

# **RASSEGNA STAMPA**

**DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI**

**(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)**

**VENERDI' 3 OTTOBRE 2014**

**LA NUOVA SARDEGNA**

## **OLBIA San Raffaele A rischio la trattativa con le banche, ma il Comune offre la disponibilità di nuove aree per costruire ex novo l'ospedale**

Il solo pensiero che il San Raffaele possa sorgere lontano dal San Raffaele ha riaperto la spia rossa d'allarme nel palazzo comunale. E alla Qatar foundation che chiede una nuova area in città per costruire da capo il nuovo ospedale il sindaco Gianni Giovannelli risponde in meno di 24 ore: «Troveremo e metteremo a disposizione tutti i terreni che serviranno, subito e senza tentennamenti, perché non intendiamo prestare il fianco e offrire pretesti a chi vorrebbe trasferire il progetto lontano da Olbia». Detto e fatto, il sindaco ieri ha scritto una lettera ai rappresentanti della cordata Qatar foundation-Bambin Gesù formalizzando la disponibilità di nuovi e diversi terreni. In altre parole, comunque vada, il nuovo ospedale non si sposterà mai da Olbia. A tanto si è arrivati, come ha anticipato La Nuova Sardegna l'altro ieri, dopo l'ennesimo stallo nelle trattative tra i vertici del Qatar e gli istituti di credito che risultano essere i veri proprietari degli immobili. Gli arabi vogliono la piena proprietà dell'edificio e dei terreni, le banche vogliono recuperare almeno una parte dei soldi prestati a suo tempo a don Verzè per costruire il suo San Raffaele con vista sul mare. In pratica, l'offerta d'acquisto del Qatar (si parla di 35 milioni di euro) non soddisferebbe i creditori e ora si rischia una clamorosa rottura delle trattative. Le conseguenze sono facilmente immaginabili: salta tutto e l'ospedale si costruisce altrove. La prima mossa è proprio della Qatar foundation che ha già sondato la disponibilità del comune di Olbia a mettere a disposizione altri e diversi terreni dove investire 1.2 miliardi di euro e costruire il nuovo ospedale. La seconda mossa, tempestiva, è del sindaco Giovannelli che ha subito risposto sì alla richiesta: il Comune troverà e metterà a disposizione tutte le aree che serviranno per realizzare il progetto in città. Una vera e propria corsa contro il tempo, visto che gli arabi hanno già fissato la data di apertura dell'ospedale: il primo marzo.

## OLBIA Corso per curare i malati borderline

La Asl di Olbia prepara il personale medico e gli operatori sociali per affrontare efficacemente una patologia che colpisce il due per cento della popolazione, con un'incidenza particolare tra le donne, il disturbo della personalità *borderline*. Nella sala conferenze dell'ospedale Giovanni Paolo II, domani e sabato, si terrà il corso di aggiornamento, affidato a specialisti. «Il disturbo borderline è caratterizzato da sintomatologie psicopatologiche gravi e dalla tendenza dei soggetti affetti, di sviluppare dipendenze patologiche multiple, compreso l'abuso di sostanze», spiega Salvatore Carai, direttore del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze della Asl di Olbia e organizzatore della due giorni di approfondimento. Il problema, purtroppo, si presenta durante l'adolescenza e l'iniziativa della Asl risponde a un'esigenza sempre più sentita. I medici devono affrontare la patologia con strumenti multidisciplinari.

## Def 2014. Il Governo approva la Nota di aggiornamento: Pil -0,3% e deficit al 3%. Cresce la stima della spesa socio-assistenziale che raggiunge l'1,7% nel 2060

*Il quadro programmatico stima per il 2015 l'uscita dalla recessione e una crescita del Pil pari a +0,6% sul 2014 e un rapporto deficit/Pil in calo a 2,9%. Il rapporto tra debito pubblico e Pil è previsto al 131,6% per il 2014 e al 133,4% per il 2015. Le componenti di spesa socio-assistenziale per l'assistenza agli anziani e disabili a lungo termine raggiungeranno l'1,7% del Pil nel 2060 (1,6% nel Def di aprile). LA NOTA DI AGGIORNAMENTO*

Il Ministro dell'Economia e delle Finanze, **Pietro Carlo Padoan**, a margine del Consiglio dei Ministri di ieri sera, ha illustrato le linee direttrici della Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza (Def), previsto dalla legge di contabilità e finanza pubblica. Nella Nota è stato aggiornato il quadro macroeconomico rispetto ai [dati dello scorso aprile](#), fornendo indicazioni sulle tendenze e gli obiettivi di finanza pubblica.

Il quadro macroeconomico è stato dunque rivisto in linea con le recenti tendenze

negative dell'economia. La stima aggiornata del tasso di crescita del Prodotto interno lordo del 2014 (-0,3% rispetto al 2013) indica, infatti, che l'Italia è ancora in recessione. In questo quadro il deficit si attesterà al 3% del Pil per il terzo anno di fila.

Il quadro programmatico predisposto dal Governo, da perseguire con gli interventi e le politiche che saranno iscritti nella Legge di Stabilità, stima per il 2015 l'uscita dalla recessione e una crescita del Pil pari a +0,6% sul 2014, un rapporto deficit/Pil in calo a 2,9% (-0,1 punti percentuali rispetto al 2014), e la disoccupazione in calo al 12,5%. Il rapporto tra debito pubblico e Pil è previsto al 131,6% per il 2014 e al 133,4% per il 2015.

Tra gli obiettivi programmatici del Governo per il 2015 è presente un aggiustamento del deficit strutturale pari a circa un decimo di punto percentuale rispetto al 2014. Il rallentamento del percorso di avvicinamento all'obiettivo di medio termine (Mto) – che verrà raggiunto nel 2017 – viene descritto come compatibile con la flessibilità prevista dalle regole dell'Unione Europea, che contemplano la possibilità di deviazioni temporanee in presenza di riforme capaci di migliorare strutturalmente la competitività del paese e qualora si verifichi la circostanza di un severo peggioramento dell'economia.

**Nella Nota, per quanto riguarda la sanità**, si prende poi atto dell'intesa sul Patto per la salute 2014-2016 sancita lo scorso luglio. "Questo ha definito il quadro finanziario per il triennio di vigenza e ha disciplinato alcune misure finalizzate a una più efficiente programmazione del Ssn, al miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni. A tal fine - prosegue la Nota di aggiornamento - si è convenuto di: i) procedere all'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili; ii) incentivare l'uso dei dispositivi medici più efficaci e moderni che consentano il miglioramento della qualità della vita; iii) procedere all'approvazione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera; iv) riorganizzare l'assistenza territoriale e domiciliare; v) rafforzare il sistema di governance nelle Regioni impegnate nei Piani di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale; vi) promuovere la digitalizzazione in campo sanitario; vii) fissare standard generali di qualità".

**La proiezione della spesa sanitaria nel Def** è stata effettuata sulla base della metodologia reference scenario che recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori esplicativi in grado di incidere significativamente sulla dinamica della spesa sanitaria. Ne deriva che, dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa, la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2025 e si attesta a circa l'8% nell'ultimo decennio del periodo di previsione.

Novità per le componenti di spesa socio-assistenziale per l'assistenza agli anziani e disabili a lungo termine, che, dopo una fase iniziale di sostanziale stabilità, presentano un profilo crescente in termini di Pil, che si protrae per l'intero periodo di

previsione, raggiungendo l'1,7% nel 2060. Ricordiamo che, nel Def dello scorso aprile, quest'ultima si attestava all'1,6% nel 2060.

## **Spending review. Padoan: "Margini di efficienza ovunque, sanità inclusa". Lorenzin: "Avviato con Regioni lavoro che porterà risultati"**

*In un'intervista rilasciata a 'Il Foglio' il ministro dell'Economia sottolinea: "In prima istanza il taglio non lineare è preferibile. Poi, però, se nulla si muove, si interverrà così". La replica del ministro della Salute: "Con Patto della Salute ci sono tutti strumenti necessari".*

Esistono settori nei quali è impossibile trovare margini di efficienza? “La mia risposta è no. Margini di efficienza si possono trovare dappertutto, sanità inclusa”. E’ la posizione espressa dal ministro dell’Economia, **Pier Carlo Padoan**, in un’intervista rilasciata a *‘Il Foglio’*. E sulle modalità di intervento ha spiegato che “in prima istanza il taglio non lineare è preferibile. Poi, però, se nulla si muove, si interverrà così”.

Il Ministro della salute, **Beatrice Lorenzin**, in una dichiarazione rilasciata all’*Ansa*, dimostrandosi d'accordo con quanto affermato dal ministro dell'Economia, sottolinea di essere stata “la prima, non appena verificati i conti, a sostenere che nella sanità ci sono molti margini di risparmio. Su questa certezza - rileva il ministro - abbiamo lavorato insieme alle Regioni inaugurando una nuova fase della spending, che porterà risultati in termini di efficienza, qualità delle prestazioni e risparmio; responsabilizzando chi ha in mano la capacità di spesa e dunque eliminando gli sprechi. Da questo punto di vista il Patto della salute è un vero impegno”.

E se "dovesse venire meno, allora - osserva Lorenzin - ha ragione Padoan a sancire il fallimento del ruolo della capacità di realizzare una spending interna da parte delle Regioni”.

“Il Governo - sottolinea - ha già tutti gli strumenti per decidere dove intervenire, anche in sanità. C'è il Patto per la Salute, in cui abbiamo inserito l'applicazione dei costi e delle dotazioni standard. È stato fatto un grande lavoro di verifica, è stato sottoscritto un accordo e adesso non si può pensare di lasciar perdere tutto, anche perché siamo i primi a credere che il rispetto degli accorsi produrrà risparmi. Se per esempio una Regione ha più personale rispetto a quanto stabilito dalle dotazioni standard e spende di più, è giusto che quella spesa in più sia a carico del bilancio regionale. Vogliamo parlare poi delle centrali uniche di acquisto: molte Regioni non le hanno ancora. Il Governo tutte queste le cose le sa e ha gli strumenti per intervenire e valutare chi non rispetta le regole. Il fatto - conclude - è che mi sembra che l'Esecutivo abbia affrontato la crisi economica attuale dal lato sbagliato, bisognerebbe dare la priorità all'economia e al lavoro e poi alle riforme istituzionali”.

## **Vaccinazioni. Le raccomandazioni degli esperti in**

## **campo vaccinale. Arriva il nuovo Calendario per la Vita 2014**

*Quando vaccinarsi per proteggersi contro difterite, tetano e pertosse, morbillo, parotite, rosolia e varicella. Ma anche indicazione sulla vaccinazione Pneumococcica negli adulti a rischio e su quella antimeningococco B. SItI: “Prevenzione non solo verso le malattie infettive, ma anche tumorali”. IL CALENDARIO*

“Stimolare l’offerta vaccinale sulla base delle evidenze di efficacia (negli studi clinici e sul campo) e di sicurezza, nella convinzione che le vaccinazioni tutte, per il loro profilo di efficacia, sicurezza e impatto sul carico di malattie prevenute, debbano essere particolarmente privilegiate in un momento di risorse sanitarie decrescenti. Solo l’investimento in prevenzione (vaccinale e non solo, ovviamente) garantisce in prospettiva la sostenibilità di un patrimonio inestimabile per il nostro Paese: il Ssn”.

Parte da qui la seconda edizione del “Calendario per la Vita 2014”, stilato La Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SItI) in collaborazione con la Federazione italiana medici pediatri (Fimp), la Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) e la Società italiana di pediatria (Sip) e presentato al 47° Congresso Nazionale SItI in programma a Riccione fino al 4 ottobre.

Un’agenda dettagliata che ospita tutte le tempistiche per vaccinarsi contro difterite, tetano e pertosse, e quando proteggersi contro morbillo, parotite, rosolia e varicella. Ma anche indicazione sulla vaccinazione Pneumococcica negli adulti a rischio e su quella antimeningococco B. Raccomandazioni in campo vaccinale per il neonato e il bambino fino all’età adulta, ma anche alle persone sane e quelle a rischio per età o patologia, e rivolto a tutti i professionisti che si occupano di salute a 360 gradi.

Il calendario garantisce la migliore prevenzione non solo verso malattie infettive, ma anche tumorali (basti pensare al vaccino contro l’epatite B e contro il papillomavirus indicato sia per almeno due fasce di età femminili, sia per i maschi). E nell’edizione 2014 si arricchisce di indicazione sulla vaccinazione Pneumococcica negli adulti a rischio, su quella antimeningococco B e sull’abbassamento dell’età per la vaccinazione antinfluenzale.

“La sinergia con le società scientifiche e professionali – ha sottolineato **Paolo Bonanni**, Coordinatore del gruppo vaccini della SItI – nasce dalla volontà di avere un approccio comune rispetto alle più efficaci strategie per le malattie prevenibili rispetto alle quali disponiamo di vaccini sicuri. In questa direzione - precisa Bonanni - va anche il portale d’informazione medica e scientifica [www.vaccinarsi.org](http://www.vaccinarsi.org), uno strumento in più per una corretta informazione e per contrastare i troppi pregiudizi e luoghi comuni che ancora circondano la fondamentale pratica della vaccinazione”.

“Riteniamo quanto mai indispensabile che sia garantita a tutti i minori l’offerta attiva e gratuita di questi validi ed efficaci strumenti di prevenzione per la tutela della salute – ha sostenuto **Giorgio Conforti**, Responsabile della Rete vaccini Fimp – per questo attiveremo su tutti i più importanti social network (Twitter e Facebook) una campagna di comunicazione con messaggi chiari e trasparenti per aiutare le famiglie ad una scelta consapevole”.

## Ictus, nuove terapie mirate. Lo studio del Campus Biomedico

Il lavoro appena pubblicato dai neurologi del Campus Bio-Medico di Roma su Nature Reviews Neurology pone le basi per lo sviluppo di tecniche di stimolazione cerebrale transcranica più efficaci per il recupero nei pazienti vittime di ictus cerebrale.

L'utilizzo della «taglia unica» nella terapia di recupero post-ictus porta spesso a scarsi risultati. Per evitarlo, dev'essere attuata una differenziazione degli interventi in base all'entità del danno cerebrale. La notizia viene da un lavoro dei ricercatori dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, pubblicato di recente su Nature Reviews Neurology.

«Le indicazioni di questo studio – sottolinea Giovanni Di Pino, ricercatore in Neurologia e Bioingegneria del Campus e prima firma dello studio – aprono la strada a terapie di recupero dall'ictus sempre più personalizzate e, per questo, più efficaci anche a distanza di anni dall'evento».

«Per fare un parallelismo – spiega Vincenzo Di Lazzaro, direttore della Cattedra di Neurologia del Campus Bio-Medico e senior author della ricerca – è come se, in fase di attraversamento di una strada, vedessimo arrivare un'automobile in corsa. La scelta di affrettare il passo verso l'altra parte o di tornare indietro dipende da quanta distanza abbiamo già percorso dal marciapiede. In tal modo, un utilizzo più mirato degli impulsi elettrici e dei campi magnetici consentirà di interfacciarsi con il cervello "riavviandolo" e "riprogrammandolo", un po' come avviene con i computer».

**Nuove chance dalle neuroscienze.** Il cervello umano funziona trasformando impulsi elettrici in segnali chimici (rilascio di neurotrasmettitori) e viceversa. Attraverso questo meccanismo, all'apparenza semplice, miliardi di cellule nervose comunicano in ogni istante e ci permettono di pensare, parlare e muoverci. Quando si verifica un ictus cerebrale, questi meccanismi possono essere danneggiati in maniera più o meno grave, con conseguenti danni alle normali funzioni cerebrali. Negli ultimi anni, le neuroscienze hanno aperto le porte a un nuovo approccio terapeutico per promuovere il recupero dopo un ictus che potrebbe affiancarsi alla riabilitazione. Si tratta di una strategia 'elettromagnetica' in grado di modulare la trasmissione dei segnali elettrici cerebrali e potenziare la comunicazione tra diverse aree cerebrali e tra queste e i muscoli. Ma tale approccio innovativo, basato sull'uso di campi elettrici e magnetici, ha finora permesso di ottenere risultati ancora molto limitati. Dall'analisi effettuata dai ricercatori del Campus Bio-Medico emerge che le due principali scuole di pensiero sul trattamento con tecniche di neuromodulazione cerebrale non-invasiva nell'ictus non sono da contrapporre, ma vanno adattate a seconda dell'entità del danno subito dal cervello. Il primo modello è quello della cosiddetta 'competizione tra emisferi', secondo cui, in un cervello colpito da ictus, andrebbe inibita la parte sana

per impedire che la sua iperattività rallenti il recupero dell'emisfero leso. Al contrario, l'altro approccio vede nella stimolazione dell'emisfero non colpito da ictus un elemento di forza per favorire il migliore recupero delle funzioni motorie del paziente, sfruttandone l'attività sostitutiva.

I ricercatori del Campus Bio-Medico indicano che non c'è una strada unica valida genericamente per tutti i pazienti. La scelta del trattamento indicato, piuttosto, dipende da quanto grande è il danno cerebrale. Secondo gli studiosi, infatti, se è di modesta entità, l'obiettivo è tornare ad avere un cervello che funzioni come faceva prima dell'ictus. Di conseguenza, l'approccio più adeguato è quello di inibire l'iperattività dell'emisfero sano. Se, viceversa, il danno cerebrale è molto vasto, la strategia di recupero vincente è quella che potenzia l'emisfero cerebrale non colpito dall'ictus in sostituzione di quello danneggiato. A questa ricerca si lega un secondo studio, realizzato sempre dai neurologi del Campus Bio-Medico e pubblicato sulla rivista *Brain Stimulation*. I ricercatori hanno scoperto che alcune caratteristiche genetiche influenzano il modo in cui il cervello di un soggetto colpito da ictus si riorganizza dopo l'evento. Lo studio si è focalizzato sugli effetti delle varianti di un singolo gene, che codifica una proteina della famiglia delle neurotrofine, chiamata Brain Derived Neurotrophic Factor. Questa proteina favorisce la sopravvivenza dei neuroni e influenza i fenomeni di plasticità cerebrale.

«Abbiamo scoperto – chiarisce Di Lazzaro – che per poter definire i programmi terapeutici e riabilitativi post-ictus anche le caratteristiche genetiche dell'individuo rappresentano un elemento rilevante da prendere in considerazione. Di fatto, questo gene influenza il modo in cui i due emisferi cerebrali reagiscono a un ictus: nei soggetti con la forma più diffusa del gene l'emisfero cerebrale non colpito prende il sopravvento, diventando ipereccitabile agli stimoli esterni. Nei soggetti con una variante del gene, detta polimorfismo, lo sbilanciamento tra l'attività dei due emisferi che si verifica dopo l'ictus è nove volte inferiore. L'ipereccitabilità dell'emisfero non colpito da ictus ha un ruolo significativo nei processi di recupero, in quanto può favorirlo, soprattutto quando i danni dell'ictus sono molto estesi, ma può anche interferire con esso nel caso di lesioni di minori dimensioni».

I risultati di questi due studi apriranno la strada ad approcci terapeutici post-ictus molto più promettenti, potenzialmente efficaci anche ad anni di distanza dall'evento.

## **Medicinali a misura di bambini, in aumento sperimentazioni. Ue ma i farmaci approvati sono pochi**

Cresce in Europa il numero delle sperimentazioni di farmaci a misura di bambino. Nonostante questo, i medicinali che hanno ottenuto la specifica indicazione pediatrica sono ancora pochi. Un problema di cui si è discusso oggi al Clinical Trial Day, la giornata di studi promossa dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù che riunisce rappresentanti del settore provenienti dal mondo scientifico, accademico, dell'industria e associazioni di pazienti.

Circa il 60% dei farmaci attualmente in uso sui bambini non è stato testato su pazienti

pediatrici, ma solo sugli adulti, senza tenere conto delle caratteristiche che possono renderli inefficaci o addirittura tossici per i più piccoli. La percentuale cresce fino all'80% se i destinatari dei medicinali sono neonati.

Per rispondere all'esigenza di sviluppare farmaci pediatrici sempre più mirati, nel 2007 l'Agenzia Europea per il farmaco (EMA) ha dato il via al Regolamento Pediatrico. Secondo il documento, per ottenere l'autorizzazione a immettere sul mercato un nuovo medicinale, le aziende farmaceutiche sono tenute a presentare un "piano di indagine pediatrico". L'obiettivo è verificare attraverso test ad hoc, eseguiti sui futuri destinatari della cura, con quale specifico dosaggio, formulazione e grado di sicurezza quel farmaco può essere utilizzato anche sui bambini.

Gli oltre 600 piani di indagine pediatrica approvati dall'EMA dal 2007 ad oggi, hanno attivato una mole sempre più considerevole di sperimentazioni con il coinvolgimento di migliaia di bambini (56.000 nel 2013). Gli studi attualmente in corso sono 2.400, ma a fronte di un numero così elevato di trials, i farmaci autorizzati con specifica indicazione pediatrica sono circa 30.

«Sono ancora pochissimi, oggi, i farmaci che ottengono l'indicazione per uso pediatrico - sottolinea Paolo Rossi, Direttore Dipartimento Universitario-Ospedaliero del Bambino Gesù e rappresentante italiano della Commissione Pediatrica dell'EMA - questo è dovuto a una serie di fattori, tra cui la durata delle sperimentazioni, il costo elevato e il ridotto numero di chi beneficerà di quel medicinale. I bambini rappresentano infatti circa il 10% popolazione globale».

«Il trend positivo dei trials pediatrici registrato negli ultimi anni, di fatto non ha modificato la tendenza generale a utilizzare anche nei piccoli pazienti i farmaci autorizzati per gli adulti - aggiunge Rossi - Un problema che può essere affrontato rendendo più snello il Regolamento Pediatrico Europeo e facilitando le sperimentazioni riducendo costi e tempi attraverso la creazione di network di centri di ricerca».

In Italia nel 2013 sono stati avviati 100 studi. Il Centro Trial del Bambino Gesù - Centro di riferimento nazionale - conduce il 30% delle sperimentazioni farmacologiche colmando le lacune relative alle indicazioni cliniche, ai dosaggi e alle formulazioni dei medicinali per i bambini, e conta su un team multispecialistico dedicato, specializzato nelle procedure cliniche e nelle metodologie necessarie per eseguire studi clinici in età evolutiva. Partecipa a numerosi network europei di ricerca, sia pubblici che privati. Tali network pediatrici favoriscono lo sviluppo di nuovi farmaci e coordinano la collaborazione tra Centri di eccellenza, industrie, ricercatori, associazioni di pazienti ed enti regolatori con l'obiettivo di promuovere la ricerca etica di alta qualità sulla sicurezza ed efficacia dei medicinali per uso pediatrico consentendo un più facile arruolamento dei pazienti nei trials clinici, soprattutto nel campo delle patologie rare.

Dal 2010, anno della sua istituzione, ad oggi, il Centro Trial dell'Ospedale Pediatrico romano ha avviato oltre 80 sperimentazioni, coinvolgendo circa 300 piccoli pazienti negli studi su farmaci appropriati, efficaci e sicuri, a misura di bambino. Ed è proprio al Bambino Gesù che è stata effettuata la prima sperimentazione al mondo del

vaccino terapeutico pediatrico contro l'HIV.

## **Automedicazione pediatrica, genitori «ignoranti»**

Il 77% dei genitori si dice preoccupato di eventuali effetti collaterali dei farmaci. Eppure, ben il 20% non consulta il bugiardo mentre il 30% non si informa sulle terapie da somministrare ai propri figli. E' quanto emerge dall'indagine sull'attitudine all'automedicazione in pediatria, presentata dalla Fimp in apertura dell'VIII Congresso nazionale di Milano, dal tema "Prepariamoci al bambino di domani".

L'indagine, effettuata dalla stessa Federazione italiana medici pediatri, evidenzia che il 20% dei genitori non consulta il foglietto illustrativo dei farmaci e ignora i potenziali effetti collaterali pur essendo preoccupata che possano manifestarsi (77% degli intervistati). Molti genitori non conoscono le modalità di prescrizione del farmaco che hanno in casa, cioè se esso è di libera vendita o necessita di prescrizione, ed utilizzano molti dei farmaci di cui dispongono per terapie improprie.

E' soprattutto la mamma che si occupa di acquisire le informazioni sui farmaci per i bambini e le ottiene in primo luogo dal pediatra di famiglia (94%), secondariamente dal proprio Mmg (71%).

Libri, riviste specializzate e non, televisione e internet non sono ritenute fonte sicura di informazione e meno del 30% dei genitori utilizza questi mezzi per avere informazioni sulle terapie da effettuare. Scarso è il ruolo del farmacista nel fornire indicazioni sull'uso dei farmaci nei bambini (solo il 10% dichiara di utilizzare spesso questa fonte).

La maggior parte dei bambini oggetto dell'indagine (97%) si trova in buona salute, secondo quanto percepito e dichiarato dai genitori. Il 10% circa soffre di malattie croniche, diagnosticate dal medico, soprattutto allergie respiratorie e intolleranze alimentari. Dal questionario emerge, inoltre, con chiarezza che non esiste nei genitori la conoscenza delle modalità di prescrizione diversa per i farmaci, ovvero quali di essi debbano essere dispensati con ricetta.

Infine, l'indagine Fimp evidenzia come molti genitori non conoscono la differenza tra integratori alimentari e farmaci: il 60% dei prodotti somministrati, che i genitori indicano come farmaci, sono in realtà integratori alimentari o fitoterapici. Tra i farmaci più utilizzati ci sono soprattutto antipiretici e antiinfiammatori, tra gli integratori soprattutto i probiotici ed alcuni vitaminici.

DOCTOR 33.IT

**Nasce Iamt, “tour operator” per attrarre pazienti**

## **stranieri. Dubbi da Fnomceo**

Oltre 200mila italiani vanno a curarsi all'estero. Un numero in costante crescita negli ultimi anni e che movimentata un tesoro pari a 100 miliardi di euro. Come invertire la rotta? È questa la domanda che si è fatto **Francesco Martelli** fondatore dell'associazione Iamt, ossia Italian Association for Medical Tourism Development, con l'intento dichiarato di portare i pazienti stranieri a venire in Italia. «Ormai da anni» spiega Martelli «crescono i pazienti che vanno a curarsi all'estero. In particolare per interventi odontoiatrici, ma anche in altre branche della medicina. Un trend planetario che muove un'economia cospicua. Si tratta a tutti gli effetti di denaro perso per il nostro paese, a fronte di un'eccellenza medica comprovata. Per questo abbiamo pensato di attrarre turismo sanitario verso l'Italia abbinando le eccellenze turistiche a quelle mediche». Martelli evidenzia anche un ulteriore limite della realtà medico-sanitaria italiana. «C'è troppa burocrazia e nella gestione delle Asl l'Italia è a tutti gli effetti una giungla. Uno dei nostri intenti è proprio quello di rilevare questa schizofrenia e di proporre soluzioni alternative». Iamt è una start up che in questa fase sta reclutando potenziali soggetti interessati sia nell'area medica sia in quella turistica ma proprio l'abbinamento tra i due settori potrebbe sollevare dubbi deontologici. Può un medico essere scelto anche in virtù della valenza turistica? Per Martelli il problema non si pone. «Non lo considero nemmeno. Quello che so è che noi siamo corretti e onesti e stiamo investendo molto in questa iniziativa senza ritorni immediati. Se poi qualcuno storce il naso non pregiudica quello in cui noi crediamo». E tra chi storce il naso potrebbe esserci l'Ordine dei medici fresco di una sentenza antitrust avversa, proprio nell'area della pubblicità per i medici. «Il criterio di valutazione in sanità non può essere l'attrazione turistica» conferma **Luigi Conte**, segretario generale Fnomceo. «Anche la direttiva Ue sulla libera circolazione dei medici in questo senso è inequivocabile e fa riferimento a sicurezza e qualità delle cure. A conferma che l'eccellenza sanitaria è valutata con altri parametri». La questione offre a Conte la possibilità di tornare sulla recente sentenza antitrust che, ribadisce l'esponente Fnom, «non tiene conto della peculiarità del servizio sanitario ed è in palese contrasto con l'art. 32 che definisce la salute come un diritto fondamentale».

## **Responsabilità professionale, Surico (Cic): la bozza di regolamento non va bene**

Più attenzione ai giovani nella bozza di regolamento che disciplina l'accesso alle polizze Rc delle categorie più a rischio. Il provvedimento previsto dalla legge Balduzzi e ora all'esame della conferenza stato regioni prevede due casi per l'intervento di un Fondo di Garanzia ad hoc, gestito da Consap: o medici a reddito troppo basso per coprirsi oppure medici rifiutati dal mercato assicurativo, in genere per pendenze in corso o pregresse. Entrambe le situazioni vanno documentate e nel secondo caso il medico deve aver subito un triplice rifiuto dalle compagnie. Nel primo frangente il Fondo rimborsa il premio pagato entro certi limiti, nel secondo

cerca sul mercato una polizza alla quale contribuirà. I medici restano però insoddisfatti, anche se è gradita la previsione secondo cui la priorità sia per i professionisti più giovani. «Un neoassunto prende 2200 euro/mese, 30 mila annui, e ne paga fino a 15 mila di premio annuale. Un'assurdità, ma pure per un responsabile di struttura il premio sale (nel mio caso è 26 mila euro). Insomma, noi ginecologi sborsiamo dalla metà al terzo dello stipendio», commenta **Nicola Surico** presidente del Collegio Italiano Chirurghi. E afferma: «La bozza non ci piace: ripropone misure da noi già bocciate in estate sia come Cic sia come Aogoi: al Servizio sanitario nazionale non chiediamo coperture parziali, ma totali».

Peraltro il Fondo, pur coprendo tutti i sanitari, nasce soprattutto per i liberi professionisti obbligati a coprirsi dallo scorso Ferragosto, mentre per i dipendenti la copertura dell'azienda ospedaliera d'appartenenza è prevista dalla recente legge sulla Pubblica amministrazione. «Noi chiediamo di non eludere nemmeno il problema dei liberi professionisti, specie quelli appartenenti a categorie a rischio: pure per questi ultimi la mano pubblica dovrebbe prevedere una compartecipazione. Sul tema faremo controproposte come Cic in un incontro con le associazioni della libera professione l'11 ottobre prossimo. Tuttavia nemmeno i dipendenti possono stare tranquilli», segnala Surico. «Intanto, le Regioni dovrebbero assicurare tutte le aziende ospedaliere, o in caso contrario la richiesta di risarcimento ricade sul medico. Altre aziende, assicurate, elevano le franchigie fino a 500 mila euro e passa, cifra entro la quale è il medico chiamato a risarcire. Da un anno e mezzo poi osserviamo come, in casi in cui l'azienda risarcisce il danno, la Corte dei conti apre un successivo procedimento per danno erariale e ne chiede al medico il ristoro, sottoponendolo a un secondo processo».

## **Concorso Mg, Smi: per evitare irregolarità serve unico test nazionale**

«Chiarezza sulle molte segnalazioni di irregolarità nell'ultimo test della scorsa settimana». A chiederla in una nota il Sindacato dei medici italiani, Smi, in occasione della riunione convocata ieri dal ministro Lorenzin con i presidenti delle Commissioni esaminatrici del test di ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale. Per lo Smi «sarebbe grave non intervenire, con decisione, su una vicenda che ha visto diversi giovani protestare, con foto, video, testimonianze firmate, segnalando palesi infrazioni del regolamento in alcune commissioni, così come evidenti disfunzioni organizzative, se non proprio situazioni di chiaro caos». «Circa 10mila candidati per 900 borse in tutta Italia e diverse Regioni non erano neppure preparate a livello logistico» aggiunge **Salvo Cali**, segretario generale del sindacato. «Non possiamo girare le spalle alla giusta indignazione dei giovani, così come non possiamo lasciarli soli in un ambiente dove è evidente, e diffuso, un certo timore "reverenziale": d'altronde, è bene ricordare che i commissari di esame saranno i futuri docenti dei corsi, e che le commissioni sono espressione degli ordini e, quindi, indirettamente anche dei sindacati». «Lo stesso Smi - continua - ha fatto una forte riflessione, anche autocritica, su un sistema che è

deficitario e ingiusto. La proposta: si punti, già nelle prossime prove (sempre a rischio di irregolarità e polemiche), su un concorso unico nazionale da tenersi sempre nelle sedi decentrate, ma in strutture adeguate e in condizioni di sicurezza certe, con criteri uniformi, sottratto alle "(in)competenze" delle Regioni e con Commissioni di alto profilo e indipendenza. Non è possibile che ci sia una commistione così forte tra ordini-sindacati-formazione. E' vecchio, corporativo, sbagliato...manca della necessaria trasparenza».

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**