

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDÌ 24 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

GALLURA Arriva l'assessore regionale Arru Conferenza socio-sanitaria e visite agli ospedali di Olbia e Tempio

L'Assessore regionale alla sanità Luigi Arru sarà stamane in Gallura per una serie d'appuntamenti. Quello centrale sarà la partecipazione alla Conferenza socio sanitaria della Gallura che si riunirà nuovamente, inizio ore 11, presso la sala del consiglio provinciale in via Nanni. All'incontro sarà presenti, insieme all'assessore regionale anche il presidente della commissione regionale sanità Mondino Perra.

Parteciperanno, insieme ai due presidenti dei distretti in cui si articola la Gallura (Antonio Satta e Romeo Frediani, che hanno richiesto fortemente l'incontro), e a tutti gli altri sindaci della Gallura e ai vertici dell'Asl a cominciare dal manager Giovanni Antonio Fadda, anche i due consiglieri regionali del territorio Giuseppe Meloni del Partito democratico e Giuseppe Fasolino di Forza Italia. All'ordine del giorno della riunione di mercoledì c'è la riforma sanitaria regionale riferita in particolare alle Asl, con la forte prospettiva di una riduzione del numero, attualmente sono otto, tramite accorpamento. L'intensa giornata dell'assessore regionale Arru, accompagnato dal presidente della commissione regionale Perra comincerà però già dalle ore 9.15 con la visita all'ospedale Paolo Dettori di Tempio. dopo la riunione del Distretto socio sanitario è prevista invece una visita del nuovo ospedale di Olbia intorno alle 12.40. Infine ci sarà anche un passaggio nella Residenza sanitaria assistita di Padru.

TEMPIO Fasolino: «Il Paolo Dettori va salvato» Il consigliere regionale di Forza Italia sull'ipotesi di chiusura dell'ospedale: «Uniamo le forze, come per il San Raffaele»

Un altro secco no all'ipotesi di chiusura del "Paolo Dettori". A esprimerlo con forza è il consigliere regionale di Forza Italia Giuseppe Fasolino, il quale condivide la preoccupazione dei sindaci dell'alta Gallura. Anche per lui, l'ospedale tempiese non può cadere sotto l'effetto della spending review e non è minimamente accettabile nessun taglio. Anzi. «Lo stesso impegno che ha visto coinvolte tutte le forze politiche per il San Raffaele di Olbia, lo merita il Paolo Dettori. Se la notizia sulla chiusura

dell'ospedale tempiese trovasse conferma - dice Fasolino - sarebbe una scelta insensata che, ancora una volta, penalizzerebbe un territorio già pesantemente indebolito». Qui non si tratta di servizi di poco conto, «perché si sta parlando di un presidio indispensabile, la cui sopravvivenza va oltre la fredda logica dei numeri». Ma in ballo non c'è solo il diritto dei cittadini di avere un'assistenza sanitaria adeguata. «E' inaccettabile - incalza Fasolino - che i cittadini dell'Alta Gallura debbano, in caso di bisogno, raggiungere Olbia o Sassari. Senza parlare delle situazioni di emergenza di fronte a una rete viaria che non consente tempi di percorrenza adeguati e un sistema di trasporti che lascia ancora a desiderare». Secondo il consigliere regionale, l'ipotesi di chiusura del Dettori porterebbe a conseguenze devastanti. «Con una scelta di questo tipo circolerebbero più mezzi di soccorso e più mezzi di privati cittadini su sistema di viabilità inadeguato e che andrebbe ad accrescere le già critiche situazioni dei punti di pronto soccorso, dei ricoveri e degli interventi programmati. Tutti abbiamo il dovere di attivarci - aggiunge il sindaco di Golfo Aranci -, affinché la sanità gallurese non subisca ulteriori tagli e depotenziamenti. E non si può stare certo silenti e inermi se si arriva a ipotizzare di cancellare un ospedale. Personalmente, se la Regione intendesse procedere in questa direzione, sarò al fianco degli amministratori dell'Alta Gallura per difendere le necessità di questo territorio. Una realtà che merita adeguati e diversificati livelli di assistenza in relazione ai luoghi e alle zone a cui il servizio sanitario è rivolto. La cosa che colpisce di più - conclude Fasolino - è che, quando si parla di riorganizzazione, a pagarne il prezzo devono essere sempre i più deboli e i piccoli. Invece di intervenire sulle vere voragini della spesa sanitaria, si ipotizza di chiudere presidi ospedalieri funzionanti e in grado di garantire il maggior numero di risposte possibili alla domanda di salute in tutto un territorio. Il depotenziamento della sanità gallurese genererebbe oltre a una minore e contestualizzata offerta sanitaria, un evidente sovraccarico di quella rimanente e di conseguenza porterebbe a una riduzione qualitativa e quantitativa dei livelli di cura e di assistenza».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Indagine Anaa Assomed-SWG. Medici in corsia. Stressati, delusi e economicamente insoddisfatti. L'Sos dei camici bianchi

Quasi sette medici su dieci si sentono frequentemente stanchi. Sei su dieci economicamente scontenti e la metà emotivamente sfinita. A generare insoddisfazione la mancanza di crescita professionale e retributiva. Ma quasi sette medici su dieci considerano buona la qualità dei servizi del Ssn, anche se la metà pensa ci sia un peggioramento progressivo. L'INDAGINE

Tanti oneri e pochi onori. È dura la vita dei medici nelle corsie degli ospedali italiani. All'enorme peso di responsabilità cui sono sottoposti non corrisponde una retribuzione soddisfacente, e tanto meno la prospettiva di una progressione di carriera. Come se non bastasse, il carico di lavoro aumenta sempre di più, mentre i contenziosi medico legali incombono come spade di Damocle. Il risultato? La loro serenità professionale è profondamente compromessa. E così i dottori italiani si sentono stressati, delusi, insoddisfatti e minacciati.

Senza distinzione di età e provenienza. Da Nord a Sud, giovani e meno giovani, quasi sette su dieci confessano di sentirsi frequentemente stanchi, circa sei su dieci si dichiarano economicamente scontenti e poco meno della metà emotivamente sfiniti. Soprattutto la totalità dei medici ritiene che a decidere della loro carriera nelle strutture ospedaliere sia la politica.

Ma nonostante tutto la maggioranza continua a considerare buona la qualità dei servizi che il Ssn mette sul piatto.

A scattare la fotografia dei camici bianchi nelle corsie degli ospedali è un'indagine condotta Swg per l'Anaa Assomed su un campione di 502 medici distribuito su tutto il territorio nazionale. Obiettivo, fotografare lo stato dell'arte delle condizioni lavorative dei medici tra criticità e aspettative.

Dal sondaggio emerge un vero e proprio “Sos” che la categoria lancia alle forze politiche e alle istituzioni riproponendo l'attualità della “questione medica” che anziché trovare soluzioni adeguate si aggrava con il passare del tempo, nell'indifferenza di chi quella soluzione è tenuto a trovare, minacciando la quantità ed i livelli di qualità delle prestazioni del Ssn.

“L'indagine – ha commentato **Costantino Troise**, Segretario nazionale Anaa Assomed – dimostra che abbiamo visto giusto quando negli ultimi anni abbiamo posto con forza il problema della governance delle aziende sanitarie e nella contrapposizione tra logiche organizzative e valori professionali una delle cause principali di una questione medica che certo viene da lontano, ma che da questa crisi viene alimentata ed amplificata. Torna tra i medici, specie i più giovani particolarmente colpiti dagli anni del blocco, il tema della retribuzione, a testimonianza di un impoverimento della categoria che non è solo di potere di acquisto e livelli previdenziali, ma anche di formazione, sicurezza, investimenti in tecnologie e risorse umane. Occorre adoperarsi per portare la sanità nella agenda del Governo e con essa i diritti del lavoro non scindibili da quelli dei cittadini. Ripartire dal lavoro, nelle sue varie forme, e dai suoi contenuti per ricordare a chi governa che senza di noi non esiste sanità pubblica e financo la crociata contro gli sprechi, esige la nostra partecipazione e la nostra professionalità”.

Ma vediamo in sintesi alcuni dei principali dati emersi.

Medici insoddisfatti. Quando si parla di progressione di carriera il giudizio è quasi unanime: il 77% è profondamente insoddisfatto. La maggioranza dei medici (53%) ritiene infatti che la competenza professionale conti poco rispetto alla politica che,

invece, il 97% dei medici crede decisiva per gli avanzamenti professionali. Tra le altre cause di insoddisfazione, il 75% indica il livello di retribuzione ancor prima della distribuzione di carichi di lavoro (64%), ed un miglioramento del livello retributivo costituisce la prima delle aspettative dichiarate (67%). Un dato che indica chiaramente come il blocco della retribuzione e del contratto di lavoro in vigore dal 2010 abbiano notevolmente peggiorato il potere di acquisto dei salari e la condizione economica dei medici e delle loro famiglie, al di là dei luoghi comuni su una attività libero professionale che interessa il 60% della categoria.

I rapporti con la politica. Altro risultato significativo dell'indagine riguarda il rapporto con la politica: il 97% dei medici intervistati chiede di avere più peso nelle scelte aziendali e il 67% attribuisce alla invasività della politica la principale responsabilità della crisi del Ssn. È questo un dato che conferma come le riforme del sistema sanitario (502/1992 e 229/1999) abbiano fallito l'obiettivo di reclutare i medici nella gestione degli ospedali. I dipartimenti ed il collegio di direzione, anche se formalmente istituiti, non hanno avuto riconosciuto il ruolo di collaborazione nelle scelte di politica gestionale. Il governo clinico è stato un obiettivo mancato e la dirigenza medica è stata relegata in un ruolo subalterno, ridotta al rango di fattore produttivo da controllare, sebbene impegnata in una difesa di valori professionali sempre più minacciati dalla invadenza della politica. Il Direttore generale è considerato come una figura monocratica dal potere assoluto e l'87% dei medici intervistati crede debba essere rivisto l'assetto direzionale e la stessa scelta dell'aziendalismo in sanità.

I medici e il Ssn. Nonostante gli aspetti negativi della professione, i medici continuano a considerare buona la qualità dei servizi offerti dal Ssn e dagli ospedali in Italia nel loro complesso (rispettivamente 66% e 67%). Tuttavia, pur nel giudizio positivo, ritengono che ci sia un peggioramento progressivo della qualità dei servizi ospedalieri (49%), specie nel confronto con gli altri Paesi europei tanto che il 35% degli intervistati ritiene che la sanità italiana funzioni peggio.

Tra i motivi del peggioramento della qualità delle prestazioni ospedaliere i carichi di lavoro sono indicati come la causa principale, seguiti dagli scarsi investimenti nelle strutture e dalla crescita del contenzioso medico legale.

“Un giudizio complessivo sulle cause di peggioramento – sottolinea l'Anaa Assomed – che indica ancora una volta come sul lavoro medico e sulla qualità dei servizi si riflettano le scelte di politica economica (blocco turn-over, pensioni ecc.) e di politica sanitaria (ritardi nella definizione delle reti ospedaliere ed assistenziali, integrazione ospedale-territorio ecc). Tutte le maggiori cause del peggioramento delle qualità delle prestazioni sono segnalate nelle Regioni del Sud più che in quelle del Nord”.

Rivedere il ruolo giuridico dei medici. Infine il 76% dei medici si dichiara favorevole ad una revisione del ruolo giuridico dei medici. Un dato che indica con chiarezza come una componente medica emarginata dalla gestione degli ospedali renda attuale il tema della collocazione della dirigenza medica nel pubblico impiego.

“I provvedimenti legislativi e le leggi di stabilità che negli ultimi anni – sottolinea l’Anaa – hanno interessato la Pubblica Amministrazione hanno coinvolto la Dirigenza Medica, disconoscendo la sua specificità di dirigenza professionale, assimilando l’atto medico a quello di procedimento amministrativo. Appare evidente come non sia rinviabile un intervento legislativo che definisca la specificità ed unicità del ruolo medico”.

Meeting Ministri Salute UE. L'obiettivo: ridurre del 15% i casi di tumore entro il 2020

Questo l'obiettivo che si sono posti oggi i ministri della Salute Ue riuniti a Milano per la giornata conclusiva del Forum informale del semestre di presidenza italiana. Un obiettivo "difficile", come ricordato dal commissario Borg, ma che può essere raggiunto promuovendo stili di vita sani e incrementando gli screening. Promosse anche strategie comuni su Ebola, farmaci innovativi e cure palliative

Lo stile di vita sano, che comprende una corretta alimentazione, esercizio fisico adeguato, niente tabacco e poco alcol, è l'azione primaria contro le malattie croniche non trasmissibili e il cancro. E' la ricetta che ha varato all'unanimità il Forum informale del semestre di presidenza dell'Unione Europea che si è concluso oggi a Milano, mettendo a confronto i 28 ministri della Sanità, guidati dal nostro ministro **Beatrice Lorenzin** e dal commissario europeo **Tonio Borg**. Non si tratta di un diktat, ma di una raccomandazione perchè si possa vivere più a lungo e con una qualità di vita migliore.

Ma la prima sessione europea sulla salute di questo semestre italiano ha dovuto dibattere diversi temi proposti dalla nostra rappresentante: dalla terapia del dolore e le cure palliative, per le quali l'Italia si presenta con una rete di assistenza domiciliare eccellente, ma scarsa attitudine all'uso di farmaci antidolorifici, compresi gli oppioidi, all'innovazione della ricerca farmacologica che ha immesso sul mercato farmaci risolutivi delle malattie, ma a caro prezzo.

Altro tema scottante, ma emergente, il caso Ebola, che sta invadendo i paesi dell'Africa occidentale, come Sierra Leone e Liberia. All'unanimità la decisione è stata di intervenire sia sulla formazione e informazione in loco, per arginare il diffondersi della malattia, sia per mettere a disposizione le strutture necessarie a curare gli operatori sanitari che si potrebbero infettare nel corso delle operazioni di aiuto. “L'Italia, per parte sua, - ha sottolineato il ministro Lorenzin - ha già messo a disposizione un milione e mezzo di euro, dal capitolo della Cooperazione, finanziamento che arriverà fino a 4 milioni di euro”.

Ma veniamo ora al problema che ci interessa più da vicino, il **cancro**. Innanzitutto un obiettivo: ridurre del 15% i casi di tumore entro il 2020, agendo sulla prevenzione secondaria, cioè gli screening, che in Europa ammontano a 500 milioni di test in un anno, e che riguardano i tumori più facilmente diagnosticabili e aggredivibili nella fase

precoce: seno, collo dell'utero e colon retto. “Un obiettivo non difficile da raggiungere – ha detto il commissario Borg – se negli ultimi dieci anni siamo riusciti a ottenere una riduzione della malattia del 10%”. A questo proposito è stato fatto riferimento anche ai vaccini contro il papilloma virus e, come ha ricordato il ministro italiano “sarebbe il caso di estendere il provvedimento non soltanto alle ragazze, ma anche ai ragazzi”.

Unanime, però, la considerazione che innanzitutto occorre avviare una corretta informazione sulla prevenzione e primaria, perchè, come ha detto il ministro Lorenzin, "di cancro e di malattie croniche ci ammaliamo durante la vita, a causa di quello che mangiamo e di quello che respiriamo". Il riferimento è facile e va al fumo di sigaretta, responsabile – ha detto Borg - “di 700.000 di morti nei 28 Paesi dell'Unione, quasi come se sparisse una città come Palermo o Francoforte”. “Per questo - ha proseguito Borg – dobbiamo ridurre i fumatori del 2% in 5 anni, quasi 2 milioni e 400.000 persone e avviare campagne di prevenzione sullo stile di vita corretto che comporto una dieta (ma non ha specificato quale)attività fisica costante, niente tabacco e alcol”. La freccia oggi scocca sul tabacco, che sarà oggetto di una direttiva che metterà al bando le sigarette aromatizzate, le confezioni piacevoli come scatole di profumi o cioccolatini, che invece devono informare sul rischio per la salute. Purtroppo il nostro lavoro è difficile, perchè la lobby del tabacco fa sentire il suo peso sulle nostre risoluzioni, tanto che pretendeva di ridurre dal 65 al 50% lo spazio del pacchetto di sigarette riservato alla salute. Ma noi dobbiamo avvertire che fumare è un pericolo e dobbiamo cominciare dalle leve giovani, dalla scuola perchè il 7% dei fumatori ha cominciato prima dei 18 anni e il 93% prima dei 25”.

L'altro tema scottante di questo incontro è stato il **caso Ebola**, comparso alla ribalta della cronaca la primavera scorsa con casi denunciati prima in Sierra Leone e poi in Liberia e in Nigeria. L'obiettivo era quello di sviluppare strategie per fermare l'epidemia nei paesi coinvolti e di evitare la diffusione negli altri continenti. “Le azioni da mettere in campo sono due- ha detto Borg – una per proteggere i nostri stati e una seconda per mettere i paesi dell'Africa nella condizione di poter curare i malati. Qui il nostro intervento appare indiscutibile, basti pensare che in Liberia c'è un medico ogni 100.000 abitanti, troppo poco per affrontare un'emergenza sanitaria del genere. Per fortuna che il rischio di epidemia è basso, perchè il virus non ha facili vie di trasmissione, i malati sono troppo deboli per viaggiare e i nostri controlli negli aeroporti sono efficienti. Dovremo comunque pensare a predisporre strutture sanitarie in grado di accogliere i nostri operatori che dovessero ammalarsi nel corso delle operazioni umanitarie”.

Al centro del dibattito, il tema dell'evoluzione della **ricerca farmacologica**, che oggi ha prodotto un farmaco “miracoloso” contro l'epatite C, ma a caro prezzo, per rientrare degli investimenti spesi. Mai ai dubbi e problemi esposti dagli stati membri dell'Unione, compreso il nostro, Borg ha sottolineato che l'iter regolatorio appartiene a ciascuno stato e ben vengano le iniziative di alleanze come hanno fatto 10 Paesi che si sono consorziati per mettere un freno alla speculazione dei prezzi.

“Occorre una nuova strada da percorrere – ha infine aggiunto il ministro Lorenzin – perchè a fronte di farmaci innovativi, dobbiamo avere la certezza della loro efficacia e della incolumità dei malati. Cinque milioni di malati di epatite C in Europa sono tanti e gran parte di questi stanno in Italia e in Francia, e non possiamo aspettare nuovi farmaci che producano lo stesso effetto sui mercati. Il varco è aperto e la discussione andrà approfondita alla prossima presidenza dei semestri”.

Vaccini anti-cancro: vicini ad una rivoluzione?

Un lavoro pubblicato su Journal of Experimental Medicine apre la strada ad una nuova generazione di vaccini anti-cancro. Le mutazioni che si verificano durante la divisione delle cellule tumorali, rendono il cancro ‘visibile’ al sistema immunitario. In un modo diverso però rispetto a quanto ritenuto finora.

Man mano che le cellule tumorali si dividono, ‘accumulano’ al loro interno degli errori casuali, cioè mutazioni del loro DNA. Questo fa sì che vengano prodotte nuove proteine, alcune delle quali riconosciute come nemiche da parte dei linfociti T, che dunque le attaccano, eliminando così le cellule tumorali. Un gruppo di ricercatori americani, autori di un lavoro pubblicato su *Journal of Experimental Medicine*, ritengono di aver trovato l’ago nel pagliaio degli antigeni tumorali, una scoperta che potrebbe portare ad una nuova generazione di vaccini anti-cancro.

Le conoscenze attuali permettono infatti di individuare quali sono le sequenze proteiche capaci di indurre l’attacco dei linfociti T, dei possibili nuovi bersagli (neoepitopi); alcuni di questi potrebbero essere utilizzati come vaccini in grado di scatenare una risposta del sistema immunitario, in grado di portare a distruzione le cellule tumorali.

L’unico problema, non da poco, è che il repertorio mutazionale dei tumori genera centinaia di neoepitopi, ma solo alcuni di questi avrebbero la potenzialità di scatenare l’attacco dei linfociti T, cioè di rendere il tumore immunogeno. In passato, si è cercato di individuarli, sulla base di quanto le singole proteine mutate venissero ‘riconosciute’ dal sistema immunitario.

Gli autori del lavoro appena pubblicato ritengono tuttavia che questo criterio non è del tutto valido. I risultati del loro studio dimostrano infatti che ancora più importante è come appare ai linfociti T il ‘gradiente’ tra cellula normale e cellula tumorale. Una specie di gioco di ‘trova le differenze’, nel quale il confronto tra il normale e l’alieno diventa l’elemento cardine.

Le bacchette da raddomante messe a punto dai ricercatori americani per individuare in mezzo alla moltitudine di neoepitopi, quelli potenzialmente utili alla costruzione di un vaccino sono due: l’indice antigenico differenziale (l’agretopeo è la porzione dell’antigene che interagisce con le molecole del complesso maggiore di istocompatibilità, MHC) e la stabilità conformazionale dell’interazione peptide-MHC

I (complesso maggiore di istocompatibilità di classe I).

Questi strumenti sarebbero in grado di individuare i neoepitopi mutati in maniera tale da creare nuovi punti di ancoraggio per le proteine del complesso maggiore di istocompatibilità. I neoepitopi individuati utilizzando questi strumenti sarebbero in grado di scatenare l'immunità CD8-dipendente.

Un concetto questo da affinare e perfezionare, ma che potrebbe rivoluzionare completamente i futuri tentativi di mettere a punto un vaccino anti-cancro.

SOLE 24ORE SANITA'

Arriva in Italia la nuova aspirina, ricetta rinnovata dopo 115 anni

Alzi la mano chi non ne ha mai presa una. Un'aspirina non si è mai negata a nessuno: mal di testa, mal di denti, doloretto qua e là. E ora, dopo 115 anni, il gruppo Bayer che la produce cambia la ricetta e il nome che diventa "Aspirina Dolore e Infiammazione". I produttori promettono un'azione efficace in metà tempo, più digeribilità e più sollievo e soprattutto meno effetti collaterali. Le scorte di vecchia aspirina sugli scaffali delle farmacie andranno via via esaurendosi per fare posto alla sorella più giovane e "performante". Dopo oltre un secolo è stato aggiunto del bicarbonato di sodio alla composizione della molecola di acido acetilsalicilico, che permetterebbe «una disgregazione più veloce e non altererebbe la biodisponibilità dell'apparato digerente». La nuova aspirina si scioglie sei volte più velocemente e fa subito effetto. Una "Ferrari" anti cefalea, di cui è farmaco di prima scelta. Ma forse a qualcuno mancheranno quelle bollicine in lenta dissoluzione nel bicchiere, evanescenti e leggere, nel tempo dell'attesa che passi il doloretto.

Meeting ministri Ue. Conclusioni: un argine Ue contro l'escalation dei prezzi dei farmaci, più prevenzione sui tumori, cure palliative in rete, strategie anti-Ebola

Puntare sulla licenza adattiva per accelerare l'accesso ai farmaci innovativi, avviare un coordinamento più avanzato nell'Hta, costruire un argine comune all'escalation dei prezzi per salvare la sostenibilità della spesa sanitaria nei Paesi Ue. Favorire interventi di prevenzione primaria e secondaria per la prevenzione dei tumori, con un approccio trasversale a tutte le politiche per promuovere corretti stili di vita. Creare una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore con un focus sulla formazione dei professionisti, incentivare lo scambio di best practice, agevolare lo sviluppo delle reti pediatriche a livello di singolo paese. Sulla questione Ebola, infine, l'Ue dovrà aumentare il grado di preparazione, per rafforzare la capacità di identificazione, trasporto diagnosi e cura di pazienti o sospetti. Una necessità soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione. Sono questi gli

input emersi nelle conclusioni del Consiglio Informale dei Ministri della Salute dell'Ue. Ecco la comunicazione della ministra Beatrice Lorenzin sulle diverse sessioni previste.

Innovazione terapeutica in favore dei pazienti e accesso ai farmaci innovativi.

«Molti Paesi sostengono l'importanza della adaptive licensing come strumento per promuovere l'accesso rapido al mercato di farmaci innovativi rispettando l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La grande maggioranza dei Paesi supporta un coordinamento più avanzato nell'HTA per lo sviluppo di rapporti comuni sui farmaci e Joint Assessment rispettando tuttavia le competenze nazionali. L'utilizzo più strategico dell'HTA può rendere più rapidi i tempi dell'accesso al mercato. Tutti i Paesi hanno chiaramente dimostrato un forte interesse. La Commissione e tutti i Paesi concordano sull'importanza dello sviluppo dei farmaci innovativi, ma si percepisce come tale sviluppo sia costoso e lento e come sia dunque necessario ottimizzare tutti gli strumenti della legislazione attuale per accelerare l'accesso ai pazienti di farmaci innovativi (in particolare autorizzazione condizionata e autorizzazione in circostanze eccezionali).

"L'escalation" dei prezzi dei farmaci, come nel caso di quelli per epatite C, mette a dura prova la sostenibilità economica della spesa sanitaria dei Paesi, quindi tutti i Paesi concordano sulla necessità di cooperazione, di strategie comuni e di scambi di informazioni tra Paesi.

Tutti i Paesi concordano anche sulla necessità di sforzi comuni per permettere, nella condivisione delle migliori prassi, un accesso accelerato per il beneficio del paziente. In considerazione dell'austerità, dei problemi di sostenibilità a causa dei prezzi troppo elevati e della eterogeneità del potere di acquisto dei vari Paesi, le iniziative comuni di cooperazione tra i Paesi sono un valore aggiunto.

E' importante sottolineare le strategie per il rapido accesso al mercato, per le problematiche dei farmaci dell'epatite C sollevate da Francia e Portogallo.

Comunque su tutti questi punti parleremo nelle conclusioni del Consiglio.

Tutti vogliamo, comunque, evitare "l'escalation" dei prezzi con strategie comuni per garantire la sostenibilità economica dei servizi sanitari degli Stati membri e migliorare, velocizzare e garantire l'accesso dei pazienti europei ai farmaci innovativi».

Prevenzione dei tumori. «Si tratta, a nostro parere, di un argomento di grande importanza ed attualità per i nostri Paesi e per l'Unione tutta, dal momento che il cancro è la seconda causa più comune di morte (29% per gli uomini e 23% per le donne) ed ogni anno oltre 2,5 milioni di persone nell'Unione ricevono una diagnosi di cancro. Le previsioni sono oltretutto in aumento, anche a causa dell'aumento dell'età media della popolazione.

L'impatto sui sistemi sanitari e i costi per la società sono già importanti, ma aumenteranno ulteriormente, anche per l'aumentata sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore, grazie alle migliori cure.

Questo quadro ci impone di agire per cercare di contenere l'impatto dei tumori, riducendone l'insorgenza attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria; è infatti stimato che circa un terzo di tutte le forme di cancro potrebbe essere prevenuto

modificando o eliminando i fattori di rischio quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'inadeguato consumo di frutta e verdura, l'eccessivo consumo di sale, grassi, zucchero, alcol e l'inattività fisica.

L'impegno dei responsabili politici e tecnici della sanità pubblica, a mio parere, deve privilegiare un approccio trasversale, nel rispetto del principio della "salute in tutte le politiche". Alcuni recenti interventi, quali la nuova direttiva sul fumo di tabacco, vanno nella direzione giusta ma devono essere rafforzati e integrati con altri, inclusi i programmi di screening e di vaccinazione, per i tumori che se ne possono beneficiare, come il tumore del collo dell'utero.

A questo proposito ricordo che l'Italia, durante il precedente Semestre di Presidenza italiana, fece approvare il programma di screening verso i tumori della mammella, della cervice e del colon retto.

Cari colleghi, vi ringrazio per le indicazioni sulle esperienze dei vostri Paesi e per gli elementi che avete introdotto con la discussione.

Sintetizzo, in conclusione, gli aspetti più significativi sul piano politico del nostro dibattito:

Partendo dalle esperienze fatte nel corso di EPAAC (l'European partnership Action Against Cancer) e con l'avvio della JA Cancon (Comprehensive Cancer Control), siamo consapevoli che è necessario continuare ad intraprendere azioni atte a modificare i fattori di rischio noti attraverso stili di vita corretti (con piani nazionali e locali, e possibilmente un approccio comune in ambito UE). In tal senso posso ricordare la lotta al fumo: misure ambientali sfavorevoli al fumo (come tassazione, divieto di pubblicità e di vendita ai minori, avvertenze sui pacchetti), tutela dei non fumatori (zone senza fumo,..), campagne di comunicazione

o l'adozione di una dieta sana (frutta e verdura fresca, cibi con contenuto limitato di zuccheri e grassi, limitato uso degli alcolici). Sottolineo il beneficio di una dieta che si ispiri a quella cosiddetta "mediterranea"

o una buona attività fisica o la riduzione del peso.

Abbiamo riaffermato la necessità di un approccio trasversale e conveniamo sull'opportunità di rafforzare le iniziative per la promozione della salute e la prevenzione non solo negli ambienti di vita ma anche in quelli di lavoro.

La discussione ha anche richiamato l'importanza del ricorso ai vaccini per le malattie croniche prevenibili con essi (HPV- ca. della cervice uterina). Ricordo in proposito che la vaccinazione contro HPV è sempre più universale, riguardando ora uomini e donne.

Il Working Party Salute Pubblica del Consiglio sta predisponendo Conclusioni del Consiglio sulle pratiche vaccinali, che vedremo a dicembre, ove questo elemento è enfatizzato.

E' stato anche evidenziato come dobbiamo assicurarci, non solo per una questione di equità nell'accesso ma anche per la buona riuscita delle iniziative, che sia data giusta attenzione e garantito l'accesso alle misure di prevenzione ai gruppi socio-economici svantaggiati e l'impegno comune a diffondere la conoscenza sui corretti stili di vita e la prevenzione tra la popolazione a tutte le età e di tutte le condizioni.

Dagli interventi ritengo sia anche scaturita la convinzione comune che sia necessario adottare iniziative per monitorare e valutare l'impatto delle nostre scelte. In questo

ambito mi sembra si convenga:

- sull'opportunità di sfruttare il Cancer Information System del Joint Research Center di Ispra;
- sull'utilità di studiare sistemi e risorse che possono garantire la qualità della programmazione e soprattutto la comparabilità dei prodotti;
- sull'opportunità di identificare delle piattaforme che consentano il dialogo tra istituzioni e stakeholders, al fine di incidere sul rapporto tra determinanti della salute e cancro, inclusi i registri tumori.

Infine la discussione, con riguardo allo sviluppo e diffusione di strumenti di diagnosi precoce (screening) di buona qualità ha sottolineato l'importanza di procedere a pianificazioni corrette e a una buona implementazione delle misure previste, seguendo principi di efficienza e accessibilità.

Si dovrà lavorare per identificare obiettivi comuni (ad es. screening con HPV-test e campagne di vaccinazione per HPV) e superare le differenze di approccio (ad esempio sull'offerta pro-attiva anziché l'invito personale) per evitare livelli diversi di performance, che creano disuguaglianze.

Sono sicura che queste azioni potranno efficacemente contribuire a mitigare gli effetti negativi dei tumori, non solo sugli individui, ma anche sui sistemi sanitari nel loro complesso, e sul tessuto familiare, sociale ed economico, ricompensandoci dell'impegno che certamente sarà necessario».

Cure palliative e terapia del dolore. «La Commissione Europea come la maggior parte dei Paesi membri sottolineano e ringraziano l'Italia per l'ottimo lavoro svolto sia per avere creato l'occasione di discutere a livello europeo di temi quali le cure palliative e la terapia del dolore sia per la qualità del documento presentato.

Quasi tutti i Paesi ritengono di fondamentale importanza la creazione di una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore incentrata principalmente nell'ambito di un maggiore impegno riguardo la formazione dei professionisti, lo scambio di informazioni reciproche soprattutto relative alle migliori pratiche, allo sviluppo dei network.

Purtroppo risulta ancora poco sviluppata a livello dei singoli Paesi membri lo sviluppo della rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore; lo sviluppo nell'uso dei farmaci dedicati alla terapia del dolore, specialmente oppioidi, risulta crescente soprattutto nei Paesi del sud Europa. E' auspicabile lo sviluppo di cure palliative e terapia del dolore anche per altre fasce fragili di popolazione quali i pazienti anziani.

Molte nazioni si sono dotate di leggi specifiche specialmente per lo sviluppo delle cure palliative. L'Italia è l'unico Paese ad avere approvato a livello legislativo una norma quadro.

La ricerca assume un ruolo fondamentale come ha più volte ribadito la Commissione. Dal dibattito è emerso che vi è una certa differenza di opinioni sulla opportunità di organizzare giornate dedicate alla terapia del dolore, ma le delegazioni hanno tutte concordato sulla necessità di un rafforzamento delle campagne di informazione volte ad aumentare la consapevolezza dei cittadini sul problema.

E' innegabile la necessità di sviluppare reti assistenziali domiciliari al fine di assicurare ai pazienti la possibilità di permanere a domicilio fino al termine della loro vita. Questo è un punto sul quale si sono trovati concordi tutti i Paesi europei. Innegabile è l'importanza del ruolo del no profit, del volontariato e delle Fondazioni, da sempre impegnate nel supportare e spronare le istituzioni in temi etici quali le cure palliative e la terapia del dolore»

Epidemia di Ebola e Unione Europea. «Prendiamo atto della severità dell'epidemia in atto in Africa occidentale, così come affermato dall'OMS, e della necessità del ricorso a risorse straordinarie per contenerla e arrestarla;

- rileviamo con soddisfazione che l'OMS ha preparato una "Ebola Response Roadmap" per raggiungere tale scopo e che l'Unione Europea ha già messo a disposizione, attraverso i meccanismi di cooperazione e di aiuto umanitario ingenti risorse;
- è intenzione degli Stati Membri comunque rispondere all'appello lanciato dall'OMS, anche alla luce delle Conclusioni del Consiglio europeo straordinario del 30 agosto scorso, con ulteriori risorse umane e finanziarie, attraverso gli appositi meccanismi ed organismi;
- nell'Unione, pur considerando che il rischio dell'estensione dell'epidemia ai nostri Paesi è basso, dobbiamo comunque aumentare il nostro grado di preparazione, per rafforzare la capacità di identificazione, trasporto diagnosi e cura di pazienti o sospetti. Ciò si rende necessario soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione, con possibili casi secondari, o di rimpatrio di cittadini ammalatisi in Africa;
- dobbiamo predisporre e diffondere adeguate ed aggiornate informazioni al pubblico e agli operatori;
- è necessario, come il Consiglio ha sottolineato, un maggior coordinamento dell'assistenza fornita dagli Stati Membri a livello dell'Unione, anche in collegamento con alcune Organizzazioni e strutture chiave (ONU e sue Agenzie, compagnie di trasporto, ONG...);
- in particolare, tenendo conto che cittadini europei sono presenti nelle aree affette anche per fornire soccorso ed assistenza, e che quindi c'è la concreta possibilità che qualcuno di essi possa ammalarsi, riconosciamo la necessità di identificare a breve una modalità per il coordinamento delle richieste di evacuazione ed assistenza, di staff e attrezzature sanitarie, in caso di necessità, anche per i cittadini di altri paesi europei.
- Al contempo riteniamo indispensabile che la risposta alla crisi preveda uno sforzo congiunto per aumentare le strutture sanitarie in loco capaci di erogare un'assistenza sanitaria adeguata;
- dobbiamo valutare l'opportunità di ricorrere in questa occasione all'acquisto congiunto di contromisure mediche;
- va incoraggiata la ricerca finalizzata alla scoperta di medicinali per la prevenzione e la cura delle malattie emorragiche, e in primo luogo della Malattia da Virus Ebola;
- dovremo monitorare nel tempo l'efficacia delle misure adottate per decidere in

merito al loro mantenimento o eventuali modifiche o cancellazioni».

Ebola Allarme rosso dai Cdc di Atlanta: misure massicce o contagio a ritmi esponenziali

Se non si interverrà mettendo immediatamente in atto il piano d'intervento varato nei giorni scorsi dall'Onu e se non si potenzierà in modo massiccio la dotazione di "Ebola units", così da poter ospitare e trattare adeguatamente almeno il 70% degli infetti, il contagio si estenderà in modo esponenziale fino a raggiungere entro il prossimo gennaio in Africa la cifra di 1,4 milioni di persone in Africa occidentale. A lanciare l'allarme, ben più drammatico rispetto alle previsioni fatte dall'Oms, sono i [Centers for disease control and prevention \(Cdc\)](#) di Atlanta. Che in uno studio pubblicato oggi a cura dei maggiori specialisti virologi del mondo, lanciano un forte appello a moltiplicare gli sforzi contro la malattia. La guerra, insomma, si può vincere ma a patto che ci si attrezzi adeguatamente. «Tra 550mila e 1,4 milioni di persone potrebbero essere contagiate in Africa occidentale entro il 20 gennaio 2015», si legge nel rapporto del Cdc. Al confronto, sono briciole i casi di contagio attualmente registrati dall'Oms (5.864) sono sottostimati.

Liberia e Sierra Leone - da cui oggi è arrivata la notizia di un altro volontario del Fatebenefratelli infettato dalla malattia - sono i Paesi più martoriati e quelli su cui si basano le proiezioni degli esperti. E sempre in Africa occidentale dovrebbero partire a novembre le prime sperimentazioni del prototipo per la cura della malattia, stando a quanto annunciato da Wellcome Trust, organizzazione umanitaria britannica di ricercatori biomedici, che sta finanziando il progetto con 5,2 milioni di dollari. L'organizzazione ha aggiunto che alcuni esperimenti sono stati già condotti, «ma nessuno è stato ancora testato per la sua efficacia e sicurezza negli umani ammalati di Ebola». Secondo David Heymann, professore di epidemiologia infettiva presso la London School of Hygiene & Tropical Medicine, il processo di plasmaferesi, che consente di estrarre dai sopravvissuti al virus i loro anticorpi per trasferirli nel sangue di altri pazienti, potrebbe rappresentare uno strumento utile nella battaglia per contenere l'epidemia, anche se «non è ancora stato testato dal punto di vista clinico, ma solo usato ad hoc molte volte».

Certo è che, in attesa di farmaci e di un vaccino efficaci, molto si può fare sul piano dell'assistenza e della possibilità per le persone potenzialmente o effettivamente colpite di accedere alle cure. Per questo Medici senza frontiere al compimento dei sei mesi dall'acutizzarsi del virus ha lanciato la campagna "Aiutaci a salvare vite umane" con una [raccolta fondi straordinaria](#) tramite il numero 45507 che si protrarrà fino al 4 ottobre per sostenere l'azione in Liberia e Sierra Leone. «A sei mesi dall'inizio della peggiore epidemia di Ebola della storia, la risposta internazionale è ancora inadeguata, stiamo perdendo troppe vite e le nostre equipe sono al limite delle loro capacità. Occorre agire ora per fermare l'epidemia», è l'appello lanciato dall'organizzazione medico umanitaria. «In Africa occidentale la situazione è drammatica, decine di persone si ammalano ogni giorno, bussano alle porte dei nostri

centri ma siamo costretti a rimandarle a casa perché non abbiamo abbastanza letti per accoglierle» spiega il presidente Msf Loris De Filippi. «La diffusione dell'epidemia procede molto più rapidamente degli sforzi internazionali per contenerla. Intanto le nostre équipes, oltre 2.300 operatori tra cui molti italiani, lavorano giorno e notte per salvare più vite possibili. Le nostre forze sono al limite. Oggi chiediamo l'aiuto di tutti per sostenere la nostra azione: il tempo stringe, l'Ebola uccide, dobbiamo agire ora per fermare l'epidemia».

DOCTOR 33.IT

Indagine Anaa: aziendalizzazione affossa ospedali

L'ospedale è un luogo di lavoro con sempre meno prospettive: non lo governano i medici né il merito, ma i manager e la politica. Le riforme della sanità sono fallite perché, lungi dal cooptare medici nella gestione, hanno generato direttori generali "monocratici". Sono le due "sassate" che lanciano gli intervistati nel sondaggio di Swg per Anaa Assomed "il lavoro dei medici ospedalieri- criticità e prospettive", presentato ieri a Roma. Non che il Ssn sia stata scelta sbagliata: lo vuole l'83% degli intervistati. Ma il modello non va: il 68% dei rispondenti si sente stanco, il 58% economicamente scontento, il 48% emotivamente sfinito, uno su due trova peggiorata la qualità dei servizi. E se per due terzi la qualità complessiva erogata "è buona", uno su tre ritiene che il Ssn funzioni ormai peggio degli altri paesi.

Il medico è scontento (77%) per la carriera che non progredisce e la busta paga che non cresce (75%) con i contratti bloccati da quattro anni. Tre quarti degli intervistati (sindacalizzati al 78%) vorrebbero rivedere il ruolo giuridico del medico nella Pubblica amministrazione. Non mancano suggerimenti come arginare i sovraccarichi in pronto soccorso e i tagli all'assistenza con visite ambulatoriali pagate anche da fondi integrativi. «Ci aspettavamo simili dati, e pure il ritorno di fiamma della questione retributiva», dice il segretario Anaa Costantino Troise. «Alcuni intervistati pur sfiancati dai carichi accetterebbero di lavorare di più per portare a casa in intramoenia i soldi negati dai mancati incrementi contrattuali; del resto una volta c'erano incentivi. Oggi il medico, comunque costretto a fare di più, dice: almeno pagatemi». Ma la ricerca di un ruolo giuridico differente dal resto dei dipendenti Pa non sembra una richiesta di rifugiarsi in una cittadella "dorata"? «Al contrario, vogliamo interessarci della gestione del sistema. Nel calderone in cui si trova, il medico non è che una voce gestita da altri, spesso considerata un costo da tagliare. Le sue competenze gestionali sono sminuite e lo è di conseguenza la sua capacità, pur oggettiva, di contenere i costi del sistema. Ma così non si va da nessuna parte». Ma che può fare un sindacato di medici dipendenti se in tutta Europa salta la sanità pubblica? In Italia si tagliano reparti, ma in Spagna si tagliano ospedali e le strutture private superano le pubbliche (sono ormai il 55%). «L'Italia non è la Spagna. Qui

abbiamo già un sistema misto, ma ci sono corpi professionali che tengono alla sanità pubblica e c'è il diritto alla salute nella Costituzione. Abbiamo fondamentali "saldi". Ma assistiamo a tagli di prestazioni e deospedalizzazioni precoci. Al Sud si taglia in nome del pareggio di bilancio con criteri che, validi altrove, diventano insostenibili in assenza di infrastrutture, di alternative per i pazienti, adeguamenti tecnologici. Difficile dire quanto durerà, ma se usciremo dalla deriva economicistica sarà merito di quelle forze corporative che avranno convinto la politica a dialogare con la gente».

Troise, da Governo nessuna idea sul futuro

«Al di là degli spot e degli annunci ad effetto manca una vera e propria idea» per la sanità del futuro. È quanto afferma il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Costantino Troise a margine della conferenza di presentazione dell'indagine promossa dal Sindacato insieme a Swg che traccia un identikit del medico ospedaliero ai giorni nostri. «Il Governo - prosegue Troise - ha escluso dall'ondata di velocizzazione che percorre tutto il paese il sistema sanità. Il Ministro si è preoccupato di garantire finanziamento stabile, ma al di là degli spot e degli annunci ad effetto manca una vera e propria idea» per la sanità del futuro. «La nostra indagine - ha concluso - mostra una fotografia realistica di una situazione che abbiamo descritto già qualche anno fa e che abbiamo denunciato come una mina vagante del sistema: la sostenibilità non è solo economica. L'attenzione ai conti è un'opera meritoria ma non è sufficiente. La via d'uscita è ripartire dal lavoro e dai professionisti e riportare la sanità al centro dell'agenda politica. Si tratta di obiettivi che sono alla nostra portata. Non è un interesse di categoria ma del sistema tutto».

Assobiomedica: oltre un terzo del credito con Pa non verrà restituito

Il 39% del credito che le imprese di dispositivi medici ha nei confronti della pubblica amministrazione, vale a dire 1 miliardo e 390 milioni, non potrà essere certificato perché i debiti delle Regioni commissariate sono esclusi dal sistema di certificazione del ministero dell'Economia e delle Finanze. Lo sottolinea una nota di Assobiomedica: «Su oltre 3 miliardi di scoperto più di un terzo non può oggi essere restituito». Secondo **Stefano Rimondi** presidente dell'Associazione «è assurdo che il 39% del credito, che rappresenta tra l'altro il pregresso più antico, debba essere dimenticato e saldato chissà quando. Le Regioni escluse dal meccanismo di rimborso sono quelle con i tempi di pagamento più lunghi come, ad esempio, la Calabria che paga in media dopo più di due anni (841 giorni)». E aggiunge: «Nelle altre Regioni non commissariate la riscossione dei crediti comporta pesanti oneri per le aziende. L'accordo fra Abi e Ministero dell'Economia prevede, infatti, uno sconto dell'1,6% sulle fatture cedute all'incasso, ma ci vengono segnalati casi di banche che impongono tassi anche superiori. Chiediamo pertanto all'Abi di farsi garante del rigoroso rispetto dell'accordo, visto che già l'1,6% costituisce una grave danno per le imprese». A oggi, chiude la nota riassumendo alcuni dei dati sui tempi di pagamento

delle strutture sanitarie aggiornati dal Centro Studi dell'Associazione di Confindustria, «sono ancora troppi gli enti che registrano ritardi cronici con punte che vanno dai 1.405 giorni di ritardo dell'Azienda ospedaliera Mater Domini di Catanzaro ai 907 giorni Azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio, dagli 855 giorni dell'Asl campana Napoli 1 agli 833 dell'Azienda Sanitaria Regionale di Campobasso. Anche al nord va segnalata una situazione grave, quella del Piemonte, con ritardi pagamento di 243 giorni, nettamente superiori alla media nazionale.

DIRITTO SANITARIO Il reclutamento dei “sostituti” di una Uoc appartiene al giudice ordinario

Nelle controversie in materia di pubblico impiego la riserva alla giurisdizione del giudice amministrativo non riguarda la generalità delle procedure concorsuali, ma solo quelle finalizzate alla assunzione dei dipendenti delle Pa. La disposizione va riferita non solo alla costituzione di un nuovo rapporto di lavoro, come farebbe propriamente intendere la parola “assunzione”, ma anche al passaggio in senso verticale da una qualifica funzionale alla qualifica superiore.

Nel caso previsto dall'art. 18 Acn 08/06/2000, non solo non si tratta della costituzione di un nuovo rapporto di lavoro né di un passaggio di qualifica, o comunque di un diverso inquadramento giuridico, ma si tratta unicamente di un incarico, non conferito in titolarità, ma solo con il nomen iuris di "sostituzione" in dichiarata applicazione dell'articolo richiamato.

Si aggiunga che il comma 7 dell'art. 18 dispone: "le sostituzioni previste dal presente articolo non si configurano come mansioni superiori in quanto avvengono nell'ambito del ruolo e livello unico della dirigenza sanitaria". Pertanto, anche nella ipotesi in cui venissero adottate le forme tipiche di una procedura concorsuale, mancherebbero gli estremi per applicare l'art. 63, comma 4, del d.lgs. n. 165/2001 e attribuire la controversia al giudice amministrativo.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584