

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
23 APRILE 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

NUORO Un caso di malaria: ricoverato Il paziente è un trentenne che ha reagito alle terapie specifiche. Non è mai stato all'estero

C'è un caso di malaria all'ospedale San Francesco di Nuoro. Un giovane è stato ricoverato due giorni fa nel reparto di Malattie infettive con i sintomi tipici di questa malattia. Il trentenne accusava infatti forti mal di testa e la febbre alta non calava nonostante l'assunzione di potenti medicinali. Preoccupato, si è allora presentato al pronto soccorso del nosocomio cittadino per scoprire il motivo del suo malessere. I medici lo hanno trattenuto in ospedale e lo hanno sottoposto subito ad esami e accertamenti. I campioni del suo sangue sono stati fatti analizzare in laboratorio e controllati al microscopio hanno evidenziato la presenza dei parassiti della malaria che, solitamente, si insediano all'interno dei globuli rossi. I sanitari sono intervenuti immediatamente con farmaci antimalarici, mentre i campioni del sangue del paziente sono stati inviati all'Istituto superiore della Sanità perché vengano analizzati per poi stabilire l'esatta tipizzazione della malattia. Un caso anomalo visto che in Sardegna la malaria è stata debellata cinquant'anni fa, anche se di recente sono stati registrati casi nella Penisola. Ma la maggior parte degli episodi che si manifestano sono di importazione e colpiscono turisti provenienti dalle aree endemiche. Proprio per questo, prima di partire per l'Africa o i paesi asiatici è necessario documentarsi sull'obbligo o meno di vaccinarsi contro specifiche malattie e se è necessario eseguire la profilassi raccomandata contro la malaria. Ma non è questo il caso. Il giovane nuorese, infatti, ha detto ai medici di non essersi mai mosso dalla Sardegna. In particolare ha sottolineato di aver effettuato di recente solo un viaggio a Cagliari. Un caso strano, preoccupante, anche se i medici del reparto di malattie infettive del San Francesco non vogliono creare inutili allarmismi. «La malaria – dicono – si può trasmettere tramite punture d'insetto: se una zanzara punge una persona malata e poi un'altra persona, anche la seconda viene contagiata; oppure attraverso le trasfusioni di sangue, la donazione di organi o la condivisione di siringhe infette. Più raramente la malattia si trasmette da persona a persona». Il paziente nuorese ha risposto positivamente e in tempi rapidi alle terapie che gli sono state somministrate. Con i farmaci appositi questa patologia può infatti essere curata in sole due settimane. Intanto si dovranno attendere gli esiti degli esami dei laboratori di Roma per stabilire l'esatta entità biologica. «Il giovane non è contagioso – hanno aggiunto i medici – per cui non è stato necessario effettuare alcun tipo di profilassi per le persone che sono entrate in contatto con lui».

Il direttore sanitario della Asl 3: importante stabilire la causa dell'infezione «Nessun rischio di contagio»

«La malaria non fa più paura come in passato. Oggi i farmaci che abbiamo a disposizione sono molto efficaci e gli effetti sono immediati. Il giovane ricoverato nel nostro reparto di

Malattie infettive ha infatti risposto positivamente alla terapia antimalarica e sta già meglio». A parlare è il direttore sanitario della Asl 3, Pietro Mesina, ed ex primario del reparto dell'ospedale San Francesco di Nuoro in cui si trova ricoverato da qualche giorno il trentenne che ha contratto la malattia. Resta il mistero su come possa essere stato contagiato. «Il suo potrebbe essere un caso autoctono e a causarlo potrebbe esser stata la puntura di una zanzara che ha fatto da vettore. Ovviamente – aggiunge Mesina – ora occorrerà individuare l'esatta causa e il tipo di malaria per capire come intervenire. Il fatto che il ragazzo non sia mai uscito dalla Sardegna preoccupa per una sola ragione – continua il direttore sanitario –: se dagli esami risulta che la causa dell'infezione sia dovuta alla puntura di un insetto, occorrerà di conseguenza prendere adeguati provvedimenti per tutti. Potrebbe infatti trattarsi della cosiddetta “malaria da aeroporto”: zanzare infette che provengono dai paesi epidemici possono aver infettato persone, come il paziente nuorese, che vivono in posti normalmente non soggetti all'epidemia». Un caso anomalo ma non per questo preoccupante per i medici del nosocomio barbaricino che, certi dell'efficacia dei farmaci presenti negli ospedali, allontanano ogni paura sulla possibile diffusione dell'infezione che in passato aveva rappresentato un autentico flagello per la Sardegna fino alla sua eradicazione negli anni subito dopo la guerra. «La malaria non si trasmette per contagio diretto ma solo attraverso il tramite delle zanzare – conclude lo specialista – perciò non occorre preoccuparsi inutilmente».

IL COMMENTO L'incubo di un flagello storico debellato con il Ddt di Eugenia Tognotti

Se dovesse essere confermato, il caso di malaria denunciato nel Nuorese rappresenterebbe un evento davvero eccezionale: nell'ultimo mezzo secolo infatti – se si esclude un caso di inoculazione accidentale in ambiente ospedaliero a carico di personale sanitario - si sono verificati in Italia meno di cinque casi di malaria autoctona, uno dei quali in provincia di Grosseto nel 1998. Si trattava del primo, in Italia, da quando quell'antico flagello era stato eradicato dal nostro Paese, col massiccio uso del DDT, una nuova, potente arma introdotta dagli americani nel periodo bellico. Si appurò poi che quel caso, dovuto a *Plasmodium vivax*, era stato causato da una zanzara anofele infettatasi su un portatore di gametociti proveniente dall'India. Gli altri due casi autoctoni, stando ai dati dei ricercatori dell'Istituto superiore della sanità, si sono verificati in Italia fra il 2009 e il 2011. In Sardegna, invece, non è mai stato denunciato nessun caso di malaria autoctona dopo il 1950, quando a conclusione di una campagna durata quattro lunghi anni, i responsabili della Rockefeller Foundation annunciarono che l'isola era stata liberata da quella malattia insediata da millenni nelle pianure. In realtà – come emerge dai documenti - entomologi, igienisti e malariologi sapevano che, per quanto circoscritti ad alcune aree e in numero limitato, restavano alcuni focolai anodetici, anche se a una densità così bassa da non rappresentare un pericolo. La malaria insomma era stata sconfitta, ma le resistentissime «indigenous mosquitos» restavano in campo. E lo sono ancora, e in densità epidemiologicamente rilevanti non solo in Sardegna, ma anche in Sicilia e in alcune regioni del meridione. Alcuni casi sporadici di malaria autoctona, verificatisi nel 1971 in Corsica, nel 1975-76 e 1999-2000 in Grecia, nel 1995-96 in Bulgaria, nel 1998 nel grossetano, e quest'ultimo possibile caso in Sardegna, dimostrano che i potenziali vettori presenti nell'Europa meridionale possono infettarsi con plasmodi provenienti da zone di endemia, soprattutto per quanto riguarda *Plasmodium vivax*. Certo non si può parlare di emergenza. Ma, poiché l'Italia rappresenta una delle propaggini più meridionali d'Europa e un ponte ideale verso il

continente africano, l'attenzione al previsto aumento delle temperature medie non appare ingiustificato, considerati gli effetti che questo potrebbe avere sui nostri vettori indigeni come *Anopheles labranchiae* (allungandone ad esempio la durata dell'attività stagionale o ampliando l'areale di distribuzione). Certo non è probabile che la malaria ritorni endemica in Italia, ma è ragionevole aspettarsi casi sporadici. Ricerche entomologiche condotte recentemente nelle aree storicamente considerate a rischio di malaria hanno dimostrato la presenza del principale vettore indigeno, l'*Anopheles labranchiae*. Fa una certa impressione vedere nelle carte delle regioni a rischio, nel XXI secolo, la Sardegna chiazzata di rosso e giallo, a segnalare la presenza delle malefiche zanzare vettrici di malaria. Speriamo che uno dei pochi flagelli storici di cui siamo riusciti a liberarci non torni a fare paura.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Europa. Spesa sanitaria a quota 948 miliardi nel 2012. Il 7,3% del Pil. Italia in linea con la media

Numeri contenuti in un focus dell'Eurostat sull'evoluzione del governo della spesa pubblica degli Stati membri. La Croazia è il paese che spende di più per la sanità (9,2% sul Pil). Ultima la Romania (3,1%). L'Italia in linea con la media Ue. LE TABELLE

La spesa sanitaria dei 28 Paesi dell'Ue nel 2012 è ammontata a 948 miliardi di euro pari al 7,3% del Pil. Numeri forniti dall'Eurostat in un focus a cura di **Laurent Freysson, Martim Assunção, Michele Marotta, Laura Wahrig**, che ha analizzato l'evoluzione del governo della spesa pubblica degli stati membri. Una fotografia che segnala una stabilità nell'allocazione delle risorse per la tutela della salute visto che anche nel 2011 la spesa dedicata era stata pari al 7,3% del Pil europeo. Certo, risorse in calo rispetto ai fasti del 2009 dove si raggiunse il picco massimo del 7,6% sul Pil dedicato alla salute ma dove, giova ricordare, il 51% del Pil Ue era destinato ai servizi pubblici (nel 2012 è al 49,4%).

Queste dunque le risorse che l'Ue a 28 stanziava per tutelare la salute dei suoi 507 milioni di cittadini. E la Sanità con il suo 14,9% sulla spesa totale rappresenta il secondo fattore di spesa pubblica dopo la protezione sociale (previdenza e sussidi su tutti) in testa con il 40,3%.

Ma chi spende di più e chi di meno in Europa per la sanità nel 2012? In testa alla graduatoria c'è la Croazia che nel 2012 ha stanziato il 9,2% del suo Pil. Segue l'Olanda con l'8,9%. Poi Danimarca (8,6%) e la Francia con l'8,3%.

Lo stato che spende di meno è invece la Romania (il 3,1% del Pil) seguita da Cipro (3,3%) e dalla Lettonia con il 3,9%. L'Italia risulta con il 7,3% in linea con la media Ue a 28.

Per approfondire vedi le [tabelle](#) su: andamento governo della spesa pubblica dal 2002 al

2012; Spesa sanitaria 2012 per Stato Ue e Spesa pubblica Ue per l'anno 2012 per Stato e per comparto.

DOCTORNEWS33

Dieci ordini all'Enpam: «dimezzare i consiglieri e far gestire l'ente a esperti»

Zero rischi nelle scelte finanziarie, dimezzamento del Consiglio nazionale rispetto a oggi e presenza di esperti nel CdA. Lo chiedono i presidenti di dieci Ordini all'Enpam, con emendamenti alle modifiche statutarie avanzate dal CdA della Fondazione. La proposta viene dai leader di Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Latina, Milano, Piacenza, Potenza, Salerno, Trapani e Verona: un decimo scarso dei componenti del Consiglio nazionale attuale. Per quest'ultimo, che è un po' il "parlamento" dell'Enpam, i "dieci" chiedono in tutto 51 membri di cui metà (26 presidenti di ordine tra medici e odontoiatri) eletti dai 106 presidenti Omceo, e 25 eletti dai contribuenti dei fondi, con un numero di seggi proporzionale al peso di ciascun fondo nel patrimonio dell'Ente. Ricordiamo che la bozza "nota" del CdA prevede sulla carta 175 membri: gli attuali 106 presidenti d'ordine più 11 dentisti e soprattutto 58 eletti dai contribuenti sulla base del peso dei fondi (il Fondo medicina generale vale 40%, poi c'è la quota B dei liberi professionisti, quindi gli specialisti Asl e infine i convenzionati).

Ma forse la vera rivoluzione riguarda il Consiglio d'Amministrazione: i dieci leader chiedono che il Consiglio nazionale riformato elegga il presidente più 3 medici e 3 economisti –un esperto di investimenti finanziari, uno di investimenti immobiliari e un esperto di curve attuariali - anziché, com'è nella bozza, il presidente, i due vice più dieci consiglieri, con l'aggiunta di quattro esponenti espressi dai fondi. «L'obiettivo è togliere i soldi dalle mani dei medici e metterli in mani di esperti scelti dai medici», dice **Giancarlo Pizza** presidente Omceo Bologna. «Noi facciamo già un lavoro complicato e non basta un corso semestrale a insegnarci a gestire un patrimonio come quello Enpam; difatti siamo partiti 20 anni fa con un commissariamento e oggi affrontiamo una situazione in cui risulteremmo quantomeno i raggirati. E' ora di mettere dei manager». Appunto, tre economisti laici: «Il consiglio nazionale li potrà licenziare se non raggiungono gli obiettivi. Gli altri 4 medici del CdA, presidente incluso, resterebbero 5 anni, e farebbero proposte sulla gestione, ma non gestirebbero». L'Enpam –vista dai "dieci" - dovrebbe «firmare contratti annuali scelti dal consiglio nazionale. Gli esperti sarebbero invitati ad evitare i titoli derivati e a fine anno sarebbero giudicati sui risultati».

I consiglieri godrebbero del gettone di presenza di Fnomceo (300 euro contro i 1100 attuali). Sia nel votare i consiglieri nazionali di estrazione Omceo, sia nell'eleggere i prescelti dai contribuenti dei fondi e il Cda si utilizzerebbe la preferenza unica. «Evitiamo – conclude Pizza – di fare cartelli con i soliti noti. Siamo pochi? Quando iniziai a dire certe idee – spiega Pizza - ero da solo, poi siamo diventati sette, ora dieci. Il fronte si si allarga».

Test di accesso a Medicina: la graduatoria fa discutere

Il ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca ha pubblicato i risultati del contestato test di Medicina e odontoiatria dello scorso 8 aprile e non sono mancate le sorprese: nelle prime cento posizioni sono ben 6 gli studenti che hanno sostenuto la prova a Bari, mentre lo scorso anno per trovare uno studente di Bari si doveva discendere alla 116esima posizione. Un'anomalia decisamente sospetta, visto che proprio a Bari alcune ore prima della prova era stata manomessa una scatola ed erano state trafugate le 60 domande del test. Anche se per ora non ci sono prove certe la situazione va chiarita «Il ministero deve farsi immediatamente garante della situazione e sospendere questi assurdi test» ha dichiarato **Gianluca Scuccimarra** dell'Unione degli universitari, che chiede l'annullamento della prova, per non «parlare dei punteggi bassissimi di entrata, ulteriore riprova dell'inadeguatezza di un sistema che invece di migliorarsi e aprirsi va ad aumentare la casualità: l'anticipazione dei test ad aprile, da sempre contesta da Udu e Rete degli Studenti. Ci troviamo probabilmente davanti ad un test completamente falsato». In effetti la soglia d'ingresso si è abbassata a 34,10 punti, il punteggio del candidato che si è piazzato all'ultimo posto utile, il numero 9.983, mentre l'anno scorso bisognava totalizzare almeno 40 punti per essere ammessi al corso di laurea. Scese in classifica anche la Statale di Milano, che ha solo 10 studenti nei primi cento, e la Sapienza di Roma, che ne ha classificati solo otto studenti nei primi cento. Al Sud le performance meno brillanti: a Palermo solo tre studenti entro i primi cento e a Catania soltanto uno.

Fans e fibrillazione atriale uno studio conferma il nesso

L'uso di Fans - già associato a un aumento di rischio di ictus e scompenso - è associato anche a un aumento di rischio di fibrillazione atriale (Af). Dopo essere stato sollevato da alcuni studi retrospettivi, ora il sospetto è confermato da uno studio prospettico di coorte pubblicato sulla rivista Bmj Open da **Bouwe Krijthe** e colleghi del Dipartimento di epidemiologia dell'Erasmus medical center di Rotterdam in Olanda, che riconoscono però che il meccanismo alla base di questo aumento di rischio non è chiaro. «L'obiettivo dello studio era indagare se l'uso di Fans è associato a fibrillazione atriale in uno studio prospettico di coorte, di popolazione, con dati precisi sui casi incidenti di fibrillazione e informazioni complete sull'uso dei farmaci e potenziali fattori confondenti» scrive Krijthe. Lo studio ha preso in esame 8.423 partecipanti al Rotterdam study, che segue una coorte di anziani (con età media 68,5 anni, per il 58,6% donne) residenti nel quartiere Ommoord di Rotterdam. Dopo un Ecg a riposo, i partecipanti sono stati seguiti con Ecg a ogni visita successiva, mentre il consumo di farmaci veniva monitorato anche con la collaborazione della rete di farmacie, permettendo di suddividere gli anziani in vari gruppi: utilizzatori (da meno di 14 giorni, per un periodo tra 15 e 30 giorni, da oltre 30 giorni) ex utilizzatori (che non li avevano assunti nell'ultimo mese, che non ne assumevano da 1-6 mesi, che non ne assumevano da oltre 6 mesi) e non utilizzatori. Dopo un follow-up durato in media 12,9 anni, 857 partecipanti hanno sviluppato fibrillazione atriale. Al momento della diagnosi, 261 non avevano mai usato Fans, 554 li avevano usati in passato e 42 che li stavano usando. Dopo l'aggiustamento per età sesso e fattori di rischio cardiovascolare, l'uso di Fans per un periodo di 15-30 giorni è risultato associato a un significativo aumento di rischio (hazard ratio 1,76; 95% confidence interval 1,07 – 2,88), che è apparso ancor maggiore in chi aveva smesso dopo averli assunti nel mese precedente (hazard ratio 1,84; 95% confidence interval 1,34 – 2,51), forse proprio perché i sintomi avevano suggerito la sospensione del farmaco.

Epatite C: le linee guida dall'Organizzazione mondiale della sanità

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha presentato le sue prime linee guida per la cura dell'epatite C nel corso dell'International liver congress che ha avuto luogo a Londra dal 9 al 14 aprile 2014. Una pubblicazione che coincide con la disponibilità di farmaci orali più efficaci e sicuri, e con la promessa di composti ancora migliori nei prossimi anni. «Non dimentichiamo che l'epatite C è un'infezione cronica che colpisce circa 140 milioni di persone con oltre 350.000 morti l'anno e che la sua diffusione attraverso sangue infetto mette a rischio molte persone: operatori sanitari, pazienti sottoposti a procedure mediche invasive o iniezioni terapeutiche e anche chi fa uso di droghe iniettabili o utilizza strumenti per perforare la pelle come quelli usati per tatuaggi e piercing» afferma **Stefan Wiktor**, direttore del programma Oms per l'epatite, che poi prosegue: «Il trattamento dell'epatite C è attualmente inaccessibile alla maggior parte dei pazienti. La sfida più importante è di garantire adeguate terapie a chi ne ha bisogno». E il nuovo documento, che si basa su una revisione delle prove scientifiche ad oggi disponibili, mira proprio ad aiutare tutte le nazioni del mondo a migliorare la cura dell'epatite, riducendo le morti per cirrosi ed epatocarcinoma. Nove sono le raccomandazioni chiave riportate dalle linee guida Oms e tra queste non mancano suggerimenti per migliorare lo screening per l'infezione da epatite C e consigli su come limitare il danno epatico nei contagiati o sulla selezione dei pazienti da avviare al trattamento più appropriato. «Si raccomanda, per esempio, una valutazione del consumo di alcolici del paziente con l'eventuale avvio di programmi di disassuefazione dall'abuso di alcol che accelera i danni della malattia» riprende Wiktor. Ma anche politici e operatori sanitari possono trarre vantaggio dalle linee guida 2014 in particolare per pianificare interventi preventivi contro questa infezione cronica che può progredire a cirrosi e cancro epatico.

Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection

SOLE24ORE/SANITA'

«Oncoguida»: ecco le pagine gialle dell'oncologia

Sono le pagine gialle dell'oncologia italiana, non cartacee ma elettroniche. Si chiama Oncoguida (www.oncoguida.it) il nuovo portale nato da un progetto di Aimac (l'associazione di volontariato fondata da Francesco De Lorenzo), in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità e finanziato dal ministero della Salute. Obiettivo: fornire ai malati di cancro e alle loro famiglie una mappa per potersi orientare rapidamente sia tra le strutture italiane specializzate nella diagnosi e nella cura dei tumori sia tra le associazioni di volontariato che offrono sostegno psicologico, riabilitazione, assistenza sociale e previdenziale.

«Sono dieci anni che lavoriamo a questo progetto», racconta Elisabetta Iannelli, vicepresidente Aimac. «Volevamo aiutare i malati a superare le tante difficoltà di orientamento e di reperimento di informazioni». Oncoguida - aggiungono De Lorenzo e Stefano Vella dell'Iss - «è aggiornata quotidianamente e in tempo reale grazie all'attività di

un team esperto che, supportato da un importante sistema informativo della Sanità nazionale realizzato da Ds Medigroup in collaborazione con Federsanità Anci garantisce una costante e verificata qualità del dato».

Dal 2005, quando Aimac ha lanciato l'idea nell'ambito della campagna di comunicazione "Con il malato contro il tumore", l'altra tappa fondamentale del progetto è stata nel 2009, anno in cui è stata formalizzata un'intesa con l'Iss attraverso un apposito finanziamento di Alleanza contro il cancro, la rete degli Irccs oncologici. Sono seguite convenzioni ad hoc con la Direzione generale della comunicazione e delle relazioni istituzionali del ministero della Salute e il contributo determinante della Direzione generale sistemi informativi. Fino ad arrivare a oggi.

La guida, che viene presentata ufficialmente oggi, mercoledì 23 aprile, al ministero della Salute in una conferenza stampa presso l'auditorium della Salute di Lungotevere Ripa 1, alla presenza del ministro Beatrice Lorenzin e a cui partecipano Stefano Cascinu (Aiom), Francesco De Lorenzo (AIMaC), Angelo Lino Del Favero (Federsanità Anci), Alfredo Garofalo (Sico), Elisabetta Iannelli (AIMaC), Maria Linetti (ministero Salute), Rossana Ugenti (ministero Salute), Sfefano Vella (Iss), si completa anche con una sezione di Faq, le risposte alle domande più frequenti che riguardano i diritti dei malati. «Quella per gli strumenti di tutela giuridica in ambito lavorativo, previdenziale, socioeconomica e assistenziale è la nostra più antica battaglia», spiega Iannelli. «Oncoguida è anche uno strumento per far conoscere ai malati e alle loro famiglie i loro diritti e illustrare come accedere ai benefici previsti dalle leggi dello Stato».

Di fatto il sito rappresenta oggi il centro di informazione più ricco ed esaustivo sulle strutture di oncologia nel nostro Paese. Al 17 aprile scorso risultavano censite 1.206 strutture (tra ospedali, Asl, Irccs, case di cura, distretti e hospice), 3.947 reparti, 16.922 medici e 866 associazioni di volontariato.

Ogni cittadino può effettuare la ricerca di strutture di cura per nome del centro o del medico, sede del tumore, Regione e prestazione. E può cercare le associazioni di volontariato per nome, per località in cui operano e per tipo di prestazione che offrono. Di più: per ciascun centro è disponibile il numero di casi trattati, segnalando con un pallino rosso quando è troppo basso per assicurare sicurezza ed efficacia. Uno strumento intelligente e "governato" per sgravare i malati, già provati dalla diagnosi, dal peso di dover cercare affannosamente informazioni anche soltanto per curarsi.

LA GIURISPRUDENZA Cassazione: non si impugna l'ordinanza che dichiara inammissibile un appello che non può essere accolto. Come intendere la "colpa lieve" medica

La Cassazione mette un freno ai ricorsi "inutili", quelli cioè che non potrebbero essere comunque accolti. E lo fa con l'ordinanza 8940/2014 con cui stabilisce che non è impugnabile per Cassazione l'ordinanza che dichiara inammissibile l'appello che non abbia una ragionevole probabilità di essere accolto.

L'ordinanza boccia il ricorso di una Asl condannata in primo grado, dal tribunale di Novara, a risarcire una bambina e i suoi genitori per i danni riportati in occasione del parto. I giudici hanno anche chiarito che la legge "Balduzzi" va interpretata nel senso di escludere l'irrelevanza della colpa lieve, prevista in ambito penale per chi si attiene alle linee guida,

anche per quanto concerne la responsabilità extracontrattuale civilistica.

La Cassazione ha affermato nell'ordinanza una serie di principi di diritto:

- «a) L'ordinanza ai sensi dell'art. 348-ter c.p.c., sia quando è stata emessa in un caso consentito, sia quando è stata emessa al di fuori dei casi in cui l'ordinamento ne consente l'emissione (che si individuano in quelli esclusi dal secondo comma dell'art. 348-bis e in quello risultante a contrario dal secondo comma dell'art. 348-ter), non è impugnabile con il ricorso per cassazione, né in via ordinaria, né in via straordinaria;
- b) In entrambi i casi l'impugnazione possibile è solo quella della sentenza di primo grado;
- c) Tale impugnazione è soggetta al controllo della Corte di cassazione sia sotto il profilo dell'art. 329 c.p.c. in relazione all'appello a suo tempo esercitato, sia sotto quello dell'eventuale abbandono con lo stesso appello di questioni per difetto di riproposizione ai sensi dell'art. 346 c.p.c.;
- d) La Corte di cassazione, investita del ricorso contro la sentenza di primo grado non può esaminare la ritualità della decisione del giudice di appello dichiarativa della sua inammissibilità per ragioni inerenti la tecnica e lo svolgimento del giudizio di appello, ma può rilevare che, in ragione della tardività dell'appello o per essere ammesso contro la sentenza di primo grado un mezzo di impugnazione diverso da quello dell'appello, la sentenza di primo grado era passata in cosa giudicata e ciò anche quando lo stesso giudice d'appello con l'ordinanza ai sensi dell'art. 348-ter abbia detto inammissibile a sua volta l'appello per una di tali ragioni;
- e) L'ordinanza ex art. 348-bis c.p.c. non è impugnabile in Cassazione nemmeno quanto alla statuizione sulle spese».

Passando poi al cuore del ricorso respinto, la Cassazione afferma un altro principio di diritto: «La norma dell'art. 3, comma 1, del Dl n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 189 del 2012, quando dispone nel primo inciso che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve" e, quindi, soggiunge che "in tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", poiché omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso solo la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art 2043 c.c. dev'essere interpretata, conforme al principio per cui *in lege aquilia et levissima culpa venit*, nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrelevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica. Deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale».

Malattie Rare: il ministro Lorenzin invia il Piano nazionale alle Regioni

Il ministro della salute Beatrice Lorenzin, come già annunciato la scorsa settimana ([VEDI](#)) ha firmato la trasmissione dello schema di Piano nazionale sulle Malattie rare (PNMR) alla Conferenza Stato-Regioni per l'approvazione.

«Le persone affette da malattie rare – ha sottolineato il ministro Lorenzin - si ritrovano tutte con lo stesso problema , le famiglie si sentono sole e l'assistenza territoriale non è

coordinata in modo uniforme. Credo che in un Paese come il nostro dobbiamo essere in grado di dare risposte anche ai malati di malattie meno conosciute. Questo Piano è un passo avanti in tal senso».

Il Piano, che avrà durata triennale, rappresenta un documento organico sul tema delle malattie rare, coerente con le strategie di pianificazione e di programmazione già in atto nel nostro Paese che da tempo ha dedicato una particolare attenzione a questa problematica, nella consapevolezza che tali malattie necessitano di politiche specificamente indirizzate. Finora era però mancato un provvedimento di cornice in grado di dare unitarietà all'insieme delle azioni intraprese. Il documento intende colmare questo vuoto illustrando i temi che dovranno essere sviluppati nel triennio di validità, in particolare le azioni utili a ridurre la variabilità nella qualità dei servizi offerti ai pazienti e nella loro accessibilità, causata soprattutto da differenze in termini di conoscenza ed esperienza sulle singole malattie, che si riflettono inevitabilmente in differenti capacità di diagnosi e follow up nelle diverse realtà regionali e locali.

In particolare esso analizza gli aspetti della diagnosi e dell'assistenza ai malati rari, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione della rete nazionale dei Presidi e sulle azioni di coordinamento delle attività regionali, sulle problematiche legate alla nomenclatura e alla codifica delle Malattie Rare, sugli strumenti per l'innovazione terapeutica, sui farmaci (non solo "orfani") e le norme che regolano la loro erogazione, ma anche sulle misure che possono essere intraprese per migliorare la loro disponibilità. Un paragrafo specifico è dedicato alle Associazioni che si occupano di malattie rare che svolgono un ruolo importante nell'incoraggiare politiche mirate, ricerche ed interventi di assistenza sanitaria.

Un aspetto particolarmente cruciale nel campo delle Malattie rare è la formazione, insieme alla valorizzazione professionale degli operatori sanitari, requisito essenziale da assicurare attraverso la massima circolazione delle conoscenze.

Lo schema di Piano Nazionale delle malattie rare trasmesso alle Regioni affronta anche questo argomento e si sofferma sul valore dell'informazione, non solo ai professionisti della salute, ma anche ai malati e ai loro familiari. Un'altra importante tematica presa in esame è la diagnosi precoce, perché una delle principali difficoltà incontrate dalle persone colpite da una malattia rara è proprio l'impossibilità di ottenere una diagnosi tempestiva della malattia e ricevere quindi un trattamento appropriato nella fase iniziale, quando è ancora possibile determinare un sensibile miglioramento della qualità della loro vita.