

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
28 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

ASL2/OLBIA

Asl Olbia: anche le donne galluresi potranno scegliere di partorire senza dolore *L'Azienda attiva un progetto sperimentale per offrire il servizio alle partorienti*

COMUNICATO STAMPA

OLBIA Anche le future mamme galluresi, gratuitamente, potranno scegliere di partorire con l'epidurale. Dopo La Maddalena, anche negli ospedali di Olbia e Tempio sarà possibile partorire senza dolore; Nella Asl 2 prende il via un progetto sperimentale che consente di attivare l'importante servizio che andrà ad incrementare il livello di umanizzazione delle cure offerte negli ospedali della Asl di Olbia. Per accedere al servizio bisognerà però partecipare a un percorso informativo obbligatorio.

La nascita di un figlio, per la donna, è sempre un'esperienza irripetibile, associata a emozioni forti e all'esperienza del dolore durante il travaglio. Per questo, nell'intento di umanizzare il parto, sono stati attivati negli anni diversi percorsi volti a controllare il dolore, e far vivere l'evento nascita in maniera più serena. Tra i diversi sistemi ideati per il contenimento del dolore durante il parto, ora la Asl di Olbia, in via sperimentale, è in grado di offrire in tutte le sue strutture ospedaliere anche la **Parto Analgesia**.

Al "Giovanni Paolo II" di Olbia e al "Paolo Dettori" di Tempio Pausania è stato attivato un percorso gratuito dedicato all'attivazione del **Servizio di parto analgesia**, che consentirà alle gestanti di informarsi e richiedere l'epidurale durante il travaglio.

Servizio invece già attivo all'ospedale "Paolo Merlo" di La Maddalena.

"Un risultato davvero significativo – sottolineano il direttore generale della Asl di Olbia, Giovanni Antonio Fadda, il direttore amministrativo Gianfranco Casu e il direttore sanitario, Maria Serena Fenu – che si inserisce nel più ampio percorso di umanizzazione delle cure e consente di rendere l'assistenza a donne e neonati il più possibile personalizzata. In attesa di una risposta definitiva da parte della Regione, come Azienda abbiamo intrapreso un percorso che ci consente di attivare per un anno un "progetto sperimentale" che, grazie alla preziosa collaborazione degli Anestesisti, e con i soli fondi aziendali destinati al raggiungimento degli obiettivi dei medici, rende possibile nelle nostre strutture il servizio di Parto analgesia".

Un percorso reso possibile grazie alla sinergia tra le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e Anestesia e Rianimazione, che ha consentito di creare una 'squadra' interdisciplinare di professionisti che si dedicherà a informare le gestanti, per poi seguirle, passo dopo passo, in questo percorso.

*“Con l’epidurale – spiega **Antonio Rubattu**, primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell’ospedale di Olbia – aumenta ulteriormente la nostra offerta di assistenza, dando modo alle mamme di scegliere, in totale libertà, diverse tipologie di percorso che consentono di contenere il dolore durante il parto”.*

*“L’obiettivo di garantire questo servizio ha richiesto un grosso impegno organizzativo. Denominatore comune delle scelte compiute è stata la volontà di garantire un’alta qualità delle prestazioni e al contempo la minimizzazione dei rischi”, conclude **Franco Careddu**, primario del reparto di Ostetricia e ginecologia dell’ospedale di Tempio.*

*“Un tipo di assistenza diventata ormai irrinunciabile, che consentirà a tutte le donne galluresi di poter scegliere di partorire senza dolore”, conclude **Sebastiano Uscidda**, responsabile del reparto di Ostetricia dell’ospedale di La Maddalena, dove l’epidurale viene garantita ormai da anni.*

Modalità di accesso all’analgisia epidurale

Per accedere alla parto-analgisia sarà vincolante partecipare a una **Conferenza informativa** entro il settimo mese di gravidanza (32° settimana); effettuare un colloquio con il medico anestesista entro la 35esima settimana di gravidanza ed eseguire gli esami del sangue e l’elettrocardiogramma pre-ricovero. L’analgisia epidurale, in ogni caso, verrà somministrata solo dopo il parere favorevole del ginecologo.

Le donne interessate ad approfondire l’argomento, possono mettersi in contatto con i reparti:
per **la Maddalena**, comporre lo 0789/791243;
per **Olbia** lo 0789/552912 (il giovedì, dalle 08.00 alle 14.00) o allo 0789/552977;
per **Tempio** lo 079/678314.

Le Conferenze informative

A **La Maddalena** è sufficiente contattare il reparto, per concordare l’incontro con gli operatori sanitari.

A **Tempio** la Conferenza informativa si terrà **giovedì 30 gennaio 2014**, alle ore 12.00, nella sala riunioni al VII piano dell’ospedale tempiese.

A **Olbia** le Conferenze informative si terranno il 1° e il 3° martedì di ogni mese, a partire dal **04 febbraio 2014**: l’appuntamento è fissato per le 10.30 nell’aula formazione al II piano dell’ospedale “Giovanni Paolo II” di Olbia.

Durante le conferenze informative verranno illustrati limiti e vantaggi della parto analgesia, e le modalità d’accesso alla visita anestesiologicala.

Controllo del dolore durante il parto: la scelta alle gestanti

La Parto Analgesia va ad ampliare il ventaglio di offerte dei **percorsi per il controllo del dolore**: nella Asl di Olbia si seguono da anni percorsi non farmacologici, con metodi naturali, per il raggiungimento del benessere materno-fetale. Si tratta del **Parto in acqua**, accompagnato dal sostegno emozionale, attraverso coccole e una maggiore attenzione verso le donne, ma anche altri percorsi, come l’uso dello **sgabello** o in **piedi**, e le **posizioni libere**, come con la liana o il pallone.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Ospedalieri, riattivazione dei fondi aziendali o ci saranno agitazioni

«Finché il blocco dei contratti vale per tutti i pubblici dipendenti, rispettarlo ha un senso; ora che si scopre che insegnanti, polizia e magistrati hanno fruito di deroghe, anche il comparto sanità chiede di attingere almeno ai fondi aziendali». Alla vigilia della trattativa con il comitato di settore sul contratto “a costo zero” per gli ospedalieri, le parole del segretario Anaao Assomed **Costantino Troise**, fanno seguito a una lettera inviata al ministro **Beatrice Lorenzin** dall’Intersindacale Medica, confederazione delle sigle della dipendenza, e prefigurano proteste tra i medici ospedalieri. «Da tempo –dice Troise - chiediamo al ministro di adoperarsi perché, pur permanendo il blocco dei contratti tra 2010 e 2014, sia possibile ottenere una modifica legislativa della 122/2010 che blocca sia gli scatti retributivi a carico del governo sia gli incrementi dovuti all’uso di fondi accessori disponibili a livello periferico nelle aziende ospedaliere. Fin qui non siamo stati ascoltati». I medici ospedalieri non hanno più gli scatti di anzianità, né chiedono una lira in più dal Fondo sanitario. Chiedono però che i soldi oggi incamerati dalle aziende – ad esempio a seguito del pensionamento di un veterano al top del salario, sostituito da un giovane – anziché essere destinati agli usi delle stesse, siano ripartiti tra i Fondi di risultato, i Fondi per pagare gli incarichi e quelli per compensare il lavoro straordinario di notte e nei festivi. «Solo le retribuzioni dei dipendenti della sanità e di alcuni enti locali sono ferme al 2010 - dice Troise - le altre sono salite. Dall’incidente del prelievo d’inizio anno agli insegnanti veniamo a sapere che nella scuola sono stati distribuiti gli scatti di anzianità; dalla Finanziaria 2014 scopriamo che i poliziotti avranno 150 milioni di euro in più. Noi non chiediamo queste cifre, ma osserviamo un problema di equità. Qualcuno, ben supportato dal ministro di riferimento, ha trovato soluzioni per difendere la busta paga; la sanità invece il ministro di riferimento non l’ha. Lorenzin dovrebbe dimostrare di saper valorizzare il patrimonio professionale del Ssn».

Codice deontologico, Conte (Fnomceo): tecnologie non allontanano medico e persona

Un rapporto tra medico e cittadino che si rafforza, a dispetto delle nuove tecnologie che potrebbero produrre un distacco se non utilizzate in modo corretto: in quest’ambito si muove il nuovo Codice deontologico medico che sta vedendo la luce in questi giorni. Il segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici **Luigi Conte** ci ragguaglia sulla tempistica che porterà all’approvazione del documento: «Il prossimo 31 gennaio il Comitato centrale si riunirà per esaminare la nuova bozza che verrà poi inviata all’esame degli ordini provinciali; è intenzione del presidente procedere poi a un confronto con le associazioni e società scientifiche più rappresentative, le organizzazioni sindacali e dei cittadini, con l’obiettivo di arrivare a un’approvazione durante il consiglio nazionale di maggio». Erano stati proprio alcuni ordini provinciali a sollevare alcune critiche alla bozza

precedente: «Il testo appariva eccessivamente prolisso ma ora il linguaggio è stato rivisto e asciugato, puntando sulla formulazione di concetti precisi e sintetici». Quanto ai contenuti, c'è l'esigenza di rapportarsi alla modernità e un'attenzione al rapporto con chi ora si preferisce chiamare "persona" anziché "paziente". «Abbiamo richiamato il fatto che il medico, pur utilizzando le tecnologie più moderne, non deve mai rinunciare al suo rapporto empatico con il cittadino che chiede il suo intervento professionale; la tecnologia – dichiara Conte - deve essere soltanto un mezzo per migliorare la qualità e l'efficienza della diagnosi e della terapia ma non può mai esaurirsi in se stessa o indebolire il rapporto tra medico e persona». In alcune sue parti il nuovo Codice deontologico entra nello specifico e «ammonisce a non ricorrere a quelle tecnologie che non rappresentano un effettivo miglioramento e portano soltanto a un aggravio di tipo economico delle prestazioni sanitarie, perché bisogna sicuramente badare a garantire la sostenibilità del Ssn, l'unico strumento che possa garantire giustizia, equità e uguaglianza nelle prestazioni sanitarie».

Stetoscopio addio? Di Biase (Sic): attualmente resta insostituibile

Il vecchio stetoscopio sta per andare in soffitta, rimpiazzato dai più moderni ecografi portatili? La notizia, sostenuta in un editoriale della rivista internazionale di cardiologi World heart federation, avrebbe un forte impatto simbolico, ma non ha fondamento. **Matteo Di Biase**, presidente Società italiana di cardiologia, sostiene senza mezzi termini che «lo stetoscopio è uno strumento assolutamente insostituibile nella pratica clinica in quanto utilizzabile ovunque, di bassissimo costo e in grado di fornire informazioni che più apparecchi combinati non danno». Non è una chiusura alla tecnologia e neppure agli ecografi portatili: «Nella mia unità operativa – dichiara Di Biase, che dirige la struttura complessa universitaria di cardiologia degli Ospedali riuniti di Foggia - ne abbiamo due e tutti i medici che fanno consulenze li utilizzano per completare la consulenza, ma non sostituiscono lo stetoscopio e al momento attuale non c'è nulla in circolazione che possa farlo». Di Biase ricorda le proprietà peculiari dello stetoscopio che permette l'auscultazione del cuore, fornendo con immediatezza informazioni importanti e ancor di più l'auscultazione del polmone, rilevando le alterazioni del cuore sinistro che sui polmoni si ripercuotono. Quanto alle nuove tecnologie, il presidente Sic sottolinea l'importanza di adottare un approccio responsabile che non sottovaluti i diversi fattori coinvolti: «Settorializzazione e costi aggiuntivi sono un rischio concreto; negli ospedali di periferia non c'è sicuramente l'ecografo portatile, che ha costi di cui bisogna tener conto. Una volta il cardiologo aveva a disposizione soltanto il fonendoscopio e le mani, successivamente ha avuto la possibilità offerte dall'elettrocardiogramma e poi sono intervenute nuove macchine che completano, migliorano e approfondiscono la diagnosi, ma che non possono sostituirsi al primissimo approccio tra medico e paziente, basato sull'auscultazione e l'esame clinico».

Choosing wisely prosegue. I 5 Interventi da evitare nella gestione del dolore

Dopo oncologi, psichiatri, dermatologi e altri specialisti, ora in Usa anche gli anestesisti dell'Asa (American society of anesthesiologists) e i terapisti del dolore dell'ApS (American pain society) si sono dotati di una propria "Top 5 list", il noto elenco di procedure comunemente eseguite ma da evitare – perché spesso inutili, sempre costose e talvolta pericolose – stilate nell'ambito dell'iniziativa "Choosing wisely" (Scegliere saggiamente), varata dall'Abim (American board of internal medicine foundation). Ecco i divieti per gli

specialisti del dolore. 1) Non prescrivere analgesici oppioidi come terapia di prima linea nel trattamento del dolore cronico non oncologico. Considera prima una terapia multimodale, compresi trattamenti non farmacologici come terapie comportamentali e fisiche. Se indispensabili i farmaci, prova Fans o anticonvulsivanti prima degli oppioidi. 2) Non prescrivere oppioidi come terapia a lungo termine per trattare il dolore cronico non oncologico fin quando i rischi non siano stati discussi con il paziente, informandolo dei rischi, quale la dipendenza. Usa cautela nella coprescrizione di oppiacei e benzodiazepine. Valuta in modo proattivo e tratta, se indicato, effetti negativi frequenti quali stipsi e riduzione dei livelli sierici di testosterone o estrogeni. 3) Evita l'imaging - Rm, Tc o Rx - per lombalgia acuta senza indicazioni specifiche, specie nelle prime 6 settimane, in quanto non sono necessari nella maggior parte dei casi e possono anzi rivelare reperti casuali che distolgono l'attenzione dalla reale causa del dolore, aumentando il rischio di interventi chirurgici inutili. 4) Non usare la sedazione endovenosa (propofol, midazolam, o infusione di oppioidi a durata d'azione ultra-breve) per blocchi nervosi diagnostici e terapeutici, o iniezioni intrarticolari, come pratica abituale. In teoria le procedure diagnostiche dovrebbero essere effettuate con la sola anestesia locale. La sedazione endovenosa si può usare solo dopo analisi e discussione dei rischi, come l'interferenza con la valutazione degli effetti antidolorifici acuti della procedura e la possibilità di falsi positivi nella risposta. 5) Evita interventi irreversibili per il dolore non oncologico, come blocchi neurolitici chimici periferici o ablazione periferica con radiofrequenza, che, oltre a essere costosi, possono causare significativi rischi a lungo termine di debolezza, intorpidimento o aumento del dolore.

Sentenza riconosce nesso causale tra cancro ed errata somministrazione vaccini

Per la prima volta una sentenza italiana riconosce il nesso di causalità tra il cancro e le vaccinazioni fatte a militari con tempi, modalità e controlli sbagliati. Lo riferisce un articolo di Repubblica che aveva aperto il caso nei mesi passati con ripetute inchieste sul tema. Il tribunale di Ferrara ha condannato in primo grado il ministero della Salute che ora dovrà indennizzare la famiglia di Francesco Finessi, militare che nel 2002 è deceduto per un linfoma di Hodgkin. Non è ancora certo l'importo del risarcimento, ma il legale della famiglia Finessi ipotizza una somma di circa 150mila euro. La sentenza riconosce che il soldato era sano e forte prima che gli venisse somministrata una serie di vaccini con tempi e modalità sbagliate. "Vaccini che hanno portato al collasso il suo sistema immunitario fino a causargli una malattia letale". Già a Novembre era stato condannato a tre anni di carcere, dalla corte penale di Belluno, Nicola Marchetti, il capitano medico degli alpini accusato di aver falsamente attestato, nel libretto sanitario di alcuni militari di leva, di aver eseguito le visite mediche necessarie.

DIRITTO SANITARIO Infarto e causa di servizio: annullato il provvedimento negativo

Il fatto

La vedova di un insegnante, deceduto a causa di un infarto da cui era stato colpito mentre si recava a scuola, ha impugnato il decreto del Vice Direttore Generale del Ministero della Pubblica Istruzione con cui, per effetto del parere negativo espresso dal CPPO, è stata respinta l'istanza di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per l'infermità

(infarto miocardico acuto). Il professore aveva svolto le proprie mansioni di insegnante di educazione tecnica in quattro diverse scuole lontane dall'abitazione, in condizioni ambientali sfavorevoli, che lo hanno costretto a quotidiani e stressanti viaggi, provocandogli notevole stress psico-fisico, unitamente alle ulteriori attività parascolastiche, culturali e ricreative svolte.

Profili giuridici

La motivazione del provvedimento impugnato è fondata sul parere negativo reso dall'Ufficio Medico Legale del Ministero della Sanità, che ha evidenziato come non è dato rilevare situazioni che hanno comportato stress psico-fisici così intensi e ripetuti come quelli che derivano da forti responsabilità decisionali a diretto riflesso giuridico o da forti stati emozionali così da coinvolgere la personalità psichica del soggetto anche al di fuori dell'orario o dell'ambiente di lavoro. Infatti, ai fini del riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, la giurisprudenza prevalente attribuisce rilevanza solo a stress ripetuti nel tempo e connessi ad attività tali da comportare un'elevata tensione emotiva anche al di fuori dall'orario di lavoro. I giudici amministrativi, però, hanno precisato che il provvedimento amministrativo negativo deve basarsi su indagini di fatto dirette a valutare il tipo di patologia, l'ambiente lavorativo e la sua connessione con l'insorgenza della malattia, soprattutto qualora si tratti di un infarto, essendo pacifico che l'insorgenza dello stesso, ancorché in presenza di un substrato endogeno-costituzionale, è più frequente in soggetti sottoposti a forte affaticamento fisico e psichico, costituendo tale fattore una concausa efficiente e concorrente nel determinismo di tale infermità. Tali indagini, nel caso di specie, risultano carenti, pertanto il ricorso è stato accolto per un riesame dell'atto impugnato.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Milleproroghe. Regioni chiedono slittamento termini anche per Intramoenia e chiusura Opg

Ma non solo, negli emendamenti al testo proposta anche la proroga di un anno su norme antincendio strutture sanitarie e sulle nuove misure per il rinnovo della patente. Su intramoenia chiesta proroga al 31 dicembre 2015 mentre per superamento Opg l'emendamento propone che la loro chiusura avvenga entro il 1 aprile 2017. GLI EMENDAMENTI DELLE REGIONI

Di Milleproroghe: arrivano gli emendamenti delle Regioni. Per quanto riguarda la sanità le proposte riguardano la libera professione intramoenia, per cui è richiesta una proroga sull'attuazione delle nuove norme al 31 dicembre 2015.

Altra proposta emendativa attiene il superamento e la chiusura degli Opg per cui le Regioni chiedono venga posticipata al 1 aprile 2017. Proroghe richieste anche in merito alla normativa antincendio per le strutture sanitarie e sul rinnovo della patente.

Ecco le proposte emendative in materia di Sanità:

Emendamento (Attività intramoenia – libera professione):

Articolo aggiuntivo

“All'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, sono apportate le seguenti modificazioni:
a) al comma 3 le parole: « entro il 31 dicembre 2014» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 dicembre 2015»”.

Motivazione

Il D.lgs. n. 254 del 2000 ha disposto il finanziamento per il programma dell'attività libero professionale.

La maggior parte degli interventi risulta conclusa e collaudata; restano ancora da completare una minima parte di interventi che hanno avuto oggettive e precise problematiche connesse con l'appalto e l'esecuzione, dovute principalmente alle difficoltà intrinseche delle imprese che, con la crisi economica degli ultimi anni, hanno evidenziato seri problemi di liquidità con ripercussioni sugli approvvigionamenti delle forniture e, in alcuni casi, con il fallimento delle stesse.

Emendamento (Ex O.P.G.):

Articolo aggiuntivo

“Al comma 4 dell'articolo 3-ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9, sono apportate le seguenti modificazioni: le parole: « 1 aprile 2014» sono sostituite dalle seguenti: « 1 aprile 2017»”.

Motivazione

L'art. 3-ter della L. n. 9/2012 stabiliva il 1 febbraio 2013 quale termine ultimo per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Con la legge n. 57/2013 (art. 1 comma 1 lett. b) del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24) il termine di cui sopra è stato sostituito stabilendo altresì che “Dal 1° aprile 2014 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi...”. Nonostante il fatto che le Regioni abbiano presentato, entro i ristretti termini assegnati (15 maggio 2013), i programmi per la realizzazione delle strutture sanitarie alternative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le stesse non saranno in grado di poter nemmeno avviare nei pochi mesi rimasti, le procedure di gara per la scelta del progettista e dell'impresa esecutrice dei lavori. Per tale motivo risulta necessaria una proroga di almeno quattro anni per realizzare le strutture alternative agli ex O.P.G. consentendo la chiusura definitiva di quest'ultimi.

Emendamento (Antincendio):

Articolo aggiuntivo

“All'articolo 6 comma 2 del D.L. n. 158 del 13 settembre 2012 convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189, sono apportate le seguenti modificazioni: alla lettera c) le parole: « trentasei mesi» sono sostituite dalle seguenti: «quarantotto mesi»”.

Motivazione

L'adeguamento delle strutture alla Regola Tecnica per l'antincendio delle strutture sanitarie è previsto da un susseguirsi di normative ed ultimamente normata dal D.L. 13.09.2012 n. 158 art. 6, comma 2. La Commissione Ministeriale per il riesame della Regola Tecnica, già aggiornata nel corso del 2012, ha formulato una nuova proposta, che deve essere sottoposta ai conseguenti pareri tecnici e di trasparenza.

Si presume che il decreto potrà essere emanato nei primi mesi del 2014 e, pertanto, stante

ancora il livello di incertezza sulle effettive opere da porre in essere, si chiede una proroga di almeno un anno dalla data di pubblicazione del citato decreto.

Emendamento (Rinnovo patente):

Articolo aggiuntivo

“I termini di cui al comma 2 dell’art. 8 del decreto 15 novembre 2013 “Disposizioni procedurali attuative degli articoli 1, 2 e 3 del decreto 9 agosto 2013, in materia di nuove procedure di comunicazione del rinnovo di validità della patente” sono prorogati di un anno”.

Motivazione

Si ritiene necessario procedere ad un differimento delle disposizioni previste che, comunque, hanno necessità di essere sperimentate per le seguenti criticità:

- di natura tecnica (ad es. la mancanza delle attrezzature informatiche necessarie per il corretto funzionamento soprattutto negli ambulatori periferici);
- ulteriore burocratizzazione delle procedure, attribuendo al medico/commissione atti meramente amministrativi, come ad esempio riportare i codici a barre dei bollettini versati dall’utenza;
- allungamento dei tempi di rilascio della certificazione.

Carenza farmaci oncologici di "vecchia" generazione. Tirelli: “Non è accettabile che i nuovi farmaci con impatto di qualche settimana o mese costino cifre esorbitanti”

La soluzione? Per il direttore del Cro di Aviano non c'è che una via: "Non approvare più alcuni medicinali o ridurre il prezzo. In particolare quelli biologici ed oncologici prodotti dalle multinazionali e venduti a prezzi elevatissimi (dei quali peraltro non vi è mai carenza periodica)". Ecco alcune proposte per uscire dall'impasse.

“Sul sito dell’AIFA è riportato l’elenco dei medicinali attualmente carenti per le seguenti motivazioni: problemi produttivi, problemi regolatori, cessata commercializzazione e sospensione della commercializzazione” ribadisce **Umberto Tirelli**, Direttore Dipartimento di Oncologia Medica dell’Istituto Nazionale Tumori di Aviano.

“Il commercio paralleo – sottolinea in una nota - prospettato da Federfarma per giustificare la carenza periodica di farmaci, dovuto ad un’iniziativa pur legale dei grossisti che, insieme ai farmacisti, esporterebbero farmaci dall’Italia per esempio alla Germania dove costano di più, può essere sì una spiegazione ma solo parziale, perché se le aziende produttrici garantissero che anche i farmaci in questione fossero prodotti in maniera sufficiente cadrebbe di molto il vantaggio del commercio paralleo in quanto le nazioni in causa avrebbero a sufficienza i farmaci che invece mancano”.

“D’altra parte – precisa Tirelli - , la situazione degli Stati Uniti che dal 2006 denunciano questa carenza, dimostra che la mancanza periodica di farmaci oncologici ma anche di antibiotici, antidolorifici, antiepilettici, è dovuta alla carenza periodica della produzione dei farmaci stessi e non esiste, che io sappia, commercio paralleo alcuno. In ben 2/3 degli ospedali pubblici americani si registra una carenza periodica di almeno 15 e più farmaci nei sei mesi precedenti che mette a repentaglio la salute dei pazienti. I farmaci oncologici periodicamente mancanti sono il 5-fluorouracile, che è alla base della chemioterapia per molti tumori gastroenterici e del capo e collo, la bleomicina, un farmaco basilare nella

terapia di certi linfomi e dei tumori del testicolo, la doxorubicina liposomiale utilizzata nel carcinoma dell'ovaio e nel mieloma multiplo, il metotrexate e l'ARA-C, essenziali nella terapia delle leucemie acute, e il BCNU essenziale per il trapianto di midollo”.

“Uno studio americano del St. Jude Children Research Hospital – specifica il professore - ha dimostrato che i bambini e gli adolescenti con linfoma di Hodgkin trattati con un farmaco alternativo a quello che mancava, hanno avuto una riduzione della sopravvivenza libera da malattia del 13% a due anni. L'intervento del Presidente **Obama** non è stato sufficiente né utile in quanto la situazione non si è assolutamente modificata e la Food and Drug Administration, come da noi l'AIFA, sembrano impotenti di fronte a questo problema”.

“Quali – si chiede Tirelli - potrebbero essere dunque gli interventi da mettere in atto per risolverlo? Un argomento molto convincente sia negli Stati Uniti che in Italia è non approvare più quei farmaci, o ridurre consistentemente il prezzo di commercializzazione, in particolare quelli biologici ed oncologici prodotti dalle multinazionali e venduti a prezzi elevatissimi (dei quali peraltro non vi è mai carenza periodica...), quando queste e le loro piccole filiali o succursali non producessero più quei farmaci oncologici tradizionali, i cosiddetti chemioterapici vecchi che costano poco ma dei quali si sente la mancanza perché in grado di contribuire a guarire certe malattie oncologiche come leucemie acute, linfomi e tumori del testicolo. Se le industrie farmaceutiche si lamentassero dei costi molto elevati per la ricerca che richiederebbero un aumento dei costi dei farmaci, va loro ricordato che le migliaia di convegni supportati economicamente dall'industria organizzati nel mondo ogni giorno (che potrebbero essere ridotti significativamente) hanno lo scopo principale di promuovere i farmaci costosissimi che poi mettono in grave difficoltà i nostri budget ospedalieri, come per esempio succede oggi ad Aviano, dove ogni anno soltanto per i farmaci oncologici dobbiamo mettere nel budget 20 milioni di euro e dobbiamo ridurre le risorse per medici, infermieri e tecnici che sono necessari per l'assistenza e la ricerca”.

“Se è accettabile l'alto costo di farmaci molto efficaci – precisa Tirelli - , come quelli contro l'HIV/AIDS, che hanno trasformato una malattia mortale in cronica, non è accettabile che farmaci che hanno un impatto di qualche settimana o mese costino cifre esorbitanti. Inoltre, si potrebbe proporre che l'Ospedale Militare di Firenze tenga come scorta quei farmaci che si sa possono venire a mancare negli ospedali italiani come si fa con gli antidoti per i veleni che possono essere immediatamente messi a disposizione se mancassero negli ospedali. Denunciai per primo in Italia il fenomeno nel settembre 2011 quando un farmaco fondamentale per il trapianto di midollo nei linfomi, la carmustina, si rese irreperibile rendendo impossibile il trapianto di midollo a nove pazienti con linfoma già in attesa del trapianto e che furono trattati con terapia alternative e con farmaci sperimentali, mentre per altri meno urgenti si optò per allungare i tempi di attesa sapendo di non comprometterne gravemente la salute. Ma ancora oggi il problema esiste e non sembra vi siano interventi efficaci messi in azione”.

E' morto Francesco Marabotto. Uno dei più autorevoli giornalisti italiani di sanità e medicina

Laureato in medicina si è però da subito dedicato anima e corpo al giornalismo. Da sempre all'Ansa di cui è stato capo redattore. Ha seguito tutti i più importanti eventi di sanità e di medicina negli ultimi 40 anni. Dalla scoperta dell'Aids alle grandi vicende come quella Di

Bella, raccontando i passi avanti della medicina senza dimenticare la cronaca.

E' morto stanotte il giornalista dell' ANSA **Francesco Marabotto**, fra i più importanti ed esperti giornalisti di sanità e medicina. Pluripremiato anche con la medaglia d'argento della Presidenza della Repubblica come benemerito della Sanità, avrebbe compiuto 59 anni il prossimo 22 luglio. Aveva da pochi mesi lasciato la redazione Notiziari Specializzati, che aveva guidato come caporedattore. Il suo rigore ha distinto tutta la sua attività professionale. Ha seguito tutti i più importanti eventi di sanità e di medicina attraversati dal nostro Paese negli ultimi 40 anni, dalla scoperta dell'Aids alle grandi vicende come quella Di Bella, raccontando i passi avanti della medicina senza dimenticare la cronaca.

Pma. La legge 40 torna alla Corte Costituzionale. Questa volta per la diagnosi pre impianto

Il dubbio di costituzionalità sollevato da un'ordinanza del Tribunale di Roma riguarda il divieto di accedere al metodo e alla diagnosi preimpianto, anche per le coppie portatrici di malattie trasmissibili geneticamente. Sul punto la Corte europea di Strasburgo aveva già condannato l'Italia.

Torna davanti alla Corte Costituzionale la legge 40 sulla procreazione assistita. A sollevare la questione di costituzionalità sul divieto per le coppie fertili di accedere alla procreazione assistita e alla diagnosi preimpianto, anche se portatrici di malattie trasmissibili geneticamente, è stata un'ordinanza del Tribunale di Roma a cui si erano rivolta una donna, portatrice sana di distrofia muscolare Becker (malattia genetica ereditata dal padre), dopo essersi visti negare dal Centro per la tutela della Salute della donna e del bambino "Sant'Anna" proprio l'accesso alla procreazione assistita e la diagnosi preimpianto. E' la prima volta che questa specifica questione arriva alla Consulta.

Ricordiamo che nel 2012 la [Corte europea di Strasburgo](#), a causa della legge 40, aveva condannato l'Italia per violazione di due norme della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo. In quel caso era stata sottolineata l'"incoerenza" del nostro sistema che da un lato vieta alla coppia fertile ma portatrice di una malattia geneticamente trasmissibile di ricorrere alla diagnosi preimpianto, e dall'altro, con la legge 194 sull'aborto, le permette l'aborto terapeutico nel caso il feto sia affetto dalla stessa patologia.

Cancro. Nanoparticelle che poi si autodistruggono. Verso diagnostica e trasporto farmaci con meno effetti collaterali

Nanoparticelle inorganiche che colpiscono il bersaglio e vengono poi degradate, senza accumularsi. Una scoperta che in futuro potrebbe essere utilizzata per il trasporto di farmaci anticancro e per indagini diagnostiche. Lo studio su Nature Nanotechnology Si va verso il futuro della nanomedicina multifunzionale: oggi arrivano dalla University of Toronto, insieme ad altre Istituzioni, delle nanoparticelle inorganiche (particelle di materia dimensioni pari a milionesimi di millimetro), in grado di colpire in maniera diretta il bersaglio e poi 'autodistruggersi' degradandosi e dunque venendo eliminate. Lo studio, condotto su topi, è intitolato *DNA assembly of nanoparticle superstructures for controlled biological delivery and elimination* ed è stato appena pubblicato su *Nature Nanotechnology*. In generale, la nanomedicina sfrutta l'uso di nanotecnologie (cioè tecnologie su scala

‘nano’, come appunto in questo caso), sia per applicazioni terapeutiche che per applicazioni diagnostiche, come la diagnostica per immagini, che spesso si serve di mezzi di contrasto. I ricercatori hanno utilizzato il Dna per controllare la distribuzione biologica e l’eliminazione di queste impercettibili particelle inorganiche, organizzandole in superstrutture colloidali. In generale, un colloide è una miscela in cui una sostanza - in questo caso le nanoparticelle - viene finemente dispersa: ad esempio, anche la maionese e il burro sono due tipi di colloidali (nel burro zuccheri e proteine sono dispersi nei grassi). Con questa tecnica, le nanoparticelle sono come dei mattoncini piccolissimi (non microscopici ma ancora più piccoli), la cui dimensione, la chimica della superficie e la struttura con cui sono assemblate determina la costruzione complessiva della superstruttura. Proprio in funzione di questa costruzione, queste superstrutture interagiscono con le cellule e con i tessuti, ma poi vengono degradate, sfuggendo così alla ‘cattura biologica’. Così si eviterebbe anche la possibilità di effetti collaterali.

“Abbiamo dimostrato che questa strategia riduce la ritenzione delle nanoparticelle da parte dei macrofagi e migliora l’accumulazione *in vivo* nel tumore e l’eliminazione da tutto il corpo”, si legge nello studio, realizzato da **Leo Y. T. Chou, Kyril Zagorovsky e Warren C. W. Chan.**

Le superstrutture potranno essere in seguito rese funzionali per trasportare e proteggere dalla degradazione enzimatica agenti terapeutici e diagnostici (utilizzabili ad esempio per tecniche di generazione di immagini o *imaging*). Questi risultati suggeriscono una strategia diversa per progettare interazioni tra nanostrutture e sistemi biologici ed evidenziare nuove direzioni nella costruzione di esempi di nanomedicina biodegradabile e multifunzionale.

SOLE24ORE/SANITA'

Vaccini killer, ministero della Salute condannato a indennizzare la famiglia del militare morto

Dopo 10 anni di battaglie giudiziarie, la famiglia di Francesco Finessi, alpino di 22 anni di Codigoro morto nel 2002 per un linfoma non Hodgkin, ha ottenuto una sentenza storica contro il ministero della Salute: il giudice Alessandra De Curtis del tribunale di Ferrara ha riconosciuto, per la prima volta in Italia, un nesso di causalità tra il tumore e i vaccini fatti nel tempo durante il servizio militare di leva, somministrati macroscopicamente in modo sbagliato dai medici. Il ministero della Salute è stato infatti condannato stamane a indennizzare la famiglia.

"Ora questa sentenza storica - spiega l'avvocato **Francesco Ferruli** che ha assistito la famiglia assieme al collega **Antonio Boldrini** - potrà essere applicata a tanti altri casi analoghi. È un segnale di giustizia e sancisce un principio: non a caso ho appena parlato con altri militari che forti di questo pronunciamento, inoltreranno le proprie richieste".

Raggiante la mamma, **Santa Passaniti**: "Tutti i nostri sforzi sono stati ripagati da questa sentenza che ha riconosciuto i danni da vaccino, come abbiamo sempre sostenuto: ora la nostra causa potrà aiutare tanti altri, visto che sono stati più di 3000 i militari morti e malati che non hanno mai messo un piede all'estero in missioni militari (dunque non soggetti a radiazioni di armamenti con uranio impoverito, ndr). I soldi? A noi, me, mio marito e mio

figlio, non interessa il lato economico, in 10 anni abbiamo speso molto di più per cause, perizie, viaggi e ricerche di ciò che verrà risarcito".

A novembre il processo penale per il caso Finessi si era concluso davanti al tribunale di Belluno con la condanna a tre anni di **Nicola Marchetti**, ufficiale medico del 16/o reggimento Alpini di stanza alla caserma Salsa, per falso ideologico e falso materiale commessi da pubblico ufficiale in atti pubblici, per alcune visite mai effettuate sui soldati a lui affidati. In particolare, l'indagine metteva in relazione le mancate visite e un vaccino anti-tifo somministrato due volte a Finessi.

Procreazione assistita, la legge 40 va alla Consulta

Sarà sottoposta al parere della Consulta la legge 40 sulla procreazione assistita. Il tribunale di Roma ha sollevato la questione di costituzionalità sul divieto per le coppie fertili di accedere alla procreazione assistita e alla diagnosi preimpianto, anche se portatrici di malattie trasmissibili geneticamente. Il diritto della coppia a "avere un figlio sano", si legge in uno dei passaggi dell'ordinanza, e il diritto di autodeterminazione nelle scelte procreative sono "inviolabili" e "costituzionalmente tutelati".

Il testo dell'ordinanza. "Il diritto alla procreazione - continua l'ordinanza con la quale la prima sezione civile del tribunale di Roma che ha sollevato la questione di costituzionalità - sarebbe irrimediabilmente leso dalla limitazione del ricorso alle tecniche di procreazione assistita da parte di coppie che, pur non sterili o infertili, rischiano però concretamente di procreare figli affetti da gravi malattie, a causa di patologie geneticamente trasmissibili, di cui sono portatori. Il limite rappresenta un'ingerenza indebita nella vita di coppia".

È per tutto questo che, secondo il giudice **Filomena Albano** - che ha firmato l'ordinanza - limitare il ricorso alla procreazione assistita ai soli casi di infertilità appare in contrasto con l'articolo 2 della Costituzione, che tutela i diritti inviolabili. Il possibile conflitto della legge 40 è anche con il principio costituzionale di uguaglianza, vista la "discriminazione" delle coppie fertili portatrici di malattia geneticamente trasmissibile, rispetto a quelle sterili.

E c'è anche un problema di lesione del principio della "ragionevolezza", nel senso di "coerenza" del nostro ordinamento, visto che la legge 194 permette, nel caso in cui il feto risulti affetto da gravi patologie, l'aborto terapeutico, che "ha conseguenze ben più gravi per la salute fisica e psichica della donna rispetto alla selezione dell'embrione successiva alla diagnosi preimpianto".

Ipotizzabile anche il contrasto con l'articolo 32 della Costituzione, "sotto il profilo della tutela della salute della donna, costretta per realizzare il suo desiderio di mettere al mondo un figlio, non affetto da patologia, a una gravidanza naturale e a un eventuale aborto terapeutico, con conseguente aumento dei rischi per la sua salute fisica".

Infine per Tribunale di Roma la questione di costituzionalità si può porre anche in relazione al contrasto tra la legge e gli articoli 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) e 14 (divieto di discriminazione) della Carta europea dei diritti dell'uomo.

La condanna di Strasburgo. È la prima volta che questa specifica questione arriva alla Consulta. In passato se ne era occupata invece la Corte europea di Strasburgo che nel 2012

aveva condannato l'Italia per violazione di due norme della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo. E aveva sottolineato l'"incoerenza" del nostro sistema, che da un lato vieta alla coppia fertile ma portatrice di una malattia geneticamente trasmissibile di ricorrere alla diagnosi preimpianto, e dall'altro, con la legge 194 sull'aborto, le permette l'aborto terapeutico nel caso il feto sia affetto dalla stessa patologia.

Alla prima sezione civile del tribunale di Roma, che ha sollevato la questione, si è rivolta una donna, portatrice sana di distrofia muscolare Becker (malattia genetica ereditata dal padre) e il marito, che si erano visti negare dal Centro per la tutela della Salute della donna e del bambino "Sant'Anna" sia l'accesso alla procreazione assistita, sia la diagnosi preimpianto, sulla base del presupposto che il divieto non è stato cancellato dalla legge 40.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584