ad un network sufficientemente rappresentativo in grado di rivendicare questo ruolo.

A peggiorare la situazione concorrono la crisi economica e i tagli nelle spese sanitarie: il 91 % delle Associazioni ha difficoltà di tipo economico, il 59% deve far fronte al taglio dei servizi, il 41% ha difficoltà a garantire l'accesso dei pazienti a tutte le opzioni terapeutiche.

Dall'indagine emerge poi che l'80% delle Associazioni rivendica un ruolo nelle decisioni di politica sanitaria, per far sì che il paziente - insieme ai medici e agli amministratori - possa esercitare un potere decisionale nelle questioni che lo

riguardano da vicino, dalla scelta terapeutica agli indirizzi di spesa in campo sanitario. È perciò importante che oltre a un processo di empowerment, le Associazioni possano svolgere un'opera di advocacy a tutela del paziente.

«Le Associazioni auspicano quindi - si legge una nota di Fondazione Msd - un futuro che le veda rappresentate e partecipi ai tavoli decisionali dove svolgere la loro azione in sinergia con le istituzioni, interlocutori nelle sedi dove si definiscono gli indirizzi delle risorse pubbliche in sanità, della ricerca scientifica, degli studi clinici e dell'assistenza sanitaria. Mentre oggi, invece, i protagonisti di queste scelte sono i medici, i ricercatori, le aziende farmaceutiche, le istituzioni. Per raggiungere questi obiettivi richiedono di poter accedere a una maggior formazione, a una professionalizzazione in senso manageriale che riesca a sostenere una rete di associazioni più forte».

«La Fondazione MSD – afferma Pierluigi Antonelli, Presidente e Amministratore Delegato di MSD - ha sostenuto con entusiasmo questa indagine perché crede fermamente nell'empowerment del paziente. Abbiamo creato un programma pluriennale di formazione e aggiornamento per 30 Associazioni di Pazienti rappresentative delle patologie a più elevato impatto sociale. In totale, più di 100 ore di formazione modulate in lezioni frontali, simulazioni e laboratori, con il coinvolgimento di professionisti della comunicazione e delle relazioni istituzionali e con testimonianze dirette di giornalisti e Istituzioni».

L'idea di una consulta nazionale. «Per questo più dell'80% - continua la nota - accoglie con favore l'idea di una Consulta Nazionale delle Associazioni con sede presso il Ministero della Salute. Oltre alle scontate richieste di serietà e preparazione, questo organo dovrà essere una voce autorevole, strutturata, univoca, aggregante, trasparente, trasversale, ma anche essere apolitico e indipendente, propositivo e coeso, vero punto di riferimento per le associazioni»

Il punto di vista delle Istituzioni. I soggetti istituzionali interpellati ritengono importante il lavoro svolto dalle Associazioni e pensano che il loro ruolo sia prezioso in quanto rappresentano una risorsa conoscitiva sul piano clinico e dei bisogni assistenziali. E sembrano conoscere bene la situazione in cui versano le Associazioni. Problemi di tipo economico, difficoltà di garantire ai pazienti l'accesso a tutte le opzioni terapeutiche disponibili, scarso peso a livello istituzionale nelle decisioni di politica sanitaria e difficoltà nei rapporti con le strutture sanitarie sia locali che nazionali, sono infatti ben presenti ai soggetti istituzionali che hanno partecipato all'indagine.

Il ruolo delle Associazioni, secondo alcuni, deve diventare non di mera supplenza laddove il pubblico è carente, ma di indispensabile ausilio territoriale. Si deve andare verso il pieno riconoscimento delle associazioni dei pazienti quale "partner" fondamentale per la pianificazione, realizzazione, valutazione e miglioramento dei servizi sanitari e socio-sanitari. Il percorso va quindi verso un'inevitabile sinergia pubblico-privato e una maggiore applicazione del principio di sussidiarietà.

Tuttavia alcuni segnalano la difficoltà che le Associazioni incontrano a darsi forme

organizzative moderne, che coinvolgono realmente la platea destinataria e siano in grado di rendere l'associazione uno stakeholder "maturo" .

DOCTOR 33.IT

Orario medici. L'Italia si adegua alle richieste europee. Reginato (Fems): solo da fine 2015

La lunga vertenza tra l'Italia e l'Unione europea per la mancata applicazione della Direttiva sull'orario di lavoro ai medici operanti nel servizio pubblico sembra essere arrivata alla fine. È stata pubblicata, infatti, nei giorni scorsi in Gazzetta ufficiale la legge 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea – Legge europea 2013 –bis. Ma se si può mettere la parola fine alla vicenda non sono state dissolte tutte le ombre relative al contenzioso, come spiega a DoctorNews33 il presidente della Fems (Federazione europea medici salariati) Enrico Reginato, che insieme ad Anaaò è stato l'artefice della richiesta di sollecito alle Istituzioni europee. «La vertenza è chiusa e l'Unione europea me l'ha confermato con una missiva» spiega Reginato «ma l'Italia precisa che l'applicazione delle norme europee decorrerà dalla fine dell'anno prossimo. Il tempo, secondo il ministero della Salute italiano, per "riempire" gli organici». E proprio in questo dettaglio, secondo il presidente Fems, si nasconde una beffa. «Stiamo parlando» sottolinea «di superlavoro non pagato cui sono stati costretti i medici dipendenti del Ssn, una condizione che si protrarrà per un altro anno a conferma che il problema, almeno per ora, non è risolto. Ciò detto» conclude Reginato «una multa ci sarà e non posso che essere soddisfatto per aver raggiunto il risultato sperato passando per le vie burocratiche».

Farmacoresistenza: maglia nera dell'Italia. Ricciardi (Iss): manca governo clinico

In Italia la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate in Europa: lo conferma il rapporto dell'European Center for Diseases Control (Ecdc), pubblicato in occasione della settima giornata di sensibilizzazione sul tema, secondo il quale il nostro Paese rientra nella fascia con la più alta percentuale di resistenza praticamente per tutti i batteri.

Il Commissario dell'Istituto superiore della sanità **Walter Ricciardi** non è sorpreso: «Sappiamo da tempo che l'Italia è uno dei Paesi più a rischio su questo versante e che quindi dovrebbe affrontare con maggiore attenzione il problema. C'è una consapevolezza diffusa, sia da parte del ministero della Salute che di altre istituzioni. Per esempio, il programma del Ccm, il Centro nazionale per la prevenzione e il

controllo della malattie, ha posto quest'anno la farmacoresistenza tra le priorità su cui lavorare». Ma come mai, se esiste una consapevolezza diffusa, non si riesce a incidere sul fenomeno? «Il problema vero dell'Italia – risponde Ricciardi – è la pratica clinica troppo differenziata: non abbiamo meccanismi veri quotidiani per valutarla. I controlli che facciamo sono sostanzialmente di tipo economico e gestionale mentre la pratica clinica, ad eccezione del Programma nazionale esiti, non riusciamo a valutarla e soprattutto non riusciamo a condizionarla positivamente: la sfida vera è proprio trasferire questa consapevolezza ai meccanismi operativi quotidiani».

Negli Stati Uniti, un recente sondaggio dei Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta, mostra che anche i medici sono informati sulla resistenza agli antibiotici, ma continuano a prescriverne in eccesso perché temono infezioni, perché non vogliono scontentare i pazienti e si preoccupano di eventuali azioni legali.

«In Italia non abbiamo studi con dati oggettivi – commenta Ricciardi – ma su base aneddotica è plausibile che gli stessi motivi possano condizionare anche le azioni dei nostri medici. Se un medico di medicina generale non prescrive antibiotici a fronte di influenze e malattie da raffreddamento corre il rischio di perdere pazienti».

Tireopatie e diabete: consensus su gestione clinica da Ame e Amd

Presentato ufficialmente a Roma nel corso del recente congresso Ame (Associazione medici endocrinologi) e accettato (con probabile pubblicazione tra 1-2 mesi) dalla rivista *Endocrine*, è stato rilasciato da Ame e Amd (Associazione medici diabetologi) il documento di Consenso su tireopatie e diabete con raccomandazioni per la pratica clinica. «Le tireopatie da un lato (28-30%) e il diabete dall'altro (6,5-7%) sono sicuramente le endocrinopatie più frequenti nella popolazione generale e tra loro si ha un'associazione tra il 10-13%» afferma Roberto Castello, presidente Ame.

«Entrambe tendono progressivamente a diventare più frequenti con l'età e, per una piccola parte, hanno un substrato di tipo genetico». La preparazione del documento ha richiesto circa 15 mesi. «La struttura» spiega Castello «prevede un inquadramento generale dell'epidemiologia delle due malattie, poi analizza le implicazioni date dalle alterazioni funzionali dell'ipotiroidismo e dell'ipertiroidismo (in particolare nella donna gravida con diabete e nel bambino con diabete) e le ripercussioni dovute all'eventuale presenza di gozzo o carcinoma tiroideo in pazienti con diabete, e infine le ripercussioni del trattamento del diabete sulla funzione tiroidea e viceversa».

Castello ricorda un concetto-chiave. «Il diabete chiaramente presuppone un'alterazione di una funzione (glicemia) mentre una tireopatia, se non determina alterazioni della funzione tiroidea (e di conseguenza della glicemia), non necessariamente va trattata». Vediamo qualche esempio. «L'ipertiroidismo (da morbo di Basedow o gozzo nodulare tossico) sicuramente causa un aumento della glicemia, quindi in un soggetto già diabetico può determinare maggiore scompenso con necessità di aumentare il dosaggio di insulina o antidiabetico orale. Nel caso dell'ipotiroidismo (quasi sempre per tiroidite cronica che con il tempo diventa non

funzionante) si possono avere episodi di ipoglicemia non facilmente spiegabili; questi casi devono essere indagati per funzione tiroidea la cui normalizzazione, dopo inizio della terapia, necessita di 2-3 mesi». Altri dati di rilievo sotto il profilo farmacoterapeutico? «Il trattamento con insulina non risulta in grado di alterare la funzione tiroidea» afferma il presidente Ame «mentre la metformina sembra determinare un lieve aumento del valore del Tsh. Se si tratta l'ipotiroidismo con levotiroxina a dosaggi eccessivi si induce un ipertiroidismo iatrogeno che tende ad aumentare la glicemia. In alcuni casi al fine di migliorare la situazione tiroidea per un certo periodo si usa il cortisonico che peggiora il controllo glicemico. Ma sono tutte situazioni transitorie e reversibili». Da ricordare, infine, che nel diabetico di tipo 1 è sempre opportuno fare lo screening autoimmune completo per altre patologie ma soprattutto per la patologia tiroidea mentre nel diabete di tipo gestazionale è molto importante controllare la funzione tiroidea perché nella donna con diabete l'incidenza di disfunzioni tiroidee rispetto alla popolazione generale è 3 volte superiore, non solo durante la gravidanza ma anche nel puerperio, soprattutto nel caso di diabete di tipo 1.

Acr, nuove armi contro gotta, artrite psoriasica e spondilite superano fase III

Gotta, artrite psoriasica e spondilite anchilosante: nuove armi per combatterle sono state presentate all'American college of rheumatology (Acr), in corso a Boston. Contro la gotta, risultati promettenti sono giunti da due studi di fase III che hanno esaminato una combinazione tra allopurinolo, una molecola capace di inibire la xantina ossidasi, e lesinurad, un farmaco sperimentale che inibisce il trasportatore dell'acido urico nel rene, aumentandone l'escrezione e riducendone in tal modo la presenza nel siero. In entrambi gli studi, la combinazione dei due principi attivi ha permesso di centrare l'endpoint primario con una percentuale più elevata e statisticamente significativa di pazienti che hanno raggiunto i livelli sierici di acido urico prefissati rispetto a quelli trattati con il solo allopurinolo. Tra i principali endpoint secondari - tassi medi di riacutizzazione della gotta e pazienti con completa risoluzione dei depositi di acido urico - non sono state osservate differenze significative. I tre effetti collaterali più comunemente segnalati sono stati: infezione delle alte vie respiratorie, rinofaringite e mal di schiena.

Ai pazienti affetti da artrite psoriasica e spondilite anchilosante, si rivolge invece un altro principio: il secukinumab, il primo inibitore selettivo dell'interleuchina-17A (IL-17A) in grado di migliorare i sintomi di queste malattie che, se non trattate, possono provocare danni irreversibili.

Anche in questo caso, sono stati presentati i dati di due studi di fase III che hanno soddisfatto gli endpoint primari. Per l'artrite psoriasica, un parametro standard utilizzato è un miglioramento pari ad almeno il 20% nei segni e sintomi alla settimana 24: ma in questo caso il miglioramento ha superato il 50%.

Contro l'artrite psoriasica, il secukinumab 150 mg e 75 mg ha ottenuto nel primo studio miglioramenti del 60,8% e del 59,7%; nel secondo del 61,1% e 41,1%

rispettivamente.

Secukinumab è stato ben tollerato e gli eventi avversi più comuni osservati sono stati: infezioni del tratto respiratorio superiore e cefalea.

Ipercolesterolemia, le linee guida Aha continuano a far discutere

È passato un anno dall'emanazione delle "nuove" linee guida per la gestione dell'ipercolesterolemia da parte dell'American college of cardiology (Acc) e dell'American heart association (Aha) ma le discussioni restano accese. Lo si è visto a Chicago dove è in corso il meeting annuale Aha. Molti clinici infatti continuano a preferire l'impostazione precedente (e tuttora vigente in Europa) basata sulla titolazione delle statine fino al raggiungimento auspicato del target di colesterolo-Ldl (Ldl-c). Posizioni pressoché opposte sul tema sono giunte da Virgil Brown, dell'Emory University School of Medicine di Atlanta e da Jennifer Robinson dell'University of Iowa, di Iowa City (tra gli autori delle raccomandazioni). Brown ha ammesso che il nuovo documento fornisce una guida "molto buona" al trattamento con statine perché consiglia di trattare i pazienti in modo aggressivo con terapia ad alte dosi. Ha criticato però gli estensori per un'attenzione eccessiva ai trial clinici, visto che la commissione si è basata su 26 studi per trarre la conclusione che i dati fossero insufficienti per supportare il perseguimento di uno specifico obiettivo di Ldl-c. Inoltre, ha evidenziato come le precedenti linee guida, che raccomandavano obiettivi di trattamento <100 mg/dL o <70 mg/dL, non ponevano un limite inferiore di Ldl-c mentre varie analisi hanno dimostrato che bassi livelli offrono una maggiore protezione cardiovascolare. Soprattutto Brown ha sottolineato che l'arte della medicina richiede di comunicare con il paziente e che il target di Ldl-c rappresenta un mezzo per motivare, monitorare i progressi e verificare l'efficacia. «Senza una meta, che si può dire loro?» si chiede. «Le nuove linee guida si basano su una revisione sistematica di dati controllati e randomizzati e hanno tentato di evitare il parere di esperti, se possibile, tentando di evitare pregiudizi» ha ribattuto Robinson. «Per la prevenzione primaria e secondaria non ci sono studi clinici randomizzati in cui un trattamento sia titolato a un target specifico di Ldl-c. A quel punto, davvero non si poteva stilare una raccomandazione basata sulle prove che continuasse a utilizzare gli obiettivi delle Ldl. Abbiamo però trovato forti evidenze che le statine ad alta intensità riducono maggiormente il rischio aterosclerotico rispetto a statine di moderata intensità e che queste ultime riducono il rischio in misura maggiore del placebo».

Insufficienza renale, il tratto falciforme aumenta il rischio

Tra gli afroamericani la presenza di un tratto falciforme, l'alterazione genetica responsabile dell'anemia senza i sintomi clinici, si associa a un aumentato rischio di malattia renale cronica. È quanto conclude uno studio pubblicato su Jama cui hanno preso parte quasi 16.000 afroamericani. «il tratto falciforme è una condizione in cui una persona ha una sola copia del gene per l'anemia drepanocitica senza peraltro

sviluppare la malattia conclamata, che si esprime solo con due copie» esordisce Rakhi Naik, della Johns Hopkins University di Baltimora e coautrice dell'articolo, pubblicato in concomitanza con la sua presentazione all'American Society of Nephrology's annual Kidney Week, tenuta a Philadelphia dall'11 al 16 novembre. «Si stima che il tratto falciforme colpisca un afroamericano su 12, e quasi 300 milioni di persone in tutto il mondo, anche se il rapporto a lungo termine fra tratto falciforme e compromissione funzionale del rene non è stato ancora stabilito» riprende la ricercatrice, che assieme ai colleghi ha valutato 15.975 afroamericani, di cui 1.248 con tratto falciforme e 14.727 non portatori, allo scopo di esaminare la relazione tra tratto falciforme, malattia renale cronica e albuminuria. Sono stati inclusi nell'analisi diversi studi: Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC), Jackson Heart Study (Jhs), Coronary Artery Risk Development in Young Adults (Cardia), Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (Mesa) e the Women's Health Initiative (Whi). Una nefropatia cronica era presente in nel 19,2% del gruppo con tratto falciforme, e nel 13,5% dei soggetti di controllo, e il tratto falciforme era significativamente associato con un più rapido declino della velocità di filtrazione glomerulare, un indice di funzione renale. Allo stesso modo, la presenza di albuminuria è stata osservata nel 31,8% dei pazienti con tratto falciforme contro il 19,6% dei non portatori. «Questi risultati potrebbero offrire una spiegazione genetica aggiuntiva per l'aumento del rischio di insufficienza renale cronica osservato tra gli afroamericani rispetto ad altri gruppi razziali» conclude Naik.

[JAMA. 2014 Nov 13. doi: 10.1001/jama.2014.15063](https://doi.org/10.1001/jama.2014.15063)

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584