

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
16 MAGGIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSARI Centro Ipertensione. Domani Giornata mondiale con visite gratuite alle cliniche**

Il Centro Ipertensione Arteriosa e Malattie correlate della Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari aderisce alla "XI Giornata Mondiale dell'Ipertensione Arteriosa" programmata per domani. L'ipertensione arteriosa è la più diffusa e la più dannosa delle "malattie complesse": la sua diffusione è calcolabile intorno al 30% della popolazione adulta del cosiddetto "mondo occidentale". Una terapia inadeguata o scarsamente efficace - una terapia è efficace quando la pressione è stabilmente inferiore ai 140/90 mmHg - comporta un eccesso di probabilità di incidenti gravi al cuore, alle arterie, al cervello ed ai reni accorciando e peggiorando la qualità della vita. Purtroppo anche in Sardegna il livello di consapevolezza della presenza della malattia è molto basso, con quel che ne consegue. Domani, il Centro della Aou-Sassari, aderendo alla richiesta della Società Italiana Ipertensione Arteriosa e della European Hypertension Society ha dato la sua disponibilità alla misurazione della pressione arteriosa a chiunque lo desideri, dedicando due ambulatori e due medici dalle ore 8 alle ore 14 gratuitamente e senza alcuna formalità burocratica. L'indirizzo è: viale San Pietro 8, al pianoterreno, svoltando a sinistra subito dopo la postazione dei sorveglianti.

#### **SASSARI Aou Neuropsichiatria infantile: si parla di malattie lisosomiali**

Oggi e domani si terrà il 3° Corso "Le malattie Lisosomiali: riconoscerle per curarle", un appuntamento organizzato dalla Neuropsichiatria Infantile della Aou e finalizzato ad approfondire e aggiornare le conoscenze di queste malattie. Queste, come tutte le patologie rare, pongono quale prima sfida quella della diagnosi che rappresenta per il malato e la famiglia uno dei momenti più difficili, che si ripete ad ogni nuovo stadio della malattia quando questa presenta un carattere evolutivo-degenerativo. La carenza delle conoscenze delle Malattie Lisosomiali può portare a ritardi diagnostici, ricoveri inutili, infinite consulenze specialistiche, prescrizione di farmaci e trattamenti inadeguati. Meglio, quindi, conoscerle, poichè necessitano di risposte diagnostiche e di assistenza multidisciplinare e specialistica, intendendo con ciò la conoscenza e l'utilizzo che vanno oltre le comuni conoscenze teoriche. L'appuntamento è per oggi e domani nella Sala congressi dell'Hotel Carlo Felice, via Carlo Felice 50.

# DALL'ITALIA

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Tumori. VI Rapporto Favo: sono 800mila i pazienti costretti a curarsi ogni anno fuori Regione (DALLA SARDEGNA 10.000)**

*Gli spostamenti avvengono soprattutto dal Sud verso il Nord. dalla Campania 55mila persone, dalla Calabria 52mila, dalla Sicilia 33mila, dall'Abruzzo 12mila e dalla Sardegna 10mila. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è pari a 2 miliardi di euro. De Lorenzo: "Ancora troppe disparità, sia approvato subito il Piano oncologico". IL RAPPORTO*

Ogni giorno 1000 nuove diagnosi e 470 decessi. Il cancro è una vera e propria epidemia. Ma il sistema oggi non è in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze di questi malati e delle persone che hanno ormai superato la malattia, i cosiddetti lungosopravvivenenti, pari a circa 2 milioni. Sono ancora troppe le discrepanze territoriali. Ogni anno quasi 800mila italiani colpiti dal cancro sono costretti a cambiare Regione per curarsi. Soprattutto dal Sud verso il Nord: dalla Campania 55mila persone, dalla Calabria 52mila, dalla Sicilia 33mila, dall'Abruzzo 12mila e dalla Sardegna 10mila. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è pari a 2 miliardi di euro. Gli strumenti per migliorare la situazione esistono, ma non sono applicati. Il Piano Oncologico Nazionale 2011-2013 non è ancora stato realizzato. Sono questi i dati illustrati da Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) durante la presentazione del VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, oggi al Senato nel corso della IX Giornata nazionale del malato oncologico.

"La prossima approvazione del Patto della Salute - ha detto il presidente Favo, **Francesco De Lorenzo** - deve necessariamente includere anche questo documento, per garantire ai malati di cancro il diritto alla riabilitazione e al sostegno psicologico. È arrivato il momento di credere nelle riforme. Senza il recepimento dei principi contenuti nel Piano Oncologico Nazionale, il Patto della Salute finirebbe con il penalizzare i malati di cancro in tutta Italia. La situazione fotografata nel VI Rapporto richiede urgenti disposizioni normative, anche in tema di tutela della fertilità, e risorse da destinare ai servizi. Il cancro rappresenta la prima causa di accettazione delle domande di inabilità e disabilità, con conseguenze inevitabili sul piano lavorativo e sociale".

È necessario agire su piani diversi, a partire dalle liste di attesa che, per la chirurgia oncologica, raggiungono una media di 60 giorni. Con conseguenze sulla salute dei malati e con oneri aggiuntivi dovuti al ricorso alle strutture private.

"Secondo i dati 2009 delle schede di dimissione ospedaliera dalle strutture di chirurgia oncologica del tumore alla mammella riportati in Oncoguida - ha concluso De Lorenzo -, nel Lazio 53 su 100, nel Veneto 15 su 61 e in Emilia Romagna 27 su 58 hanno trattato meno di 15 casi. Per il tumore del colon retto, nel Lazio 43 su 106 strutture, nel Veneto 16 su 62 e in Emilia Romagna 35 su 75 hanno trattato meno di 15 casi. È chiaro che andrebbero riconvertite, perché non rispondono a livelli sufficienti di esperienza. È evidente anche la disomogeneità territoriale nella distribuzione degli acceleratori lineari (linac), apparecchiature fondamentali per i trattamenti radioterapici. Alcune Regioni raggiungono, a

volte superandoli, gli standard europei che prevedono dalle 7 alle 8 macchine di alta energia per milione di abitanti, altre invece sono molto al di sotto di questi parametri. In Italia vi sono complessivamente 377 acceleratori lineari, che devono essere utilizzati da almeno 228mila persone. Nelle regioni del Nord si trovano 184 apparecchiature, pari a 6.7 per milione di abitanti, nel centro 99, pari 7.4 per milione di abitanti, nel Sud ed isole 94, pari a 4.9 per milione di abitanti".

## **Tumori. Aumentano i casi, ma anche i tassi di sopravvivenza. Ogni anno 360mila nuove diagnosi**

*Presentati ieri i risultati di un rapporto dell'Associazione Italiana Registri Tumori, su dati del 2013. Gli screening e la diagnosi precoce aumentano il successo dei trattamenti, che sono sempre più efficaci. Ma resta ancora molto da fare sul fronte della prevenzione e della diagnosi precoce*

Sono circa 366.000 le nuove diagnosi di tumore ogni anno in Italia, 200 mila tra i maschi e 166.000 tra le femmine, secondo un rapporto appena pubblicato dall'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum), relativa al 2013. Una cifra impegnativa, il cui impatto è mitigato dalle percentuali di sopravvivenza: a cinque anni dalla diagnosi risulta infatti vivo il 55% degli uomini e il 63% delle donne. Importante a questo riguardo è il ruolo delle campagne di *screening* che consentono di individuare il tumore in fase precoce, rendendo così più efficaci i trattamenti. "L'aumentata incidenza del tumore in Italia – sostiene il Professor **Achille Lucio Gaspari**, presidente della Sico (Società Italiana di Chirurgia Oncologica) – è in parte spiegabile con l'invecchiamento della popolazione e in parte attribuibile a cause ambientali.

L'aumento dei tassi di guarigione è dovuto fondamentalmente alla diagnosi precoce e alle terapie anti-tumorali, sempre più efficaci. Il tumore va trattato in *équipe*, composte dal chirurgo, dal medico oncologo e dal radioterapista e ognuna di queste figure professionali ha a disposizione armi terapeutiche sempre più affilate. Nell'uomo i tumori più frequenti sono quelli della prostata (20%), del polmone (15%) e del colon retto (14%). Nella donna il più diffuso è il tumore della mammella (29%), seguito da quello del colon retto (14%) e del polmone (6%), la cui incidenza è aumentata negli ultimi decenni per la sempre più diffusa abitudine al fumo di sigaretta tra le donne".

Secondo il *World Cancer Report 2014*, i decessi causati dalle neoplasie tra gli stranieri residenti in Italia sono il 20% in più rispetto agli italiani. "Una prima spiegazione – afferma **Gaspari** – andrebbe ricercata in una minore consapevolezza della malattia e nelle peggiori condizioni socio-economiche; tra i clandestini poi, anche la paura di una denuncia, nel recarsi presso un ospedale o un ambulatorio, potrebbe contribuire a ritardare i tempi della diagnosi e dunque a ridurre le possibilità di guarigione". Molto resta ancora da fare sul fronte prevenzione. "Mentre tutti gli italiani sanno che è necessario fare il tagliando alla macchina – afferma **Gaspari** - perché guidare un mezzo non controllato è pericoloso, non sottopongono con la stessa regolarità a controlli la propria salute. Alcuni hanno paura di andare dal medico e di scoprire una malattia, ma il fatto di ignorarla naturalmente non solo non ne annulla, ma anzi ne aumenta il rischio. Il cancro si può vincere, ma è necessario controllarsi e anche lo Stato deve fare la sua parte, creando reti oncologiche efficienti".

## **Cancro. Congresso Cipomo: "Vigilare sui conflitti d'interesse fra enti regolatori, professionisti e industria"**

*E ancora, non rendere più rimborsabili i trattamenti di non documentata efficacia, e spingere l'Aifa ad un'azione più coraggiosa nei casi come quello Avastin-Lucentis. Queste alcune delle linee di indirizzo emerse in occasione dell'apertura del XVIII Congresso Nazionale degli oncologi ospedalieri, in corso a Lazise, per evitare il razionamento delle risorse a disposizione delle cure oncologiche.*

Individuare gli accertamenti diagnostici e i trattamenti di non documentata efficacia e renderli non più rimborsabili. Vigilare sui conflitti d'interesse fra enti regolatori, professionisti e industria farmaceutica. Spingere l'Aifa, che pure ha agito perfettamente secondo i suoi compiti, ad un'azione più coraggiosa nei confronti di casi come quello Lucentis-Avastin per imporre prezzi sostenibili. Sono alcune delle linee di indirizzo emerse in occasione dell'apertura del XVIII Congresso Nazionale del Collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri (Cipomo), in corso a Lazise (Verona) per evitare il razionamento indiscriminato delle risorse a disposizione delle cure oncologiche.

Diminuisce la mortalità da tumori, ma cresce l'esigenza di cura. Crescono soprattutto i costi, di quasi il 10%, portando la spesa farmaceutica ospedaliera a sfiorare sempre più spesso negli ultimi anni il tetto del 2,4% sul contributo statale complessivo alla spesa sanitaria. Circa un terzo dei farmaci di fascia H è rappresentato infatti da farmaci oncologici. Sono oltre 2 milioni e mezzo i pazienti in Italia in questo momento e vi è un rischio di insostenibilità dei costi delle nuove cure.

I nuovi farmaci - spiega Cipomo - hanno un costo che oscilla tra 50 e 100 mila euro per anno di trattamento e i primari oncologi italiani temono che le restrizioni finanziarie nelle Regioni e nelle Aziende non consentano di garantire a tutti le cure necessarie. Come dichiarato dal Presidente del Collegio, **Gianpiero Fasola**, "Cipomo sta lavorando da tempo per proporre modelli organizzativi sempre più orientati all'appropriatezza, al rispetto del paziente, alla sostenibilità e a un dialogo produttivo con le Istituzioni per continuare a preservare il Servizio Sanitario universalistico che ci contraddistingue".

## **Patto della Salute. Vertice delle Regioni rinviato alla prossima settimana. Ma c'è comunque ottimismo per firma entro giugno**

*I lavori del Patto procedono ma ci sono ancora alcune questioni tecniche da chiarire. Per questo le Regioni si sono date un nuovo appuntamento per la settimana prossima dove si dovrebbe concludere l'istruttoria sulle carte per passare all'ultima trattativa politica con il Governo. Obiettivo: firma entro metà giugno.*

Tutto rinviato alla prossima settimana. Il confronto tra la Regioni sul Patto della salute inserito all'ordine del giorno della Conferenza dei presidenti questa mattina, è stato rinviato alla prossima settimana. I motivi? Essenzialmente tecnici: è infatti prevista nei prossimi giorni una serie di incontri per completare l'istruttoria sui punti in discussione e arrivare quindi ad una posizione unitaria; inoltre sempre nei prossimi giorni andrà sciolto con il Governo il nodo relativo ai danni da trasfusione. Ulteriori tasselli da inserire quindi per

completare il lavoro sul Patto.

Ma non si esclude l'ipotesi che le imminenti elezioni europee possano far slittare ulteriormente il confronto. Ma una cosa è certa. L'obiettivo è chiudere i lavori entro la fine del mese per arrivare alla firma definitiva agli inizi del mese di giugno.

I lavori sul Patto procedono, ha assicurato **Luigi Marroni**, assessore alla Sanità della Regione Toscana: “Non ci sono problemi reconditi. Abbiamo convenuto su un rinvio per poter inserire in un pacchetto sanità alcune questioni tecniche che saranno discusse la prossima settimana. Sono convinto che chiuderemo entro la fine del mese”.

Ne è convinto anche il Presidente della Regione Veneto, **Luca Zaia**. Iperché a partita deve essere chiusa entro la fine del mese altrimenti la palla passerà al Governo: “Se non chiudiamo subito, il Governo avoca a sé il riparto del Fondo sanitario nazionale. Questo è un fatto da scongiurare. È impensabile che le Regioni non decidano sul Riparto. Bisogna rispettare di quanto deciso sui Costi standard e premiare i virtuosi”

Per quanto riguarda il Veneto, ha aggiunto Zaia “se saranno rispettati i presupposti che proponiamo, ossia i premiare la virtuosità e penalizzare quelli che non raggiungono gli obiettivi, potremmo firmare il Patto anche immediatamente. Ma visto e considerato che ci vuole l'unanimità siamo ancora qui a discutere”.

## DOCTORNEWS33

### Caso Avastin-Lucentis, Css: equivalenti per efficacia e sicurezza

I farmaci Avastin e Lucentis sono del tutto equivalenti per efficacia e sicurezza. Sarebbe questo, secondo le prime indiscrezioni, il tanto atteso parere del Consiglio superiore di sanità sulla vicenda dei due farmaci per la cura della degenerazione maculare senile. Il parere era stato richiesto dal ministro della Salute a seguito della sanzione comminata dall'Antitrust alle società farmaceutiche Roche e Novartis per un'intesa restrittiva della concorrenza diretta alla commercializzazione del farmaco Lucentis, più caro, destinato alla cura della patologia oculare. Gli esperti del Css sarebbero giunti a questa conclusione, anche sulla base dei dati relativi ai pazienti con maculopatia trattati con Avastin in Paesi stranieri in cui tale farmaco è utilizzabile off label, sulla base degli accertamenti se sussistano effettivi rischi per i malati. Gli esperti del Css, a quanto riferisce Adnkronos salute, sottolineano come dai dati scientifici attualmente in possesso Avastin e Lucentis non presentano differenze statisticamente significative dal punto di vista dell'efficacia e della sicurezza, nella terapia della degenerazione maculare senile. Unica raccomandazione quella di continuare la farmacovigilanza sull'Avastin e, proprio per facilitare le procedure di controllo, di utilizzare questo medicinale all'interno di centri di eccellenza.. La vicenda, oltre alle aziende sanzionate ha visto protagoniste anche l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, accusata dalla Società oftalmologica italiana, di mancati controlli, mentre le associazioni dei consumatori hanno invitato il Servizio sanitario nazionale (che, per il solo 2012, ha speso per questa vicenda 45 milioni di euro in più) e le Regioni a chiedere i danni alle case farmaceutiche sotto accusa. Ora si attendono le reazioni, anche se non è detto che quella del Consiglio superiore di sanità sia l'ultima parola.

## **X Giornata mondiale dell'ipertensione. Borghi (Siia): manca coscienza del problema**

“Impara a conoscere la tua pressione arteriosa”. Questo lo slogan con il quale torna domani, sabato 17 maggio, l'appuntamento annuale della Società italiana dell'ipertensione arteriosa (Siia) con la Giornata mondiale contro l'ipertensione, promossa in tutto il mondo dalla World hypertension league. L'invito è rivolto a tutti per creare un'adeguata coscienza del problema degli elevati valori pressori e dei rischi a essi correlati e informarli dei vantaggi di una corretta gestione di una patologia che affligge quasi una persona su tre. «Mentre in passato forse era stato posto troppo l'accento sul paziente iperteso e sul fatto di migliorare il controllo in assoluto, in questa decima edizione ci si è rivolti a tutta la popolazione, sottolineando la necessità assoluta di conoscere i propri valori di pressione arteriosa» afferma **Claudio Borghi**, presidente della Siia. «Ciò in ragione del fatto che c'è ancora una fetta piuttosto ampia di popolazione che o non sa quali sono i propri valori di pressione arteriosa oppure sa che sono alti e pur sapendolo non fa nulla per correggerli. Per questo tutti i promotori dell'iniziativa hanno deciso di focalizzarsi sulla coscienza dell'ipertensione». È prevista un'attività di piazza in cui i passanti si rivolgono ai medici per avere informazioni o gli stessi camici bianchi si dirigono in varie strutture per promuovere queste conoscenze. «C'è molta attività educativa nel programma della giornata: diffondiamo materiale sia cartaceo sia fisico, nel senso che siamo personalmente a disposizione dei nostri pazienti» spiega Borghi. «Quest'anno abbiamo attivato un'attività importante anche attraverso il nostro gruppo di giovani all'interno della Siia che espone il problema ai loro coetanei che ne sono del tutto ignari: c'è un video sul tema che sta girando in tutte le università ed è stata realizzata una App (iGame) che permetterà di risalire dai propri valori di pressione arteriosa agli interventi utili per ottenere un migliore controllo». In sintesi, conclude Borghi, quest'anno si punta su 3 capisaldi che permettono di intervenire in maniera efficace e ragionata: «La percezione che il problema ipertensione esiste, la consapevolezza dei propri valori di pressione arteriosa, la promozione di quelle modificazioni dello stile di vita che possano prevenire la predisposizione o eventualmente favorire un miglior controllo della pressione arteriosa».

## **DIRITTO SANITARIO I primari non hanno un diritto acquisito alla funzione dirigenziale**

### **Il fatto**

La Corte d'Appello di Firenze - riformando la sentenza del primo grado di giudizio - ha rigettato la domanda del primario proposta nei confronti dell'Azienda sanitaria e diretta ad ottenere la declaratoria del diritto alla conservazione del posto e delle funzioni di direttore della Unità operativa complessa con ogni effetto giuridico ed economico e con facoltà di esercizio della libera professione extramoenia.

In particolare la Corte d'Appello ha rilevato che avendo il ricorrente dichiarato nel marzo del 2000 di non optare per il rapporto in esclusiva doveva reputarsi decaduto dalla preposizione alla struttura.

### **Profili giuridici**

Il dirigente avendo deciso di non optare per il rapporto in esclusiva, sulla base della

disciplina temporalmente vigente, doveva reputarsi decaduto dall'incarico, non potendo il successivo mantenimento della responsabilità del reparto per effetto di provvedimenti d'urgenza intervenuti, consentire l'applicazione della successiva legislazione in materia. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Dalla professione di osteopata all'epatite C, da ebola alla carenza di medici fino al Patto per la salute: le risposte al question time alla Camera di Beatrice Lorenzin**

Professione di osteopata: il ministero della Salute sta elaborando una proposta normativa per istituirla anche in Italia. Patto per la Salute: la prima metà di giugno si chiude. Carenza di medici: più immatricolati e più borse per gli specializzandi. Epatite C: servono scelte per eradicarla. Legge 194: si implementa l'epidemiologia. Virus ebola: la Salute ha messo in atto ogni necessaria iniziativa volta a potenziare la vigilanza sanitaria sia nel territorio nazionale che nei punti di ingresso transfrontalieri marittimi ed aerei. Aree inquinate: i controlli di "Sentieri" e "Sentieri kids". Riconversione ospedali in Campania: i tavoli tecnici chiesti alla struttura commissariale un nuovo atto di riorganizzazione, con una rilevazione aggiornata dei fabbisogni e un'analisi del contesto.

Spaziano a tutto campo sulla gestione del Ssn, le risposte del ministro della Salute Beatrice Lorenzin al lungo question time che si è svolto ieri alla Camera.

E che data l'attualità dei vari argomenti, riportiamo integralmente qui di seguito.

#### **Tempi e modalità per la sottoscrizione del Patto per la salute 2013-2015**

il Patto per la salute è un elemento centrale della nostra azione di riqualificazione della spesa sanitaria ma anche di una nuova programmazione della spesa sanitaria. I lavori che sono cominciati con l'accordo nella Conferenza Stato - regioni hanno avuto un allungamento dei tempi originari dovuti al cambio di Governo e poi all'incertezza derivante dal budget finanziario.

Per le regioni era essenziale non avere ulteriori tagli lineari. Questo obiettivo è stato raggiunto e, quindi, in questo momento i nostri tecnici del Ministero e della Conferenza Stato -regioni stanno lavorando per definire gli aspetti che erano rimasti sospesi prima del mese di maggio.

Pensiamo che saremo in grado di affrontare in modo politico, in Conferenza Stato-regioni, tutti gli aspetti conclusivi tra i primi giorni di giugno e la metà di giugno.

Quindi, il Patto sta arrivando a conclusione. Il punto centrale del Patto è, ovviamente, quella che è stata definita una spending interna, cioè la possibilità di risparmiare e reinvestire in sanità; i LEA sono l'unico articolo che è stato approvato definitivamente da entrambe le parti e riguardano uno stanziamento di 900 milioni di euro in tre anni per il riaggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

I costi standard, per fortuna, li abbiamo già applicati, il Fondo è stato ripartito nel 2013 con i criteri dei costi standard che sono a regime, ormai, nel nostro Stato. Quello che noi ci

poniamo come obiettivo è una maggiore efficienza, una razionalizzazione della spesa, ma anche una nuova fase in cui i LEA, cioè i livelli essenziali di assistenza, divengano veramente l'elemento principe dell'offerta sanitaria.

Stiamo cercando, quindi, nuovi modelli, di sviluppare una nuova armonizzazione tra l'esigenza di erogare una sempre maggiore appropriatezza della prestazione e di mantenere, al contempo, anche i costi in regime.

Credo che il momento sia pronto, i tempi siano maturi, credo che questo sia un obiettivo che insieme alle regioni potremmo raggiungere in modo molto efficace con una quantificazione e una misurazione degli obiettivi che ci siamo dati e delle performance che vogliamo raggiungere.

### **Iniziative per garantire un'adeguata presenza di specifiche professionalità mediche sull'intero territorio nazionale**

Il problema della carenza dei medici in Italia è da anni all'attenzione del ministero della Salute. Dai dati in possesso del ministero risulta che nei prossimi anni si assisterà ad un esodo di tali professionisti dal mercato del lavoro. Sul presupposto che l'età media di pensionamento sia di 66 anni, il picco dovrebbe registrarsi nell'anno 2022. È tuttavia necessario osservare che l'Italia ha attualmente un numero di medici cosiddetti professionali superiore alla media europea.

Vi sono 3,9 medici per mille abitanti in Italia contro una media di 3,5 medici per mille abitanti nei Paesi dell'Unione europea (fonte Eurostat, dati riferiti al 2010), e che nel medio periodo la diminuzione dei medesimi sarà contrastata anche attraverso i processi di stabilizzazione del personale medico precario già previsti dalla normativa vigente. Ritengo pertanto che al momento non si possa parlare di emergenza medici ma, dai dati che noi abbiamo e anche dall'attualità, con il blocco del turnover abbiamo piuttosto avuto un blocco anche del flusso delle nuove generazioni all'interno della professione.

Però, ritornando all'emergenza medici, negli ultimi anni, i vincoli finanziari e il blocco delle assunzioni hanno alimentato una sacca di disoccupazione dalla quale il servizio sanitario nazionale può comunque attingere per assicurare un adeguato turnover delle risorse umane. In ogni caso, già a decorrere dall'anno accademico 2008-2009, il ministero ha sostenuto l'incremento numerico delle immatricolazioni ai corsi di laurea in medicina e chirurgia che, sempre nei limiti della capacità formativa degli atenei, ha subito un incremento attestandosi a quota 9.983 posti per l'anno accademico 2014-2015.

Con riferimento alla problematica del numero dei contratti di specializzazione, che come è noto non presenta profili di competenza esclusiva del ministero della Salute, va anche ricordato che la legge n. 147 del 2013 ha autorizzato un'ulteriore spesa di 30 milioni di euro per l'anno 2014 e 50 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015. Tali risorse dovrebbero garantire il finanziamento di circa un ulteriore migliaio di contratti di formazione specialistica.

Lo scorso aprile, insieme al ministro Giannini, ho formalmente posto il problema all'attenzione del presidente del Consiglio dei ministri al quale ho segnalato la necessità di reperire risorse aggiuntive al fine di poter garantire la copertura di almeno 4 mila e cinquecento contratti per il prossimo anno accademico 2013-2014, a fronte dei circa 3.300 attualmente finanziabili.

Segnalo inoltre che, con l'articolo 21, comma 3-bis, del decreto-legge n. 104 del 2013, si è stabilito che con decreto interministeriale si provveda non solo alla riduzione, rispetto a



quanto previsto nel decreto ministeriale del 10 agosto 2005, della durata dei corsi di formazione medico-specialistica, ma anche alla riorganizzazione delle classi e delle tipologie di corsi di specializzazione medica, così da determinare risparmi di spesa da reinvestire in nuovi contratti di formazione specialistica. Per quanto concerne poi la sentita esigenza di una maggiore professionalizzazione degli specializzandi, prevede la modalità per l'inserimento dei medici in formazione specialistica ammessi al biennio conclusivo del corso all'interno dell'attività ordinaria delle unità operative delle aziende sanitarie del Ssn facenti parte della rete formativa.

Stiamo intervenendo anche con nuove tipologie per cercare di sopperire alla carenza delle specializzazioni. È sicuramente un tema che ci sta molto a cuore e che cercheremo di risolvere nel miglior modo possibile.

### **Iniziativa per il pieno riconoscimento professionale della categoria degli osteopati**

Come è noto, l'osteopatia è una pratica sanitaria manuale nata come medicina indipendente negli Stati Uniti, dove è attualmente riconosciuta. Si è diffusa successivamente in Europa, inizialmente in Inghilterra e in Francia, Stati che per primi hanno approvato leggi per la regolamentazione di tale professione. In Italia tale professione è iniziata negli anni '60 e '70 del secolo scorso ed è proseguita come pratica svolta da professionisti formati all'estero. Sono poi nate delle scuole che hanno, nel corso degli anni, potenziato ed equiparato il livello didattico a standard di livello europeo.

L'osteopatia si rivolge in particolare a tutti i disturbi di origine funzionale per ripristinare in tutti i distretti del corpo la corretta mobilità, con lo scopo di migliorare la fisiologia dei sistemi nervoso, linfatico ed endocrino e degli apparati dirigente, respiratorio, cardiocircolatorio, urogenitale, visivo, uditivo, vestibolare. Nelle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2010 l'osteopatia viene definita professione sanitaria di contatto primario, con competenze di diagnosi gestionale e trattamento dei pazienti.

Ciò premesso e consapevole della rilevanza della questione in esame, colgo l'occasione per anticipare che ho dato mandato ai miei uffici di avviare un lavoro istruttorio e di confronto con le principali rappresentanze della professione di osteopata al fine di elaborare una proposta normativa volta ad istituire anche in Italia la professione di osteopata. Per tale strada garantiremo la dovuta dignità professionale ai numerosi operatori del settore, che ad oggi sono ancora costretti ad operare confrontandosi con un assetto normativo alquanto incerto. Ritengo che tale soluzione normativa sia l'unica in grado di disciplinare in modo compiuto la predetta professione.

Inoltre, l'attenzione che anche il Parlamento sta rivolgendo all'argomento mi induce a ritenere che i tempi siano ormai maturi per intervenire in tal senso. Già nelle prossime settimane nell'ambito del disegno di legge di mia iniziativa, recante disposizioni in materia sanitaria, il cui iter, come è noto, è già stato avviato al Senato, tale obiettivo potrà essere colto in tempi brevi, contando soprattutto sul proficuo e necessario supporto del Parlamento.

### **Iniziativa per il trattamento dei pazienti colpiti da epatite C, con particolare riferimento ai tempi per la procedura autorizzativa di un nuovo medicinale a base del principio attivo « sofosbuvir »**

Sono 500 mila i malati di epatite C nel nostro Paese e 9 mila i morti l'anno. È una malattia che è considerata cronica ma in realtà miete vittime e ha un altissimo tasso infettivo. I nuovi farmaci che sono già presenti, cioè sono già stati registrati da EMA, sono farmaci che eradicano completamente la malattia in dodici settimane e che di fatto costituiscono una

rivoluzione vera nell'arco medico. Il tema vero è il prezzo di questi farmaci che è un prezzo molto, molto alto e che implicherà delle scelte anche complesse che non potrà assumere solo il Ministro della salute, ma che dovrà assumere tutto il Governo. Noi abbiamo predisposto, ho predisposto, un piano dell'epatite C per l'eradicazione della malattia in qualche anno e domani, 15 maggio, avrà luogo la riunione congiunta della Commissione tecnico - scienziati - fisco e del Comitato prezzi e rimborso dell'Agenzia italiana del farmaco, nel corso della quale è previsto l'incontro con i rappresentanti dell'azienda farmaceutica produttrice del « sofosbuvir », al fine di negoziare il prezzo del farmaco e concludere la procedura autorizzativa nel rispetto del prescritto termine di cento giorni, che giungerà a scadenza il 19 giugno prossimo. L'Italia è uno dei primi Paesi in Europa ad aver avviato il procedimento di negoziazione del prezzo del farmaco con l'obiettivo di individuare le migliori condizioni economiche per la sua rimborsabilità a carico del Servizio sanitario nazionale.

Ricordo che in altri Paesi europei il « sofosbuvir » è stato immesso sul mercato a prezzo libero. In particolare, la Germania e l'Austria hanno reso disponibile il medicinale al prezzo di realizzo industria, pari a 49 mila euro per 12 settimane di trattamento - vi faccio presente che sono 500 mila gli ammalati nel nostro territorio -, e la Francia a 56 mila euro. Tenuto conto dei diversi sistemi di contrattazione del prezzo di rimborso dei farmaci vigenti nei diversi Paesi dell'Unione europea, ritengo opportuno che le diverse agenzie regolatorie nazionali attivino un percorso di armonizzazione dell'accesso ai farmaci nel territorio dell'Unione stessa, anche per evitare disparità di trattamento tra i pazienti europei e favorire il noto fenomeno dell'esportazione parallela dei farmaci, al fine di evitare carenze o indisponibilità dei farmaci stessi sul mercato nazionale.

Non solo, ma l'alto prezzo di questo farmaco, che noi cercheremo di trattare, ovviamente, nel modo migliore, ci porrà di fronte a delle scelte da effettuare nel piano di eradicazione dell'epatite C, cioè a chi darlo prima, a quali tipologie di pazienti. Siamo di fronte, quindi, ad un fatto estrema importanza e di interesse nazionale, su cui, sicuramente, dovremo ritornare sia in Commissione salute sia nel Parlamento.

### **Iniziativa per l'implementazione di una scheda di raccolta dati sull'attuazione della legge n. 194 del 1978 in materia di interruzione volontaria della gravidanza**

In data 18 luglio e 18 settembre 2013 si è riunito presso il ministero della Salute il tavolo tecnico appositamente costituito per il monitoraggio dell'applicazione della legge n. 194 del 1978, a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli assessori regionali, proprio allo scopo di avviare un monitoraggio sulle attività di IVG e sull'obiezione di coscienza nelle singole strutture di ricovero e nei consultori familiari. Il tavolo ha elaborato due schede di raccolta dati, una relativa alle singole strutture con almeno un ginecologo in organico e una relativa ai consultori. Lascio a disposizione degli onorevoli entrambe le schede, allegato 1 e allegato 2. In data 14 ottobre 2013 dette schede sono state formalmente inviate alle singole regioni per l'attivazione della raccolta dei dati. Nella scheda di rilevazione per i consultori è stato richiesto il numero delle donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla legge n. 194 del 1978, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG in vista della prevenzione di IVG ripetute e il numero di ginecologi obiettori e non, a tempo pieno e parziale, con contratto a tempo determinato e non. A tutt'oggi, non tutte le regioni hanno restituito le schede compilate nonostante sia ormai scaduto il termine fissato nel 10 dicembre 2013. La direzione competente del mio Dicastero sta sollecitando le regioni mancanti per la consegna dei dati che saranno inseriti nella prossima relazione al Parlamento sull'attuazione della legge n. 194 del 1978.

Colgo l'occasione per segnalare che l'iniziativa sopra riferita di monitoraggio capillare sull'intero territorio nazionale è stata la prima ad essere attivata con tali caratteristiche dall'approvazione della legge n. 194 del 1978. Anche per questo motivo la raccolta dati si è rivelata non semplice considerata la significativa difformità territoriale dell'organizzazione dei consultori che mutano spesso per numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate.

Rassicuro gli onorevoli interroganti che i risultati del monitoraggio appena disponibili saranno discussi nell'ambito del tavolo tecnico ministeriale. Comunico inoltre che nella scheda non sono state richieste le motivazioni che portano le donne alla scelta dell'IVG perché, da esperienze degli operatori di settore, spesso si tratta di motivazioni concomitanti e riconducibili comunque a situazioni personali difficilmente codificabili in formulazioni generali. Una rilevazione più approfondita delle attività consultoriali relative all'applicazione della legge n. 194 sarà comunque effettuata dopo l'esame dei risultati del monitoraggio di cui sopra. È il caso di ribadire comunque che il ricorso ai consultori rimane ancora limitato. Infatti, come ho indicato nella recente relazione al Parlamento del 2013, un altro punto critico dell'applicazione della legge n. 194 è l'ancor basso ricorso al consultorio familiare per la documentazione e la certificazione (40,7 per cento nel 2011), specialmente al sud e isole, anche se in aumento principalmente per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (54, 2 per cento rispetto al 33, 9 relativo alle italiane).

Le cittadine straniere ricorrono più facilmente ai consultori familiari in quanto servizio a bassa soglia di accesso anche grazie alla presenza in alcune sedi delle mediatrici culturali.

### **Misure sanitarie per tutelare i cittadini in relazione al flusso di immigrati provenienti dal Mediterraneo, con particolare riferimento alla diffusione di un'epidemia del virus ebola in varie aree dell'Africa**

Il ministero della Salute segue costantemente e con la dovuta attenzione gli eventi relativi all'epidemia di malattia da virus ebola ed è in contatto con l'Organizzazione mondiale della sanità e l'Unione europea. Le informazioni ufficiali indicano che, al 12 maggio 2014, l'epidemia in Guinea si può considerare in via di contenimento. Infatti, il numero di casi segnalati da tale Paese è fermo a 233 e dal 9 maggio 2014 non sono più stati confermati nuovi casi della malattia.

Per quanto riguarda la Liberia, dal 13 marzo 2014, data di inizio del primo caso confermato in laboratorio, i casi segnalati compatibili con ebola sono 12, di cui solo 6 confermati in laboratorio, 2 probabili e 4 sospetti. Nessun nuovo caso confermato si è manifestato in Liberia a partire dal 6 aprile 2014. I casi inizialmente segnalati da Sierra Leone, Mali e Nigeria sono stati esclusi dagli esami di laboratorio, per cui i focolai del virus ebola sono circoscritti alla Guinea e alla Liberia. L'Organizzazione mondiale della sanità non raccomanda per questo evento la restrizione dei viaggi internazionali e la malattia è sottoposta a costante monitoraggio, con azioni sul campo.

Tuttavia, pur essendo considerato remoto, il rischio di importazione di malattie da virus ebola per l'Italia come per gli altri Paesi europei, il ministero della Salute ha messo in atto ogni necessaria iniziativa volta a potenziare la vigilanza sanitaria sia nel territorio nazionale che nei punti di ingresso transfrontalieri marittimi ed aerei. Sono state emanate circolari e raccomandazioni inviate alle regioni e province autonome, agli uffici di sanità marittima, alle aree di frontiera, alle amministrazioni interessate, al ministero della Difesa.

Anche se l'epidemia è in fase declinante la messa in atto delle misure di sorveglianza presso i porti, gli aeroporti, punti d'ingresso internazionali del nostro Paese, continuerà fino alla

dichiarazione di cessazione dell'epidemia ed oltre. Peraltro le caratteristiche del nostro sistema sanitario nazionale e l'efficienza dei sistemi di sorveglianza a livello locale, regionale e nazionale sono in grado di evitare l'innescare di fenomeni epidemici.

Per quanto riguarda i flussi migratori irregolari, gli immigrati giungono sulle nostre coste dopo molti giorni, o a volte mesi di cammino e periodi di soste in prossimità dei luoghi d'imbarco, nel caso della febbre emorragica da virus ebola, il periodo d'incubazione ovvero il periodo in cui un soggetto può cominciare a divenire infettante per gli altri va da due a tre giorni, ad un massimo di ventuno. L'infettività è più elevata nei giorni e nelle ore che precedono immediatamente l'insorgenza della sintomatologia.

Inoltre, i sintomi e l'evoluzione clinica procedono molto rapidamente in modo grave ed evidente così da ostacolare i movimenti delle persone affette. I migranti che giungono irregolarmente sulle nostre coste sono sottoposti ad una approfondita valutazione clinica per escludere, prima del loro avvio ai centri per l'immigrazione, la presenza di segni e sintomi riconducibili a malattie infettive diffuse e in atto che richiedono misure di isolamento. I centri per l'immigrazione sono dotati di un responsabile sanitario a cui spetta tra gli altri il compito di assicurare adeguati flussi d'informazione con il ministero della Salute a cominciare da possibili casi o focolai di malattie infettive che potrebbero costituire un pericolo per la salute pubblica.

In relazione all'attivazione dei centri di accoglienza temporanea da parte delle prefetture per far fronte all'aumento del flusso di immigrati irregolari, a seguito di accordi tra il ministero dell'interno e questo ministero, sono attivi i canali di comunicazione che consentono la loro continua ricognizione.

### **Iniziativa per il monitoraggio epidemiologico delle aree del territorio nazionale inquinate, con particolare riferimento a quelle rientranti nei siti di interesse nazionale**

La questione della tutela della salute ed in particolare di quella pediatrica in relazione all'inquinamento ambientale è una priorità di sanità pubblica sia nazionale che internazionale. In tale contesto, tenuto conto della particolare rilevanza e delicatezza della questione, legata proprio all'inquinamento ambientale ed al suo impatto sulla salute dei cittadini, segnalo il mio impegno personale come Ministro della salute, insieme a quello dei ministri dell'Ambiente e delle Politiche agricole, nel dare compiuta e tempestiva attuazione alle norme contenute nel disegno di legge del 10 dicembre 2013, n. 136, il cosiddetto decreto « Terra dei fuochi ». Sono state infatti predisposte le direttive dei Ministri il 23 dicembre 2013 ed il 28 febbraio 2014, dell'8 e del 16 aprile 2014, che delineano le modalità operative di individuazione dei territori più a rischio, indicando i siti interessati sia della regione Campania sia del territorio pugliese di Taranto e Statte.

In estrema sintesi, con tali direttive vengono definite le attività di analisi e pubblicazione dei dati sanitari aggiornati sulla base della metodologia dello studio «Sentieri », con la precipua finalità di valutare lo stato di salute dei residenti nei siti in questione e di identificare gli effettivi rischi sanitari dei cittadini residenti, consentendo di implementare le azioni specifiche di prevenzione e miglioramento delle procedure diagnostiche, terapeutiche e di accesso ai servizi sanitari (ricordo a tutti che abbiamo finanziato per 50 milioni di euro).

Come è noto, peraltro, in ordine alla specifica questione sollevata dagli onorevoli interroganti, tenuto conto che come Ministro della salute dedico una particolare attenzione alla salute in età pediatrica, ricordo che l'Istituto Superiore di Sanità sta conducendo, con aggiornamenti continui, il già citato studio «Sentieri ». Al momento attuale è in fase di completamento uno specifico aggiornamento di tale studio, riguardante proprio la

popolazione in età pediatrica, i cui risultati, appena disponibili, saranno resi noti.

Lo stesso Istituto ha elaborato il progetto « Sentier kids », rivolto alla realizzazione di un sistema di osservazione permanente che consenta di monitorare nel tempo lo stato di salute dei bambini che risiedono in aree fortemente inquinate, favorendo lo sviluppo di mirati interventi di prevenzione primaria.

L'acquisizione dei dati coinvolge le classi di età pediatrica, adolescenziale e giovanile esposte nei 44 siti di interesse nazionale tra le bonifiche incluse nello studio « Sentieri ».

Il progetto «Sentier kids» intende istituire un osservatorio permanente per monitorare lo stato di salute dei bambini che risiedono nei siti contaminati. Inoltre è stato finanziato, nel 2013, dal centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, un progetto di durata biennale dal titolo «Valutazione di impatto sulla salute: linee guida e strumenti per valutatori e proponenti ».

### **Problematiche relative al piano di riconversione del presidio ospedaliero Maresca di Torre del Greco (Napoli) nell'ambito del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Campania**

Verrò all'ospedale di Boscotrecase per rendermi conto visivamente di come sta procedendo la regione sul piano della riorganizzazione aziendale e di qual è la situazione sul territorio.

Per quanto riguarda, invece, gli aspetti più specifici, come ho avuto modo di riferire in quest'Assemblea, il decreto di commissariamento ad acta recante il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Campania prevede che il presidio ospedaliero « Maresca », di Torre del Greco, sia riconvertito in struttura ospedaliera di tipo riabilitativo, disponendo che le unità operative per acuti confluiscono nell'ospedale di Boscotrecase. Quindi, io verrò a visitarli tutti e due, Boscotrecase e Maresca, in modo tale che noi riusciamo a vedere e a capire sul campo come si attua la programmazione e l'accorpamento delle due strutture.

Questo viene fatto - è stato proposto dalla regione - con lo scopo di perseguire gli obiettivi di razionalizzazione, maggiore efficienza ed economicità del sistema sanitario.

Il decreto citato, nel caso di strutture pubbliche di ricovero caratterizzate da contiguità interterritoriale di cui una sia di maggiori dimensioni, ne prevede l'integrazione in un unico presidio, con la finalità di accorpare unità operative della medesima disciplina, di razionalizzare le necessarie dotazioni tecnologiche e di riordinare i processi di acquisizione di beni e servizi. In particolare, la struttura di Boscotrecase viene individuata quale spoke della rete cardiologica. La riorganizzazione programmata dei punti nascita comporta per il Maresca che il relativo punto nascita, con annessa neonatologia, confluisca nel presidio di Boscotrecase. Il punto nascita del presidio ospedaliero di Boscotrecase, con un numero di parti inferiore a 500, è programmato per assorbire l'utenza che affluisca dal «Maresca».

Nelle more della realizzazione della nuova azienda ospedaliera, l'Ospedale del mare, in cui è programmato uno stone center al fine di dare pieno avvio all'integrazione delle attività urologiche della provincia di Napoli, le professionalità dell'unità operativa di urologia presenti nel « Maresca» saranno trasferite presso il presidio ospedaliero « San Gennaro » di Napoli, per poi confluire nella nuova azienda, struttura polifunzionale tuttora in costruzione. Qui bisogna monitorare che queste cose accadano nei tempi e nelle modalità previste per evitare, come a volte è capitato nel passato, che poi invece intere realtà rimangano scoperte. Rispetto alla risposta resa in data 11 settembre 2013, segnalo che nell'ultima versione del programma operativo 2013-2015, revisionato nel marzo 2014, si dà conto dell'avvenuta

chiusura del punto nascita del « Maresca ».

Osservo, inoltre, che tenuto conto che lo standard dei posti letto stabilito normativamente è non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, il valore complessivo dei posti letto della regione Campania risulta essere in linea con lo stesso. Tuttavia, rimane sensibilmente insufficiente la dotazione dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, pari a circa 0,3 posti letto per mille residenti.

Con riguardo al più generale processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, a fronte delle numerose modifiche apportate nel tempo all'assetto della rete ospedaliera, così come definita dal decreto, i tavoli tecnici hanno invitato la struttura commissariale a procedere alla predisposizione di un nuovo atto organico di riorganizzazione, contenente anche una rilevazione aggiornata dei mutati fabbisogni ed un'accurata analisi del contesto, idonea ad evidenziare quanto realizzato.

## **Parto a casa: Sigo, «L'Italia non è pronta»**

L'Italia non è pronta per il parto a casa: «E' una procedura difficile da gestire, che non rispetta i moderni requisiti di sicurezza e non risponde neanche a una logica economica». A prendere posizione con forza sulla decisione di alcune Regioni italiane, ultimo il Lazio, di sostenere la scelta tra le pareti domestiche è Paolo Scollo, Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).

L'intervento a valere sui risultati di uno studio del Servizio sanitario britannico (Nice) sul parto domestico, da cui emerge che per realizzare parità di rischi tra nascite a casa e nascite in ospedale è necessario soddisfare misure di sicurezza al momento inesistenti nel nostro Paese, ovvero - come accade nei Paesi del Nord Europa - prevedere la presenza di un centro mobile di assistenza davanti al domicilio della puerpera per tutta la durata del travaglio e prenotare un posto nell'ospedale più vicino in caso di emergenze in corso d'opera.

«Come Sigo - ricorda Scollo in una nota - ci stiamo battendo da anni per la chiusura dei punti nascita che rimangono sotto i 500 parti l'anno: la scelta delle Regioni che prevedono il rimborso spese percorre esattamente la strada opposta, parcellizzando in modo esponenziale i punti nascita, che diventerebbero difficilmente controllabili. Inoltre, con una logica anti-economica: i risparmi si hanno se concentri i parti in meno strutture». «Chiediamo ai Governatori di fare un passo indietro» -conclude il presidente Sigo. - «Come Società scientifiche che riunisce tutti i ginecologi italiani siamo pronti a collaborare per trovare soluzioni più idonee alla realtà del Paese, senza seguire tendenze che non ci appartengono».