

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
8 LUGLIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

NON DISPONIBILE ON LINE- INVIO SUCCESSIVO

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Patto Salute. Gli emendamenti delle Regioni. Cancellate norme su attività professionalizzanti in medicina generale. Fimmg: "Chiediamo rassicurazioni o sarà protesta"

La denuncia arriva dalla Fimmg Formazione Lazio. "Dal Patto è sparito il comma 14 dell'art. 15 che avrebbe migliorato le condizioni dei Formandi in medicina generale, costretti a vivere con una borsa di studio ai limiti della soglia di povertà". La questione, in realtà, dovrebbe essere stata rimandata alle discussioni sulla riforma post laurea in Medicina avviata dal Miur. GLI EMENDAMENTI.

“Profonda delusione per il comportamento delle Regioni”. Così la **Fimmg Formazione Lazio** commenta la cancellazione, nell’ultima revisione del Patto della Salute, del comma 14 dell’articolo 5 in materia di medicina territoriale dedicato alla formazione professionalizzante in medicina generale dei giovani medici. A quanto si apprende da fonti istituzionali, la questione dovrebbe in realtà essere stata solo accantonata per essere discussa nell’ambito del percorso di riforma della formazione medica post laurea avviato dal Miur. Ma la Fimmg Formazione Lazio sottolinea come quel comma “fosse stato fortemente condiviso dalla maggioranza delle parti sociali coinvolte nella trattativa” e come la sua cancellazione appaia quindi “ingiustificabile”.

In particolare, la norma avrebbe permesso ai medici che si stanno formando in medicina generale di svolgere attività ‘professionalizzanti integrative remunerate’, “ora non possibili per incompatibilità, ottenendo così una fonte aggiuntiva di reddito, andando così ad integrare una borsa di studio, che attualmente è la metà di quella percepita da chi svolge un’altra specializzazione, il tutto senza oneri aggiuntivi per lo stato, ma importante sia dal punto di vista formativo che economico”. Insomma, “avrebbe migliorato le condizioni dei Formandi in medicina generale, costretti a vivere con una borsa di studio ai limiti della soglia di povertà”. Ora, invece, “i corsisti vedono così sfumare la possibilità di integrare gli 800 euro della borsa a costo zero, e dall’altro canto, non vedono riconosciuta un’equiparazione economica alle altre borse di studio dei colleghi specializzandi”.

Per la Fimmg Formazione Lazio, a conti fatti, "l'intervento è visibilmente un primo passo per spostare la gestione del corso, ora in mano alle regioni, verso l'università, dirottando i fondi economici della gestione propri della medicina generale, e spostando, di fatto, negli atenei una formazione che visibilmente dovrebbe restare nel territorio, vista la sua specificità".

La Fimmg Formazione del Lazio lancia quindi un appello alla Conferenza Stato Regioni per "rivalutare, nell'interesse di una categoria, la reintegrazione del Comma 14 nel Patto della Salute". Lo stesso ha fatto nel pomeriggio la **Fimmg Formazione Nazionale**.

"Chiediamo rassicurazioni sul mantenimento del comma 14 dell'art. 5", afferma la Fimmg Formazione nazionale in una nota in cui si spiega che "prevedere le attività professionalizzanti per i Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale, con rimando all'ACN per la definizione dei contenuti organizzativi ed economici delle stesse, garantirà finalmente un primo grande passo per dare dignità al percorso formativo dei Medici in Formazione Specifica. Un progetto questo che FIMMG ha sempre sostenuto". Tuttavia, la Fimmg conferma la notizia della cancellazione del comma dall'ultima versione del Patto per la Salute. "Circolano voci secondo le quali sia stata esercitata una forte influenza da parte del MIUR e degli ambienti universitari, con il supporto di associazioni dei medici specializzandi, con il preciso intento di eliminare il comma riguardante le attività professionalizzanti per i Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale", afferma. "Cassare il comma 14 - aggiunge - equivarrebbe a togliere una concreta possibilità di integrare la borsa di studio con attività coerenti con il percorso formativo nelle diverse realtà regionali".

Per la Fimmg Formazione nazionale "il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è stato troppe volte dimenticato nei provvedimenti migliorativi previsti per altri percorsi, (aumento della borsa, detassazione, aumento dei posti disponibili), per questo chiediamo al Ministro e alle Regioni la rassicurazione che il comma 14 resti nel testo così come abbiamo potuto leggerlo. Fimmg Formazione lo chiede a gran voce col sostegno del sindacato tutto, prendendo contestualmente atto del colpevole silenzio di alcune sigle che hanno a lungo propagandato sostegno ai medici in formazione in MG ma che oggi, in un momento cruciale, restano vaghi nell'ambiguità delle loro conflittuali posizioni. Attendiamo quindi rassicurazioni altrimenti, rispetto a uno schiaffo di tale portata, ci dichiariamo fin da subito pronti ad una mobilitazione generale di protesta".

Il futuro del sistema sanitario. Governance, empowerment, incentivi e consequence management, finanziamento sui risultati. Ecco i pilastri della RoadMap dell'Action Institute

Publicati i contributi della consultazione pubblica avviata sulla base delle rilevazioni contenute nella Road Map. Obiettivo: rendere il Ssn sostenibile e in grado di attrarre talenti e investimenti dal resto del mondo. Emersa la necessità di proposte sulla formazione del capitale umano, sul ruolo dell'assistenza domiciliare e sul ruolo delle imprese bancarie nel contribuire all'innovazione. La ROAD MAP e gli esiti della CONSULTAZIONE.

Una visione "a lungo termine del sistema salute" che, "tramite un insieme organico di riforme da inserire nell'attuale quadro di crescente domanda di sanità, aumento dei costi, disponibilità fiscali ridotte e crescente integrazione europea", intervenga "in modo strutturale sulle aree di miglioramento, promuovendo le energie del sistema e rimuovendo i

fattori ostativi”. È così che l’Action Institute presenta la Healthcare Roadmap 2030, cioè “linee guida di carattere strategico” per la sanità sviluppate attraverso una consultazione pubblica che ha coinvolto 118 interlocutori, di cui 38 rappresentanti di istituzioni pubbliche nazionali e regionali, Antitrust compreso, e i cui esiti sono stati resi noti oggi. Obiettivo: “Rendere il Ssn non soltanto sostenibile, ma in grado di attrarre talenti e investimenti dal resto del mondo, permettendo ai pazienti di disporre “di una sempre più ampia capacità di scelta informata e consapevole, fonte di incentivo alla competitività e alla qualità del sistema”.

Quattro, in particolare, i pilastri individuati su cui fondare la riforma del sistema:

- Pilastro 1: Rafforzamento della governance con l’obiettivo di rafforzare le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema;
- Pilastro 2: Empowerment dei pazienti attraverso accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari con l’obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti ed esercitare una tensione positiva all’aumento di produttività di chi eroga i servizi;
- Pilastro 3: Definizione di un chiaro sistema d’incentivi e consequence management con l’obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri di gestione;
- Pilastro 4: Revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di incentivare e premiare i comportamenti virtuosi.

“Tra quindici anni – spiega Action Institute -, si stima che gli over 65 nel nostro paese saranno 16 milioni, mentre altri 7 milioni di persone saranno non auto-sufficienti. Il progresso in campo medico e l’allungamento della vita media genereranno, negli anni a venire, un notevole stress per le finanze pubbliche nazionali, già oggi di per sé scarse. Il SSN si troverà a fronteggiare un’accresciuta domanda di cure e un aumento dei costi, ma i fondi a disposizione si ridurranno in linea con la rigorosa austerità imposta sui conti pubblici. Le sfide che la sanità pubblica dovrà affrontare si profilano impegnative”. Una risposta è quindi necessaria. In questo ambito la consultazione pubblica è stata volta a delineare anzitutto gli aspetti critici dell’attuale SSN e quelli su cui gli operatori ritengono si debba intervenire con maggiore tempestività, per avviare quindi una discussione fattuale sulla sanità italiana, considerando la globalità dei profili d’analisi, e giungendo ad allestire un progetto di riforma organica che possa essere ampiamente condiviso.

L’attenzione degli aderenti alla consultazione, spiega l’Action Institute, “si è prevalentemente focalizzata sul concetto di prevenzione, come obiettivo e strategia di cura” ed “è stato inoltre ricordato il nodo dell’interazione tra pubblico e privato nel campo dei provider di servizi di cura, sia in quanto potenzialità di miglioramento dei servizi sia come elemento da valutare profondamente tenendo a mente gli effetti redistributivi sugli utenti”.

Per quanto riguarda i pilastri, nel **Primo Pilastro** “è stata dedicata attenzione al nodo dell’approvvigionamento di beni e servizi, soprattutto nel mercato del farmaco, in relazione a problematiche di competitività e trasparenza. Molti contributi sono stati dedicati all’espressione di una condivisione della centralità del tema della governance nel SSN e

della necessità di un ripensamento di meccanismi non sempre efficienti. È stato segnalato inoltre il problema della mancanza di una cultura dell'organizzazione aziendale, a monte del problema della selezione della classe dirigente”.

Nella discussione sulle tematiche legate al **Secondo Pilastro**, spiega l'Action Institute, “sono emerse alcune riserve riguardo al fatto che un aumento dell'informazione disponibile, anche, sottoforma di maggiore disponibilità di dati clinici, sia sufficiente ad ampliare la libertà di scelta del paziente in un contesto in cui si intrecciano acute asimmetrie informative, problemi di agenzia e conflitti di interesse. Occorre essere consapevoli del pericolo di una distorsione delle scelte derivante da una imperfetta interpretazione delle informazioni. Inoltre, è stata ricordata l'eterogeneità delle prestazioni erogate dal SSN e, in molti casi, la rilevanza di reti tempo-dipendenti che presuppongono un affidamento del paziente urgente a un network di provider piuttosto che la libera scelta in un'ottica di competizione tra provider. E' stata inoltre espressa preoccupazione riguardo alle difficoltà di implementazione che potrebbero sorgere a causa di una scarsa cultura della trasparenza nel Paese e di un debole appoggio politico a iniziative di apertura e pubblicità dei dati. E' stato sottolineato come in molti casi vi siano già chiare indicazioni di legge in questo senso, e siano a volte disponibili utili 'infrastrutture' e professionalità, senza che questo si traduca in un significativo cambiamento. D'altro canto, sono anche stati offerti alcuni esempi di buone prassi già implementate in alcune regioni per quanto riguarda l'empowerment del paziente e la sua partecipazione al percorso di cura”.

Per quanto riguarda il **Terzo Pilastro**, “è stata indicata la necessità di aggiornare alcune delle attuali modalità di confronto tra le performance (come il Programma Nazionale Esiti), soprattutto attraverso la promozione di un organismo di valutazione della performance davvero indipendente”.

I commenti al **Quarto Pilastro** “hanno richiamato l'importanza di una revisione dei meccanismi di finanziamento nella direzione di una maggiore trasparenza, standardizzazione, e dell'allontanamento della definizione dei criteri dal decisore politico. Alcuni interlocutori della consultazione hanno ipotizzato un diverso ruolo delle assicurazioni nel coadiuvare il SSN lungo logiche di innovazione e di gestione del rischio e proposto un diverso utilizzo dei fondi strutturali disponibili”.

Le altre idee emerse

Infine, spiega l'Action Institute, “i commenti generali emersi durante il dibattito hanno toccato alcuni temi ricorrenti, tra cui: la necessità dell'integrazione nella Roadmap del tema della **formazione e del capitale umano**; l'importanza dei **servizi socio-sanitari** e dell'**assistenza domiciliare** nel sistema salute, e l'auspicata integrazione con la parte sanitaria; la necessità di formulare quanto prima proposte concretamente implementabili, in modo da poter affrontare le vischiosità che in altre occasioni hanno ostacolato la concretizzazione di indicazioni di legge; **il ruolo che le imprese bancarie** potrebbero svolgere nell'accompagnare e assistere la sanità lungo le logiche di innovazione volte alla promozione della filiera produttiva; **il legame tra sistema industriale e sanità pubblica e tra politica industriale** volta a favorire l'innovazione e l'industria farmaceutica”.

Tiroide. Centro ricerche Università dell'Insubria vince premio

internazionale come miglior studio sperimentale

Lo studio riguardava in particolare la prevenzione delle complicanze nella chirurgia della tiroide. La premiazione è avvenuta durante il riunione biennale della European Society of Endocrine Surgery a Cardiff.

Rilevante apprezzamento internazionale per il Centro di Ricerche in Endocrinochirurgia della Scuola di Medicina, Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Morfologiche dell'Università degli Studi dell'Insubria. Il Centro di Ricerche - in collaborazione con la Seoul University (Korea) e la Kaohsiung Medical University (Taiwan) - ha ottenuto il riconoscimento per il miglior studio sperimentale europeo in ambito endocrinochirurgico in particolare sulla prevenzione delle complicanze nella chirurgia della tiroide.

La premiazione è avvenuta durante il riunione biennale della European Society of Endocrine Surgery a Cardiff, nel Galles. Il Centro di Ricerche in Endocrinochirurgia è diretto dal 2004 da **Gianlorenzo Dionigi**, in cooperazione con la Cattedra di Endocrinologia di **Luigi Bartalena**.

A Varese il protocollo di studio sperimentale è stato organizzato e gestito da giovanissimi ricercatori e specializzandi in Chirurgia, in particolare dai dottori: **Cesare Ferrari, Davide Inversini, Matteo Lavazza, Andrea Leotta, Alberto Mangano e Sebastiano Spampatti**.

Carcinoma polmonare. Approvata la prima terapia di mantenimento per il tumore Nsclc

E' stata approvato in Italia pemetrexed come terapia di mantenimento per la forma più comune di tumore al polmone, quello non a piccole cellule non squamoso. "È un nuovo paradigma per la terapia del carcinoma polmonare", ha commentato Cesare Gridelli, Principal Investigator per l'Italia dello studio Paramount, sui cui risultati si è basata l'approvazione.

Via libera ufficiale alla terapia considerata un nuovo paradigma di trattamento per la più comune forma di tumore al polmone - quello Nsclc (non a piccole cellule non squamoso). È, infatti, da oggi possibile trattare questa forma tumorale con una terapia di mantenimento, fino a oggi non disponibile, a base di pemetrexed. I pazienti hanno ottenuto una sopravvivenza mediana di 16,9 mesi nel braccio con la terapia di mantenimento a base di pemetrexed rispetto ai 14,0 mesi del braccio con placebo, con una riduzione statisticamente significativa pari al 22% del rischio di mortalità.

“È, di fatto un cambiamento fondamentale nell'approccio terapeutico in pazienti affetti dal carcinoma polmonare (Nsclc) avanzato. Il farmaco, già utilizzato nella terapia di I linea, e poi dato come mantenimento determina un miglioramento importante della sopravvivenza”, ha commentato **Cesare Gridelli**, Direttore del Dipartimento di Onco Ematologia dell'Azienda Ospedaliera “S.G. Moscati” di Avellino e Principal Investigator dello studio Internazionale Paramount.

Lo studio che ha portato a questo nuovo paradigma terapeutico ha mostrato come cambiando strategia, ovvero continuando a somministrare pemetrexed ai pazienti come mantenimento del risultato ottenuto dopo i primi cicli di terapia, si registri un significativo passo in avanti in termini di aumento di sopravvivenza, infatti è stato registrato un aumento della sopravvivenza media mai osservata prima (ad es. nel passaggio dalla sola terapia di supporto alla chemioterapia o passando dalla monochemioterapia alla polichemioterapia).

“Il dato – ha continuato Gridelli – è ancora più rilevante se consideriamo l’ottimo profilo di tollerabilità di pemetrexed. Nello studio Paramount, infatti, non vi è stato alcun peggioramento della qualità di vita di pazienti trattati con pemetrexed rispetto al placebo”.

I risultati finali di questo studio multicentrico, in doppio cieco, controllato con placebo, hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa pari al 22% del rischio di mortalità (HR=0,78). Un’ulteriore analisi dei dati dello studio ha misurato le percentuali di sopravvivenza nel lungo periodo: a un anno dall’inizio della terapia di mantenimento, il braccio di pazienti trattati con pemetrexed ha riportato una percentuale del 58% rispetto al 45% di quello con placebo. A due anni, le percentuali sono state del 32% nel braccio con pemetrexed rispetto al 21% con placebo. “Questi dati dimostrano anche come la terapia di mantenimento con pemetrexed sia sostenibile nel lungo periodo per il suo basso livello di tossicità”, ha spiegato Gridelli.

“Fino a oggi, generalmente questi pazienti sono stati trattati con quattro/sei cicli di chemioterapia - ha proseguito Gridelli - e, dopo un periodo di interruzione, in caso di ricaduta il medico tratta nuovamente il paziente con farmaci a diverso meccanismo d’azione. Lo studio Paramount è stato disegnato sulla base dei risultati positivi ottenuti in due studi precedenti che hanno valutato l’uso della combinazione pemetrexed+cisplatino come terapia di prima linea, nonché di pemetrexed come terapia di mantenimento, somministrato successivamente a doppiette di prima linea non contenenti pemetrexed, rispettivamente. Tuttavia, Paramount è il primo studio che valuta gli effetti del trattamento di prima linea con pemetrexed più cisplatino seguito immediatamente dal trattamento di mantenimento con solo pemetrexed”.

Le conseguenze non dette del fumare light

“I dati ottenuti nello studio sono ancora più rilevanti considerando che il tumore del polmone non squamoso è in netto incremento rispetto agli altri istotipi. L’incremento degli adenocarcinomi (la gran parte dei non squamosi) è legato a due fattori principali: l’aumento dell’incidenza della malattia in donne non fumatrici, a causa di fattori genetici e ormonali, e il cambiamento delle abitudini al fumo. Il maggiore utilizzo di sigarette con filtro e di tipo light ha portato il fumatore ad aspirare più profondamente portando il fumo e i suoi agenti cancerogeni nella parte più in profondità dell’albero bronchiale dove insorge tipicamente l’adenocarcinoma”, ha sottolineato Gridelli.

Incidenza: le differenze di genere

Secondo le ultime rilevazioni dell’Aiom, in Italia nel 2013 erano previste 38.200 nuove diagnosi di tumore del polmone, di cui quasi un terzo (11.200) nel sesso femminile. Si tratta di più del 10% di tutte le nuove diagnosi di tumore nella popolazione generale e, più in particolare del 14% di queste nei maschi ed il 7% nelle femmine. Si calcola che un uomo su 9 e una donna su 36 possa sviluppare un tumore del polmone nel corso della vita.

Al netto degli effetti legati all’invecchiamento della popolazione si registra una tendenza decisamente diversa tra il genere maschile e il femminile. Tra il 1996 e il 2010 mentre per l’incidenza per i maschi è calata leggermente del 2% nella popolazione femminile si è registrato un aumento del 2,5%. Questa tendenza temporale e di genere rispecchia fedelmente l’andamento del principale fattore di rischio per lo sviluppo del carcinoma polmonare: il fumo.

A dimostrarlo una recente fotografia di Gfk Eurisko voluta da Walce (Women Against Lung Cancer in Europe) grazie alla collaborazione di Lilly Italia in occasione dell’ultimo mese di

novembre che è in tutto il mondo il mese di sensibilizzazione per il tumore al polmone (Lcam – Lung Cancer Awareness Month). Nonostante un calo di fumatori in Italia registrato negli ultimi 15 anni (dal 31% del 1998 al 21% nel 2013), i fumatori sono ancora un esercito di oltre 10 milioni di persone, resistenti ad abbandonare l'abitudine al fumo. “Un vizio dalle conseguenze drammatiche non solo per l'impatto diretto sulla qualità di vita dei fumatori, ma soprattutto per la sua stretta correlazione con molte patologie cardiache, vascolari e polmonari, cui va aggiunto l'aumentato rischio di sviluppare una malattia oncologica, prima fra tutte il carcinoma polmonare, di cui è responsabile nell'85% dei casi", ha ricordato **Silvia Novello** - Pneumo-oncologa presso il Dipartimento di Oncologia, Università di Torino, AOU San Luigi Orbassano (TO) e presidente di WALCE. Oggi la percentuale di donne fumatrici cresce purtroppo di più rispetto alla controparte maschile in molti paesi europei fra cui l'Italia, registrandosi poi nella popolazione femminile maggiori insuccessi dai tentativi di cessazione tabagica (6% contro il 13% fra gli uomini).

Disegno dello Studio

Un totale di 939 pazienti con Nsclc non squamoso in stadio avanzato è stato arruolato nello studio e sottoposto a terapia di induzione con pemetrexed (500 mg/m² il giorno 1 di un ciclo di 21 giorni) in combinazione con cisplatino (75 mg/m²) per 4 cicli. I pazienti la cui malattia non era progredita durante tale trattamento di prima linea e che presentavano una performance status di 0-1 (n=439) venivano randomizzati (2:1) alla terapia di mantenimento con pemetrexed (500 mg/m² il giorno 1 di un ciclo di 21 giorni) più le migliori cure di supporto (n=359) o placebo più le migliori cure di supporto (n=180) fino alla progressione della malattia. Dei pazienti successivamente randomizzati, il 44,9% ha avuto una risposta completa o una risposta parziale e il 51,9% ha ottenuto la stabilizzazione della malattia come risposta al trattamento di induzione con pemetrexed più cisplatino. A tutti i pazienti sono stati somministrati: vitamina B12, acido folico e desametasone.

In totale, gli eventi avversi (EA) più gravi correlati al farmaco (grado 3/4) sono stati superiori per i pazienti trattati con la terapia di mantenimento a base di pemetrexed, rispetto ai pazienti con placebo (12,5% vs. 0,6% laboratorio e 11,4% vs. 4,4% non laboratorio) e sono stati anemia (6,4% vs. 0,6%), affaticamento (4,7% vs. 1,1%), e neutropenia (5,8% vs. 0%). Si è osservato un caso di mortalità potenzialmente correlato al farmaco per ciascun braccio. Le interruzioni dovute a EA sono state del 10,3% con pemetrexed e del 4,4% con placebo.

DOCTORNEWS33

Antibiotici, nel dubbio il medico prescrive. Cdc: così aumenta la resistenza

È una minoranza, ma viene definita “significativa”, quella dei medici che hanno abitudini prescrittive tali da peggiorare l'antibiotico-resistenza: lo dimostrano i risultati appena pubblicati di un sondaggio condotto negli Stati Uniti da WebMD/Medscape. Il fenomeno è già preoccupante e minaccia di peggiorare in futuro: almeno due milioni di persone vengono infettate da batteri antibiotico-resistenti ogni anno e i decessi sono 23 mila secondo i

Centers for disease control and prevention (Cdc), mentre l'Organizzazione mondiale della sanità definisce l'antibiotico-resistenza "una minaccia sempre più grave alla salute pubblica globale, che richiede un'azione coordinata tra i governi e la società". Un'ampia maggioranza dei medici ammette di prescrivere antibiotici anche senza un'assoluta certezza clinica, ma solo il 12% lo fa regolarmente: in media l'incertezza c'è una volta su cinque. La maggior parte di loro ritiene che essere "abbastanza sicuri" della diagnosi sia sufficiente e molti dichiarano di sentirsi a disagio per il rischio di non trattare una possibile infezione batterica; del resto, quasi uno su tre ritiene che aspettare gli esiti degli esami di laboratorio richieda un tempo troppo lungo per un paziente malato. Ma gli autori dello studio stigmatizzano un'altra delle ragioni addotte: il 10% di questi "medici indecisi" è convinto che, anche nel caso non risulti necessario, l'antibiotico non farà male... Lauri Hicks, direttore del programma dei Cdc, ritiene che sia importante ricordare ai medici che questi comportamenti «mettono i pazienti a rischio di reazioni allergiche, infezioni antibiotico-resistenti e diarrea da Clostridium difficile, dall'esito potenzialmente mortale». Quest'ultimo scenario si manifesta talvolta quando un medico prescrive immediatamente un antibiotico per rinosinusite batterica acuta: come danno collaterale, l'antibiotico distrugge la maggior parte dei batteri intestinali ma in genere non il Clostridium difficile, che cresce in modo incontrollato causando una diarrea molto grave.

Avastin-Lucentis: Roche, paghiamo sanzione ma fiducia in Tar

Roche ha deciso di pagare la sanzione comminata nel marzo scorso dall'Antitrust "per non incorrere nel pagamento di interessi" sulla stessa ma resta "fiduciosa nell'appello al Tar". Lo rende noto la stessa azienda in un comunicato, ribadendo "la correttezza del proprio operato" e la volontà di giungere rapidamente alla sentenza del Tar, che si attende favorevole. "Il pagamento della sanzione - sottolinea - non implica il riconoscimento di alcuna responsabilità di Roche e sarà annullato in caso di sentenza positiva del Tar", dovrà quindi "essere restituito a Roche in caso di decisione favorevole del Tar Lazio entro la fine del 2014". Il pagamento, spiega ancora il gruppo farmaceutico svizzero, "non implica il riconoscimento di alcuna responsabilità da parte di Roche, che conferma la totale fiducia nella fondatezza delle proprie ragioni e nell'esito positivo del giudizio del Tar Lazio, confortata anche dall'orientamento assunto dal Consiglio Superiore di Sanità, che ha ribadito la differenza tra ranibizumab e bevacizumab, stabilendo rigorose condizioni per l'utilizzo di quest'ultimo in campo oftalmologico".

DIRITTO SANITARIO Esposto al presidente dell'Ordine dei medici e delitto di diffamazione

Sussiste il requisito della comunicazione con più persone, atto ad integrare il delitto di diffamazione, nella condotta di colui che invii una lettera denigratoria al presidente di un Ordine professionale, considerato che la destinazione alla divulgazione può trovare il suo fondamento oltre che nella esplicita volontà del mittente-autore, anche nella natura stessa della comunicazione, in quanto propulsiva di un determinato procedimento (giudiziario, amministrativo, disciplinare) che deve essere "ex lege" portato a conoscenza di altre persone, diverse dall'immediato destinatario, sempre che l'autore della missiva prevedesse o volesse la circostanza che il contenuto relativo sarebbe stato reso noto a terzi. Nel caso di

specie è stata ritenuta provata la consapevolezza e la volontà di portare a conoscenza di terzi il contenuto dello scritto, trattandosi di missiva che non recava la dicitura "riservata-personale" e che era destinata, per come formata, ad essere conosciuta da coloro che, nell'ambito dell'Ordine, erano addetti all'apertura e lettura della corrispondenza. La segnalazione di comportamenti scorretti, tenuti da un membro dell'Ordine, è destinata, per sua natura, ad essere conosciuta all'interno dell'Ordine stesso, perché dà luogo, per norma, ad una istruttoria disciplinare da parte del Consiglio dell'ordine o collegio della provincia nel cui Albo il medico è iscritto, a cui partecipano una pluralità di soggetti, tra cui, oltre al presidente, i membri della Commissione chiamata a decidere sull'archiviazione o l'instaurazione del procedimento disciplinare.

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

SOLE24ORE/SANITA'

Europarlamento: Giovanni La Via presidente della Commissione Ambiente, Sanità e Sicurezza alimentare

Giovanni La Via, parlamentare europeo del Nuovo Centrodestra, è stato quest'oggi eletto per acclamazione presidente della commissione per l'Ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare del Parlamento europeo. «Sarà per me un onore - ha dichiarato a caldo La Via - guidare la più grande commissione legislativa dell'Eurocamera. Il raggio di azione della Commissione Envi è ampio e i testi da essa approvati influenzano direttamente la vita dei cittadini europei. Ringrazio il Ppe e tutti i colleghi -aggiunge La Via- che mi hanno testimoniato la loro fiducia con il voto di oggi».

La commissione Ambiente, composta da ben 69 deputati, si occupa delle politiche della tutela ambientale, dei cambiamenti climatici e della sicurezza dei prodotti alimentari. Non solo: il perimetro d'azione si allarga a tematiche importanti quali quelle della sanità pubblica, inerenti, ad esempio, alla regolamentazione sui prodotti farmaceutici e cosmetici.

In materia di competenze, La Via ricorda come «l'impegno iniziato cinque anni fa in commissione Agricoltura ha riguardato da vicino l'importante tema della sicurezza alimentare e della tutela dei consumatori. Saranno, infatti, di competenza della commissione molti dossier in materia di etichettatura e sicurezza dei prodotti alimentari, in tema di legislazione veterinaria, concernente la protezione contro i rischi per la salute umana e, infine, attinenti ai controlli sanitari dei prodotti alimentari e dei sistemi di produzione».

«In tal senso -prosegue il neo-presidente della commissione Envi - avremo modo di continuare a lavorare facendo nostre le esigenze dei cittadini-consumatori».

L'incarico arriva al secondo mandato al Parlamento Europeo, guadagnato da La Via, a seguito delle elezioni europee dello scorso 25 maggio, nel collegio dell'Italia insulare tra le fila del Nuovo Centrodestra. «Sono già al lavoro sui dossier più importanti, che ci attendono a partire dalle prossime settimane. Auspico - conclude - la massima collaborazione tra i deputati di tutti i gruppi politici e un clima di cooperazione con la Commissione e il Consiglio. Sono convinto che insieme riusciremo a non disattendere le aspettative dei nostri cittadini».

Sicurezza alimentare, Cimo: nel Patto della Salute prevenzione a rischio

Nel Patto della Salute si rischia uno «scivolone in tema di prevenzione» che potrebbe mettere in pericolo la sicurezza alimentare e nutrizionale. Lo sostengono Riccardo Cassi, presidente Cimo ed Ernesto Cappellano, coordinatore Cimo-Settore specifico Cosips.

«L'art. 18 del Patto della Salute - si legge in una nota - in modo subdolo modifica l'art.7 quater del dlgs 502/92 prevedendo che le strutture deputate alla Sanità pubblica veterinaria e alla sicurezza alimentare e nutrizionale siano possibilmente configurate quale Unità operative complesse. Aver legato tale possibilità al rispetto dei vincoli di spesa previsti dalla legislazione vigente e per le Regioni sottoposte a piano di rientro anche nel rispetto di quelli fissati in materia da detti piani, nonché dei parametri standard per la definizione delle Strutture Complesse e Semplici adottati dal Comitato Lea in data 26/3/2012 costituirà, poi, il via libera per la definitiva rottamazione del Dipartimento di Prevenzione».

Secondo la Cimo non c'è un adeguato riconoscimento delle funzioni in materia di sicurezza alimentare. «E' assurdo che le complessità delle funzioni in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale, nonché di sanità pubblica veterinaria che da sempre hanno garantito nel nostro Paese standard elevati di sicurezza per i cittadini non siano adeguatamente riconosciute».

Cimo chiede alla ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, «che da sempre si è dichiarata sostenitrice delle politiche di prevenzione, nonché alle Regioni, di modificare il testo per continuare a garantire ai nostri cittadini l'eccellenza nell'ambito dei controlli alimentari e nutrizionali e di sanità veterinaria».

Cnr-Siprec: «La crisi fa male alla salute, in aumento diabete, obesità e colesterolemia»

Diabete, obesità, ipercolesterolemia. Sono alcune delle patologie che a causa della crisi economica e della crescita della disoccupazione hanno registrato un aumento nell'ultimo periodo, soprattutto nella fascia di popolazione meno istruita. In conseguenza di mutati consumi e stili di vita delle persone colpite. Lo rileva lo studio «Impatto della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare», coordinato da Gaetano Crepaldi dell'Istituto di neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche di Padova (In-Cnr) e da Maria Grazia Modena dell'Università di Modena-Reggio Emilia.

Dal documento, presentato al XII Congresso nazionale della Società italiana per la prevenzione cardiovascolare (Siprec), nel confronto tra i dati del periodo precedente la crisi, dal 1998 al 2002, e quelli del 2008-2012, emerge un aumento di condizioni a rischio; inoltre, salute e buone abitudini appaiono correlate con reddito e scolarità.

Il ruolo della minore scolarizzazione. «Tra le persone con minor scolarizzazione - spiega Crepaldi - a soffrire di diabete nel primo periodo era il 16,3% degli uomini e l'11,6% delle donne, che nel periodo di crisi passano rispettivamente a 17,7% e 13,2%. L'obesità colpiva tra 1998 e 2002 il 21% degli uomini e il 28 delle donne, che nel secondo periodo sono diventati rispettivamente il 29,1 e il 35,5%. L'ipercolesterolemia è cresciuta dal 21,3% dei maschi e 28 delle femmine, rispettivamente al 40 e al 45,6%. Solo nell'abitudine al fumo di

sigaretta si registra un calo: negli uomini si passa dal 32,6% al 25,2% e nelle donne dal 19,4% al 18%».

Situazione più variegata nella fascia più istruita. Lo stesso confronto è stato effettuato sul gruppo di popolazione a più alta scolarizzazione, sempre mettendo a confronto il 1998-2008 con il 2008-2012: in questo caso si registra una situazione più variegata. «La percentuale dei maschi affetti da diabete - sottolinea Modena - si riduce dal 9,9% all'8,6% e delle donne dal 4 al 3,7%; l'obesità è invece in crescita sia tra gli uomini, dal 13,4 al 21,8%, che tra le donne dall'11,7 al 17,2%; l'ipercolesterolemia è in calo tra i primi (dal 43,7 al 31,7%) ma in aumento tra le seconde (dal 22,1% al 32,4%). In calo anche l'abitudine al fumo, che passa negli uomini dal 29,3% al 20,6% e nelle donne dal 26,7% al 21,3%, quest'ultimo è anche l'unico dato in controtendenza nel confronto con le meno scolarizzate, dove fuma il 18%».

Queste differenze si allineano a quanto evidenziato dai dati Istat, che correlano reddito e scolarizzazione nel definire lo stato di 'benessere'. «Gli stili di vita meno salutari, quali scarso esercizio fisico e un'alimentazione poco sana, spesso appaiono legati a minore reddito e scolarità», continua Modena.

«I dati relativi al 2013 indicano che, tra i più informati a livello nutrizionale, il 35,3% segue la Dieta mediterranea e l'obesità colpisce il 25%, contro il 31% di seguaci di questo tipo di alimentazione e il 41,5% di obesi riscontrati tra i meno informati», conferma Crepaldi. «La Dieta mediterranea - conclude l'esperto - aiuta a prevenire malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tipi di tumore, permette una maggiore disponibilità e utilizzo di micronutrienti e antiossidanti e si dimostra utile al mantenimento di un buono stato di salute».

L'impatto del reddito sulla salute. All'interno del documento Siprec, Gianluigi Ferrante dell'Istituto superiore di sanità evidenzia come le difficoltà economiche abbiano anche un effetto più diretto sulla salute: i consumatori di quantità elevate di alcol sono il 4,5% della popolazione più abbiente e il 5,2% di chi ha difficoltà economiche; a svolgere attività fisica nel tempo libero è rispettivamente il 28,3% e il 25,9%; il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è più elevato (11%) tra i benestanti rispetto a quanti risentono della crisi (8,7%).

Alla stesura del documento hanno contribuito anche Giovanni de Gaetano, (Irccs Istituto neurologico mediterraneo Neuromed di Pozzilli) Gianluigi Ferrante e Simona Giampaoli (Istituto superiore di sanità) e Giorgio Galanti (Università di Firenze).

Oncologia: il ricercatori dell'Int scoprono una molecola che "ubriaca" le cellule tumorali

Intossica le cellule tumorali nel carcinoma papillare della tiroide facendole riempire di liquido fino a scoppiare. La molecola che "ubriaca" le cellule molecola - chiamata "miR-199a-3p" - è stata scoperta dai ricercatori della Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che hanno presentato lo studio, finanziato dall'Airc, al congresso mondiale dell'European Association for Cancer Research.

I ricercatori dell'Int, guidati da Maria Grazia Borrello dell'Unità meccanismi molecolari del Dipartimento di oncologia sperimentale e medicina molecolare, hanno scoperto che la molecola - generalmente presente a bassi livelli nel carcinoma della tiroide - quando reintrodotta agisce "intossicando" le cellule tumorali. La sua produzione, infatti, porta le cellule del tumore a riempirsi di liquido extracellulare fino a scoppiare causando una morte

in massa di queste cellule. Il meccanismo attraverso il quale la molecola agisce si chiama metuosi, dal greco "metuo": "bere fino all'intossicazione".

«Il miR-199a-3p – ha spiegato Maria Grazia Borrello - rappresenta una potenziale strategia terapeutica. Inoltre, essendo le cellule tumorali frequentemente resistenti all'apoptosi, l'identificazione di un meccanismo alternativo per indurre la morte è di sicuro interesse anche per altre patologie tumorali». «Recentemente - ha sottolineato il direttore scientifico dell'Istituto dei tumori, Marco Pierotti - sulla rivista Cell è stata data nuova evidenza all'argomento, in quanto è stato identificato un composto, Vacquinol-1, in grado di indurre morte per metuosi in cellule di glioblastoma. La scoperta del gruppo di Maria Grazia Borrello si inserisce in questo nuovo campo di ricerca cui contribuisce identificando per la prima volta nel carcinoma papillare tiroideo questo nuovo MicroRNA tra i meccanismi di induzione della metuosi».

Il carcinoma della tiroide è un tumore maligno relativamente poco frequente: costituisce l'1-2% di tutti i tumori e colpisce maggiormente le donne (il rapporto è 3:1 donna:uomo) in una larga fascia di età dai 25 ai 70 anni con picco intorno ai 50. I noduli tiroidei sono molto frequenti ma sono tumorali solo nel 5% dei casi. In Italia il tumore della tiroide è il quarto per prevalenza preceduto dai tumori della mammella del colon-retto e dell'utero.

GIURISPRUDENZA Cassazione. Medici 118: valutare tutte le circostanze come possibili attenuanti

La valutazione della responsabilità penale del medico che lavora in emergenza deve essere fatta considerando che non opera in «una campana di vetro o in laboratorio». Di conseguenza, il giudice deve valutare tutte le circostanze di fatto e le informazioni che erano state date al medico all'atto dell'intervento clinico, che parametrano l'agire di quel medico «all'agente modello». Il giudice, inoltre, deve valutare se un intervento, per quanto astrattamente necessario, fosse concretamente praticabile ed esigibile nella specifica circostanza.

Questa, in estrema sintesi, la ragione per la quale la quarta sezione penale della Cassazione (sentenza n. 24528/2014 depositata il 10 giugno) ha accolto le ragioni del medico, rinviando il procedimento alla Corte d'appello di Palermo che lo aveva condannato per una nuova valutazione.

Il medico, in servizio presso un'ambulanza del 118, di fronte a un paziente in stato di coma per assunzione di psicofarmaci e alcol, aveva omesso di effettuare la toilette del cavo orale e l'intubazione orotracheale somministrandogli invece un farmaco emetizzante, cagionando la morte dell'assistito per asfissia da occlusione della via respiratoria.

Il medico si era difeso evidenziando che l'intubazione avrebbe richiesto l'anestesia, che nella fattispecie era decisamente controindicata. Dagli atti non risultava chiaro se al medico fosse stato riferito del pasto assunto dal paziente.

Nel caso di specie - afferma la sentenza richiamando copiosi precedenti - soccorre la disciplina di cui all'art. 2236 del Codice civile. La quale, indipendentemente dalla sua discussa, diretta applicabilità all'ambito penale, esprime un criterio di razionalità del giudizio che può trovare ingresso come regola di esperienza cui il giudice può attenersi nel valutare l'addebito di imperizia sia quando si versa in una situazione emergenziale, sia quando il caso implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

La sentenza pone in luce i contesti che per la loro difficoltà possono giustificare una valutazione benevola del comportamento del sanitario: da un lato le contingenze in cui si sia in presenza di difficoltà o novità tecnico-scientifiche; e dall'altro le situazioni nelle quali il medico si trovi a operare in emergenza e quindi in quella «temperie intossicata dall'impellenza» che rende quasi sempre difficili anche le cose facili. Si deve però distinguere la situazione in cui il medico operi in urgenza con il caso in cui sia malaccorto, non si adoperi per fronteggiare adeguatamente l'urgenza o tenga comportamenti semplicemente omissivi, tanto più quando la sua specializzazione gli impone di agire tempestivamente proprio in urgenza.

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