

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
3 GIUGNO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Le “verità” sulla salute attraverso i media Si è svolto nei giorni scorsi all’università un simposio sul rapporto tra sanità e mezzi di comunicazione

Vaccinare i bambini contro il morbillo: sì o no? Dipende: le decisioni assunte sulle questioni riguardanti la salute passano per il bagaglio di conoscenze acquisito, sia direttamente dai medici, sia attraverso il filtro dei media. Da qui, l’importanza di una comunicazione sulla salute chiara da parte degli operatori sanitari, delle Asl e dei giornalisti, responsabili di veicolare messaggi completi, rispondenti al vero, per quanto possibile non manipolabili e non allarmisti. Da quasi due anni all’università degli Studi di Sassari un gruppo di ricerca del Dipartimento di Scienze politiche, scienze della comunicazione e ingegneria dell’informazione si sta concentrando su questa galassia di novità. L’attività è sfociata nell’Health Communication Symposium “Patient empowerment, Ict and health communication: digital practices, current issues and future trends” che si è tenuto nei giorni scorsi a Sassari. La parola chiave delle giornate di studio è stata “empowerment” che in italiano sarebbe il senso di legittimazione, il potere, la responsabilizzazione dei pazienti, che non restano più passivi in attesa di notizie da parte dei camici bianchi, ma si attivano autonomamente alla ricerca di informazioni, oggi sempre più numerose e reperibili grazie alle nuove tecnologie, hanno spiegato i veri studiosi che si sono avvicendati nelle aule del Quadrilatero davanti a un pubblico formato da studenti e giornalisti. Il simposio è stato aperto e concluso dalla professoressa Teresa Thompson dell’università di Dayton (Usa), da 30 anni caporedattrice di “Health Communication”, la rivista di maggior impatto a livello mondiale per quel che riguarda la comunicazione in fatto di salute. Ampio spazio è stato dedicato a informazione sulla salute e social network. Non solo facebook si è imposto nel panorama dell’health communication infatti ma anche Twitter ha fatto passi da gigante, se si pensa che – come si è detto durante il simposio – le aziende sanitarie pubbliche, private e gli ospedali hanno nel complesso 11.641 follower e i tweet inviati dalle aziende sono 13.806 dal momento dell’apertura dei profili.

L'UNIONE SARDA

ITTIRI Contro la chiusura Guardia medica: il Consiglio scende in piazza

Un consiglio comunale aperto per protestare contro la chiusura della guardia medica di Ittiri disposta dal manager della Asl di Sassari è stata convocato per domani davanti alla sede dell’azienda sanitaria in via Catalocchino. La decisione è stata assunta dal sindaco, Tonino Orani, che accusa di «immobilismo e disinteresse» la classe politica regionale e ritiene insufficiente l’impegno assunto la scorsa settimana dall’assessore regionale alla Sanità Luigi

Arru a margine dell'incontro con i sindaci del Sassarese tenutosi il 30 maggio scorso. La protesta prevista è stata preceduta, poco più di un mese fa, da una manifestazione davanti all'ospedale Alivesi che, però, non ha impedito la cessazione del servizio di guardia medica dal 1 maggio, come stabilito da una delibera della Asl. «Svariati contatti e interlocuzioni si sono succeduti in questo tempo, con l'intento di ottenere almeno una sospensione temporanea del provvedimento - spiega il sindaco - Nell'attesa di una soluzione il consiglio comunale aveva deciso di sospendere altre iniziative di protesta». L'amministrazione comunale - precisa il primo cittadino di Ittiri - «non è assolutamente rigida sulla riapertura obbligatoria del servizio di guardia medica ed è disposta a valutare proposte alternative o compensative; quello che non si accetta è, da un lato, la modalità, per niente concordata, con la quale si è presa la decisione, dall'altro il fatto che il servizio chiuso fa parte di un pacchetto di servizi ricompresi in un piano di riconversione che non più di due anni fa fu proposto dallo stesso direttore generale della Asl, avallato dalla Regione e accettato dai sindaci».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Agenda settimanale di Camera e Senato. Ddl Lorenzin e Ludopatia i temi nelle Commissioni

Prosegue in Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama l'esame del Ddl omnibus Lorenzin, contenente una serie di misure in materia sanitaria e sul quale sono previste in settimana diverse audizioni. Per quanto riguarda invece la Commissione Affari Sociali, al centro dei lavori il provvedimento sulla dipendenza da gioco d'azzardo.

Anao-Assomed, Biologi, Terapisti, Massofisioterapisti e Massaggiatori sportivi saranno auditi questa settimana dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato nel corso dell'esame del Ddl Lorenzin recante norme varie in materia sanitaria.

Sempre in settimana i componenti della XII di Palazzo Madama esamineranno gli atti preparatori della legislazione comunitaria in particolare il 246 riguardante questioni scientifiche relative a prodotti alimentari. Infine in sede consultiva è previsto l'esame del Ddl di riforma costituzionale.

A Montecitorio l'omologa Commissione Affari Sociali ha in agenda, in sede referente, il provvedimento su "Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico". In più, sempre in sede referente, c'è l'esame "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare".

La XII Commissione ha poi allo studio, in sede legislativa, il provvedimento su "Disposizioni in materia di utilizzo del corpo post mortem a fini di studio e di ricerca scientifica".

E per finire, in sede consultiva, il decreto "Misure urgenti in favore delle popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra

il 17 e il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del Fondo per le emergenze nazionali”.

Speciale Asco. Gli studi ‘landmark’ della sessione plenaria

Quattro importanti trial clinici su tumore della mammella, prostata e colon-retto, sono stati presentati al cospetto di una platea-fiume al congresso del’Asco. Gli studi selezionati per la sessione plenaria sono, secondo gli esperti della società scientifica americana, i più importanti dell’anno dal punto di vista della ricerca e quelli con il maggior impatto potenziale sulla pratica clinica quotidiana. Tutti questi trial sono stati realizzati, almeno in parte, con fondi di ricerca dei National Institutes of Health.

Exemestane in adiuvante, nelle donne in età fertile con tumore della mammella.

L’exemestane, somministrato dopo l’intervento chirurgico a giovani donne con cancro della mammella in stadio precoce, ormono-sensibile, risulta più efficace del tamoxifene, quando associato alla soppressione della funzione ovarica, nel prevenire le recidive di tumore; il rischio relativo di sviluppare una recidiva viene così abbattuto del 28%. Sono i risultati di questo studio ‘landmark’, che derivano dall’analisi di due trial di fase III, il TEXT e il SOFT, condotti dall’*International Breast Cancer Study Group* (IBCSG), in collaborazione con il *Breast International Group* (BIG) e il *North American Breast Cancer Group* (NABCG) e che hanno coinvolto 27 Paesi in 6 continenti. Si tratta del più vasto studio mai condotto al mondo in questo campo e il primo ad aver dimostrato il valore dell’exemestane in questa categoria di pazienti. L’inibitore delle aromatasi è così risultato in grado di prevenire le recidive di tumore della mammella, nelle donne in premenopausa, con tumore ormono-sensibile e sottoposte a terapia di soppressione della funzione ovarica (OFS, ottenuta mediante somministrazione di triptorelina, ovariectomia o irradiazione ovarica), in maniera più efficace del vecchio tamoxifene. In particolare, l’exemestane, associato all’OFS, ha ridotto del 28% il rischio di una recidiva di tumore invasivo (la sopravvivenza libera da malattia a 5 anni era del 91,1% nel gruppo exemestane, contro l’87,3% del gruppo tamoxifene) e del 34% il rischio relativo di una recidiva di tumore della mammella, rispetto al trattamento tamoxifene-OFS. “I nostri risultati – commenta **Olivia Pagani**, primo autore dello studio e direttore del Centro di Senologia dell’Istituto Oncologico della Svizzera meridionale a Bellinzona (Svizzera) – confermano che l’exemestane è una valida alternativa al trattamento tradizionale con tamoxifene, in questa categoria di pazienti. Un *follow up* di durata maggiore sarà necessario per valutare la sopravvivenza, eventuali effetti collaterali e l’impatto sulla fertilità delle pazienti”. Il trattamento ormonale adiuvante standard consigliato per le donne in premenopausa è attualmente il tamoxifene per cinque anni. L’analisi congiunta dei due studi TEXT e SOFT ha interessato 4.690 donne di età media 43 anni. La *compliance* al trattamento è stata elevatissima, con un *drop out* precoce di appena il 14%. “Le giovani donne con un tumore della mammella – afferma **Clifford A. Hudis**, presidente dell’ASCO e direttore del *Breast Cancer Medicine Service* presso il *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* di New York - necessitano di ulteriori opzioni terapeutiche dopo l’intervento chirurgico e questo studio dimostra che l’exemestane può essere una di queste; il tamoxifene è stato *gold standard* di trattamento per molti anni, ma adesso, con la soppressione ovarica, anche gli inibitori delle aromatasi rappresentano un’alternativa”.

Tumore della prostata metastatico: il docetaxel, associato a terapia ormonale, prolunga la sopravvivenza nelle forme ormono-sensibili. Lo studio di fase III, E3805, dimostra che aggiungere il chemioterapico docetaxel alla terapia ormonale tradizionale, nei pazienti con carcinoma della prostata ormono-sensibile, metastatico, neo diagnosticato, prolunga la sopravvivenza di circa 10 mesi. Il beneficio è particolarmente evidente nei pazienti con malattia estremamente diffusa, ma in grado di tollerare la chemioterapia. “La terapia ormonale (ADT) – spiega **Christopher Sweeney**, primo autore dello studio e oncologo del *Lank Center of Genitourinary Oncology* al Dana-Farber *Cancer Institute* di Boston – è stato lo standard di trattamento dagli anni '50 in poi. Questo studio ha individuato una nuova strategia che consente di prolungare la sopravvivenza in modo sostanziale nei pazienti con tumore neodiagnosticato; per questo, ha tutte le caratteristiche per essere proposto come nuovo standard di trattamento nei soggetti in grado di tollerare la chemioterapia”. Attualmente, la chemioterapia trova indicazione solo alla progressione della malattia, dopo la comparsa di ormono-resistenza. Lo studio, finanziato dal *National Cancer Institute* americano, ha interessato 790 uomini con tumore della prostata ormono-sensibile neodiagnosticato, che sono stati randomizzati ad ADT o ad ADT-docetaxel, per un periodo di 18 mesi; 2 pazienti su 3, presentavano malattia diffusa alle ossa o agli organi principali. A 29 mesi di *follow up*, sono stati registrati 136 decessi nel gruppo ADT, contro 101 nel gruppo ADT-docetaxel; la sopravvivenza media (OS) è stata di 44 mesi nel gruppo ADT e di 57,6 mesi nel gruppo ADT-docetaxel, ma nel gruppo con la malattia in stadio più avanzato è stata rispettivamente di 32,2 mesi e di 49,2 mesi. “Questi risultati – commenta **Clifford Hudis**, presidente dell'ASCO – dimostrano come anche dei ‘vecchi strumenti’ possano essere utilizzati in maniera efficace per estendere la sopravvivenza dei pazienti; questo studio testimonia anche l'importanza del supporto del NCI alla ricerca, visto che, essendo queste terapie disponibili come generici, questa ricerca non avrebbe probabilmente mai visto la luce”.

Tumore del colon retto con KRAS non mutato: risultato di parità nel *match* bevacizumab-cetuximab. Il bevacizumab e il cetuximab, nel primo studio ‘testa a testa’, hanno dato risultati simili in termini di sopravvivenza, nei pazienti con carcinoma del colon-retto metastatico. In questo studio, ampiamente finanziato da fondi pubblici, sono stati confrontati quattro regimi di trattamento di prima linea (bevacizumab più chemioterapia e cetuximab più chemioterapia), dimostrando una sostanziale equivalenza, in termini di efficacia, nei pazienti con carcinoma del colon retto con *KRAS wild type*; questo offre a medici e pazienti nuove informazioni per il *fine-tuning* della scelta terapeutica. I risultati dello studio suggeriscono inoltre che sia lo schema FOLFOX (oxaliplatino/5-fluorouracile/leucovorina), che il FOLFIRI (irinotecan/5-fluorouracile/leucovorina) sono associabili ad entrambi i farmaci biologici. Le terapie a *target* hanno giocato un ruolo importante nell'estendere la sopravvivenza dei pazienti con carcinoma del colon retto metastatico, che è passata dai 10 mesi di 20 anni fa, agli attuali due anni e mezzo, osservati in questo studio. Il bevacizumab è un anticorpo monoclonale anti-VEGF, cioè un anti-angiogenetico; il cetuximab ha invece come *target* l'EGFR, una proteina importante nella crescita e della diffusione del tumore. In questo studio, 1.137 pazienti, con carcinoma del colon retto metastatico sono stati randomizzati a bevacizumab più chemioterapia o a cetuximab più chemioterapia (il 26,6% dei pazienti è stato trattato con FOLFIRI, il 73,4% con FOLFOX). La sopravvivenza media, in entrambi i gruppi è stata di 29 mesi, senza differenze significative di PFS e di OS. Gli effetti collaterali sono però diversi sia nel caso

dei biologici (per il bevacizumab ipertensione, cefalea, stomatiti, epistassi, diarrea, rettorragia, perdita di appetito, *fatigue*; per il cetuximab dermatite acneiforme, prurito, alterazioni delle unghie, infezioni, *fatigue* e alterazioni elettrolitiche), che con i due regimi di chemioterapia (il FOLFIRI causa maggiore caduta di capelli e diarrea, mentre il FOLFOX dà una neuropatia che può richiedere la sospensione del trattamento). In generale inoltre, il cetuximab è più utilizzato in Europa, mentre il bevacizumab negli Usa. Ulteriori analisi di questo studio, esploreranno i benefici dei due biologici in diversi sottogruppi di pazienti.

Il lapatinib in aggiunta al trastuzumab in adiuvante, non prolunga la sopravvivenza nel carcinoma della mammella HER2-positivo in stadio precoce. Lo studio di fase III ALTTO (*Adjuvant Lapatinib and/or Trastuzumab Treatment Optimisation*) dimostra che l'associazione di questi due trattamenti anti-HER2 non migliora la PFS, rispetto al trattamento standard con il solo trastuzumab. La PFS a 4 anni è risultata infatti dell'86-88% in entrambi i gruppi di trattamento. "L'aggiunta di lapatinib – spiega **Edith A. Perez**, vice-direttore del *Mayo Clinic Cancer Center* di Jacksonville (USA) – non ha aggiunto alcun ulteriore beneficio rispetto alla terapia con il solo trastuzumab, in adiuvante. Un risultato che ci ha sorpreso, visto che l'associazione di questi farmaci aveva dato risultati promettenti in neoadiuvante, in un piccolo studio (il NeoALTTO). E la lezione da trarre è che c'è bisogno di dati solidi, in contesti specifici di malattia, per comprendere appieno il valore dei nuovi regimi di trattamento". Il trattamento post-chirurgia con trastuzumab e chemioterapia riduce in maniera significativa il rischio di una recidiva tumorale e di mortalità nelle donne con carcinoma della mammella HER2 positivo in stadio precoce. Tuttavia, il 20% circa delle pazienti, presentano una recidiva nei successivi 10 anni. Scopo di questo studio era di esplorare nuovi modi per ridurre il rischio di recidiva, utilizzando un'associazione di due farmaci antiHER2, anziché uno solo. In questo, che è il più grande trial clinico in adiuvante, mai realizzato nel carcinoma della mammella HER2 positivo, sono state coinvolte 8.381 pazienti, afferenti a 946 centri in 44 Paesi, con carcinoma della mammella in stadio precoce. Dopo l'intervento chirurgico, le pazienti sono state randomizzate al trattamento con trastuzumab e lapatinib (in concomitanza) o a trastuzumab seguito da lapatinib (braccio sequenziale) o al solo trastuzumab per un anno. Tutte sono state trattate anche con chemioterapia e, quelle ormono-sensibili, anche con terapia anti-ormonale. I dati di sopravvivenza senza malattia a 4 anni sono risultati simili nei tre rami di trattamento (86% nel gruppo trastuzumab, 88% nell'associazione concomitante dei due biologici, 87% nel braccio 'sequenziale'). Le pazienti trattate con l'associazione degli anti-HER2 hanno riportato un maggior numero di effetti collaterali (diarrea, *rash* cutaneo, problemi epatici). Inferiore all'1% infine è stato il tasso dei casi di scompenso cardiaco, sebbene il 95% delle pazienti fosse in trattamento con antracicline; un dato questo, secondo gli sperimentatori, che dovrebbe rassicurare sulla *safety* dei regimi chemioterapici a base di antracicline, seguiti dal trastuzumab. "I risultati di questo studio – commenta **Clifford A. Hudis** – sottolineano l'importanza di progettare in maniera appropriata i *trial* clinici; in questo ampio *trial* clinico, i risultati dell'associazione dei due anti-HER2, ottenuti nello studio in neoadiuvante, non sono stati confermati in adiuvante. Si conferma inoltre la *safety* e la grande efficacia del trastuzumab, come trattamento adiuvante nelle pazienti con carcinoma della mammella HER2 positivo".

Speciale Asco. Curare il tumore rispettando la qualità di vita dei malati. La sfida dell'oncologia del terzo millennio

L'oncologia ha fatto molti progressi negli ultimi decenni, che si sono tradotti in un allungamento della vita. E' dunque arrivato il momento di preoccuparsi seriamente anche della qualità di vita dei pazienti oncologici e alcuni studi presentati all'ASCO vanno appunto in questa direzione.

Nella lotta esasperata contro il tumore, è accaduto spesso in passato di dimenticarsi del protagonista del trattamento, cioè del paziente. In un'ottica di cronicizzazione della malattia oncologica, oggi più che mai, il paziente con il suo benessere e i suoi progetti di vita, devono essere considerati obiettivi prioritari. Si va dunque verso una filosofia di trattamento 'mano di ferro, in guanto di velluto' e si testano strategie per restituire ai pazienti il gusto della vita, oltre che dilatare in astratto il tempo della loro sopravvivenza. E' possibile ad esempio ridurre in sicurezza i dosaggi di alcuni trattamenti, per migliorare la qualità di vita dei pazienti e mettere in atto alcune strategie che consentano di preservare la fertilità nelle giovani donne. Un ricorso anticipato alle cure palliative infine, consente di migliorare l'esistenza non solo dei pazienti, ma anche delle loro famiglie.

Mamme dopo la chemioterapia. Uno studio di fase III finanziato dai NIH (**S0230/POEMS**) sul goserelin (analogo dell'LHRH) in aggiunta alla chemioterapia standard, dimostra che questa terapia ormonale riduce in maniera drammatica (- 64%) il rischio di insufficienza ovarica prematura, indotta dalla chemioterapia, nelle donne con tumore della mammella triplo negativo in fase precoce. Le donne sottoposte a questo trattamento hanno potuto portare avanti un progetto di maternità dopo le terapie oncologiche e anche la loro sopravvivenza è risultata migliorata. Il goserelin mette temporaneamente a riposo la funzione ovarica, determinando in pratica una menopausa 'artificiale', ma reversibile alla sospensione del trattamento. Questo sembra proteggere i follicoli ovarici dal danno indotto dalla chemioterapia. Lo studio ha interessato 257 donne in età fertile, con tumore della mammella triplo negativo in stadio precoce (stadio I-IIIa), sottoposte a trattamento chemioterapico comprendente ciclofosfamide, oppure a chemioterapia più goserelin (iniezioni mensili, a cominciare da una settimana prima della chemioterapia). A due anni dalla chemioterapia, solo l'8% delle donne del braccio goserelin presentava disfunzione ovarica, contro il 22% di quelle non trattate. Tra le donne trattate con goserelin ci sono state inoltre 16 gravidanze a termine, contro le 8 del gruppo trattato con sola chemioterapia. A sorprendere i ricercatori è stato infine il riscontro che il trattamento con goserelin sembra influenzare anche la sopravvivenza libera da malattia e quella globale. Le donne del braccio goserelin avevano il 50% in più di *chance* di essere vive a 4 anni dal trattamento rispetto a quelle trattate con sola chemioterapia.

Un trattamento per le metastasi ossee, più dilazionato nel tempo. La terapia a base di acido zoledronico per la prevenzione delle fratture nelle donne con tumore della mammella e metastasi ossee è risultata altrettanto efficace se somministrata ogni tre mesi, anziché su base mensile, come avviene attualmente; dilazionare la somministrazione inoltre, può ridurre il rischio di alcuni rari ma gravi effetti indesiderati, come l'osteonecrosi della mandibola e problemi renali. Attualmente il farmaco viene somministrato ad intervalli di 4 settimane per un anno a partire dalla scoperta delle metastasi ossee. Si ritiene che questo trattamento andrebbe proseguito a tempo indeterminato, ma preoccupa molto il rischio dei

suoi possibili gravi effetti indesiderati e al momento dunque, non essendo state condotte ricerche *ad hoc* sul programma di trattamento oltre il primo anno, le linee guida non forniscono indicazioni al riguardo. Nello studio **OPTIMIZE-2**, 403 pazienti con metastasi ossee da tumore della mammella, già sottoposte ad un anno di terapia con acido zoledronico, sono state assegnate a due gruppi di trattamento: acido zoledronico ogni mese oppure ogni tre mesi per un altro anno. Al termine dello studio, il tasso di eventi scheletrici (fratture a carico di ossa lunghe e vertebre, compressioni midollari e altre complicanze derivanti dalle metastasi ossee) è risultato sovrapponibile tra i due gruppi (22% nel braccio ogni mese versus 23,2% nel braccio trimestrale), dimostrando così che lo schema di somministrazione trimestrale è altrettanto valido di quello mensile. Non sono state rilevate neppure differenze nell'impiego di farmaci anti-dolorifici tra i due gruppi. Nel braccio di somministrazione mensile, sono stati registrati due casi di osteonecrosi della mandibola; nessuno nell'altro gruppo.

Cancro dell'oro-faringe: arriva la radioterapia 'leggera. 'Meno è meglio' è la filosofia anche di uno studio, condotto su pazienti con tumori testa-collo HPV-positivi (cancro dell'oro-faringe) da **Anthony Cmelak**, professore di radioterapia e oncologia presso il *Vanderbilt-Ingram Cancer Center* di Nashville (USA) e finanziato dai NIH. Ridurre la dose delle radiazioni non compromette gli esiti della terapia, dimostra questo studio di fase II; il 95% dei pazienti erano ancora vivi a due anni e si risparmiano una serie di effetti collaterali, spesso invalidanti per tutta la vita. La radioterapia 'leggera' utilizza un nuovo approccio che personalizza la dose di radiazioni, in base alla risposta della chemioterapia di induzione e altri fattori prognostici. Risultati molto promettenti secondo gli autori dello studio, che tuttavia necessitano di un maggior *follow up* e della conferma degli studi di fase III, prima di poter entrare nella pratica clinica. Il 70% di tutti i tumori dell'oro-faringe sono attribuibili all'HPV, con un'incidenza in aumento. I pazienti con tumori HPV-positivi tendono tuttavia ad avere una prognosi migliore delle forme HPV negative.

In questo studio, 90 pazienti con carcinoma squamoso dell'orofaringe HPV-positivo, in stadio III/IVa operabile, sono stati sottoposti a chemioterapia di induzione con paclitaxel, cisplatino e cetuximab; queste terapie rendono più sensibile il tumore ai trattamenti futuri, riducono il rischio di diffusione del tumore, predicono la sensibilità alla radioterapia e riducono gli effetti indesiderati del tumore stesso. I 62 pazienti che hanno presentato una risposta clinica completa alla chemioterapia di induzione (nessun segno di tumore all'esofagoscopia), hanno ricevuto una dose ridotta (54 Gy) di terapia radiante ad intensità modulata (IMRT), una tecnologia avanzata che manipola i fasci di radiazioni, per conformarli alla forma del tumore. Tutti i pazienti venivano inoltre ricevevano un trattamento con il cetuximab. I pazienti sottoposti a IMRT a bassa dose, a due anni presentavano una sopravvivenza senza progressione (PFS) dell'80% e una sopravvivenza complessiva (OS) del 93%.

La riduzione della dose di radiazioni garantisce una miglior qualità di vita, riducendo il rischio di effetti collaterali debilitanti e di lunga durata (problemi di deglutizione, secchezza delle fauci, perdita del gusto, rigidità del collo e problemi tiroidei). Il *follow up* di questo studio proseguirà fino al quinto anno, per registrare eventuali recidive tardive. Il trattamento radiante a basse dosi non è indicato nei tumori HPV negativi.

Un'ancora di salvataggio, via telefono. Le cure palliative arrivano anche via telefono e migliorano la qualità di vita. Nello studio **ENABLE III**, la somministrazione di un intervento strutturato per via telefonica, ha contribuito a produrre un alleviamento della

depressione e del *burn out* tra i *care giver* di pazienti oncologici, soprattutto se instaurato precocemente, in pratica all'indomani della diagnosi del tumore. I familiari sono una parte cruciale del *team* che si prende cura del paziente. Il benessere degli uni, influenza quello degli altri in modo reciproco.

L'introduzione di un supporto palliativo al momento della diagnosi di un tumore in fase avanzata, consente di ridurre la depressione dei *care giver* che si sentono così anche meno gravati dal peso dell'assistenza. In questo studio, 207 pazienti con tumore metastatizzato o recidivo e 122 *care giver* familiari, hanno ricevuto un supporto di cure palliative via telefono. In un gruppo, l'intervento è iniziato entro due settimane (immediato) dalla randomizzazione, nell'altro dopo 12 settimane (ritardato). Un gruppo di infermiere specializzate in cure palliative forniva un programma telefonico, seguito da cure di supporto ogni mese, rivolte ai *care giver* e ai pazienti, per via telefonica. Il programma consiste nello spiegare come gestire i problemi facendo ricorso alla creatività, all'ottimismo, alla capacità di pianificare e servendosi di informazioni fornite da esperti. Al termine dello studio, la qualità di vita dei *care giver* e lo stato depressivo risultavano migliorati più nel gruppo che aveva ricevuto supporto 'immediato', che in quello 'ritardato'. "Troppo spesso purtroppo – afferma la professoressa **Marie Bakitas**, della Facoltà di Scienze Infermieristiche, Università dell'Alabama (USA)- non vengono utilizzate pienamente tutte le risorse fornite dalle cure palliative, perché si introducono troppo tardi nel corso della malattia. Tanto i pazienti, quanto i *care giver* dovrebbero invece capire che le cure palliative non sono cure di fine vita, quanto piuttosto un supporto extra che può essere offerto insieme ai trattamenti curativi medici."

Speciale Asco. Per Stefano Cascinu (Aiom), in oncologia è tempo di *restyling*

Per il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica è necessario ridefinire al più presto il disegno dei trial clinici alla luce dei progressi della biologia molecolare, ridisegnare l'organizzazione dell'assistenza oncologica attraverso reti e centri d'eccellenza, e centralizzare in Europa i processi di autorizzazione e rimborsabilità del farmaco

La crisi economica da una parte e la velocità con la quale la ricerca consegna alla pratica clinica molecole sempre più sofisticate, richiede al più presto un cambiamento delle regole generali: da quelle con le quali sono stati disegnati finora i *trial* clinici, ai processi registrativi e di rimborso, all'assistenza oncologica. "Le aziende – afferma **Stefano Cascinu**, presidente Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), da Chicago, dove è in corso il 50° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) – cominciano a capire che se si continua così non ci sarà più sostenibilità per nessuno: né per lo Stato, né per loro, perché è inutile produrre farmaci, che non possono essere venduti perché nessuno può permetterseli. Un campanello d'allarme in questo senso, viene dalla fascia Cnn (fascia C non negoziata), dove tutti i nuovi farmaci approvati dall'EMA vanno a finire da un anno circa a questa parte. Nata con l'intento di far restare i medicinali in questo stato per un periodo breve di approvazione, in realtà si sta trascinando per molti farmaci. E intanto ci sono Regioni che autorizzano l'acquisto di questi nuovi farmaci, altre che non autorizzano; e addirittura, anche all'interno di una stessa Regione, ci sono Aziende Ospedaliere che comprano il farmaco e altre no; oppure a comprarlo deve essere lo stesso cittadino, magari attraverso la sua assicurazione sanitaria. Un fatto questo che innesca dei processi di

diseguaglianza incredibili”. Allo stesso tempo, per rendere sostenibile il progresso terapeutico, è necessario ridurre il carico di malattia e fare prevenzione, che significa diagnosi precoce, attraverso le campagne di *screening*, e attenzione agli stili di vita. “Questo congresso – prosegue **Cascinu** - segna un cambio di orientamento di una società importante come l’ASCO che, come già sta facendo da molti anni l’Aiom, si è aperta molto più alla prevenzione, come elemento fondamentale per preservare la sostenibilità del sistema”.

In cinque anni, solo attraverso l’implementazione delle campagne di *screening* oncologico, nel nostro Paese si potrebbero risparmiare 6 miliardi di euro e ben 50 miliardi in tutti i Paesi della comunità europea. Attualmente, il conto che il tumore presenta ai sistemi sanitari è di 16 miliardi l’anno in Italia e di 126 miliardi in Europa, mentre il carico umano della malattia è impressionante, con tre decessi al minuto. Nel 2012, i casi di tumore diagnosticati in Europa sono stati 3.450.000 e i decessi correlati 1.750.000. Per questo l’Aiom chiede al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin che i sei mesi di presidenza italiana del Consiglio dell’UE, diventino il semestre di prevenzione contro il cancro.

Le patologie tumorali che assorbono maggiori risorse finanziarie in Europa sono il tumore del polmone (18,8 miliardi l’anno), quello del seno (15 miliardi), del colon-retto (13,1 miliardi) e della prostata (8,43 miliardi). La spesa media in Europa per la cura del cancro è pari a 102 euro per cittadino; L’Italia si colloca al di sopra della media europea, con 114 euro a persona. In Italia per alcuni tipi di tumore, la sopravvivenza è superiore alla media europea; nel 2013 erano 2,8 milioni i pazienti con sopravvissuti al tumore e nel 2020 si stima che saranno 4,5 milioni.

L’aumento di sopravvivenza più importante negli ultimi anni è indubbiamente imputabile alle terapie adiuvanti; ne sono esempi il tumore della mammella e quello del colon-retto. “Ma questi milioni di persone sopravvissute alle neoplasie – ricorda la dottoressa **Stefania Gori**, segretario AIOM - presentano una serie di problematiche, alle quali gli oncologi non sono abituati a rispondere e che richiedono per essere affrontate adeguatamente una forte sinergia con la medicina generale; su questo Aiom sta costruendo dei progetti specifici”.

L’assistenza oncologica in Italia va ridisegnata, su due capisaldi: i centri d’eccellenza, per il trattamento delle malattie rare (es. osteosarcoma nei bambini) e le reti oncologiche, per i tumori più diffusi (mammella, colon-retto, polmone e prostata). “Il Piano Oncologico 2011-2013 – spiega il prof. **Cascinu** - è finito in fondo ad un cassetto, senza essere stato mai approvato. Quel piano prevedeva, come punti chiave, le reti oncologiche, che sono state realizzate solo in Lombardia, Piemonte/Val d’Aosta, Toscana e Provincia autonoma di Trento e la prevenzione. Le reti devono superare il problema della logistica e della competenza; se si lavora tutti insieme in più punti, non si fa muovere il paziente, ma si garantisce lo stesso tipo di trattamento a tutti. E a questo, continuiamo a credere. Non è questione di chiudere le piccole oncologie, ma di garantire la migliore qualità di cura ai pazienti: chi si farebbe operare da un chirurgo che fa un intervento all’anno per un tumore del pancreas? Gli interventi più complessi vanno centralizzati, anche attraverso la collaborazione con centri di altre regioni. Allo stesso tempo, non è pensabile far spostare un paziente di 150 Km per fare chemioterapia; non è etico ed è anche antieconomico. Con il Cipomo stiamo lavorando in Agenas, a costruire i requisiti minimi delle reti oncologiche. Speriamo che entro la primavera del 2015 sia pronto il documento da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni”.

Le nuove conoscenze di biologia molecolare porteranno intanto a disegnare nuovi *trial* clinici. “Non sarà più necessario fare *trial* clinici con migliaia di pazienti – spiega **Cascinu** - ne basteranno magari 50-100, accuratamente selezionati dal punto di vista molecolare; con uno studio così, si registrerà un farmaco e questo porterà a cambiare tutto il sistema di registrazione dei farmaci. Sarà necessario che le autorità regolatorie seguano questi progressi, con la stessa elasticità e prontezza con le quali, noi oncologi li seguiremo dal punto di vista clinico. Anche i processi regolativi e di rimborso andranno rivisti. In linea con quanto espresso da un recente editoriale pubblicato su *Lancet Oncology*, riteniamo che l’EMA debba occuparsi non solo della valutazione del beneficio clinico della terapia, esaminata in termini di efficacia, ma anche del suo prezzo e rimborsabilità. In questi giorni si terrà infine una *joint committee* EMA-FDA per discutere come rendere omogeneo il processo di autorizzazione regolatoria delle due agenzie, alla luce delle nuove evidenze, che evidentemente i vecchi *trial* clinici non riescono più a soddisfare”.

Ictus. Per ogni incremento del 10% di malattie da trombosi, l'Italia perde mezzo punto di Pil

E' quanto emerge dai dati della Stroke-American Heart Association diffusi dall'Associazione per la lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari. La fascia di età che subirà il più ripido incremento di queste malattie è quella compresa fra i 45 e i 64 anni.

Per ogni incremento del 10% di ictus e di malattie da trombosi, l'Italia perde mezzo punto di PIL. L'Europa dovrà prepararsi a spendere ogni anno da 72 a 183 miliardi di euro solo per curare le persone colpite da Ictus cerebrale: fatte le opportune proporzioni, **per la sola Italia andiamo dai 12 ai 30 miliardi di euro l'anno**. E' quanto segnalano i dati di Stroke-American Heart Association diffusi dall'Associazione per la lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari.

“Un costo troppo alto – sottolinea Alt in una nota - Nessun servizio sanitario sarà in grado di sostenere spese così grandi. Se poi consideriamo i costi in termini di perdita di produttività, il danno per il nostro Paese aumenta di altri 7 fino a 13 miliardi di euro. Un quadro insopportabile, per società, famiglie, imprese. Il motivo di costi così elevati si ritrova nel fatto che non sempre l'Ictus uccide: in 90 malati su 100 lascia segni indelebili, a livello mentale e fisico, solo 10 persone riescono recuperare completamente le funzioni perse a causa di un Ictus”. Ma l'Ictus non è solo un mondo per vecchi. La fascia di età che subirà il più ripido incremento di queste malattie (non solo Ictus, ma anche Infarto) è quella compresa fra i 45 e i 64 anni. Le stime parlano di un incremento di almeno 5 punti percentuali all'anno. Parallelamente, aumenteranno diabete e obesità, vere e proprie mine per le nostre arterie, capaci di moltiplicare la probabilità di Ictus anche nei giovani, specie se associate a uno stile di vita scorretto.

“La sindrome da immortalità - sottolinea il presidente di Alt, **Lidia Rota Vender** - tipica di

chi non ha ancora 40 anni non solo sta perdendo significato ma sta diventando pericolosa perché porta a sottovalutare la forza negativa dei fattori di rischio legati allo stile di vita, elementi che, invece, possono e devono essere modificati con urgenza, con un atto di intelligenza e di volontà da parte del paziente. Controllo del peso, stop al fumo, porzioni di cibo più piccole e di migliore qualità, minor consumo di alcool e droghe, più movimento: non è mai troppo presto per cominciare a prendersi cura della propria salute”.

DOCTORNEWS33

Polo unico medicina fiscale, ok dal Parlamento. Petrone (Fimmg): ora tocca a Renzi

«Piena soddisfazione per le conclusioni della Commissione Affari Sociali. Ora il governo del fare... faccia». Alfredo Petrone, segretario nazionale del settore Inps di Fimmg plaude alle conclusioni dell'Indagine conoscitiva sull'attività dei medici che visitano i dipendenti assenti per malattia: «Confermano quanto sempre affermato con forza da Fimmg e cioè l'utilità di un sistema di controlli a contrasto dell'assenteismo e a tutela del cittadino costretto ad assentarsi dal lavoro per comprovate esigenze di salute. La commissione – spiega Petrone – ha confermato l'importanza di quanto Fimmg chiede da anni, cioè un Polo Unico della medicina di controllo sotto l'egida dell'Inps, che affidi ad un solo soggetto lo svolgimento della funzione di controllo dello stato di salute dei lavoratori in malattia, uniformando la disciplina che regola i controlli sulle assenze del comparto pubblico e privato». Oggi c'è un doppio regime: i dipendenti pubblici sono visitati da medici a contratto con le Asl, mentre il privato è di pertinenza Inps. La distinzione per la Commissione “non sembra trovare più giustificazione”. Inserito nel disegno di legge di riforma della Pubblica Amministrazione ora in consiglio dei ministri, il parere potrebbe contribuire a dare in tempi brevi certezze in particolare ai 1400 medici di controllo Inps che da un anno vivono uno stato di precarietà professionale: a maggio 2013 si videro quasi azzerare le richieste di controlli d'ufficio perché le spese dell'ente pensionistico supererebbero le cifre recuperate rimettendo al lavoro gli assenti per malattia. Per il futuro, la Commissione riconosce che la riforma va fatta a costo zero ma afferma che per i medici dei controlli sono auspicabili: un contratto stabile, ingresso con concorso pubblico, graduatorie nazionali che attingano a liste speciali ad esaurimento. In queste liste devono rientrare anche i medici che fanno i controlli sui dipendenti pubblici per le Asl. Si afferma infine la possibilità di partecipare alle commissioni per certificazioni d'invalidità.

Indagine Ispo, la scelta dell'ospedale è del medico non del web

Gli italiani amano il web e lo utilizzano sempre di più ma, per quel che riguarda la scelta della struttura ospedaliera di riferimento, si affidano innanzitutto al proprio medico di famiglia. Si tratta di un dato significativo, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute che si orientano verso una valorizzazione della medicina del territorio, che emerge da un'indagine condotta da Ispo Ricerche di Renato Mannheim e presentata venerdì a Venezia durante l'Assemblea generale di Aiop, Associazione Italiana Ospedalità Privata. Lo studio ha posto sotto osservazione tre diversi campioni di indagine: il campione

rappresentativo della popolazione italiana maggiorenne, costituito da 2.000 individui (con particolare riferimento a chi ha avuto una esperienza di ricovero negli ultimi 12 mesi); il campione dei medici di medicina generale, composto da 200 medici generici; il campione dei medici specialisti, 100 professionisti. Dai risultati dell'indagine è emerso che, per quanto riguarda il campione relativo alla popolazione, la scelta dell'ospedale è per il 73% dei casi operata sulla base di quanto consigliato dal medico di famiglia e solo il 3% giudica come opzione autorevole le informazioni contenute nei portali internet. In generale, il livello di conoscenza dei portali che offrono informazioni relative all'attività ospedaliera è per tutti e tre i campioni analizzati ancora molto scarsa: 2 italiani su 10 e solo il 3,8% dichiara di utilizzarli, non riuscendo comunque a ricordare spontaneamente il nome del portale, se non nello 0,1% dei casi. E più in generale, considerando l'intero campione, soltanto l'1,3% ha saputo indicare uno dei tre portali dedicati agli ospedali (ricordo sollecitato, stavolta non spontaneo). Ai medici è stata chiesta una loro valutazione sull'utilizzo/influenza dei portali tra i loro pazienti, ottenendo risposte molto negative ("poco o nulla" nell'80% dei casi per i generici e nel 77% dei casi per gli specialisti). L'ultimo quesito permetteva di esprimere un giudizio sulle caratteristiche dei portali in termini di utilità e di fruibilità: le valutazioni sono state generalmente positive. Sembra quindi ancora molto lontana la sostituzione del parere del medico con gli strumenti per ora offerti da internet.

Giovani medici, oggi mobilitazione nazionale e manifestazione a Roma

Oggi è il giorno dell'annunciata mobilitazione dei Giovani medici a coronamento della campagna #svoltiAMOLA Sanità e il programma è fitto. L'evento clou è una dimostrazione a piazza Montecitorio (dalle ore 10 alle 14), a cui il Sigm di Roma ha associato al significativo slogan "Il suo posto non è qui", accompagnandolo con una apposita coreografia per dare il massimo risalto mediatico all'evento: «Siamo al funerale del Servizio sanitario nazionale – dichiarano nel loro comunicato – e i giovani medici italiani, quelli che non sono emigrati e che ancora hanno forza e volontà per difendere la propria vocazione professionale, ne piangeranno la prossima scomparsa».

È poi prevista una serie di flash mob statici di un'ora in tutto il Paese, nei punti strategici dei Policlinici universitari dove sono presenti sedi locali Sigm e dove gruppi e comitati esterni appoggiano la mobilitazione. Un altro flash mob pomeridiano, a partire dalle ore 15, si tiene di fronte al ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, al termine della manifestazione di piazza Montecitorio.

I giovani medici ribadiscono in questo modo le richieste già più volte avanzate alle forze politiche, perché possano trovare soluzione i numerosi problemi che affliggono il settore: un'adeguata programmazione del fabbisogno di medici, di specialisti e di altri professionisti sanitari; l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia basato su numero programmato, criteri oggettivi, trasparenti e meritocratici; maggiori fondi per la formazione post laurea di area sanitaria; nessuna deroga alla qualità della formazione post laurea di area sanitaria ("i medici specializzandi non siano tappabuchi delle mancanze di organico né delle università né del Servizio sanitario nazionale"); sblocco del turn-over immediato e valorizzazione dei giovani professionisti della salute nel nostro Ssn.

DIRITTO SANITARIO Intervento neurochirurgico senza esame istologico: medico assolto

Il fatto

Il primario del reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale è stato imputato per il reato di lesioni personali colpose in quanto, con negligenza, imprudenza ed imperizia ha diagnosticato erroneamente ad una paziente, in assenza di esame istologico, una recidiva di astrocitoma, sottoponendola ad urgente intervento chirurgico, che ha determinato la formazione di liquor all'interno della cavità cerebrale interessata dall'operazione.

Profili giuridici

Il giudice penale ha assolto il sanitario alla luce delle risultanze delle perizie medico-legale, che hanno concluso per l'assoluta necessità dell'intervento, essendo doveroso rimuovere una formazione tumorale destinata a crescere e quindi a comprimere la materia cerebrale, aggiungendo, che l'operato dell'imputato è stato conforme alle linee guida vigenti (elaborate dall'Aiom); ciò anche in riferimento alla problematica della necessità o meno di effettuare una biopsia stereotassica prima dell'intervento, considerata dai periti inutile e pericolosa nel caso di specie.

La sentenza ha stigmatizzato anche l'operato del perito di parte, definendo "improvvida opinione" quella rilasciata dal medico della paziente senza conoscere la sua storia clinica, fatto ritenuto sconcertante ed allarmante, tanto da far definire mistificante il suo parere tecnico.

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

SOLE24ORE/SANITA'

Precari Ssn: confederali contestano bozza Dpcm

Doccia fedda sui sindacati per i colpi d'ascia dell'Economia alla bozza di Dpcm attuativo della legge sui precari (Dl 101/2013): il testo - all'esame di sindacati il 3 giugno - non concede nulla alle specificità del settore sanitario e Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl sono già partiti all'attacco, con una lettera al ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al presidente dei governatori Vasco Errani in cui contestano il testo "riformulato" .

Il documento cancella gran parte degli accordi raggiunti tra i sindacati e la salute mettendo a rischio il percorso di stabilizzazione e la proroga dei contratti relativi al personale a tempo determinato: «Molte delle modifiche - scrivono sindacati - sono addirittura in antitesi rispetto al testo sul quale in modo unanime le parti sociali avevano raggiunto l'accordo con l'allora sottosegretario Paolo Fadda». In particolare la lettera dei tre segretari confederali, Cecilia Taranto, Daniela Volpato e Giovanni Torlucchio, sottolinea l'esclusione del riferimento alle linee guida del 10 febbraio 2011, redatte dalla conferenza delle Regioni e da quella delle Assemblee legislative regionali, e il «rigido richiamo ai vincoli imposti dal decreto 78/2010» che porrà «se verrà confermata nel testo definitivo, serissimi problemi al Ssn».

Nessuno vuole sottrarsi ai vincoli finanziari previsti dal 2007 in poi specialmente per le Regioni da anni in piano di rientro e al blocco del turn-over - affermano ancora i sindacati - ma soprattutto in queste, sottolineano «la rigida applicazione del Dl 78/2010 risulta incompatibile con il rispetto dei Lea. Ne erano già consapevoli le Regioni nel 2011 quando, valutato il rischio, avevano trovato nell'ambito della conferenza una soluzione ragionevole e

allo stesso modo compatibile con le finalità del legislatore». Secondo i sindacati l'inapplicabilità in Sanità della norma in questione la testimoniano soprattutto i dati del Conto annuale (si veda inserto in questo numero) che dimostrano come le aziende sanitarie non potendo fare altrimenti hanno ridotto il fenomeno del precariato di appena il 21% (solo 8.270 in meno), percentuale ben lontana dal 50% previsto dal Dl 78/2010. «Continuare a considerare applicabile in sanità, in fase di stabilizzazione dei rapporti, il Dl 78/2010 nella sua rigida formulazione non mediata dalle linee guida, salvo non volere consapevolmente mettere in discussione i principi fondamentali del Ssn, è un gravissimo errore che porterà alla paralisi dell'erogazione dei Lea», scrivono i sindacati nella lettera, chiedendo «nel rispetto della volontà del Legislatore stesso che con il Dl 101/2013 ha riconosciuto la specificità del settore, di dare concreta efficacia al Dpcm consentendo un'applicazione del Dl 78/2010 in linea con l'interpretazione data nel 2011 dalla conferenza delle Regioni».

Corte costituzionale: borse di studio per Mmg, mani libere alle Regioni

È legittima la norma regionale che assegna borse di studio per accedere alle scuole di diploma in medicina di famiglia, in numero superiore a quelle assegnate dal ministero, da destinare ai giovani laureatisi nelle università della Regione. Fermo restando che, nel predisporre le clausole da apporre ai contratti aggiuntivi da essa finanziati, dovrà farlo in maniera compatibile con quanto disposto nello schema tipo del contratto nazionale.

È questa l'opinione della Corte costituzionale, che con la sentenza n. 126/2014 del 15 maggio dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 della legge della Regione Veneto 9/2013 (Contratti di formazione specialistica aggiuntivi regionali), promossa, in riferimento all'art. 117, comma 2, lettera l, della Costituzione, dal presidente del Consiglio dei ministri.

Il Dlgs 368/1999, all'art. 37, comma 1, spiegano i giudici della Consulta, stabilisce che all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione specialistica, disciplinato dal medesimo decreto legislativo e dalla normativa vigente. Il contratto è finalizzato all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Il contratto non dà diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale e dell'università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti.

È la stessa normativa statale, afferma la sentenza, a lasciare aperto uno spazio per il legislatore regionale, che risulta giustificato alla luce del Dm 24 aprile 2013, n. 333 (assegnazione contratti di formazione specialistica a.a. 2012/2013), con cui il ministero dell'Istruzione ha fissato il numero totale degli specialisti da formare e il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione.

L'art. 3 di tale decreto, infatti, prevede che «possono essere attivati contratti finanziati dalle Regioni, nonché quelli derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle Università che si aggiungono ai contratti statali, così come deliberato nella Conferenza Stato-Regioni nell'incontro del 15 marzo 2012, al fine di colmare, ove possibile, il divario tra fabbisogni e numero dei contratti statali».

In questo contesto si è inserita la legge della Regione Veneto risultando, di conseguenza, perfettamente aderente alla normativa statale.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584