

Coordinamento Scientifico: Prof Adriano Venditti (Segretario Generale SIE)
 Segreteria Scientifica: Dott.ssa Claudia Carissimo (Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma)
 Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini
 Anno I - numero 3 - 28 febbraio 2007

Gentile collega,

SIENews è una iniziativa editoriale della Società Italiana di Ematologia. Questa newsletter, riservata ai membri della SIE, sarà inviata ogni 15 giorni per divulgare approfondimenti e notizie di interesse per il professionista ematologo.

NEWS DALLA RICERCA

STUDIO PROSPETTICO DI COORTE SU RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOPO INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE

Sebbene sia noto che i pazienti con trombosi venosa profonda (TVP) spontanea o embolismo polmonare (EP) presentino un rischio più elevato ... <continua>

CITARABINA AD ALTE O BASSE DOSI IN ASSOCIAZIONE AD INTERFERONE ALFA NELLA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA: STUDIO DI FASE III

Uno studio prospettico randomizzato di fase III è stato condotto in vari centri ospedalieri e universitari di Olanda e Belgio per valutare se il trattamento intensificato di citarabina potesse indurre un ... <continua>

LA LINFOANGIOGENESI INDOTTA NEI LINFONODI SENTINELLA DAL VEGF-C PROMUOVE METASTASI A DISTANZA

In questo studio pubblicato in Blood viene descritto il ruolo che la linfoangiogenesi linfonodale indotta dal VEGF-C svolge nello sviluppo di ... <continua>

ANTIGENI DEL CANCRO TESTICOLARE SONO ESPRESI NEL MIELOMA MULTIPLO E INDUCONO IMMUNITÀ SISTEMICA DOPO ALLOTRAPIANTO

Secondo uno studio pubblicato in Blood, gli antigeni del cancro testicolare (CT) potrebbero costituire i "target" di immunoterapia nei pazienti con mieloma multiplo (MM) ricorrente ... <continua>

RITUXIMAB NON ABROGA IMMUNITÀ AL VIRUS DI EPSTEIN-BARR

Provengono dall'Australia, e precisamente dal Queensland Institute of Medical Research e dal Princess Alexandra Hospital di Brisbane, i risultati di una ricerca che definisce non critici i livelli di cellule B... <continua>

SICUREZZA E COINFEZIONE DA HIV IN PAZIENTI EMOFILICI CON EPATITE C SOTTOPOSTI A BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA

La biopsia epatica percutanea (BxEP) ambulatoriale è una tecnica sicura anche nei pazienti con emofilia. L'ipotesi che l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) acceleri la progressione della fibrosi ... <continua>

AGGIORNAMENTI DI POLITICA SANITARIA

SANITÀ: MORONI, PER TRAPIANTATI FIRENZE È COME TRASFUSIONE SANGUE INFETTO

Roma, 20 febbraio - Per i pazienti a cui sono stati trapiantati fegato e reni di una donatrice sieropositiva "è come aver subito una trasfusione di sangue infetto". ... <continua>

SANITÀ: SICUREZZA IN OSPEDALE, 10 REGOLE PER MIGLIORARLA

Roma, 20 febbraio - Dal Foglio unico di terapia ai sistemi di prescrizione informatizzata dei farmaci, dalla formazione degli operatori sul tema della sicurezza, ... <continua>

SANITÀ: INTESA MINISTERO-EMODANNEGGIATI SU INDENNIZZI

BANDI E CONCORSI

Tutti i soci SIE sono invitati a collaborare al riempimento di questo spazio inviando all'attenzione di Antonella Boraso (a.boraso@intermedianews.it) tutte le informazioni relative a bandi o concorsi di cui vengano a conoscenza. Vi ringraziamo fin d'ora per la collaborazione.

Roma, 20 febbraio - Il sottosegretario alla salute Antonio Gaglione ha incontrato oggi il coordinamento di alcune associazioni ... <continua>

TRAPIANTI DA SIEROPOSITIVA: LE 10 TAPPE DELLA SICUREZZA

Roma, 21 febbraio - Sono dieci i passaggi fondamentali sui quali si basa il protocollo italiano per la sicurezza ... <continua>

SANITÀ: AMAMI, SI CREA FONDO PER RISARCIRE PAZIENTI 'VITTIME' ERRORI

Roma, 21 febbraio - "Chiediamo ai politici la costituzione di un Fondo vittime dell'area terapeutica, per risarcire i pazienti ... <continua>

NEWS DALLA RICERCA

STUDIO PROSPETTICO DI COORTE SU RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOPO INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE

Sebbene sia noto che i pazienti con trombosi venosa profonda (TVP) spontanea o embolismo polmonare (EP) presentino un rischio più elevato di tromboembolismo venoso (TEV) ricorrente rispetto ai pazienti con trombosi secondaria, non sono noti invece quali altri parametri clinici possano aiutare a predire l'incidenza di TEV ricorrente. Questo studio prospettico di coorte, condotto in due centri italiani (Università di Padova e Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia), ha permesso di determinare l'incidenza di TEV ricorrente dopo interruzione del trattamento con antagonisti della vitamina K e di identificare i fattori indipendenti associati a questa patologia. Questi fattori sono trombofilia, TVP primaria, breve trattamento anticoagulante ed età. Gli autori hanno seguito con un follow-up di 10 anni, 1626 pazienti consecutivi che avevano interrotto la terapia anticoagulante dopo un primo episodio di TVP prossimale clinicamente sintomatica e/o EP. Tutti i pazienti con sospetto clinico di TEV ricorrente sono stati sottoposti a test oggettivi per confermare o escludere questo sospetto. Dopo un follow-up mediano di 50 mesi, 373 pazienti (22.9%) hanno manifestato episodi ricorrenti di TEV. L'incidenza cumulativa di TEV ricorrente è stata 11.0% (IC 95%: 9.5 - 12.5) dopo 1 anno, 19.6% (17.5 - 21.7) dopo 3 anni, 29.1% (26.3 - 31.9) dopo 5 anni e 39.9% (35.4 - 44.4) dopo 10 anni. L'hazard ratio corretto per il TEV ricorrente è stato 2.30 (IC 95%: 1.82 - 2.90) in pazienti il cui primo episodio di TEV non è stato indotto, 2.02 (1.52 - 2.69) in quelli con trombofilia, 1.44 (1.03 - 2.03) nei pazienti con TVP primaria, 1.39 (1.08 - 1.80) in quei pazienti che avevano ricevuto un trattamento anticoagulante breve (fino a 6 mesi) e 1.14 (1.06 - 1.12) per ogni aumento d'età di 10 anni. Quando l'analisi è stata limitata ai pazienti con TEV non provocato, i risultati erano immutati. Lo studio è stato pubblicato nella rivista *Hematologica*.

Riferimento bibliografico:

Paolo Prandoni, Franco Noventa, Angelo Ghirarduzzi, Vittorio Pengo, Enrico Bernardi, Raffaele Pesavento, Matteo Iotti, Daniela Tormene, Paolo Simioni, Antonio Pagnan

The risk of recurrent venous thromboembolism after discontinuing anticoagulation in patients with acute proximal deep vein thrombosis or pulmonary embolism. A prospective cohort study in 1,626 patients

haematologica 2007; Volume 91: Pages199-205

TOP

CITARABINA AD ALTE O BASSE DOSI IN ASSOCIAZIONE AD INTERFERONE ALFA NELLA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA: STUDIO DI FASE III

Uno studio prospettico randomizzato di fase III è stato condotto in vari centri ospedalieri e universitari di Olanda e Belgio per valutare se il trattamento intensificato di citarabina potesse indurre un tasso di risposta più alto e un intervallo libero da eventi più duraturo nella leucemia mieloide cronica (LMC) rispetto a citarabina a basse dosi. I risultati, pubblicati nella rivista *Annals of Hematology*, indicano una maggiore e più completa risposta citogenetica iniziale con la schedula con citarabina intensificata, ma il mantenimento con interferone-alfa (IFN-alfa) non è in grado di garantire risposte sostenute nel tempo. Nello studio sono stati arruolati 118 pazienti con LMC in fase cronica iniziale. Ventotto dei 32 pazienti assegnati al gruppo A hanno ricevuto 2 cicli della combinazione 'citarabina intensificata e idarubicina' seguiti da terapia di mantenimento con IFN-alfa, e 28 pazienti nel gruppo B hanno ricevuto il trattamento di associazione con citarabina a bassa dose e IFN-alfa. Quarantanove pazienti con HLA identico a donatore compatibile sono stati successivamente sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali e 9 pazienti sono stati esclusi dall'analisi. La risposta ematologica è stata osservata nel 97% dei pazienti nel gruppo A rispetto all'87% dei pazienti nel gruppo B durante il primo anno di trattamento. Nel gruppo A, 16 pazienti (50%) hanno ottenuto una risposta citogenetica maggiore rispetto ai 7 (25%) del gruppo B. Con un follow-up mediano di 58 mesi (intervallo 34-76 mesi), la sopravvivenza libera da eventi non è risultata statisticamente differente tra i due bracci. Il tasso stimato di sopravvivenza a 5 anni è stato del 56% nel braccio intensificato e del 77% nel braccio a bassa dose di citarabina ($p = 0.05$), mentre i pazienti che hanno ricevuto trapianto allogenico hanno mostrato un tasso stimato di sopravvivenza del 55%.

Riferimento bibliografico:

W. Deenik, B. van der Holt, G. E. G. Verhoef, A. V. M. B. Schattenberg, L. F. Verdonck, S. M. G. J. Daenen, P. Zachée, P. H. M. Westveer, W. M. Smit, S. Wittebol, H. C. Schouten, B. Löwenberg, G. J. Ossenkoppele and J. J. Cornelissen

High-vs low-dose cytarabine combined with interferon alfa in patients with first chronic phase chronic myeloid leukemia. A prospective randomized phase III study

Annals of Hematology 2007 Volume 86, Number 2/February: Pages 117-125

TOP

LA LINFOANGIOGENESI INDOTTA NEI LINFONODI SENTINELLA DAL VEGF-C PROMUOVE METASTASI A DISTANZA

In questo studio pubblicato in *Blood* viene descritto il ruolo che la linfoangiogenesi linfonodale indotta dal VEGF-C (vascular endothelial growth factor C) svolge nello sviluppo di metastasi a distanza. Il gruppo di ricercatori del Dipartimento di Immunobiologia del Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School di Boston ha suggerito che il VEGF-C potrebbe rappresentare un “target” per rallentare o perfino prevenire lo sviluppo delle metastasi. I meccanismi con cui il tumore diffonde al linfonodo sentinella e a quelli distali sono poco conosciuti. A questo fine, gli autori dello studio hanno sviluppato un modello di topi transgenici che sovraesprimono il VEGF-C sulla pelle ed hanno studiato gli effetti carcinogenetici cutanei indotti chimicamente in questo modello. Rispetto al VEGF-A, il VEGF-C non stimola la crescita del tumore primario ma promuove la crescita della rete linfatica nel linfonodo sentinella ancor prima dello sviluppo di metastasi. Questo implica che, quando arrivano al linfonodo sentinella, le cellule metastatiche trovano una situazione di maggior attività della linfoangiogenesi. Inoltre, nei topi con linfonodi sentinella contenenti cellule metastatiche, i tumori che esprimono VEGF-C hanno maggiore probabilità di metastatizzare in siti diversi, come linfonodi distanti e polmoni. Di contro non sono state individuate metastasi in siti distanti in assenza di metastasi linfonodali.

Riferimento bibliografico:

Satoshi Hirakawa, Lawrence F. Brown, Shohta Kodama, Karri Paavonen, Kari Alitalo, and Michael Detmar

VEGF-C-induced lymphangiogenesis in sentinel lymph nodes promotes tumor metastasis to distant sites

Blood 2007; 1 February, Volume 109, Number 3: Pages 1010-1017

TOP

ANTIGENI DEL CANCRO TESTICOLARE SONO ESPRESI NEL MIELOMA MULTIPLO E INDUCONO IMMUNITÀ SISTEMICA DOPO ALLOTRAPIANTO

Secondo uno studio pubblicato in *Blood*, gli antigeni del cancro testicolare (CT) potrebbero costituire i “target” di immunoterapia nei pazienti con mieloma multiplo (MM) ricorrente dopo trattamento chemioterapico. Infatti, la risposta immunologica indotta dal trapianto allogenico di cellule staminali (allo-TCS) potrebbe essere potenziata da immunoterapia attiva con antigeni specifici del CT. La combinazione allo-TCS e immunoterapia potrebbe quindi favorire l’ottenimento di remissioni durature in questa categoria di pazienti. Gli autori dello studio, appartenenti all'University Medical Center Hamburg-Eppendorf di Amburgo e al Ludwig Institute for Cancer Research, New York Branch at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, hanno analizzato l'espressione di 11 antigeni di CT in biopsie di midollo osseo di pazienti con MM (n = 55) e di donatori sani (n = 32) usando RT-PCR. Gli antigeni di CT espressi più frequentemente nel MM sono MAGEC2 (56%), MAGEA3 (55%), SSX1 (35%), SSX4, SSX5 (20%), SSX2 (16%), BAGE (15%), NY-ESO-1 (7%) e ADAM2, LIPI (6%). Gli stessi antigeni non sono stati rilevati nelle biopsie di midollo osseo prelevato da donatori sani. L'analisi delle risposte anticorpali verso gli antigeni MAGEA3, SSX2 e NY-ESO-1 nei pazienti con MM (n = 66) ha rivelato una potente risposta preferibilmente in quei pazienti che avevano ricevuto allo-TCS. È stata inoltre osservata una correlazione tra le risposte anticorpali verso NY-ESO-1 e la risposta linfocitaria T, le stesse risposte immuni non sono invece state osservate nelle biopsie prima del trapianto o nei donatori di cellule staminali.

Riferimento bibliografico:

Djordje Atanackovic, Julia Arfsten, Yanran Cao, Sacha Gnjatic, Frank Schnieders, Katrin Bartels, Georgia Schilling, Christiane Faltz, Christine Wolschke, Judith Dierlamm, Gerd Ritter, Thomas Eiermann, Dieter Kurt Hossfeld, Axel R. Zander, Achim A. Jungbluth, Lloyd J. Old, Carsten Bokemeyer, and Nicolaus Kröger

Cancer-testis antigens are commonly expressed in multiple myeloma and induce systemic immunity following allogeneic stem cell transplantation

Blood 2007; 1 February, Volume 109, Number 3: Pages 1103-1112

TOP

RITUXIMAB NON ABROGA IMMUNITÀ AL VIRUS DI EPSTEIN-BARR

Provengono dall'Australia, e precisamente dal Queensland Institute of Medical Research e dal Princess Alexandra Hospital di Brisbane, i risultati di una ricerca che definisce non critici i livelli di cellule B circolanti nel mantenimento dell'immunità specifica mediata da linfociti T verso il virus Epstein-Barr (EBV). L'immunosoppressione contemporanea al trapianto di organi solidi determina un'alterata immunità mediata da cellule T e rischio di disordini linfoproliferativi dopo il trapianto (DLPT) in pazienti positivi a EBV. L'anticorpo rituximab che colpisce specificamente i linfociti B è efficace nel trattamento dei DLPT e, poiché queste cellule sono il principale "reservoir" di EBV, gli autori hanno investigato l'effetto del rituximab sulla persistenza dell'immunità specifica mediata da linfociti T CD8+ verso EBV. Per ovviare all'effetto confondente derivante dall'impiego di immunosoppressione per prevenire il rigetto del trapianto, l'immunità è stata analizzata in pazienti non trapiantati e affetti da linfoma, cioè in una condizione di non-DLPT. L'immunità specifica per il citomegalovirus mediata da cellule T è stata valutata come controllo interno. Lo studio è stato pubblicato sul British Journal of Haematology.

Riferimento bibliografico:

Angela K. Nehring, Ujjwal Dua, Peter Mollee, Devinder Gill, Karen Grimmett, Rajiv Khanna, Denis Moss, Maher K. Gandhi

Epstein-Barr virus T-cell immunity despite rituximab

British Journal of Haematology 2007; February, Volume 136, Issue 4: Pages 628 - 632

TOP

SICUREZZA E COINFEZIONE DA HIV IN PAZIENTI EMOFILICI CON EPATITE C SOTTOPOSTI A BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA

La biopsia epatica percutanea (BxEP) ambulatoriale è una tecnica sicura anche nei pazienti con emofilia. L'ipotesi che l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) acceleri la progressione della fibrosi in individui coinfezzati con virus dell'epatite C (HCV) è corroborata dai risultati di questa ricerca pubblicata nella rivista *Haemophilia* e che sottolinea l'importanza dell'analisi istologica del fegato nei pazienti emofilici. Negli emofilici, trattati con concentrati del fattore della coagulazione sottoposti ad inattivazione virale, entrambe le infezioni da HCV e HIV sono comuni. Però, a causa dei crescenti rischi di emorragia, sono disponibili pochi dati sulla sicurezza della BxEP in pazienti ambulatoriali e sull'impatto della coinfezione da HIV in questa popolazione. Lo studio si è prefisso di descrivere l'esperienza locale circa l'impiego di BxEP in una coorte di emofiliaci infettati con HCV e di verificare l'impatto della coinfezione da HIV sullo stato della malattia. Presso il Virginia Commonwealth University Health System di Richmond è stata avviata una osservazione retrospettiva di pazienti emofilici con HCV sottoposti a BxEP. Tutti i pazienti erano HCV-RNA positivi ed hanno ricevuto prima della biopsia fattore della coagulazione concentrato. Un totale di 29 pazienti maschi (età media 36 anni, 24 con emofilia di tipo A, 5 con emofilia di tipo B e il 44% coinfezzato con HIV) hanno ben tollerato la procedura ambulatoriale senza complicanze emorragiche. L'indice di attività istologica era 6.44, associata a fibrosi avanzata (fibrosi a ponte/cirrosi) nel 31% dei casi. Quando i pazienti sono stati stratificati per la positività o meno ad HIV (n = 13 vs 16), si è osservato che quelli coinfezzati avevano indici più alti di fibrosi e un maggiore grado di fibrosi avanzata (54% vs. 12%; p = 0.0167) senza differenze per età o parametri demografici e di laboratorio. Usando un modello di analisi multivariata, la positività ad HIV era indipendentemente associata a fibrosi di grado avanzato (OR = 3.7; IC 95%: 1.17 - 11.8; p = 0.026). La coinfezione da HIV si associa quindi ad un danno epatico avanzato, anche in individui della medesima età.

Riferimento bibliografico:

R. K. Sterling, C. D. Lyons, R. T. Stravitz, V. A. Luketic, A. J. Sanyal, M. E. Carr, T. J. Smith, M. H. Hackney, M. J. Contos, S. A. Mills, J. G. Kuhn, M. E. Nolte, M. L. Shiffman
Percutaneous liver biopsy in adult haemophiliacs with hepatitis C virus: safety of outpatient procedure and impact of human immunodeficiency virus coinfection on the spectrum of liver disease

Haemophilia 2007; March, Volume 13, Issue 2: Pages 164 - 171

AGGIORNAMENTI DI POLITICA SANITARIA

SANITÀ: MORONI, PER TRAPIANTATI FIRENZE È COME TRASFUSIONE SANGUE INFETTO

Roma, 20 febbraio - Per i pazienti a cui sono stati trapiantati fegato e reni di una donatrice sieropositiva "è come aver subito una trasfusione di sangue infetto". Per Mauro Moroni, direttore del dipartimento di Malattie infettive dell'ospedale Sacco di Milano e uno dei massimi esperti italiani di Aids, "è altamente probabile che le persone trapiantate all'ospedale Careggi di Firenze contraggano l'infezione da HIV". "Il fegato - spiega l'infettivologo - è molto ricco di tessuti linfatici dove si annida il virus, mentre i reni sono organi molto vascolarizzati, dunque le probabilità che questi malati diventino sieropositivi sono equiparabili a quelle di quanti ricevono una trasfusione di sangue infetto". Se Moroni lascia poche speranze alla possibilità che il virus dell'Aids non attecchisca nei malcapitati pazienti, più rassicurante è la sua prognosi sulle conseguenze dell'incidente dovuto all'errore umano. "L'infezione da HIV non è più grave nelle persone trapiantate, e dunque sottoposte a terapia con farmaci immunosoppressori. Lo dimostra - aggiunge - l'ampia casistica che oramai abbiamo sui sieropositivi successivamente sottoposti a trapianto". Esiste una condizione però: "A queste persone - dice Moroni - va somministrata subito la terapia antiretrovirale, e nella forma classica con i tre farmaci, come se si trattasse di donne incinte e sieropositive prossime al parto, che non debbono trasmettere l'infezione al figlio, o medici che inavvertitamente si sono tagliati con strumenti chirurgici infetti". Quanto invece al problema delle possibili interazioni tra le terapie standard necessarie per i trapiantati e quelle per tenere bassa la carica virale dell'HIV, Moroni assicura che "non ci sono controindicazioni particolari, e i farmaci non interferiscono gli uni con gli altri pregiudicando il risultato delle cure".

TOP

SANITÀ: SICUREZZA IN OSPEDALE, 10 REGOLE PER MIGLIORARLA

Roma, 20 febbraio - Dal Foglio Unico di terapia ai sistemi di prescrizione informatizzata dei farmaci, dalla formazione degli operatori sul tema della sicurezza, fino al miglioramento della comunicazione medico-paziente. Sono alcune delle 10 'regole d'oro' elaborate con il contributo del ministero della Salute da direttori generali e rappresentanti dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e della Società italiana di farmacia ospedaliera (Sifo) e presentate oggi a Roma in una conferenza stampa. L'obiettivo del documento d'intenti che contiene il 'decalogo', elaborato nel corso di incontro di studio che si è tenuto a Frascati lo scorso novembre promosso dall'Accademia nazionale di medicina, è di aumentare la sicurezza dell'organizzazione sanitaria, dei trattamenti farmacologici e delle nuove tecnologie per ridurre al minimo il rischio di errori in corsia. L'errore - sostengono gli esperti - è, nella grande maggioranza dei casi, dovuto a problemi organizzativi e all'insufficiente 'interazione' fra figure professionali che operano nello stesso ambito. "Uno dei punti principali del decalogo, realizzabile in tempi brevi - ha spiegato Ubaldo Montaguti, direttore generale del policlinico Umberto I di Roma - prevede dunque l'adozione in tutti gli ospedali di un Foglio Unico di terapia medico-infermiere, al fine di evitare errori di trascrizione. Questa regola, avendo un valore operativo, merita la nostra immediata considerazione: realizzarla è già possibile. Mentre in futuro è prevista anche l'attivazione di sistemi informativi complessi che richiederanno inevitabilmente più tempo". Il secondo punto del decalogo prevede che "i farmacisti ospedalieri - sottolinea Giovanna Scroccaro, presidente della Sifo e direttore di Farmacia Interna presso l'ospedale Civile Maggiore di Verona - siano parte attiva nella revisione di tutte le procedure che vanno dalla prescrizione alla distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici, con particolare attenzione alle procedure a rischio di errore". Nel decalogo è inoltre prevista l'introduzione di sistemi di distribuzione e di allestimento controllato di farmaci e dispositivi medici e di gestione dei trattamenti farmacologici basati sulla dose unitaria, privilegiando le tecnologie che dimostrino il miglior rapporto costo-efficacia. "Le esperienze già maturate con la dose unitaria e gli armadi a cessione controllata, posizionati in ogni reparto e da cui ogni infermiere può prelevare solo i farmaci prescritti per il singolo paziente - continua Scroccaro - sono due esempi di tecnologie che hanno dimostrato di ridurre gli errori di somministrazione dei farmaci e di garantirne un più accurato controllo con un notevole risparmio economico". Fra le altre 'regole', il miglioramento della tracciabilità del farmaco e dei dispositivi medici, l'attivazione di un registro nazionale per la valutazione degli errori medici più frequenti, l'obbligo per le aziende sanitarie di predisporre un Piano per l'innalzamento dei livelli di sicurezza delle attività da inserire nell'Atto aziendale e da aggiornare ogni anno sulla base di linee guida di ministero della Salute e Aifa. "Solo quando l'intero sistema previsto dal decalogo andrà a regime - conclude Alessandro Ghirardini, dirigente Ufficio Qualità presso la direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute - i cittadini potranno trarne effettivi benefici. Ognuno dovrà impegnarsi con il proprio livello di responsabilità: il ministero e l'Aifa forniranno indirizzi di carattere generale; le Regioni li dovranno trasferire sul piano organizzativo; infine, le aziende li renderanno attuali e operativi".

SANITÀ: INTESA MINISTERO-EMODANNEGGIATI SU INDENNIZZI

Roma, 20 febbraio - Il sottosegretario alla salute Antonio Gaglione ha incontrato oggi il coordinamento di alcune associazioni nate a tutela dei cittadini danneggiati da emotrasfusioni con le quali è stata raggiunta un'intesa sull'estensione degli indennizzi ai danneggiati da trasfusioni e vaccini. "Tutte le categorie di danneggiati - ha sottolineato Gaglione - devono ricevere eguale attenzione, senza ingiustificate suddivisioni per singole categorie. È necessario avviare un confronto sereno e concreto al fine di procedere in tempi congrui verso la definitiva composizione del problema". Ministero e associazioni hanno trovato pieno accordo nell'impostare la discussione attorno a due linee guida fondamentali: la modifica della legge per la rivalutazione legale dell'indennizzo e alla riapertura dei termini per la presentazione delle domande e l'erogazione dei risarcimenti del danno secondo provvedimenti transattivi simili a quelli già erogati per gli emofilici. "In tempi brevi - ha aggiunto Gaglione - il Ministero istituirà un gruppo tecnico-scientifico, coordinato da esperti del mondo accademico, al fine di adottare parametri e linee guida da inoltrare alle commissioni mediche al fine di scongiurare fenomeni di ineguali valutazioni". Il tavolo ha fissato la data della prossima riunione per martedì 27 marzo 2007.

TOP

TRAPIANTI DA SIEROPOSITIVA: LE 10 TAPPE DELLA SICUREZZA

Roma, 21 febbraio - Sono dieci i passaggi fondamentali sui quali si basa il protocollo italiano per la sicurezza dei trapianti, considerato uno dei migliori al mondo. Le procedure, consolidate da una pratica di 40 anni in questo campo, sono riportate nelle Linee Guida del ministero della Salute per la valutazione di idoneità del donatore. Questo è il principale punto di riferimento, ma non l'unico: gli esperti di tutta Italia hanno a disposizione 24 ore su 24 una task force di esperti, chiamata Second opinion, alla quale possono rivolgersi per esaminare casi clinici di dubbia interpretazione. Ne fanno parte due medici del Centro nazionale trapianti, un medico legale, un infettivologo, un anatomopatologo e un rianimatore. Introdotte nel 2002, le Linee Guida sono state predisposte per ridurre al minimo i fattori di rischio, o quantomeno per renderli evidenti molto precocemente. Ecco i dieci punti delle linee guida per valutare lo stato di salute del donatore prima e durante il prelievo di un organo: - ANAMNESI: attraverso interviste a familiari e conoscenti del potenziale donatore i medici acquisiscono informazioni su malattie (autoimmuni, infettive o tumori), abitudini sessuali, uso di sostanze stupefacenti. - ESAME OBIETTIVO: serve a evidenziare segni di malattie infettive o tumori. Vengono esaminati cicatrici, ittero, tatuaggi (considerati un possibile rischio di infezione), esantemi, segni evidenti di uso di stupefacenti. Vengono inoltre esaminati tiroide, mammelle e testicoli. Esplorazione rettale per donatori di oltre 50 anni. - ESAMI STRUMENTALI: comprendono radiografia del torace, ecografia di addome, tiroide, mammella e testicolo, elettrocardiogramma ed ecocardiogramma nei potenziali donatori di cuore, tomografia toraco-addominale e visita senologica su indicazione clinica. - ESAMI COLTURALI: sangue, urine ed escreto. - VALUTAZIONE BIOCHIMICA: comprende 20 analisi che vengono fatte di routine e oltre una decina che possono essere seguite su richiesta. - VALUTAZIONE SIEROLOGICA: prevede la ricerca di anticorpi con i virus di Aids (HIV), epatiti B (HBV), C (HCV) e delta (HDV), contro l'agente infettivo della lue e della toxoplasmosi, contro il citomegalovirus e il virus di Epstein-Barr. - INDAGINI BIOMOLECOLARI SUPPLEMENTARI: vengono eseguite quando i precedenti esami fanno emergere dubbi. Se le precedenti valutazioni danno risultati tale da poter procedere al prelievo, durante l'espianto dell'organo sono previsti i seguenti esami: - ACCERTAMENTO DI MALATTIE TRASMISSIBILI (si esegue prima e dopo ispezione e palpazione degli organi). - ISPEZIONE E PALPAZIONE ORGANI TORACE (anche i linfonodi). - ISPEZIONE E PALPAZIONE ORGANI ADDOME (compresi i reni).

TOP

SANITÀ: AMAMI, SI CREA FONDO PER RISARCIRE PAZIENTI 'VITTIME' ERRORI

Roma, 21 febbraio - "Chiediamo ai politici la costituzione di un Fondo vittime dell'alea terapeutica, per risarcire i pazienti vittime delle complicanze imprevedibili insite nelle cure". Lo scrive in una nota Maurizio Maggiorotti, presidente dell'Associazione per i medici accusati ingiustamente di malpractice (Amami), sottolineando che "uno dei temi di maggiore impegno dell'associazione è proprio la costituzione di questo fondo, che risarcisca le vittime non degli errori medici ma dei danni conseguenti alle terapie stesse, quali ad esempio le infezioni". "Oggi un paziente che contrae un'infezione ospedaliera - afferma Maggiorotti - per essere risarcito deve intraprendere una via giudiziaria costosa, lunga e incerta. Dobbiamo avere il coraggio di fare l'interesse dei malati più che di certi studi legali. I rischi insiti nelle cure non devono sempre essere considerati errori e i medici non devono essere il capro espiatorio. Il rischio è una casualità ed è sempre in agguato, per svariati motivi, spesso meramente pratici, invece l'errore deriva da una mancanza. Da anni - evidenzia il presidente Amami - chiediamo l'istituzione di un Osservatorio del contenzioso dell'errore medico, un organismo regionale/nazionale con la capacità di imporre ai medici, alle strutture sanitarie e alle compagnie d'assicurazione, la segnalazione di ogni evento indesiderato, richiesta di risarcimento e denuncia per ipotetici errori sanitari, in tempo reale. Solo così potremo avere i primi dati certi sul fenomeno". "Fino a oggi - spiega - la mancanza di tale strumento ha infatti determinato solo un'escalation di false notizie e la divulgazione di numeri frutto della fantasia. Oggi il rapporto medico-paziente vive una situazione conflittuale mai registrata per nessuna categoria di professionisti: circa l'80% dei chirurghi ha ricevuto almeno una richiesta di risarcimento o un avviso di garanzia e secondo gli ultimi dati diffusi dall'Ania, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici, sarebbero più di 18mila, nel nostro Paese, le cause in corso per malpractice. Ma pochissime - conclude Maggiorotti - finiscono con una condanna perché il medico viene riconosciuto estraneo a ogni colpa e, oltretutto, non ha nessun modo per rivalersi".

TOP