

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 20 OTTOBRE 2014

## LA NUOVA SARDEGNA

### **EBOLA/LA PREVENZIONE Nessun allarme, ma l'isola è pronta L'équipe del 118 e lo staff di malattie infettive delle cliniche di San Pietro di Sassari sono in grado di affrontare l'emergenza**

Di piani segreti per Sassari nessuno ha sentito parlare. E non esiste alcuna comunicazione su possibili trasferimenti nelle strutture cittadine di pazienti affetti da ebola. Però sia l'équipe del 118 che lo staff di Malattie infettive delle cliniche di San Pietro sono pronti a fronteggiare eventuali emergenze. Hanno recepito i protocolli regionali e stanno per dotarsi delle attrezzature sanitarie idonee a fronteggiare forme virali particolarmente aggressive. Le possibilità che tutta questa mobilitazione possa essere poi messa in campo per un intervento concreto, in realtà è estremamente remota. Non esistono voli diretti con le località africane dove si sono sviluppati i focolai, e ogni arrivo sarebbe filtrato da diversi controlli. Tuttavia il reparto Malattie infettive di Sassari, che assieme a Cagliari è la struttura che possiede i requisiti, deve tenersi pronto per accogliere casi di sospetto contagio. E la procedura si attiverrebbe in questo modo. I primi a entrare in azione sarebbero le ambulanze medicalizzate del 118. «Il nostro personale ha già frequentato dei corsi negli anni precedenti – dice il direttore del 118 Piero Delogu – e ora occorre solo un aggiornamento. È molto importante che i medici apprendano alla perfezione tutta la procedura di vestizione e svestizione, perché è questa la fase più critica sotto il profilo della sicurezza. Se le operazioni vengono svolte in maniera corretta, il rischio contagio è praticamente azzerato». In questo momento l'Asl non possiede le tute, i guanti, i calzari e le mascherine, ma tutti questi presidi sono stati già ordinati e dovrebbero essere disponibili nell'arco di due settimane. «Nel frattempo stiamo raccogliendo delle protezioni scadute – spiega Delogu – in modo da portarci avanti con l'addestramento». Le tute saranno intere, in modo che si possano indossare in un unico passaggio, e naturalmente monouso. E tutto il materiale, una volta utilizzato, verrà bruciato e smaltito». Anche l'ambulanza mobilitata per il trasporto di un paziente sospetto, ultimata la corsa andrà direttamente nella rimessa per essere completamente sterilizzata. Le procedure sono estremamente rigide. E il livello di precauzione sarà elevato anche quando il paziente approderà nel reparto di malattie

infettive dell'azienda ospedaliera universitaria. «I percorsi di accesso al terzo piano – spiega la responsabile Maria Stella Mura – sono completamente separati dagli altri locali dell'edificio. Il paziente non deve entrare in contatto con gli altri ambienti. Verrà ricoverato all'interno di una delle due stanze ad altissimo isolamento, per tre posti letto complessivi». Ogni accesso in questi ambienti dotati di una protezione di livello quattro, capace cioè di contenere la massima contaminazione virale, è consentito solo attraverso un badge, che attiva l'apertura delle porte. Questo serve sia a monitorare ogni accesso da parte del personale medico, del quale viene registrata ogni attività. E in secondo luogo vale come misura di sicurezza, in modo da impedire qualsiasi fuga da parte dei pazienti. Anche per quanto riguarda malattie infettive il personale è in attesa di ricevere le nuove attrezzature di protezione, ma la formazione è a buon punto e nell'arco di una decina di giorni la struttura sarà pronta a tutti gli effetti. I locali sono stati inaugurati da poche settimane, e sicuramente l'emergenza ebola ha impresso un'accelerazione. L'assessorato regionale ha concesso al reparto un via libero provvisorio di 60 giorni, in attesa che venga ultimato tutto l'iter autorizzativo. Ma da un punto di vista funzionale malattie infettive è operativo a tutti gli effetti».

## **LA POLEMICA** Sulle scelte della Regione è scontro tra Pili e Lai

Sul virus Ebola è scontro politico. «C'è chi cerca ogni giorno il modo per finire tra le pagine dei giornali con denunce improbabili e trovate da avanspettacolo – dice il senatore Pd Silvio Lai –, ma ci sono dei limiti insuperabili e questa volta si è passato il segno». Lai punta il dito contro le dichiarazioni del deputato Mauro Pili sul caso Ebola, che aveva chiesto le dimissioni dell'assessore regionale della Sanità, Luigi Arru. «Non si può accettare che un parlamentare diffonda notizie false – attacca Lai – e semini il panico per pura speculazione politica. L'assessore Arru ha chiarito che la nostra regione è preparata». Secca la replica di Pili. «Lai si arrampica sul niente dimostrando di non conoscere gli argomenti e di voler solo proteggere i suoi amici e quello che ruota nel sistema dell'immigrazione in Sardegna – dice Pili –. Ribadisco che la gestione della Regione è scandalosa per due motivi: hanno tenuto all'oscuro i sardi sul Piano Ebola deciso a Roma. E non hanno attivato l'unica cosa seria da fare, monitorare gli ingressi degli immigrati provenienti dalle aree a rischio».

## **Bellizzi: basta psicosi, il dramma è in Africa** **L'epidemiologo sassarese di MsF: «A Monrovia respingiamo i malati, l'Europa mandi fondi»**

È tornato da qualche giorno da Monrovia, in Liberia. E a fine mese partirà in Guinea. Perché sono saltati turni e riposi, turn-over e vacanze. E quando l'epidemiologo sassarese di Medici senza Frontiere, Saverio Bellizzi, non è in Africa a combattere Ebola è in giro per l'Italia e l'Europa a parlarne. Con il cuore spezzato a metà. «Da una parte – spiega il 37enne uscendo da un incontro al San Raffaele a Milano –

rassicuro le persone sui rischi praticamente nulli di contagio. Dall'altra vorrei strappare la maschera rassicurante e urlare a tutti la tragedia che l'Africa sta vivendo. Inimmaginabile». Il dramma. L'epicentro del dramma è diventata la Liberia. Dove aveva contratto il virus l'ultimo morto europeo: l'ufficiale medico dell'Onu di nazionalità sudanese deceduto nei giorni scorsi nella clinica Saint Georges di Lipsia, nell'est della Germania. Morte che, unita a vari falsi allarmi in Italia e primi casi veri di malattia in Belgio, Spagna e Regno Unito, hanno fatto di nuovo esplodere la psicosi Ebola. «Che bisogna assolutamente – dice secco Bellizzi – smontare pezzo per pezzo. Tanto per iniziare nessuno si è ammalato di Ebola in Europa. È successo che siano arrivati già malati dalle zone calde africane. Sono casi molto sporadici, curabili. E che comunque non hanno mai generato pericoli concreti di contagio, men che mai di massa». Psicosi. Il motivo è semplice: «Ebola si trasmette per contatto diretto con una persona ammalata, che ha sintomi molto evidenti. Il virus non si trasmette per via aerea. Né se il paziente lo sta solo incubando». Quindi nessuna possibilità che gli ammalati arrivino nei barconi dei clandestini e dei rifugiati: «Ebola in una settimana o dieci giorni sviluppa sintomi che, senza trattamenti adeguati, portano rapidamente alla morte. I migranti hanno almeno un anno di viaggio alle spalle. I malati muoiono in cammino». Virus volante. Remoto l'arrivo tramite aereo, soprattutto dopo che gli ultimi casi hanno alzato ai livelli massimi l'allerta. «Io sono tornato dalla Liberia una settimana fa. La temperatura mi è stata misurata tre volte prima di farmi imbarcare in aereo. E ho compilato vari moduli per verificare se avevo dei sintomi. Questi controlli ora in alcuni paesi come la Gran Bretagna verranno fatti anche all'arrivo. In Italia dunque, che non ha voli diretti con la Liberia, prima di sbarcare un viaggiatore sarà già stato controllato due volte». Attenzione. L'attenzione va comunque tenuta alta, soprattutto se si è rientrati da una zona a rischio. «Certo – spiega l'epidemiologo di MsF –. Anche se non basta esserci stati per sospettare di aver contratto la malattia. Bisogna aver avuto un contatto stretto, lavato o toccato una persona visibilmente ammalata ed essersi poi portati le mani al naso o alla bocca. Di solito chi si ammala è chi lavora con Ebola e non rispetta i protocolli. Comunque anche se ci si ammala basta rivolgersi alle strutture dedicate presenti nel territorio. In Europa, in Italia e anche in Sardegna abbiamo tutti i mezzi necessari per curare Ebola al meglio». Monrovia. Diversa la situazione in Africa, drammatica, da incubo. Se in Nigeria infatti si è dimostrato che Ebola si può combattere con successo, in Liberia la situazione è esplosa. «La strategia nigeriana, la stessa che stiamo attuando in occidente – sottolinea Bellizzi – è stata tempestiva e ha funzionato. Hanno rintracciato le persone che erano state a contatto con i malati. Li hanno isolati, monitorati. Lo stesso siamo riusciti a fare in Guinea: un successo. Ma a Monrovia è impossibile. I casi sono troppi. Potenzialmente tutti sono a contatto con Ebola. Stiamo provando a distribuire kit igienici nelle zone povere. Servono a proteggersi se si ha un malato in casa. O un morto: a Monrovia molti muoiono a casa. E i cadaveri sono estremamente contagiosi». Europa egoista. E proprio a Monrovia si consuma il dramma: «Siamo costretti a respingere i malati: sono troppi. Non abbiamo i posti, le risorse». L'Europa insomma non si preoccupi del suo orticello blindato e inattaccabile, ma alzi lo sguardo per vedere cosa sta succedendo in Africa. «Noi ci occupiamo di Ebola dal 1976 e ce ne occupiamo nella realtà estrema di questi Paesi dell'Africa. Nessuno

aveva mai visto niente di simile. Né lo avrebbe mai voluto vedere»

## L'UNIONE SARDA

### **Ebola. Ecco il piano regionale per fronteggiare i casi sospetti** Dopo le polemiche dei giorni scorsi, il punto sul virus che terrorizza il mondo

Ebola può arrivare in Sardegna? C'è una potenziale emergenza? Nel momento in cui l'allerta mondiale è all'apice, complici i primi casi in Europa, e in tutto il mondo si predispongono piani d'emergenza, anche nell'Isola ci si preoccupa. Soprattutto perché siamo vicini all'Africa (ma non a Sierra Leone, Guinea e Liberia, dove il virus si è diffuso) e siamo zona di approdo di centinaia di richiedenti asilo provenienti dal continente nero.

Nei giorni scorsi il deputato Mauro Pili (Unidos) ha lanciato un allarme sostenendo che, in applicazione di «un piano segreto» predisposto da tre ministeri (Interni, Salute e Giustizia), sono arrivati in Sardegna numerosi immigrati provenienti da diversi paesi africani e non sono stati sottoposti ad alcun controllo sanitario. L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru gli ha replicato accusandolo di diffondere notizie false, di fare inutile allarmismo e di speculare politicamente sulla paura della gente. Il segretario del Pd sardo Silvio Lai è arrivato a definire quelle di Pili «trovate da avanspettacolo» ma l'ex presidente della Regione ha tenuto il punto confermando una per una le sue accuse e invitando l'assessore a dimettersi per aver gestito la vicenda dei migranti in modo dilettantesco.

**I CONTROLLI** Qual è la verità? Davvero i migranti «provenienti dalla Siria, Etiopia, Somalia, Camerun, Nigeria, Iraq, Guinea, Pakistan, Afghanistan e Israele» (fonte Pili) non sono stati controllati e dunque i sardi che sono entrati in contatto con loro sono in pericolo? La risposta la darà il ministro della Salute Beatrice Lorenzin quando risponderà all'interrogazione di Pili. «La verità», racconta Pierpaolo Vargiu, medico e presidente della commissione Sanità della Camera, «è che il controllo degli africani che arrivano in Sardegna è velleitario perché il virus ha un periodo di incubazione di 21 giorni e chi arriva potrebbe averlo solo in latenza, quindi i controlli si rivelerebbero inutili. Per questo», prosegue l'esponente dei Riformatori, «occorre innanzitutto che la malattia venga combattuta in Africa e che in Europa ci sia un sistema ospedaliero efficiente che eviti ciò che è accaduto in Spagna e negli Stati Uniti, gli unici paesi occidentali dove ci sono stati contagi, cioè che non vengano seguite le procedure di isolamento».

**PROCEDURE SARDE** Ogni giorno in Italia dieci persone si rivolgono a un ospedale pensando di aver contratto Ebola ma sinora ogni allarme si è rivelato infondato. Il sistema sanitario italiano e quello sardo sono pronti dall'8 agosto, quando è stato avviato il Piano nazionale di prevenzione. «Abbiamo convocato i responsabili dei

reparti di malattie infettive del Santissima Trinità di Cagliari e del Policlinico universitario di Sassari con i quali abbiamo innanzitutto verificato quali risorse sanitarie avevamo a disposizione per affrontare eventuali casi di sospetta infezione della malattia», spiega Luigi Arru. «Poi abbiamo istituito un tavolo tecnico multidisciplinare con il compito di preparare linee-guida operative da diffondere tra gli operatori sanitari, seguendo le linee ministeriali e internazionali. Sono stati attivati anche tavoli operativi interistituzionali», aggiunge l'assessore regionale alla Sanità, «con il coinvolgimento delle forze dell'ordine, dei vigili del fuoco, della sanità marittima e delle forze armate per una gestione complessiva di casi sospetti». Nel caso di sospetta infezione verrà creato un percorso dedicato verso gli ospedali indicati e se l'infezione sarà confermata i pazienti saranno trasferiti all'ospedale Spallanzani di Roma, uno dei più importanti in Europa nel campo delle malattie infettive, a bordo di aerei messi a disposizione dall'aeronautica militare e allertati da un apposita unità istituita al ministero della Salute. Il trasporto del paziente è previsto in totale isolamento e le procedure sono tutte codificate.

**IL CONTAGIO** Nel frattempo il ministero ha stampato migliaia di opuscoli che vengono distribuiti negli aeroporti per informare correttamente i cittadini sulle modalità di contagio e sulle azioni da compiere in caso di sospetta contrazione del virus. Che, sia chiaro, non si trasmette per via aerea ma solo attraverso il contatto con i fluidi biologici di un infettato, anche durante il suo periodo di gestazione. In teoria è possibile contrarre il virus toccando il sudore, anche depositato, di una persona malata, anche se le probabilità sono piuttosto basse. I sintomi della malattia sono febbre, vomito, diarrea, dolore o malessere generalizzato e a volte emorragia interna e esterna. Il tasso di mortalità varia dal 50% all'89% secondo il ceppo virale ma la contagiosità è molto bassa.

## **L'Europa trema, vertice a Bruxelles**

I ministri europei degli Affari esteri si riuniranno oggi a Lussemburgo per alzare il livello della risposta europea contro l'epidemia da virus Ebola che, secondo le ultime stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), ha fatto oltre 4.500 vittime. I 28 ministri, secondo fonti Ue, faranno il punto sui mezzi disponibili e su una serie di opzioni per intensificare la lotta contro l'epidemia. L'idea sarebbe anche quella di articolare gli aiuti internazionali attorno a tre paesi leader: gli Stati Uniti per la Liberia, la Gran Bretagna per la Sierra Leone e la Francia per la Guinea. Francia e Germania, da parte loro, insistono per la messa a punto di un dispositivo coordinato di evacuazione sanitaria, giudicato indispensabile per assicurare il flusso dei rinforzi europei.

Intanto, la Francia ha messo in atto un controllo sanitario per il volo aereo quotidiano in arrivo Conakry-Parigi, il solo collegamento diretto tra la Francia e i Paesi africani colpiti. Un'analoga sorveglianza è già in vigore in Gran Bretagna e in vari aeroporti americani, anche se secondo l'Oms la priorità deve restare quella dei controlli aeroportuali in partenza. Intanto, il Senegal è stato dichiarato dall'Oms libero dal virus Ebola e anche la Nigeria dovrebbe essere dichiarata tale oggi.

Anche il Belgio metterà in atto da oggi uno screening dei passeggeri in provenienza dai Paesi colpiti. Francia e Belgio sono i soli Paesi in Europa ad assicurare voli diretti con le zone dell'epidemia: Air France assicura un volo quotidiano Conakry-Roissy, Brussels Airlines serve Monrovia e Freetown.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Stabilità. Lorenzin: "Le Regioni possono trovare misure alternative prima di tagliare la sanità"**

*Il ministro della Salute, ospite della trasmissione Otto e Mezzo, risponde alle preoccupazioni espresse in questi giorni dai governatori. "Non ci sono tagli lineari come in passato, ma bisogna lavorare per incidere sui processi, perché è in questo modo che si potranno generare risparmi".*

“Le Regioni possono trovare misure alternative prima di tagliare sulla sanità”. Il ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, ospite della trasmissione *Otto e Mezzo*, fornisce un input operativo ai governatori che negli ultimi giorni avevano paventato consistenti tagli al comparto sanitario come effetto della spending review prevista dalla Legge di Stabilità. Un ragionamento che si fonda su un assunto incontrovertibile, sottolinea il ministro. “Il Fondo sanitario è bloccato, quindi le Regioni non possono distogliere alcuna risorsa da esso”.

L'impostazione dovrà invece essere strutturale “e cioè bisognerà lavorare per incidere sui processi, perché è in questo modo che si potranno generare risparmi. Seguendo questa rotta, i margini di recupero in termini di efficienza sono enormi”. E la dinamica degli interventi “non è incentrata sui tagli lineari come in passato, ma su precise direttrici come le centrali uniche di acquisto per beni e servizi, che possono consentire di drenare risorse da reinvestire all'interno del sistema stesso. E mi riferisco in particolare ad ambiti come la gestione dei rifiuti ospedalieri”. Nel complesso il ministro non condivide quindi il pessimismo che ha caratterizzato molte valutazioni degli ultimi giorni, perché la base da cui si partire fornisce garanzie importanti. “Possiamo contare su una certezza di budget per tre anni e tra 2014 e 2016 disponiamo di 5 miliardi in più sul Fondo rispetto al passato”.

## **Stabilità. Renzi: "Non taglieremo servizi e sanità. Regioni intervengano sugli sprechi"**

*Il premier intervenendo alla trasmissione Domenica Live, ha sottolineato come in questa Manovra per la prima volta si torna a ridurre le tasse. "Per 20 anni hanno sempre pagato le famiglie italiane, ora tocca ai ministeri e alle Regioni. Tagliare i servizi e la sanità sarebbe assurdo, sono molti gli sprechi che si possono e devono ridurre"*

"Per la prima volta dopo anni, la legge di Stabilità prevede 18 miliardi di tasse in

meno. Per vent'anni hanno sempre pagato le famiglie italiane, ora tocca ai ministeri e alle Regioni. Tagliare i servizi e la Sanità sarebbe assurdo, ma sono molti gli sprechi che si possono e devono ridurre". Così il presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, è intervenuto alla trasmissione televisiva *Domenica Live* parlando della legge di Stabilità.

"Noi - ha aggiunto il premier - parliamo dei problemi dell'Italia: o si fanno le cose si perde l'occasione. Voglio sottolineare che io non ho la verità in tasca. Noi siamo al governo da 8 mesi e o tutti facciamo uno sforzo insieme restituendo i soldi ai cittadini o non c'è futuro".

Chiosando poi sulle proteste sulle proteste dei governatori regionali, Renzi ha dichiarato: "Le Regioni sono arrabbiate? Gli passerà".

SOLE 24ORE SANITA'

## **Più trasparenza nei concorsi per l'accesso al post lauream: lanciata una petizione da Giovani medici e aspiranti specializzandi**

I Giovani medici del Sigm aderiscono alla petizione lanciata dal Comitato Nazionale Aspiranti Specializzandi per chiedere al Miur di garantire i presupposti per il regolare svolgimento delle selezioni per l'accesso ai percorsi di formazione post lauream di medicina. Obiettivo: evitare che si ripetano i disservizi e le presunte irregolarità registratesi durante le prove di accesso ai corsi regionali di formazione specifica di medicina generale del 17 settembre 2014.

**La petizione chiede più trasparenza e vigilanza.** «Saranno migliaia gli aspiranti specializzandi che i prossimi 28, 29, 30 e 31 ottobre sosterranno le prove di ammissione alle scuole di specializzazione in medicina – dichiarano i Giovani Medici (Sigm) - e moltissima è la paura che si ripetano i disservizi e le presunte irregolarità, che, secondo le moltissime segnalazioni pervenuteci, si sarebbero registrate durante le prove di accesso ai corsi regionali di formazione specifica di medicina generale».

Alte sono le aspettative per una prova concorsuale per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina, che ha l'ambizione di lasciarsi alle spalle, definitivamente, le passate modalità di selezione su base locale, al centro di polemiche per difetto di trasparenza, eccessiva discrezionalità, spesso ai danni del merito e del talento dei giovani medici.

Più in generale la petizione chiede che nel corso delle future selezioni sia per l'accesso alle Scuole di Specializzazione di area sanitaria che ai corsi regionali di

formazione specifica di medicina generale presso ciascuna sede concorsuale venga garantita:

- la presenza di un adeguato numero di Commissari e/o Sorveglianti;
- la presenza di almeno un Commissario Ministeriale esterno all'ambito regionale;
- la totale assenza di potenziali conflitti di interesse tra Commissari e/o Sorveglianti ed i candidati;
- l'impossibilità di interazione tra i candidati concorrenti alle selezioni;
- l'adozione di adeguati sistemi e di ogni altro accorgimento che impediscano l'utilizzo da parte dei candidati di qualsiasi supporto tecnologico;
- la presenza in loco dei rappresentanti delle Forze dell'Ordine.

«Inoltre, auspichiamo che il Miur non utilizzi le sedi di concorso troppo periferiche. La parcellizzazione delle sedi concorsuali - continuano i Giovani Medici - potrebbe dare adito a criticità, a cominciare dall'incremento delle probabilità del verificarsi di disservizi tecnici nella somministrazione per via telematica delle prove di concorso. Chiediamo inoltre che vengano rese pubbliche le modalità di distribuzione dei candidati alle sedi di concorso ed a tal proposito chiediamo che si ricorra ad un sistema di randomizzazione».

## **Farmaci, quanto serve il made in Italy?**

Una vera politica industriale per il settore farmaceutico dovrebbe consolidare il ruolo del nostro Paese come piattaforma produttiva in Europa e nel mondo e sviluppare drasticamente le attività di R&S bio-farmaceutiche. Ma per centrare questi obiettivi servono interventi specifici, coerenti e integrati che aumentino l'attrattività dell'Italia. Le parole d'ordine: aumentare la "facilità di fare business" in Italia; colmare il gap che il "pacchetto di incentivi fiscali" italiano mostra rispetto ai principali Paesi Ue; creare un "patent box" (tassazione dei redditi da proprietà intellettuale) competitivo rispetto al mercato comunitario. È questa la «ricetta» indicata da A. T. Kearney nello studio, dal titolo «provocatorio», «Ci serve davvero un'industria farmaceutica nazionale? Quali obiettivi e interventi di politica industriale per il settore farmaceutico italiano».

Quel che è certo per ora è che si tratta di un settore di punta per contributo allo sviluppo delle conoscenze e all'export, e per la qualità dell'occupazione. Le attività produttive e di ricerca e sviluppo farmaceutiche generano circa 6,3 mld di euro di Pil, ossia ben il 60% del Pil del settore farmaceutico, pari a 10,4 mld - il restante 40% è generato dalle attività commerciali - e il 48% del totale incluso l'indotto (13,2 mld). In termini di occupazione, tali attività valgono circa il 43% del settore (ca. 27mila occupati su un totale di 63mila addetti), nonché 2,3 mld di investimenti e 17,2 mld di export.

Le esportazioni farmaceutiche valgono da sole all'incirca quanto l'insieme degli altri settori ad alta tecnologia, e sono cresciute a un tasso medio annuo del 12,3% tra il 2009 e il 2012, arrivando a rappresentare il 4,4% delle esportazioni totali del Paese.



Inoltre, il settore farmaceutico è terzo tra i settori manifatturieri per spesa in ricerca e sviluppo in valore assoluto (11% del totale), e secondo per incidenza della spesa in ricerca e sviluppo sul fatturato; i suoi 6.000 ricercatori fanno del farmaceutico il terzo settore manifatturiero per occupati in R&S in Italia, sia in valore assoluto che come incidenza sugli addetti del settore.

Un settore ad alto impatto economico (ogni nuovo occupato nel farmaceutico genera circa 5 nuovi posti di lavoro locali) e non. Basti pensare ai benefici tratti dai pazienti che partecipano agli studi registrativi di nuovi farmaci; dalle strutture sanitarie, che sono stimolate e aiutate a mantenere altissima la qualità dei propri processi e sistemi per poter partecipare agli studi registrativi; dai medici che partecipano a tali studi. Eppure l'analisi comparata del settore nell'Eu-5 (Germania, Francia, Italia, Gran Bretagna, Spagna), delinea l'Italia come un Paese "grande produttore" e "poco ricercatore".

A fronte di un'incidenza del mercato nazionale pari al 18% del totale Eu-5, il valore della produzione farmaceutica italiana pesa il 24% e la spesa in R&S il 7% del totale Eu-5. L'Italia è quindi "sopra fair share" in termini di attività produttive e "sotto fair share" in termini di attività di ricerca e sviluppo: se queste ultime fossero proporzionate al peso relativo del nostro mercato, nel nostro Paese ci sarebbero circa 10mila ricercatori in più e ulteriori 2 mld di spesa in R&S farmaceutica, cioè quasi 2,5 volte le grandezze in essere.

Il nostro Paese sembra quindi particolarmente capace di attrarre, mantenere e sviluppare una forte presenza produttiva farmaceutica. Ma come sempre, anche questo quadro positivo presenta punti di forza e punti di debolezza - e relativi opportunità e rischi - apprezzabili con un'analisi granulare.

La vera eccellenza è infatti nella produzione di sintesi chimica, caratterizzata da un saldo commerciale positivo e crescente; ma la presenza nella produzione dei farmaci biologici è fortemente inferiore rispetto agli altri Paesi europei, con un export statico e un saldo commerciale negativo e in peggioramento - unico caso tra i principali Paesi europei.

A fronte di competenze di assoluta eccellenza a livello mondiale nella ricerca pre-clinica, si assiste tuttavia a dismissioni dei centri ricerca italiani da parte dei grandi player farmaceutici globali: nel 2011 il Centro ricerche Sanofi a Milano (chiuso), e quelli Pfizer a Nerviano e a Catania (venduti); nel 2010 il Centro ricerche Gsk a Verona (venduto); nel 2009 quello Msd a Pomezia (venduto). I centri di ricerca venduti sono divenuti per lo più Contract research organization (Cro); quello di Catania non è stato ancora riattivato dopo il cambio di proprietà.

Il nostro Ssn è uno dei migliori sistemi di salute al mondo eppure il numero di pazienti arruolati in studi clinici e numero di studi clinici sono molto al di sotto della soglia di "fair share" e i numeri sono in ulteriore discesa.

Il motivo di questo fenomeno non è da ricercarsi in un problema di competenze. Al contrario, nella ricerca l'Italia ha competenze di assoluta eccellenza: se consideriamo l'oncologia, la prima area terapeutica per investimenti di R&S, l'Italia è il quinto

Paese al mondo sia per il numero di pubblicazioni scientifiche, sia per la loro rilevanza (misurata in termini di impact factor). Siamo vicinissimi alla Germania, precediamo di molto la Francia. Per quanto riguarda le attività di sviluppo clinico - che valgono oltre il 55% della spesa mondiale in R&S dell'industria - l'Italia occupa invece la posizione n. 23 (terz'ultima) per numero di pazienti arruolati in studi clinici condotti da imprese farmaceutiche nel triennio 2010-2012, laddove la Germania è in terza posizione, il Regno Unito in nona, la Francia in dodicesima e la Spagna in quindicesima. Insomma le potenzialità ci sono tutte ma con questi trend, l'universo perderà presto le nostre tracce. È arrivato il momento delle scelte.

DOCTOR 33.IT

## **Snami: no a mutue integrative per coprire i costi più alti dei servizi territoriali**

Medici convenzionati con le mutue? Lo Snami replica indirettamente alla relazione del segretario Fimmg Giacomo Milillo e dice no: no all'ipotesi che la medicina territoriale sia affiancata e sostituita da altre forme di assistenza al di fuori del sistema sanitario nazionale come "mutue o a società di mutuo soccorso e a fondi integrativi". Nella sua relazione, Milillo parte dall'assunto che il cittadino oggi paga sempre più prestazioni di tasca sua e reputa necessario prevedere «per l'assistenza sanitaria ora erogata dal Ssn un concreto contributo dell'assistito. La sfida non è più evitare questa contribuzione, ma renderla il più equa possibile, rispettando il dettato costituzionale della gratuità agli indigenti». Dai vertici Fimmg era dunque arrivata la proposta al Governo di «individuare Livelli Integrativi di Assistenza, erogabili dalle mutue oltre agli attuali Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal Ssn. Quest'ultimo «dovrà dare una mano nell'indirizzare bene le risorse che possono provenire dalla volontaria contribuzione degli individui a Mutue o a Società di mutuo soccorso o a Fondi integrativi». Pronta la replica del secondo grande sindacato dei medici di famiglia, dura verso «chi ha voluto fortemente, e se ne vanta tutt'oggi, la legge Balduzzi, la quale avrà come conseguenza il taglio dei nostri stipendi, la nascita di aggregazioni forzate non finanziate, lo spostamento del rapporto paziente-medico verso un rapporto di serie B paziente – struttura». Per Domenico Salvago leader Snami Sardegna e addetto stampa del sindacato, la riorganizzazione territoriale rischia di gravare sui costi dei servizi. Anche per colpa di chi «adesso inizia a parlare, in occasioni pubbliche, di mutue integrative "in soccorso" di un sistema che sarebbe ammalato, ma che in realtà è vittima di chi lo vorrebbe sostituire».

## **Rischio cardiovascolare. Negli Usa è polemica sull'algoritmo per il calcolo**

Su Jama internal medicine un nuovo studio esprime perplessità sul calcolatore di

rischio cardiovascolare riportato dalle linee guida edite nel 2013 dall'American college of cardiology e dall'American heart association. «L'algoritmo sovrastima il rischio e l'uso delle statine, delle procedure di rivascularizzazione oppure la sottodiagnosi degli eventi vascolari non spiegano la discrepanza tra i tassi di malattia aterosclerotica cardiovascolare osservati nel Women's health study (Whs) e quelli stimati dal calcolatore Acc/Aha» osserva **Paul Ridker** del Centro per la prevenzione delle malattie cardiovascolari al Brigham and women hospital di Boston, Massachusetts, e coautore dell'articolo. «Il Whs è uno studio di coorte svolto a livello nazionale su donne statunitensi senza malattie cardiovascolari, cancro, o altre patologie gravi dal 1992 al 1995» riprende il ricercatore, precisando che un totale di 27.542 donne fra 45 e 79 anni, nelle quali è stato eseguito un completo accertamento dei lipidi plasmatici e altri fattori di rischio, sono state seguite per circa un decennio. E analizzando i dati di questa popolazione Ridker e colleghi hanno scoperto che il tasso di malattia cardiovascolare stimato utilizzando l'algoritmo del 2013 era superiore al tasso effettivo osservato nel trial. Escludendo che spiegazioni alternative come appunto la sottodiagnosi, le rivascularizzazioni o le statine bastino a spiegare la discrepanza, gli autori notano che almeno sette studi hanno trovato discordanze simili. «In questo contesto le linee guida emanate di recente per la riduzione del colesterolo sembrano essere un fallimento: invece di favorire il consenso generale sul trattamento ipolipemizzante, il documento Acc/Aha ha polarizzato il dibattito sull'uso delle statine» conclude il ricercatore. E in un editoriale **Steve Nissen**, del Dipartimento di medicina cardiovascolare alla Cleveland clinic foundation, afferma che la sovrastima del rischio cardiovascolare potrebbe portare a milioni di nuovi trattamenti con statine: «L'Acc e l'Aha dovrebbero rivedere i propri suggerimenti alla luce delle critiche ricevute». Ma il presidente dell'American heart association **Elliott Antman**, professore di medicina all'Harvard medical school, risponde: «Questi commenti li abbiamo già sentiti alla pubblicazione delle linee guida. Da quel momento, tuttavia, molti studi hanno confermato i concetti alla base della valutazione del rischio, e continuiamo a ricevere feedback positivi da medici che usano le nostre linee guida come strumento utile a discutere con i loro pazienti le diverse opzioni di trattamento».

*JAMA Intern Med. 2014 Oct 6. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5336*

*JAMA Intern Med. Published online October 06, 2014.*

*doi:10.1001/jamainternmed.2014.3278*

## **Dal Mario Negri la conferma: la polipillola migliora la compliance nel post-infarto**

Per la prima volta l'uso di una combinazione a dose fissa (Fdc), la cosiddetta "polipillola" contenente più farmaci per la prevenzione secondaria cardiovascolare, ha dimostrato in un trial randomizzato di migliorare l'aderenza al trattamento e il controllo dei fattori di rischio in soggetti post-infartuati. Al trial internazionale,

denominato Focus (Fixed dose combination drug for secondary prevention) ha partecipato l'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano. «I fattori più importanti responsabili della scarsa aderenza ai trattamenti raccomandati sono la complessità del trattamento e il numero totale di pillole che si assumono ogni giorno» ricorda Carla Roncaglioni, responsabile del Laboratorio di ricerca in Medicina generale del Dipartimento cardiovascolare del "Mario Negri", membro del Comitato Scientifico dello studio Focus. La possibile soluzione? «Una polipillola contenente più farmaci per la prevenzione cardiovascolare come strategia per migliorare l'aderenza e ridurre i costi della terapia, rendendola più accessibile anche ai Paesi meno ricchi». Due gli obiettivi principali dello studio crociato: in una prima fase chiarire, su una coorte di 2.118 pazienti di 5 Paesi, quali fossero i fattori che potessero interferire con l'aderenza ai farmaci; poi valutare su 695 pazienti tratti dalla prima fase se la somministrazione di un'unica polipillola (contenente acido acetilsalicilico 100 mg, simvastatina 40 mg e ramipril in tre dosaggi: 2,5, 5 o 10 mg) migliorasse l'aderenza rispetto ai medesimi farmaci assunti separatamente. L'effetto dei due regimi terapeutici è stato anche valutato anche in relazione a profilo pressorio e lipidico, sicurezza e mortalità. «In generale» sottolinea Marta Baviera, del Dipartimento cardiovascolare del "Mario Negri" e coordinatrice dello studio a livello italiano «l'uso concomitante di più farmaci, una giovane età, i disturbi depressivi, una rete sociale limitata e una bassa copertura assicurativa sono risultati associati a scarsa aderenza alle terapie. Dopo 9 mesi di trattamento l'aderenza è risultata significativamente più alta nei pazienti in terapia con polipillola rispetto a coloro che assumevano i tre farmaci separatamente. Inoltre, non si è osservata alcuna differenza tra i due regimi di trattamento in termini di livelli pressori, colesterolemia, sicurezza e mortalità». L'uso di questa polipillola, già disponibile nell'America Latina - conclude Baviera - ha quindi dimostrato di migliorare l'aderenza dei pazienti al trattamento: il prossimo step sarà capire se questo miglioramento si traduce anche in una riduzione degli eventi cardiovascolari.

## **Alzheimer: identificato a Milano fattore prognostico e diagnostico**

Un nuovo marcatore che potrebbe aiutare nella diagnosi e nella prognosi della malattia di Alzheimer è stato identificato da un gruppo di medici e ricercatori italiani dell'Istituto di Neurologia Sperimentale, Irccs Ospedale San Raffaele di Milano, del Gruppo Ospedaliero San Donato. La ricerca è stata pubblicata sulle pagine della rivista *Annals of neurology* e ha coinvolto 106 pazienti con malattia di Alzheimer in stadio avanzato, 51 con i primi sintomi (Mild cognitive impairment) e 29 controlli sani dal punto di vista neurologico. È stato esaminato il liquido cerebrospinale dei partecipanti allo studio, riscontrando nei pazienti livelli alti di microvescicole che derivano dalle cellule microgliali. L'aumento di questo nuovo marcatore infiammatorio era presente sia nei pazienti con malattia di Alzheimer avanzata sia in quelli con i primi sintomi, che sviluppavano la malattia nei tre anni seguenti. La malattia di Alzheimer colpisce globalmente 35 milioni di persone, 700.000 in Italia, e

viene stimato che nel 2050 diventeranno più di 100 milioni le persone con questa patologia. La sede di inizio è l'ippocampo e non è chiara la diffusione da qui ad altre aree, ma i ricercatori del San Raffaele hanno scoperto che potrebbe essere attraverso le fibre nervose che connettono le regioni cerebrali. Nello studio effettuato dai ricercatori italiani, un sottogruppo di pazienti è stato sottoposto anche a risonanza magnetica con tensore di diffusione (3 Tesla), per valutare il danno microstrutturale dei fasci di sostanza bianca cerebrale. **Federica Agosta**, dell'Unità di neuroimaging quantitativo, prima autrice dello studio, spiega che mediante questa tecnica «è stato possibile evidenziare come la presenza delle microvescicole sia correlata al danno delle connessioni cerebrali strutturali. Questo dato potrebbe quindi sostenere il ruolo attivo della microglia nel processo di diffusione delle alterazioni patologiche della malattia di Alzheimer che, come suggerito da recenti studi sperimentali, sembrerebbe avvenire proprio tramite una propagazione lungo i fasci di sostanza bianca». **Roberto Furlan**, responsabile dell'unità di Neuroimmunologia clinica, sottolinea in proposito: «Questo fenomeno è risultato particolarmente evidente nei pazienti nelle fasi precoci di malattia. Le microvescicole del liquido cerebrospinale e le tecniche di imaging avanzato potrebbero perciò contribuire alla diagnosi precoce e alla definizione di fattori predittivi nelle persone affette da malattia di Alzheimer».

*Ann Neurol. 2014 Aug 1. doi: 10.1002/ana.24235*

## Choosing wisely, 5 procedure ortopediche di piede e caviglia da evitare

Nell'ambito di "Choosing wisely", iniziativa statunitense nata per identificare in ogni specialità le prime cinque pratiche da evitare perché inutili, costose e, a volte, dannose, l'ortopedia è presente con due liste. Infatti, accanto a quella generale, di recente si è affiancata una "Top 5 List" redatta dall'American orthopaedic foot & ankle society, focalizzata sulle patologie del piede e della caviglia. Questi i contenuti.

- 1) Non eseguire chirurgia per borsite dell'alluce o dita a martello in assenza di sintomi. La chirurgia del piede per motivi cosmetici non è supportata dalla ricerca medica. Solo la presenza di dolore o infiammazione giustificano l'intervento. I pazienti sottoposti a chirurgia per questi problemi sono comunque a rischio per molti tipi di complicanze come lesioni ai nervi, infezioni, problemi di guarigione ossea e rigidità delle dita.
- 2) Non inserire plantari nelle scarpe per piede piatto simmetrico o arco plantare alto (piede cavo) in pazienti senza sintomi. Sono entrambe condizioni frequenti e generalmente asintomatiche. Lo sviluppo dell'arco plantare non è correlato a supporti esterni e non vi sono prove circa la necessità di solette in pazienti asintomatici.
- 3) Non eseguire un'operazione per fascite plantare prima di avere sperimentato per tre o sei mesi una terapia non chirurgica. Con sei mesi di trattamento non chirurgico costante, infatti, la fascite plantare si risolve fino al 97% dei casi. La chirurgia ha un tasso di successo molto inferiore e determina la possibilità aggiuntiva di complicanze postoperatorie.
- 4) In assenza di lesioni, evita la valutazione mediante raggi X del piede e della caviglia con il paziente non in stazione eretta (condizione di carico). La posizione funzionale del piede e della caviglia è di

sostegno del peso. Rispetto a immagini Rx acquisite non in stazione eretta, è stato dimostrato che le deformità a carico di avampiede, mesopiede e retropiede ai raggi X con paziente in posizione di carico si ampliano. Inoltre, i sintomi dell'artrosi si associano a un restringimento dello spazio articolare della caviglia. Pertanto, quando possibile, l'esame a raggi X in condizione di carico offre la valutazione più accurata dell'anatomia funzionale ossea del piede e della caviglia. 5) Non iniettare alcol in caso di neuroma di Morton. L'alcol può lesionare in modo permanente il nervo senza causare un efficiente sollievo dal dolore. A un follow-up di 5 anni l'iniezione di alcol nel neuroma di Morton mostra un elevato tasso sia di recidiva sia di complicanze quali ecchimosi, formazione di cicatrici, disestesie, dolore severo e infezioni.

## **DIRITTO SANITARIO** **La responsabilità per mobbing si fonda sull'articolo 2087 del codice civile**

Numerose disposizioni assicurano una tutela rafforzata alla persona del lavoratore con il riconoscimento di diritti oggetto di tutela costituzionale, il datore di lavoro non solo è contrattualmente obbligato a prestare una particolare protezione rivolta ad assicurare l'integrità fisica e psichica del lavoratore dipendente, ma deve altresì rispettare il generale obbligo di *neminem laedere* e non deve tenere comportamenti che possano cagionare danni di natura non patrimoniale, configurabili ogni qual volta la condotta illecita del datore di lavoro abbia violato, in modo grave, i suddetti diritti. Fra le situazioni potenzialmente dannose e non normativamente tipizzate rientra il mobbing che, secondo quanto affermato dalla Corte costituzionale designa un complesso fenomeno consistente in una serie di atti o comportamenti vessatori, protratti nel tempo, posti in essere nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserito o dal suo capo, caratterizzati da un intento di persecuzione ed emarginazione finalizzato all'obiettivo primario di escludere la vittima dal gruppo. Alla base della responsabilità per mobbing lavorativo si pone normalmente l'art. 2087 cod. civ., che obbliga il datore di lavoro ad adottare le misure necessarie a tutelare l'integrità psico-fisica e la personalità morale del lavoratore, per garantirne la salute, la dignità e i diritti fondamentali, di cui agli artt. 2, 3 e 32 Cost.

[Avv. Ennio Grassini- [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

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