

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

DOMENICA 18 - LUNEDI' 19 GENNAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

18 GENNAIO

SASSARI Pericardio sparito, chirurghi a giudizio Sassari, due medici accusati di omicidio colposo e soppressione di parti di cadavere di un 60enne di Tresnuraghes

Sarà un processo ad accertare dinamiche ed eventuali responsabilità relative alla morte del pensionato sessantenne di Tresnuraghes (originario di Suni) Tullio Coratza deceduto a maggio del 2012 alle cliniche San Pietro di Sassari dopo una toracotomia eseguita per la diagnosi di un tumore al mediastino. La prima udienza è fissata per il 14 settembre. Il rinvio a giudizio. Il giudice dell'udienza preliminare Giuseppe Grotteria due giorni fa ha rinviato a giudizio il direttore del reparto di Chirurgia delle grandi obesità Alberto Porcu (originario di Sedilo) e il suo collega Luca Pilo (sassarese) con le accuse di omicidio colposo, falso materiale e ideologico e soppressione di parti di cadavere. Quest'ultima ipotesi di reato si era aggiunta alle due precedenti in piena udienza preliminare su decisione del pubblico ministero Elisa Loris (ora sostituita dalla collega Corinna Carrara): il medico legale che eseguì l'autopsia sul corpo del pensionato segnalò l'assenza del pericardio, la membrana che avvolge il cuore. Quell'organo risulterebbe misteriosamente sparito e secondo la Procura i chirurghi nulla scrissero in merito sulla cartella clinica. Da qui la nuova contestazione. La morte del paziente. Tullio Coratza nel 2012 era andato alle cliniche San Pietro per una biopsia necessaria per la diagnosi di un tumore che aveva scoperto di avere a dicembre del 2011. I precedenti due tentativi (una biopsia transtracheale e una transbronchiale) non avevano chiarito l'entità del male e così il chirurgo Alberto Porcu aveva deciso di intervenire con i ferri sostenendo che fosse urgente avere un quadro della situazione più chiaro. Durante la toracotomia venne però recisa l'arteria polmonare e in pochi minuti il pensionato morì per «arresto cardiaco in shock emorragico». La neoplasia era localizzata nello spazio della cavità toracica che si

trova nella parte mediana, tra i due polmoni. Durante l'intervento si era scoperto che il tessuto tumorale era attaccato all'aorta e all'arteria polmonare: per poterlo prelevare, il ferro del chirurgo era passato in uno spazio di appena un centimetro. Sarebbe cioè andato a toccare la parete dell'arteria, a detta del medico già danneggiata dal tumore e perciò molto fragile, causando la rottura di un ramo. Il cuore del sessantenne non aveva retto. L'inchiesta. Una morte così improvvisa e inaspettata che lo stesso pomeriggio i familiari della vittima si erano rivolti all'avvocato Giuseppe Longheu e si erano precipitati nell'ufficio del pm Loris che a sua volta aveva incaricato i carabinieri di sequestrare immediatamente le cartelle cliniche. Il sostituto procuratore aveva affidato al medico legale di Torino, Rita Celli, l'incarico per l'autopsia. E proprio la consulenza della Celli avrebbe sollevato dubbi sulla condotta dei medici e convinto il pm a chiederne il rinvio a giudizio inizialmente solo per omicidio colposo perché «quella toracotomia esplorativa è da considerarsi – scriveva la Celli – un intervento a elevato rischio con un rapporto rischio/beneficio per il paziente fortemente sbilanciato». A detta della consulente i due chirurghi avrebbero dovuto eseguire indagini alternative come ad esempio una Tac spirale, «più cauta e di prima scelta». Successivamente il pm ha contestato la soppressione di parti di cadavere. «Non si parla nella scheda chirurgica – si legge infatti nella relazione della Celli – della rimozione del pericardio, né se ne riesce a individuare una plausibile giustificazione».

«Nessuna soppressione di parti di cadavere, dimostreremo in dibattimento che i nostri assistiti hanno rispettato tutti i protocolli medici e che il pericardio della vittima non è affatto scomparso». L'avvocato Pasqualino Federici, che insieme ai colleghi Toto Porcu e Pietro Diaz assiste i due chirurghi, è assolutamente convinto dell'innocenza dei medici. «Si trattava di un intervento di altissimo livello – ha spiegato il legale – il massimo della chirurgia. Ecco perché il pm avrebbe dovuto affidare la consulenza a uno specialista pari o superiore a chi ha eseguito l'intervento e non a un medico legale (la Celli ndr) che non ha mai frequentato un tavolo operatorio». Sulla presunta sparizione del pericardio (la membrana che avvolge il cuore), Porcu aveva sostenuto nella sua relazione di aver proceduto «all'apertura del pericardio per effettuare il massaggio cardiaco». Secondo la Celli «la manovra del massaggio cardiaco diretto non giustifica l'apertura del pericardio, né la sua eliminazione». Ma Federici puntualizza con forza: «Il pericardio c'è, così come ci sono i segni dell'incisione necessaria per il massaggio cardiaco e per tentare di salvare la vita al paziente».

OZIERI Il riordino tra Asl e Azienda Mista spalanca nuovi scenari: l'associazione Solidarietà e Rinascita dà la sveglia alla politica Pietro Corosu Il nostro distretto è destinato ad aumentare i servizi erogati: è un'occasione che non possiamo lasciarci sfuggire

Un convegno aperto al pubblico, in particolare ai rappresentanti del territorio in

consiglio regionale, per discutere del futuro della sanità locale nel riordino del sistema sanitario regionale in via di definizione. E' la proposta dell'associazione Solidarietà e Rinascita, che in una nota del portavoce Pietro Corosu invita la politica locale ad aprire un dibattito interno sul tema. All'interno del nuovo sistema, per il distretto e l'ospedale di Ozieri potrebbero aprirsi prospettive di rilancio: nell'area di Sassari, infatti, si profila quella che Corosu definisce una «piccola rivoluzione» provocata dalla riorganizzazione dei distretti che prevede il passaggio dell'ospedale Santissima Annunziata di Sassari all'Azienda Mista universitaria. In questo scenario l'Asl di Sassari si troverebbe a gestire direttamente solo gli ospedali di Ozieri e Alghero, e quindi a concentrare su di essi tutte le sue risorse umane ed economiche. «Tale riorganizzazione - dice Corosu - depotenzierà la Asl di Sassari destinandole minori risorse finanziarie ma nel contempo aprirà nuove prospettive per Ozieri e Alghero. Infatti, considerate sia le strutture che il capitale umano disponibile, con una mirata riorganizzazione i due distretti potranno aumentare i servizi e quindi l'Asl risparmierà sui rimborsi in Drg (quelli per le degenze, ndr) dati all'università. E' un'opportunità che l'ospedale e il distretto di Ozieri non possono lasciarsi sfuggire - aggiunge Pietro Corosu - e quindi è il momento che tutte le forze politiche del territorio facciano la loro parte. Per questo - prosegue il portavoce di Solidarietà e Rinascita - la nostra associazione si prefigge di organizzare prossimamente un convegno dibattito aperto al quale è importantissimo che i consiglieri regionali del territorio siano presenti per cogliere appieno quelle che saranno le aspettative dei cittadini e degli operatori, in modo che le scelte della politica regionale non siano solo di austerità e di contenimento dei costi». Ma come può Ozieri tentare di giocare un ruolo centrale in questi nuovi assetti? La risposta è la valorizzazione delle eccellenze. Ne sono convinti i componenti di Solidarietà e Rinascita, secondo i quali «nel nuovo quadro che va delineandosi è importante rilanciare le eccellenze o crearne delle nuove potenziando indispensabili servizi specialistici. E' impensabile, per esempio, che in un piccolo ospedale come Ozieri vi siano liste d'attesa di mesi per un servizio fondamentale come l'Odontoiatria, cosa che costringe anche gli esenti a rivolgersi al privato. Nell'ospedale di Ozieri le eccellenze ci sono, con numeri in linea con i parametri nazionali: occorre valorizzarle».

OLBIA Malati di gioco d'azzardo, "febbre" alta in Gallura Con la crisi economica, il fenomeno dilaga. Crescono i casi "patologici"

Malati di gioco d'azzardo: sono tanti, troppi, anche in Gallura. E di fronte alla crisi economica, aumentano. Giovani, donne, padri di famiglia e anziani che sperano, attraverso una vincita immediata, nel "miracolo". E che attendono, sperperando una quantità pazzesca di denaro, che la fortuna possa girare dalla loro parte. Ma l'acquisto esagerato di "gratta e vinci" unito alla "dipendenza" dalle macchinette da gioco, sta portando anche qui a conseguenze devastanti. «Prime tra tutte - come aveva detto suor Luigia Leoni, responsabile della Caritas diocesana - le separazioni e, di conseguenza, la distruzione di numerose famiglie». Ma a fare un quadro preciso sul

preoccupante e dilagante fenomeno è il servizio delle dipendenze (SerD) diretto da Salvatore Carai. «Il gioco d'azzardo - attacca lo specialista - non è un "passatempo", ma una patologia grave che va curata con un trattamento psicoterapeutico o attraverso l'adesione di gruppi di terapia». I numeri. Dal 2004 sono state oltre 350 le richieste d'aiuto attivate al SerD della Asl di Olbia che, 13 anni fa, ha istituito al suo interno i gruppi terapeutici rivolti a pazienti con disturbo da dioco d'azzardo patologico, che garantiscono supporto anche ai loro familiari. Da allora sono state prese in carico circa 170 famiglie con un giocatore d'azzardo patologico. Attualmente sono una cinquantina i giocatori che vengono seguiti. Ma al loro fianco ci sono il coniuge, i genitori, i fratelli o sorelle, e in qualche caso qualche amico: tutti coinvolti nel programma terapeutico. I giocatori. I giocatori che frequentano gli incontri terapeutici hanno tra i 20 e i 65 anni; sono prevalentemente di sesso maschile e quasi tutti hanno un lavoro (lavoratori dipendenti, liberi professionisti, artigiani e commercianti). Vengono seguiti da medici e psichiatri psicoterapeuti, psicologi psicoterapeuti, assistenti sociali. Girando tra sale giochi e locali pubblici dotati di slot machine, si vedono però anche molte donne.. La crisi economica. «In periodi di grave difficoltà economica - spiega Salvatore Carai -, il problema della sopravvivenza porta il malato patologico all'illusione di ipotizzare di uscire dalla crisi di e risolvere i guai finanziari attraverso il gioco. Il gioco d'azzardo nel nostro paese è un settore in costante espansione: solo nel 2011 sono stati giocati oltre 87 miliardi. Oggi l'offerta s'impenna sempre più, e a farne le spese sono e saranno i più fragili. In Italia il numero di giocatori patologici da gioco è stimato in circa un milione e cinquecentomila persone, con una spesa media annua stimata di 1.300 euro procapite; per la Sardegna si stima una spesa media di 1.500 euroa persona: la nostra Isola è fra le quattro regioni in cui le famiglie arrivano a investire il 10% del proprio reddito nel gioco d'azzardo». Le soluzioni. Di fronte a un problema che è di salute pubblica ma anche sociale, «una risposta è la psicoterapia di gruppo, uno degli strumenti più adeguati per affrontare questo tipo di dipendenza. I dati d'oggi raccolti, mostrano che il 90% dei giocatori che partecipano alla terapia non gioca più, e solo il restante 10%, pur continuando a frequentare le sedute, continua ad azzardare, anche se in misura assolutamente inferiore. Il giocatore patologico solitamente non percepisce il suo comportamento come una malattia, ma, con ostentata autobenevolenza, lo giustifica come un "vizio" e ritiene, erroneamente, di poter smettere in qualsiasi momento. Sono invece quasi sempre i familiari dei "giocatori patologici" che, per primi, colgono i segni della patologia e si rivolgono, dopo numerosi e vani tentativi di dissuasione, a uno specialista come ultima spiaggia. Elementi fondamentali diventano dunque la completa consapevolezza della malattia da parte del giocatore e l'adesione totale al programma terapeutico. La scelta di entrare nel gruppo pone il giocatore e la sua famiglia di fronte a un percorso lungo, teso a conseguire cambiamenti profondi nello stile di vita. Non dobbiamo dimenticare, oggi più che mai, che l'offerta d'azzardo aggressiva e istituzionalizzata porta a un crescente consumo che riguarda tutti gli strati sociali, anche se si riscontra un maggior ricorso al gioco dei ceti medio/bassi, quasi che lo stesso venga inteso come un vero "investimento" alternativo piuttosto che come un costoso passatempo. I giovanissimi sono particolarmente vulnerabili rispetto all'azzardo, che dà loro modo di ricercare attraverso una "droga

legale e pulita" sensazioni intense e immettersi con scarsa prudenza in situazioni di pericolo, senza valutarne le possibili conseguenze».

Il servizio delle dipendenze: una risposta arriva dalla psicoterapia di gruppo

Chiunque volesse avvicinarsi al SerD della Asl 2 , (il servizio che si occupa di tutte le dipendenze con specialisti altamente qualificati) può farlo sia a Olbia che a Tempio. Il primo è ubicato in via Ghiberti, e lo si può contattare telefonando ai seguenti numeri : 0789/51474 -0789552296. Gli operatori del servizio sono a disposizione dal lunedì al venerdì a partire dalle ore 8.30 alle ore 13.30; il sabato invece solo al mattino: dalle ore 8.30 alle ore 12. Al SerD. Di Tempio, i cui locali si trovano in via Sardegna, si accede telefonando 079/678334. Gli orari sono gli stessi: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30, il sabato dalle ore 8.30 alle 12.00. «Non è necessaria nessuna impegnativa e - come fa sapere la Asl in un documento -, la prestazione è assolutamente gratuita»

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Elezioni Ordini medici. Conferma per l'87% dei presidenti. Solo 6 le donne, ma prima erano 2. Tutti i nomi

A elezioni praticamente chiuse, (manca solo Frosinone), l'Ordine di Latina ha elaborato un resoconto del voto nazionale per il rinnovo nei 105 ordini provinciali dei medici e odontoiatri. Età media dei presidenti 63 anni. In tutto eletti 1.583 consiglieri, 519 componenti odontoiatri e 409 membri dei Collegi dei revisori dei conti. [I NUOVI PRESIDENTI ORDINE E CAO.](#)

Ad elezioni praticamente concluse (manca solo l'Ordine di Frosinone che terminerà le operazioni a fine gennaio), il presidente (confermato) di Latina **Giovanni Maria Righetti**, ha preso nomi, dati anagrafici e calcolatrice e ha elaborato un quadro riepilogativo del voto in termini di età degli eletti, percentuale delle donne presenti negli Organi Istituzionali, consistenza degli odontoiatri.

Complessivamente, sono stati eletti nei 105 Ordini, tra medici e odontoiatri, 1.583 consiglieri, 519 componenti le commissioni odontoiatriche e 409 membri effettivi e supplenti dei Collegi dei Revisori dei Conti.

I **Presidenti** degli Ordini sono stati confermati nell'87 % dei casi, mentre 16 sono i nuovi. Le donne elette Presidentesse sono risultate in numero di 6, pari al 6% (Ascoli Piceno, Campobasso, Caserta, Fermo, Gorizia, Reggio Emilia) , quindi un aumento rispetto alle sole 2 presenti, peraltro confermate, nel precedente triennio.

Sempre per quanto riguarda le donne, 19 sono state elette Vicepresidentesse (18%), 19 Segretarie (18%) , 17 Tesoriere (17%).

L'età media di tutti i Presidenti è pari a circa 63 anni (il più giovane 43 anni, il più anziano 84 anni)

Per quanto riguarda la composizione dei **Consigli Direttivi**, che vede un totale di 1.583 consiglieri tra medici e odontoiatri, le dottoresse sono in numero di 320 pari al 20%. La presenza delle dottoresse va da una completa assenza (Biella, La Spezia e Livorno) a un massimo del 55%. Nel 77% degli Ordini la presenza femminile non supera le 4 unità. La presenza massima di dottoresse è presente a Pescara e a Torino (8 consigliere), mentre solo a Nuoro e a Gorizia prevalgono sui dottori (6 a 5).

L'età media dei componenti i vari Consigli è pari a circa 57 anni (da un minimo di circa 49 a Genova a un massimo di circa 65 a Firenze). Il più giovane consigliere è una dottoressa di 26 anni (Latina), il più anziano ha un'età di 84 anni (Fermo) a pari merito con il Presidente di Salerno.

I “giovani”

Solo 21 consiglieri hanno una età uguale o inferiore a 30 anni, 74 sono nella fascia 31 – 40. Tutti insieme raggiungono appena il 6% dei consiglieri eletti.

Per quanto riguarda gli **Odontoiatri**, nelle loro commissioni disciplina (CAO) ne sono stati eletti in totale 519 di cui donne nel 14% e tra queste 3 rivestono il ruolo di Presidente della Commissione. L'età media nel totale delle commissioni è pari a circa 53 anni.

Il ruolo degli odontoiatri nelle cariche degli Ordini:

Presidente : nessuno

Vicepresidente : nessuno (ma a Bologna è un doppio iscritto)

Segretario : 10

Tesoriere : 16

Infine, nei **Collegi dei Revisori dei Conti**, che contano un totale di 409 membri effettivi e supplenti (età media circa 50 anni), vi è una presenza femminile nel 35% di cui 15 Presidentesse.

Epatite C. Arrivano altri “super farmaci”. Successo nel 95-100% dei casi nei genotipi 1 e 4. La Commissione UE autorizza nuova terapia “combinata” senza interferone dell'AbbVie

Si tratta del Viekirax e dell'Exviera prodotti dall'americana AbbVie. Il trattamento è completamente orale e privo di interferone, neanche in associazione. La UE ha approvato l'uso sia senza ribavirina (per il genotipo 1), che con ribavirina (genotipo 4). Efficaci anche in caso di trapianto di fegato e HIV/HCV. Sarà lo stabilimento di Latina della multinazionale a produrre per tutto il mondo uno dei due nuovi farmaci. Lo ha annunciato la stessa azienda, l'AbbVie (una delle due aziende nata dallo scorporo della Abbot), comunicando che “la Commissione Europea ha rilasciato l'autorizzazione all'immissione in commercio per il suo regime di trattamento completamente orale, privo di interferone e di breve durata costituito

da **Viekirax** (*ombitasvir/paritaprevir/ritonavir* compresse) + **Exviera** (*dasabuvir* compresse)". Il sì della UE arriva dopo l'ok dell'Ema nel [novembre scorso](#).

“Il trattamento – sottolinea la nota dell’AbbVie - è stato approvato per l’uso con o senza *ribavirina* per i pazienti affetti da infezione da virus dell’epatite cronica C con genotipo 1, compresi i soggetti affetti da cirrosi epatica compensata, co-infezione da HIV -1, soggetti che ricevono terapia sostitutiva con oppioidi e soggetti che hanno ricevuto trapianto epatico. In aggiunta, Viekirax ha ricevuto l’approvazione per l’uso insieme a *ribavirina* nei pazienti affetti da epatite cronica C con genotipo 4”.

“Il trattamento dell’epatite C è complesso – sottolinea ancora la nota dell’AbbVie - poiché il virus muta e replica in tempi rapidi. Viekirax + Exviera sono i primi prodotti a essere stati approvati come trattamento combinato composto da tre agenti antivirali ad azione diretta, ciascuno caratterizzato da un diverso meccanismo d’azione e da profili di resistenza non sovrapposti, diretti contro l’epatite C nelle varie fasi del ciclo vitale del virus”.

Successo nel 95/100% dei casi nei i genotipi 1 e 4. Ma anche nei trapianti di fegato e nelle co-infezioni HCV/HIV. L’approvazione dei due farmaci segue a un programma di sviluppo clinico per studiare la sicurezza e l’efficacia del regime che ha coinvolto più di 2.300 pazienti arruolati in 25 paesi.

Il programma è stato costituito da 6 studi chiave di Fase 3, che – sottolinea l’AbbVie – “hanno dimostrato la capacità di Viekirax + Exviera di curare il 95%-100% dei pazienti affetti da epatite cronica C con infezione da HCV di genotipo 1, che hanno ricevuto il regime raccomandato, riscontrando il fallimento virologico in una percentuale di pazienti inferiore al 2%. Inoltre, il ciclo completo di terapia è stato portato a termine da più del 98% dei pazienti (n=2.011/2.053) arruolati nelle sperimentazioni cliniche. Le reazioni avverse più comuni (>20%) associate al trattamento dei due farmaci in associazione a RBV sono state stanchezza e nausea” .

L’approvazione dei due medicinali si è basata anche sui risultati degli studi clinici di Fase 2, in pazienti con infezione cronica da HCV di genotipo 1, che – scrive ancora l’AbbVie – “hanno dimostrato come Viekirax + Exviera curi il 97% (n=33/34) dei pazienti sottoposti a trapianto epatico, il 92% (n=58/63) dei pazienti con co-infezione da HIV-1 e il 97% (n=37/38) dei pazienti che ricevono terapia sostitutiva con oppioidi. I pazienti che raggiungono una risposta virologica sostenuta (SVR12) sono considerati curati dall’epatite C”.

“L’approvazione di Viekirax per il trattamento dei pazienti affetti da epatite cronica C con genotipo 4 – sottolinea infine AbbVie - si è invece basata su uno studio di Fase 2 in cui la risposta SVR12 è stata ottenuta nel 100% dei pazienti trattati con Viekirax in associazione a *ribavirina*”.

I diversi trattamenti: ecco le indicazioni per la somministrazione. Viekirax consiste nella combinazione a dose fissa di *paritaprevir* 150mg (inibitore della

proteasi NS3/4A) e *ritonavir* 100mg in associazione a *ombitasvir* 25mg (inibitore del NS5A), somministrato una volta al giorno, mentre Exviera consiste di *dasabuvir* 250mg (inibitore non nucleosidico della polimerasi NS5B) somministrato due volte al giorno, con o senza *ribavirina* (quest'ultima somministrata due volte al giorno). Il trattamento Viekirax + Exviera con o senza *ribavirina* dura 12 settimane per tutti i pazienti, ad eccezione dei soggetti con infezione da HCV di genotipo 1 e cirrosi, il cui trattamento ha una durata di 24 settimane .

Il regime di AbbVie per il trattamento dei pazienti affetti da epatite cronica C con genotipo 4 prevede la combinazione di Viekirax somministrato una volta al giorno e *ribavirina*, somministrata due volte al giorno.

I commenti dell'azienda e dei ricercatori. “L'approvazione nell'Unione Europea concessa al trattamento di AbbVie per l'epatite C, che si aggiunge alle recenti approvazioni rilasciate negli Stati Uniti e in Canada, ci permette di offrire ai pazienti in tutta Europa un trattamento nuovo ed efficace per curare questa grave malattia”, spiega **Richard Gonzalez**, Presidente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Generale di AbbVie.

“Il nostro impegno – ha detto ancora Gonzalez - è quello di lavorare al fianco di governi e sistemi sanitari nazionali dei vari paesi per permettere l'accesso ai due nuovi farmaci al maggior numero possibile di pazienti.”

“L'epatite C è una patologia complessa, caratterizzata da diversi genotipi e da una varietà di popolazioni di pazienti, fattori che devono essere presi in considerazione al momento di identificare il trattamento appropriato per ogni singolo paziente,” spiega il dottor **Stefan Zeuzem**, Professore di Medicina e Direttore del Dipartimento di Medicina I del J.W. Goethe University Hospital, Francoforte, Germania.

“Nelle sperimentazioni cliniche – prosegue Zeuzem - il trattamento di AbbVie ha ottenuto elevati tassi di guarigione associati a percentuali basse di interruzione del trattamento in diverse popolazioni di pazienti, ed è per questo che il trattamento rappresenta un'importante aggiunta alle terapie che stanno cambiando le modalità di trattamento dell'epatite C”.

“L'approvazione concessa ai due farmaci nell'Unione Europea ci permette di offrire ai pazienti che vivono con l'epatite cronica C con genotipo 1 e genotipo 4, un trattamento che ha raggiunto elevate percentuali di cura”, spiega infine il dottor **Michael Severino**, Executive Vice President, Research and Development e Direttore Scientifico di AbbVie.

Uno dei farmaci compresi nel trattamento, l'Exviera - è prodotto in Italia nello Stabilimento di eccellenza AbbVie Italia di Campoverde di Aprilia (LT) per tutto il mondo.

Sistema immunitario: nel 75% dei casi le sue variazioni sono determinate dall'ambiente più che dai geni

Lo dice uno studio su coppie di gemelli, pubblicato sulla rivista Cell: fattori ambientali, tra cui l'esposizione a patogeni, ma anche la dieta e l'igiene dentale, 'dominano' le variazioni del nostro sistema immunitario in maniera molto più marcata rispetto a fattori ereditari, soprattutto all'aumentare dell'età dell'individuo*

Uno studio su coppie di gemelli ha mostrato come i parametri componenti del nostro sistema immunitario circa nel 75% dei casi siano dominati da fattori ambientali, tra cui l'esposizione a patogeni e la dieta, più che dai geni, ovvero da fattori ereditabili. Il risultato è frutto di uno studio condotto dalla Stanford University Medical Center, pubblicato* su *Cell*.

Prendendo in considerazione 78 coppie di gemelli monozigoti, che possiedono lo stesso patrimonio genetico, e 27 coppie di gemelli dizigoti, che condividono il 50% dei geni, i ricercatori hanno osservato che, nei tre quarti delle misurazioni, i fattori non ereditabili, legati anche allo stile di vita, 'battevano' quelli ereditabili nel determinare lo stato specifico del sistema immunitario. Tra i fattori non ereditabili, in maniera particolare si cita l'esposizione ad agenti patogeni, ma anche le vaccinazioni, la dieta e l'igiene dentale. Per ottenere questo risultato, i ricercatori hanno analizzato oltre 200 parametri componenti del sistema immunitario, confrontando i parametri di un individuo con quelli del suo gemello identico. In base allo studio, i tre quarti (circa il 75%, precisamente il 77%, >50% la varianza) di questi elementi sembrano essere dominati da fattori ambientali più che da caratteri ereditari; questi risultati valgono soprattutto nelle persone di età più elevata, ovvero con 60 o più anni, rispetto agli individui con meno di 20 anni. Ciò sembra suggerire "un'influenza cumulativa dell'esposizione all'ambiente", si legge nello studio. Insomma, è un po' come se questa suscettibilità all'ambiente da parte del sistema immunitario vada via via 'accumulandosi' nel tempo.

"Almeno per i primi venti anni di vita, quando il proprio sistema immunitario sta maturando, questo straordinario sistema sembra in grado di adattarsi a condizioni ambientali molto differenti", ha spiegato **Mark Davis**, PhD, Professore di Microbiologia e Immunologia e Direttore dello Stanford's Institute for Immunity, Transplantation and Infection. Infatti "un sistema immunitario umano in salute si modula continuamente nei suoi incontri con patogeni pericolosi, microbi intestinali 'amichevoli', componenti nutrizionali ed altro, oscurando anche le influenze dei principali fattori ereditari".

Da circa 20 anni, **Gary Swan**, Professore di Medicina a Stanford, ha iniziato a raccogliere dati in un registro che ora include circa 2000 coppie di gemelli: lo studio odierno ha preso in considerazione 78 coppie di gemelli monozigoti e 27 coppie di gemelli dizigoti. In particolare, i gemelli monozigoti, possedendo lo stesso patrimonio genetico, rappresentano un ottimo modello per poter confrontare le influenze ambientali sul sistema immunitario con quelle di natura genetica.

Applicando sofisticati metodi di laboratorio a campioni di sangue, sono stati studiati 200 diversi parametri relativi al sistema immunitario. I campioni sono stati immediatamente inviati allo Stanford's Human Immune Monitoring Core.

Ma in che modo nel sistema immunitario 'l'ambiente' batterebbe la genetica, soprattutto negli individui di età maggiore? "Abbiamo scoperto che nella maggior parte dei casi, inclusa la reazione ad una vaccinazione antiinfluenzale standard e altri

tipi di 'reattività' immunitaria, c'è una piccola o nessuna influenza genetica in gioco, e più probabilmente l'ambiente e la propria esposizione ad innumerevoli microorganismi rappresenta il principale elemento che guida [tale processo ndr]", prosegue Davis.

Ad esempio, i ricercatori riferiscono che l'ambiente ha una significativa influenza sulla produzione di anticorpi prodotti da gemelli monozigoti che erano stati sottoposti alla vaccinazione antiinfluenzale nell'ambito di un altro studio, condotto dalla co-autrice **Cornelia Dekker**, MD, Professore di Malattie pediatriche infettive e Medical Director of the Stanford-Lucile Packard Children's Hospital Vaccine Program. La variazione della risposta è determinata ampiamente da fattori non ereditari, si legge nel paper odierno, probabilmente dovuti alla ripetuta esposizione a differenti ceppi virali.

In precedenza, alcune ricerche suggerivano che ci sia un forte componente genetico nella risposta del sistema immunitario alla vaccinazione: al contrario l'idea del Professor Davis è che questi studi abbiano preso in considerazione bambini molto piccoli – dunque di individui con molti decenni in meno rispetto all'età nella quale il sistema immunitario sembra essersi trasformato ed essere più influenzato dall'ambiente (influenza che i ricercatori hanno riscontrato a livelli maggiori nei gemelli di età uguale o superiore ai 60 anni).

Inoltre, i parametri del sistema immunitario che sono stati analizzati nell'indagine risultano variare molto in base all'esposizione ad alcuni patogeni: più di metà di questi parametri risultano diversi, anche se misurati nei due gemelli identici, se uno dei due ha avuto un'infezione da *Citomegalovirus*, un virus diffuso che appartiene alla famiglia degli Herpesvirus.

*Petter Brodin et al., Variation in the Human Immune System Is Largely Driven by Non-Heritable Influences. *Cell*, 2015; 160 (1-2): 37 DOI: 10.1016/j.cell.2014.12.020

SOLE 24ORE SANITA'

Specializzazioni mediche: dal tavolo ex art. 22 spunta il doppio canale di «metà percorso»

Percorso parallelo scuole-corsia per gli specializzandi ma solo a partire da metà strada. Sarebbe questo il tentativo di mediazione tra Miur e Regioni sul ddl delega ex articolo 22 del Patto per la salute (Gestione e sviluppo delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale) che si è consumato durante l'incontro Governo-Regioni di questa mattina al ministero della Salute. Oggetto del contendere la riforma della formazione post lauream dei giovani medici. Tra le proposte del Governo - rappresentato dai Ministri della Salute Beatrice Lorenzin e dell'Istruzione, Università e Ricerca Stefania Giannini - quella che prevede la creazione, ferma restando la selezione nazionale degli specializzandi, di Reti Regionali di Formazione dei giovani medici, realizzata attraverso sia strutture universitarie che strutture ospedaliere,

all'interno di specifiche convenzioni e con il presupposto di un meccanismo di accreditamento rigoroso.

Gli standard di formazione rimarrebbero comunque nazionali. I ministri Lorenzin e Gianni - fa sapere un comunicato della Salute - hanno condiviso un primo testo acquisendo i pareri dei rappresentanti regionali che verranno formalizzati in vista della prossima riunione del Tavolo prevista la prossima settimana per la stesura definitiva del provvedimento.

La riunione si è svolta con un aspro confronto Miur-Regioni e il ministero di Lungotevere Ripa a fare da «mediatore». Il punto di incontro si sarebbe trovato in un percorso non più «interamente» parallelo, tra Scuole di specializzazione da un lato e teaching hospital dall'altro, in cui il giovane medico potrebbe entrare subito dopo l'abilitazione (vecchia bozza). Nella nuova ipotesi sul tavolo, il doppio canale interverrebbe infatti solo a un certo punto del percorso (al secondo o al penultimo anno) previo bando (e quindi ulteriore concorso) indetto dalle Regioni sulla base delle proprie esigenze assistenziali.

Una volta selezionato, lo specializzando sarebbe inserito nel Ssn con fondi a carico delle Regioni, attraverso un contratto di formazione-lavoro, una formula quindi considerata più «solida» rispetto a un contratto di formazione (ma non c'è ancora chiarezza su questo aspetto) che dovrebbe anche consentire l'acquisizione di un punteggio aggiuntivo.

L'incontro si sarebbe concluso con la richiesta da parte della ministra della Salute Lorenzin di una riformulazione della proposta da parte delle Regioni, da discutere ed eventualmente approvare la prossima settimana.

Positiva la reazione dei Giovani medici del Sigm. «Bene che sia passato il concetto di Reti Regionali di Formazione dei giovani medici, che seguano un accreditamento rigoroso basato su standard nazionali, come proposto dalla nostra Associazione a tutti i livelli. Ma Ministeri e Regioni abbiano il coraggio di ricomprendere nelle reti integrate anche la formazione di medicina generale per allinearla agli standard Ue».

Per il Segretariato italiano giovani medici sarebbe valido anche il mantenimento del meccanismo di selezione su base nazionale. Ma il timore è sempre quello di arrivare a una differenziazione tra medici di serie A e di serie B e di ingolfare l'ingresso dei giovani camici bianchi nel mondo del lavoro: «esprimiamo forti perplessità in merito all'ipotesi di un inquadramento differenziato, negli ultimi anni di corso, riservato a un contingente limitato e variabile di medici in formazione, che andrebbe a carico delle Aziende Sanitarie del SSN, e quindi delle Regioni, selezionato attraverso specifici bandi di concorso. Il rischio è di incorrere nell'errore di riservare disparità di trattamento nella progressione di carriera. E' di fondamentale importanza inoltre evitare che tali ruoli siano parte integrante delle piante organiche, col rischio di saturarle e di non garantire adeguati sbocchi lavorativi alle giovani generazioni».

Le incertezze insomma sono ancora molte. «Resta ancora da chiarire - conclude la nota del Sigm - se il contributo economico che offrono le Regioni possa essere tale da garantire, direttamente o indirettamente, un incremento significativo del contingente di contratti di formazione per ridurre il gap tra numero di laureati e sbocchi nel post lauream.

Proponiamo altresì che la legge delega definisca criteri e metodologia per la previsione e definizione dei fabbisogni su base regionale e nazionale.

Chiediamo di essere resi partecipi della discussione e del processo di definizione della legge delega».

GIURISPRUDENZA Cassazione: la guardia medica non è tenuta a chiamare il 118

Se dopo un consulto telefonico la guardia medica, ritiene necessario che il paziente abbia bisogno di essere portato all'ospedale per accertamenti, non è tenuta a chiamare personalmente il 118, nè a sollecitare l'arrivo dell'ambulanza e tantomeno ad andare al domicilio della persona per la quale è stato chiamato e per la quale ha esortato il ricovero. Lo sottolinea la Cassazione che ha annullato senza rinvio la condanna a quattro mesi di reclusione inflitta a una guardia medica calabrese dalla Corte di Appello di Reggio Calabria.

Il camice bianco era stato chiamato dalla figlia di una donna che soffriva di ulcere duodenali e che stava molto male nonostante avesse preso un forte antispasmodico. Per telefono, sospettando che la donna potesse avere un infarto del miocardio, il medico aveva detto di chiamare una ambulanza perchè erano necessari accertamenti eseguibili solo in ospedale.

Ad avviso della Corte di Appello, il dottore «proprio in virtù della estrema serietà della sintomatologia della paziente riferitagli dalla figlia, non poteva astenersi da una immediata verifica «in loco» delle condizioni di salute della donna, seppure poi lo sbocco di tale intervento sarebbe comunque stato l'invio della stessa presso il presidio ospedaliero». Secondo la Corte di Appello, il dottore aveva «abbandonato a se stessa e ai suoi familiari la paziente poiché, al di là dell'intervento domiciliare, egli avrebbe dovuto attivarsi per assicurare alla donna e ai congiunti una efficace e immediata tutela delle sue condizioni di salute». In pratica, «avrebbe dovuto contattare direttamente il servizio del 118 che, se informato e stimolato per le vie brevi da un sanitario, avrebbe probabilmente assicurato un pronto e diretto intervento a favore della paziente anziché costringere i familiari della donna a un trasporto della paziente in ospedale a loro carico».

Nessun obbligo «fuori luogo».

Invece, per la Cassazione, «non rientra nei compiti del sanitario di guardia medica locale quello di assicurare il servizio di eventuale ospedalizzazione dei pazienti dai quali o nell'interesse dei quali egli viene contattato». Secondo i supremi giudici, «è davvero fuori luogo» ritenere che la guardia medica abbia «una mansione di "stimolatore per le vie brevi" del servizio 118». Inoltre, gli ermellini osservano che la

paziente abitava a pochi chilometri dall'ospedale di Reggio Calabria tanto è vero che la figlia, dal momento che il 118 non aveva in quel momento mezzi disponibili, la trasportò al nosocomio in breve tempo a bordo della sua auto. Infine, ad avviso della Cassazione, non si può imputare al medico l'omissione della visita domiciliare che la stessa Corte di Appello ha ritenuto «perfettamente inutile» e che sarebbe potuta essere «potenzialmente dannosa per la possibile connessa perdita di tempo» a fronte della necessità del ricovero. Dopo quattro giorni la paziente venne dimessa. Adesso anche il camice bianco imputato - con il deposito delle motivazioni di questo verdetto, sentenza 2.266 Sesta sezione penale - può dire di essere salvo.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584