

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
30 GIUGNO 2014

## DALLA SARDEGNA

### L'UNIONE SARDA

#### **GALLURA Asl Tredici defibrillatori in ambulatori e hotel**

Saranno assegnati agli ambulatori di guardia medica e turistica e a due «alberghi del cuore» della Gallura i 13 defibrillatori semiautomatici esterni (Dae) che la Asl di Olbia ha ricevuto dalla Regione per ridurre il rischio di morte in caso di arresto cardiaco, cui si aggiungono altri 16 acquistati dall'azienda. Ogni anno in Sardegna si registrano circa 1.500 casi in luoghi pubblici e nei posti di lavoro, con un tasso di mortalità vicino al novanta per cento. «Grazie a un pronto intervento e all'utilizzo di un Dae, questa percentuale si riduce sensibilmente», spiega Martino Addis, referente aziendale del progetto Dae e responsabile per la Asl di Olbia della formazione per il settore dell'Emergenza-Urgenza: «Ecco perchè è importante installare queste apparecchiature negli ambulatori delle Guardie mediche e quelle turistiche, spesso primo punto di riferimento per la popolazione residente e per i turisti».

#### **LA STORIA L'uomo che apre gli ospedali Franco Meloni: così stiamo realizzando due centri in Arabia Il manager di Carbonia potrebbe diventare direttore generale a Riad e Gedda**

A proposito di ospedali e di sanità del futuro prossimo venturo. In Sardegna arrivano gli emiri del Qatar a realizzare il Bambin Gesù di Olbia (ex San Raffaele), mentre un sardo va in Arabia Saudita a costruire due giganteschi Centri d'eccellenza da 1250 posti letto ciascuno. Franco Meloni, quando non si occupa di politica (è un esponente dei Riformatori ed è stato consigliere regionale nella scorsa legislatura) si dedica alla sua grande passione, aprire ospedali. Lo ha fatto qui - Brotzu di Cagliari, Santa Barbara di Iglesias, Policlinico di Monserrato, Santissima Annunziata di Sassari - e in giro per il mondo - La Spezia, Istanbul, California. Ora, come consulente di una società che si chiama Manens-Tifs - padovana, ha tirato su o riqualificato diversi edifici firmati da Renzo Piano - sta lavorando alla creazione di due strutture gemelle, una a Riad l'altra a Gedda, volute dal ministero dell'Interno saudita per curare i suoi dipendenti e i loro familiari, che costeranno, chiavi in mano, circa 4 miliardi e mezzo di dollari.

Meloni, nato 66 anni fa a Carbonia, una laurea in medicina, specializzazioni in igiene e tecniche di laboratorio, direzione ospedaliera e *hospital management* a Chicago, non ha dubbi: «Mai visti ospedali così, saranno i più belli del pianeta. La disponibilità finanziaria è enorme, si sono comprati il meglio, e lo stesso faranno quando recluteranno il personale, dai primari in giù». Gli hanno anche buttato lì la proposta di fare il direttore generale, una volta inaugurati i complessi, «ma non è il caso di scriverlo, ci devo riflettere a fondo».

Racconta: «Hanno fatto una serie di gare d'appalto, vinte in parte da un'azienda americana, la Perkins and Will, e poi, sul versante *advice and consulting*, da noi. La prima cosa che abbiamo fatto è stata studiare la *medical strategy* ». In sintesi e semplificando: 60 mila ricoveri l'anno, pronto soccorso, ospedale pediatrico, uno femminile, un altro generale.

«Ogni paziente segue il suo “binario”, urgenze, acuti, terapia intensiva, riabilitazione, *home care*. È uno schema molto raffinato, un circolo, il paziente entra e poi resta lì, continua a girare». La camera standard è di 36 metri quadri più il bagno, tutte singole, anche quelle con le culle per i neonati, a regime ci lavoreranno 10 mila persone, la cucina centrale è di 5400 metri quadri, sul tetto quattro eliporti, più uno esclusivo per la *royal suite*, giù i tunnel per i rifornimenti, i corridoi non si incontrano mai, i flussi dei traffici devono essere autonomi. «Lo abbiamo pensato per una popolazione relativamente giovane, la piramide della vita in Arabia è stretta in alto e si allarga molto alla base, il contrario della nostra, le patologie più diffuse sono le malattie cardiovascolari e il diabete, perché sono ricchi e mangiano molto. Gli ospedali costeranno due miliardi 400 mila dollari ciascuno, comprese 1200 residenze esterne, palazzi e ville per il personale, i *compound*, per gli occidentali, in cui una donna può fare il bagno in piscina col bikini, tutto intorno il deserto. Non hanno problemi di soldi, scavano un pozzo di petrolio e si pagano l'ospedale. Attualmente Manens-Tifs ha lì 350 persone a seguire il cantiere, poi ci siamo noi che viaggiamo, una volta al mese, hanno necessità dei nostri tecnici, della nostra preparazione, i sauditi in linea di massima non sono qualificati, alcuni hanno studiato in Inghilterra o negli Stati Uniti, ma sono pochi. Poi “compreranno” i migliori medici, offriranno loro compensi che superano il milione netto l'anno. Per ora stanno scavando, c'è solo l'impronta nel terreno, gli stiamo dando adesso le ultime istruzioni progettuali, dopo l'ultimo meeting che abbiamo fatto, le aree sono di 1,3 milioni di metri quadri, dicono che per terminare l'opera (sia a Riad, la capitale, che a Gedda, la seconda città del Paese) ci vorranno tre anni. Io dico un po' di più, quattro. Per fare qualcosa di neppure lontanamente simile in Italia ci vorrebbero vent'anni».

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

**Da luglio il semestre UE a guida italiana. L'agenda per la sanità. Dalla salute della donna, alla prevenzione e alla genomica. Senza dimenticare il costo/efficacia delle cure**

*L'ha illustrata il ministro Lorenzin all'ultima riunione del Consiglio EPSCO. Ribadito l'approccio dell'accordo europeo del 2006 sulla “Salute in tutte le politiche” perché, ha detto il ministro, “interventi in settori quali l'educazione, le infrastrutture, l'ambiente, la finanza e l'economia provocano effetti consistenti sulla salute delle popolazioni”. Tutti gli eventi internazionali sulla salute in programma nel semestre.*

“La salute in tutte le politiche”: resta questo lo slogan anche per il semestre a guida italiana che scatterà dal 1 luglio. Lo ha ribadito il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** all'ultimo Consiglio EPSCO (occupazione, politica sociale, salute e affari dei consumatori) dedicato alla Salute e svoltosi a Lussemburgo lo scorso 20 giugno.

Per il ministro, durante la Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea, il tema della salute sarà fondamentale, anche in virtù del contributo che la sanità dà al quadro economico generale.

Il Ministro ha poi per l'appunto sottolineato che ci si ispirerà al principio della salute in tutte le politiche, dal momento che interventi in settori quali l'educazione, le infrastrutture, l'ambiente, la finanza e l'economia provocano effetti consistenti sulla salute delle popolazioni.

Le principali iniziative che l'Italia metterà in atto si collocano innanzitutto nel settore della **prevenzione** (corretti stili di vita, prevenzione dei tumori, salute della donna).

Sarà dedicato spazio alle **malattie respiratorie** e alle prospettive dell'applicazione della **genomica** nel settore della prevenzione.

Un evento sarà dedicato alle **demenze**, dando seguito ad un impegno assunto lo scorso anno durante il G8-salute a guida britannica.

Non si abbasserà la guardia nei confronti delle **malattie trasmissibili**; pertanto è intenzione del nostro Paese invitare i partner europei ad una riflessione in Consiglio sull'importanza delle vaccinazioni come strumento efficace di sanità pubblica.

Nel decennale della dichiarazione di Dublino, sarà affrontato il tema del contrasto alla diffusione delle infezioni da **virus HIV**, che necessita ancora dell'impegno dei Governi, insieme alla comunità dei pazienti e agli altri stakeholders.

Un ulteriore argomento che merita uno specifico approfondimento è quello della **resistenza agli antimicrobici**, che è sempre più allarmante.

In considerazione dell'importante ruolo di un'alimentazione sana e sicura, ci si occuperà di **sicurezza alimentare** e del contrasto delle frodi in tale settore, avviando un percorso che arriverà sino all'Expo 2015 di Milano.

**Passando al settore dell'assistenza sanitaria**, saranno proposte Conclusioni del Consiglio sulla **sicurezza delle cure** e di richiamare l'attenzione **sull'efficienza, efficacia e rapporto costo/efficacia delle cure**.

E' intenzione della Presidenza italiana dare spazio al tema della **terapia del dolore e delle cure palliative**, sulla quale l'Italia ha adottato una normativa specifica e vuole condividere l'esperienza maturata con gli altri Stati Membri.

Durante il Semestre italiano si effettuerà una riflessione sui benefici per i pazienti derivanti dall'introduzione delle **innovazioni tecnologiche in medicina**, tenendo conto anche dell'esigenza di contemperare la disponibilità dei prodotti innovativi con la sostenibilità per i sistemi sanitari.

L'Italia proporrà un dibattito ad ampio raggio sulla **salute nell'area del Mediterraneo**, in una Conferenza nella quale si porrà attenzione anche ai flussi migratori ed al forte impatto di tale fenomeno su tutta l'Unione Europea.

Infine, a proposito dell'attività relativa ai dossier legislativi che riguardano, oltre il settore dei **dispositivi medici**, anche quelli degli **alimenti, dei farmaci e veterinario**, l'impegno è quello di trovare, insieme a Commissione e Parlamento, soluzioni che tutelino i cittadini e favoriscano al tempo stesso la crescita, lo sviluppo e la competitività dell'Unione Europea.

## **Gli eventi in materia sanitaria nel prossimo semestre italiano della UE**

<i>Data</i>	<i>Evento</i>	<i>Sede</i>
SETTEMBRE		
22 - 23	Meeting informale dei MdS	Milano

OTTOBRE		
2 - 3	Conferenza "Salute della donna: un approccio life-course"	Roma
6 - 7	Chief Medical Officers (CMO-CDO-CNO)	Roma
7 - 8	Sanita' elettronica	Roma
23 - 24	Conferenza sulle frodi alimentari	Roma
27 - 28	Conferenza "La Salute nell'area Mediterranea"	Roma
NOVEMBRE		
3	Conferenza "Qualita', Sicurezza e costi delle cure"	Roma
5-7	IV Conferenza Internazionale sulla Blue Tongue e altre malattie da Orbivirus	Roma
14	Conferenza su demenze	Roma
27 - 28	Conferenza "La lotta all'HIV/AIDS a dieci anni dalla dichiarazione di Dublino"	Roma
DICEMBRE		
1	EPSCO salute	Bruxelles
16 - 18	European Conference on Youth Mental Health: from continuity of psychopathology to continuity of care (STraMeHS)	Venezia
18	Presentazione RSSP 2012-13	Roma
22-23	Conferenza su resistenza agli antimicrobici	Roma

## **Agenda settimanale di Camera e Senato. Audizioni per il Ddl Lorenzin e decreto PA**

*Inizia a Montecitorio, Commissione Affari Costituzionali, l'esame del decreto PA che contiene misure di interesse sanitario. Sempre a Montecitorio la Commissione Affari Sociali discute di assistenza in favore dei disabili gravi privi del sostegno familiare e di indennizzo per le persone colpite da sindrome da talidomide. In Senato, Commissione Igiene e Sanità, in programma audizioni sul Ddl Lorenzin.*

Settimana parlamentare intensa quella che sta per cominciare da un punto di vista delle riforme. Martedì, infatti, la Commissione Affari Costituzionali della Camera inizia l'esame del decreto sulla Pubblica Amministrazione. Mentre l'omologa Commissione del Senato

prosegue l'esame dei disegni di legge sulla revisione della II parte della Costituzione.

In più giovedì, il Parlamento in seduta comune, si riunirà per l'elezione di due giudici della Corte Costituzionale e l'elezione di otto componenti del Consiglio Superiore della Magistratura.

Per quanto riguarda le materie di interesse sanitario la Commissione Affari Sociali in sede consultiva esamina tra gli altri, in sede referente, il provvedimento "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare" e in comitato ristretto il provvedimento concernente l'indennizzo in favore delle persone affette da sindrome da talidomide.

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha invece in agenda, le audizioni sul Ddl omnibus Lorenzin. Saranno ascoltati: l'Unione nazionale personale ispettivo sanitario italiano; Federfarma; Associazione Italiana Ingegneri Clinici; Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico; Società italiana di fisica; Segretariato Italiano Giovani Medici.

## **Daclatasvir: primo passo verso l'approvazione in Europa e per apixaban in arrivo una nuova indicazione**

*Semaforo verde del CHMP per daclatasvir all'interno di diversi regimi terapeutici nell'epatite C cronica e per apibaxan nel trattamento e nella prevenzione del tromboembolismo venoso*

Giornata positiva per Bristol-Myers Squibb che, in un solo giorno, porta a casa due pareri positivi del Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA).

Il primo riguarda il daclatasvir, inibitore del complesso di replicazione NS5A, per il trattamento dell'infezione cronica da HCV in pazienti adulti. Il farmaco è già stato utilizzato, in associazione al sofosbuvir, su oltre duemila pazienti europei grazie al programma 'Early Access' di BMS. "Se approvati – afferma **Elliott Levy**, responsabile dello 'Specialty Development' di BMS – i regimi a base di daclatasvir giocheranno un ruolo significativo nel trattamento dei pazienti con HCV in Europa". Il farmaco è stato di recente introdotto nelle linee guida dell'Associazione Europea per lo studio del Fegato (EASL) per il trattamento dei diversi genotipi dell'HCV. L'iter registrativo di daclatasvir in Europa è passato attraverso un processo di revisione accelerata e l'opinione positiva del CHMP si è basata sui risultati dei numerosi studi condotti con daclatasvir in associazione ad altri farmaci, tra i quali sofosbuvir. Richieste per l'autorizzazione al commercio sono state presentate anche negli USA e in Giappone e sono attese a breve le rispettive decisioni. Gli studi registrativi del nuovo anti-epatite C hanno interessato oltre 5.500 pazienti, in trattamento con diversi regimi farmacologici orali e con l'attuale *standard of care*, basato sull'interferon.

Sono 9 milioni in Europa i pazienti con infezione cronica da HCV; tra quelli affetti da epatite C cronica, secondo l'OMS, il 20% svilupperà cirrosi e il 5-7% morirà per le conseguenze dell'infezione.

Sempre oggi è arrivato il parere positivo del CHMP dell'EMA per l'autorizzazione di apixaban nel trattamento e la prevenzione della trombosi venosa profonda (TVP) e

dell'embolia polmonare (EP). Il semaforo verde è scattato grazie ai risultati degli studi AMPLIFY e (*Apixaban for the initial Management of Pulmonary embolism and Deep Venous Thrombosis as First-line therapy*) e AMPLIFY-EXT (*Apixaban after the initial Management of Pulmonary embolism and deep venous thrombosis with First-line therapy-EXTended Treatment*). Il primo è uno studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, condotto su 5.395 pazienti con TVP o EP sintomatica conclamata, assegnati a ricevere apixaban o enoxaparina-warfarin per sei mesi. L'*endpoint* composito principale era rappresentato da TEV (trombo-embolia venosa) sintomatica, ricorrente (TVP o EP non fatali) o decesso correlato a TEV, mentre il *safety endpoint* dal sanguinamento. Per l'AMPLIFY-EXT sono stati arruolati 2.486 pazienti, con precedente malattia trombo-embolica venosa, che aveva già meritato un trattamento anticoagulante per 6-12 mesi. Questi pazienti sono stati randomizzati al trattamento con apixaban 2,5 mg, apixaban 5 mg o placebo. L'*endpoint* primario era la riduzione della TEV sintomatica ricorrente e dei decessi per qualsiasi causa; il *safety endpoint* anche in questo caso era rappresentato dall'incidenza di sanguinamenti maggiori.

Ogni anno in Europa viene diagnosticato un milione di casi di TEV. Apixaban è stato sviluppato ed è commercializzato dall'*alliance* BMS-Pfizer.

## **Fibrosi polmonare idiopatica. Ecco come guidare medico e paziente**

*Incontro con i media dell'Osservatorio Malattie Rare per fare il punto su questa patologia, che dovrebbe entrare finalmente nei nuovi Lea. Un congruo numero di persone con la malattia non ha ancora la diagnosi; per la terapia si punta molto sul pirfenidone come unico farmaco "efficace approvato per la patologia". La lista delle Associazioni dei pazienti e la Guida ai Centri IPF*

La fibrosi polmonare idiopatica (IPF) è una malattia rara, ancora non inclusa nell'elenco delle malattie rare esenti - anche se si attende una sua introduzione alla prossima revisione dei LEA, in conformità a quanto già anticipato da alcune Regioni - e al cui appello manca un congruo numero di pazienti (probabilmente il 30% di chi ne soffre, secondo il parere di alcuni esperti). Questi dati sono emersi durante un incontro tutoriale dedicato alla stampa e ai media, intitolato "Fibrosi Polmonare Idiopatica: una patologia rara non più orfana di terapia". L'incontro è stato organizzato dall'Osservatorio Malattie Rare O. Ma. R., con il contributo educativo di InterMune. L'Osservatorio Malattie Rare, inoltre, ha fornito una **guida ai Centri IPF**, riportata anche in allegato.

L'incontro, moderato da **Ilaria Ciancaleoni Bartoli**, Direttore di O.Ma.R., si è svolto in apertura dell'AIR Meeting Italia 2014, intitolato "IPF: diagnosi e trattamento precoci", che si chiude oggi a Roma presso il Marriott Park Hotel (con AIR Advancing IPF Research e InterMune).

L'IPF non è una malattia contagiosa o infettiva, spiega l'Osservatorio Malattie Rare, "non colpisce i bambini ed attualmente è orfana di cure, anche se una terapia (il pirfenidone), efficace in pazienti con una malattia lieve-moderata, ed unico farmaco approvato per la patologia, è in grado di rallentarne la progressione e diminuire il tasso di mortalità legato a tutte le cause. In Italia dalle 6000 alle 9000 persone soffrono di IPF, con circa 450 nuovi casi all'anno (l'incidenza è circa 20 su 100mila per gli uomini e 13 su 100mila per le donne)".

La patogenesi della fibrosi polmonare idiopatica è ad oggi ancora sconosciuta, anche se sono stati individuati alcuni geni associati alla malattia; inoltre, secondo gli esperti è

possibile che vi sia una relazione con il fumo da tabacco e c'è un sospetto che l'esposizione ad elementi inquinanti, presenti nell'ambiente, possa giocare un ruolo: un elemento in corso di studio, sottolinea il Professor **Venerino Poletti**, Direttore U.O. Pneumologia Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni di Forlì.

Ma un dato significativo è che all'appello della diagnosi manca un numero congruo di pazienti, afferma il Professor **Cesare Saltini**, Direttore del centro Malattie respiratorie Policlinico Universitario di Tor Vergata, durante il dibattito organizzato da Osservatorio Malattie Rare. “Nel Lazio, da uno studio epidemiologico a partire dalle cartelle cliniche di circa 300-400 malati, oltre ai dati sui database di dimissione di ospedali, registri di morte ed altro, si contano circa 15 casi su 100mila con una malattia IPF accertata con un livello che si può definire “possibile”, si parla di circa 9,5 casi su 100 mila nel caso invece di una malattia diagnosticata con un livello che si può definire confidente (cioè che ha tutti i caratteri tipici di incidenza)”, spiega Saltini. “A mio parere, questi dati fanno pensare che si stia ancora sottostimando la malattia, dato che la diagnosi è complessa e dato che c'è un elevato numero di pazienti con diagnosi di altro tipo di fibrosi: **probabilmente c'è un altro 30% di persone che ne soffrono**, che non hanno la diagnosi e dunque non rientrano nel computo della lista dell'IPF”.

“In Lombardia, in base ad un database chiamato 'Denali', che traccia in maniera anonima tutti i servizi sanitari cui il cittadino ha accesso, l'indagine ha rilevato che su 10 milioni di abitanti della regione, ci sono circa 3600 casi di IPF e 450 nuovi casi all'anno”, spiega il Professor **Sergio Harari**, Unità Operativa di Pneumologia e UTIR Servizio di Emodinamica e Fisiopatologia Respiratoria dell'Ospedale San Giuseppe – MultiMedica di Milano. “Il numero medio annuo di nuovi casi rimane costante, in base ai dati della Lombardia, mentre la crescita riguarda i casi cumulativi a prevalenza”.

“La diagnosi precoce è estremamente importante, anche se spesso è molto difficile, perché la malattia si presenta sovente con sintomi aspecifici e che accomunano diverse patologie del polmone”, ha affermato il Professor **Carlo Vancheri**, Ordinario di Malattie Respiratorie dell'Università di Catania. “In base ad alcuni studi, il tempo medio di diagnosi è di 1-2 anni, per cui c'è un ritardo che può essere significativo”.

Per la diagnosi, che spesso richiede l'interazione di diversi specialisti, varie analisi sono importanti, ma gli esperti, durante il dibattito, tengono a sottolineare l'importanza del **ruolo del medico di base** e della visita clinica: “Il sospetto clinico della patologia deve sorgere già al medico di base, che deve sospettare l'IPF ogni qualvolta all'auscultazione del torace avverta il tipico **rumore ‘a velcro’**”, sottolinea il Professor Harari, “un rumore che non è proprio solo di questa malattia, ma che pone un forte sospetto e che deve spingere ad effettuare ulteriori approfondimenti. Altre due indagini possono fornire elementi sufficienti per avere la conferma della presenza di un problema e per porre il sospetto clinico di IPF, ovvero la radiografia del torace ed un esame spirometrico”.

Insomma, si tratta di una patologia rara, ancora poco conosciuta, talvolta sottostimata e di diagnosi molto complessa, come emerge durante tutto l'incontro organizzato da O.Ma.R. Durante il dibattito interviene, in maniera significativa, **Alessandro Giordani**, affetto da IPF, che sottolinea che “chiedere un aiuto è molto importante”, anche per far conoscere meglio la patologia. Oltre alla Guida ai Centri IPF, a tal proposito, in Italia, diverse Associazioni di pazienti sono attive, riunendo i pazienti, permettendo la condivisione dei problemi e sensibilizzando l'opinione pubblica sulla malattia e non solo (per l'elenco delle Associazioni vedere l'approfondimento).



## **Cancro alla prostata. In diminuzione i casi e il tasso di mortalità. I nuovi dati**

*In Italia, nel 2015, saranno 323.000 le persone con diagnosi di tumore alla prostata che sopravvivranno e il 50% dei 35.000 nuovi casi sono classificati a basso rischio. E' il dato emerso nel corso del XXIV congresso nazionale della Società italiana di urologia oncologica (SIUrO).*

Per il 2015 sono attesi circa 35.000 nuovi casi di cancro alla prostata, con una caduta rispetto a quelle che erano le stime degli anni precedenti grazie al perfezionamento dei metodi predittivi e delle diagnosi precoci. Cala, inoltre, anche il tasso di mortalità causato dal carcinoma prostatico. Sono i dati emersi nel corso del XXIV congresso nazionale della Società italiana di urologia oncologica (SIUrO) conclusosi il 24 giugno scorso a Bologna.

“I dati parlano chiaro - ha sottolineato il presidente **Giario Conti** - 1 uomo su 16 con più di 50 anni è a rischio tumore. Ma anche se negli ultimi 10 anni il numero di nuovi casi è più che raddoppiato, la mortalità è in costante diminuzione, grazie a una maggiore prevenzione, nuove terapie e farmaci di ultima generazione”. Secondo le ultime stime, infatti, in Italia nel 2015 saranno 323.000 le persone con diagnosi di tumore alla prostata che sopravvivranno e il 50% dei 35.000 nuovi casi sono classificati a basso rischio. Per questi ultimi, quindi, si potrà così parlare di “sorveglianza attiva” e, forse ben presto, non sarà più necessario sottoporre tali pazienti a operazioni chirurgiche.

Durante la tre giorni di congresso sono stati presentati nuovi farmaci, nuove tecnologie e particolare attenzione è stata posta sulla psiconcologia, in linea con la mission SIUrO che promuove da sempre la centralità del paziente nelle scelte terapeutiche e nella cura di un carcinoma alle vie urinarie: “Non ci basta più curare solo il tumore, ma dobbiamo anche focalizzarci sulla qualità di vita del paziente, che deve diventare una priorità”, ha spiegato Conti.

## **Dolore. A Firenze il IV° 'Impact proactive'. Al centro le buone pratiche diagnostico-terapeutiche**

*Si tratta del summit multidisciplinare che ogni anno raduna tutte le componenti del sistema sanitario a vario titolo coinvolte nell'applicazione della Legge 38/2010. Tra i topic, anche il semestre di presidenza italiana dell'Ue: il nostro Paese presenterà un position paper sull'argomento.*

Medici, altri operatori sanitari, pazienti e associazioni dei cittadini, uniti in una comune alleanza terapeutica, devono definire con chiarezza e condividere le “cose da fare” ed anche le “cose da non fare” per rendere più appropriata nel nostro Paese la gestione della malattia dolore. Inoltre, in vista del semestre italiano di Presidenza all'Ue, si profila un'importante occasione per porre la lotta al dolore e la specifica esperienza del nostro Paese all'ordine del giorno presso la comunità europea.

Questi i principali argomenti con cui si è aperta a Firenze **la VI edizione di 'Impact proactive'**, l'unico summit multidisciplinare che, ogni anno, raduna tutte le componenti del sistema sanitario a vario titolo coinvolte nell'applicazione della Legge 38/2010. Ministero della Salute, Agenas, Regioni, società scientifiche, associazioni di categoria e fondazioni tornano a incontrarsi per discutere i risultati raggiunti e le criticità ancora da superare, al



fine di garantire a tutti i cittadini il diritto a non soffrire.

“Quest’anno, come pre-annunciato alla fine del workshop 2013 e come evidenziato dal titolo ‘choosing wisely’, ci concentreremo sulla discussione delle buone pratiche diagnostico-terapeutiche, indispensabili per portare a termine il processo di applicazione della Legge 38 e per superare le resistenze che ancora si oppongono a questo obiettivo - esordisce **Gian Franco Gensini**, presidente del comitato scientifico Impact proactive e ordinario di Medicina Interna all’Università di Firenze - Inoltre, il workshop si apre a due soli giorni di anticipo dall’investitura dell’Italia alla Presidenza del Consiglio Europeo per il secondo semestre 2014. Un’occasione irrinunciabile per sensibilizzare, a livello internazionale, Istituzioni e comunità medica sui bisogni dei pazienti che soffrono. La nostra assemblea, da sempre impegnata a supportare il Ministero della Salute in tema di terapia del dolore e cure palliative, è il palcoscenico su cui vengono presentati in anteprima i contenuti della proposta operativa del Governo italiano ai partner europei, per garantire cure antalgiche appropriate in tutti i Paesi dell’Unione. E formulerà essa stessa, attraverso i suoi autorevoli esperti, un modello organizzativo efficace per la gestione del paziente con dolore, oncologico e non, che sarà sottoposto all’Esecutivo italiano in vista del prestigioso incarico europeo”.

Durante il semestre di Presidenza all’UE, l’Italia presenterà un position paper per condividere con gli Stati membri e la Commissione Europea l’esperienza acquisita in virtù della Legge 38/2010. **Marco Spizzichino**, direttore dell’Ufficio XI - Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ne ha anticipato alcuni punti salienti alla platea di Impact: “Obiettivo fondamentale di questo documento, condiviso anche con le Regioni, sarà estendere i concetti chiave della nostra normativa agli altri Paesi dell’Unione. In particolare, chiederemo: reti nazionali per la terapia del dolore e le cure palliative, campagne di comunicazione per informare i cittadini, progetti di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, linee guida sul trattamento farmacologico e non farmacologico del dolore cronico e indicazioni circa il suo monitoraggio. Fondamentale è che i pazienti abbiano accesso a terapia del dolore e cure palliative a prescindere dalla provenienza geografica, dal sesso, dallo stato sociale e dall’età; nel documento viene infatti posta particolare attenzione ai bambini e agli anziani, in quanto categoria di deboli tra i deboli. Ci auguriamo, inoltre, di poter condividere fra Stati membri dati, strategie, modelli assistenziali e best practice, di discutere la necessità di rafforzare la ricerca scientifica e di porre le basi per la creazione di una Giornata ufficiale europea contro il dolore e di una per le cure palliative, con l’obiettivo di sensibilizzare ulteriormente l’opinione pubblica”.

La Legge 38/2010, i cui principi saranno quindi tra i topic del semestre italiano all’Ue, nel frattempo continua in patria il suo percorso di applicazione. Gli ultimi aggiornamenti sono stati illustrati da colui che è considerato il “padre” della normativa, **Guido Fanelli**, presidente della Commissione ministeriale Terapia del dolore e Cure palliative: “Sul fronte della definizione delle tariffe sono stati compiuti importanti passi avanti. Come Ministero della Salute, abbiamo inviato un questionario alle Unità di Cure Palliative Primarie di tutt’Italia, per raccogliere dati sulla diversità regionale dei costi. Quasi tutte hanno risposto, permettendoci di comprendere le differenze tra una Regione e l’altra, di equilibrare i budget e codificare le singole prestazioni. Si è così potuto individuare il livello di reimbursement medio su cui ragionare. Stiamo, inoltre, lavorando affinché le prime visite di terapia del dolore abbiano una loro specifica categorizzazione e non siano più indicate genericamente come ‘visite mediche’. In tal modo, sarà possibile monitorare la prevalenza e comprendere

la dimensione del problema dolore, oltre che il suo reale impatto sull'economia delle strutture ospedaliere”.

“Ci stiamo poi concentrando sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) – prosegue Fanelli – affinché venga indicato al loro interno se il paziente è stato sottoposto o meno a terapia del dolore e se il trattamento è stato efficace. Per quanto riguarda i master sulla terapia del dolore, quelli attualmente attivi e aderenti ai dettami della Gazzetta Ufficiale 89 dell'aprile 2012 sono 4, l'auspicio è che presto aumenti il numero delle Università in grado di erogarli. Le Regioni stanno proseguendo i percorsi attuativi e quasi tutte hanno deliberato, ma servono ulteriori sforzi per passare dalle delibere alla concreta applicazione della 38: ora molto dipende dalle singole realtà regionali e dai Direttori Generali delle Asl, che devono seriamente impegnarsi su questo fronte”.

La giornata di oggi di Impact 2014 è invece tutta dedicata alla discussione e alla promozione delle “scelte sagge” che indirizzino l'atteggiamento delle Istituzioni e la condotta degli operatori del settore. Verranno infatti strutturati dei gruppi di lavoro che in ottica “choosing wisely” approfondiranno specifiche tematiche di interesse: l'integrazione sul territorio tra Unità di cure palliative (Ucp) e medici di medicina generale; doveri delle istituzioni e diritti dei cittadini; l'appropriata diagnosi e terapia del Breakthrough Cancer Pain; l'importanza dell'approccio multidisciplinare al dolore; le scelte sagge per affrontare la sofferenza di natura osteoarticolare.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Violenza contro le donne: ecco la proposta di riparto dei fondi**

Quasi sei milioni di euro per nuovi centri antiviolenza, nove milioni di euro per gli interventi regionali già in essere per il sostegno alle vittime e ai loro figli e 1,1 milioni di euro rispettivamente per i centri antiviolenza e le case rifugio esistenti.

È questa la proposta di riparto dei fondi contro la violenza sulle donne stanziati dal [DL 93/2013](#) trasmessa dal Dipartimento pari opportunità alla Conferenza delle Regioni.

#### **Una "torta" da 17 milioni di euro**

Lo schema di Dpcm inviato ai governatori sottolinea che, in fase di prima attuazione della legge, si vuole procedere alla ripartizione dei fondi (10 milioni di euro per il 2013 e 7 milioni per il 2014) in un'unica soluzione. La scelta - si legge - «è stata concordata con il vice ministro, pro tempore, con delega alle pari opportunità, su richiesta delle Regioni», considerato che la legge è entrata in vigore a ottobre 2013 e assegna a regime, a partire dal 2015, 10 milioni di euro al Fondo per le pari opportunità.

#### **Il grosso dei fondi (9 milioni) agli interventi regionali**

Soltanto per questa volta, dunque, i criteri di riparto stabiliti sono i seguenti: il 33% della somma complessiva di 17 milioni, pari a 5,67 milioni, è destinato alla creazione di nuovi centri antiviolenza e case rifugio, come vuole la legge. Il restante 67% è così suddiviso:

l'80%, ovvero 9,064 milioni, va al «finanziamento aggiuntivo degli interventi regionali già operativi volti ad attuare azioni di assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, sulla base della programmazione regionale»; il 20%, ovvero 2,26 milioni, è ripartito in parti uguali tra i centri antiviolenza e le case rifugio esistenti, pubblici e privati.

### **Finanziamenti per 79 nuove strutture**

Per le nuove iniziative, le risorse sono state ripartite basandosi sul numero della popolazione e sul numero di case e centri esistenti, rapportati alla mediana pari a 1,79 per ogni 400mila abitanti. Secondo le tabelle allegate al Dpcm, le nuove strutture finanziate sarebbero 79, di cui 23 in Lombardia, 18 nel Lazio, 17 in Campania, 12 in Sicilia e in Veneto, con un contributo unitario pari a 71.772 euro. Ci sono invece Regioni che risulterebbero con un esubero di centri rispetto alla mediana, come la Sardegna, la Toscana, il Molise, Bolzano e la Puglia. E altre che sono "a posto" in rapporto alla popolazione, come Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli, Liguria e Piemonte.

### **Il caso Sicilia: ha ben 52 case rifugio**

A fare il pieno del resto delle risorse - grazie agli interventi già programmati e al numero di centri e case rifugio attivi - sono la Lombardia e la Sicilia: la prima si assicurerebbe 1,48 milioni, la seconda 1,25 milioni. Seguono la Campania con 994mila euro, l'Emilia Romagna con 878mila euro e il Lazio con 877mila euro.

Il riparto si spiega con il fatto che la Sicilia conta un elevatissimo numero di case rifugio: ben 52, che le valgono da sole un finanziamento di 359.238 euro, cifra raggiunta da nessun'altra Regione. La Lombardia, secondo la situazione immortalata, ne conta appena 11, l'Emilia Romagna 22. La Lombardia ha però in valore assoluto il maggior numero di centri antiviolenza (21), seguita da Piemonte e Toscana (20), Puglia (19) ed Emilia Romagna (14). In totale i centri attivi "censiti" sono 188, le case rifugio 164.

### **Il futuro: rendiconto a gennaio 2015, revoca dei fondi a chi non li usa**

Per il riparto a regime dei 10 milioni annui che alimenteranno il fondo dal prossimo anno, la bozza di Dpcm prevede che entro il 31 gennaio 2015 le Regioni trasmettano al Dipartimento pari opportunità quattro informazioni: le delibere varate dalla Giunta per tutti gli interventi attuati per contrastare la violenza contro le donne; il monitoraggio dei trasferimenti delle risorse effettuati dalle Regioni; gli interventi finanziati con i fondi; i dati aggiornati sul numero dei centri e le case rifugio.

Il finanziamento sarà revocato alle Regioni che non hanno usato le risorse secondo quanto indicato nel Dpcm e saranno destinati allo stesso Fondo.

Il documento è stato già esaminato ieri in una riunione tecnica e sarà all'esame di una delle prossime Conferenze Stato-Regioni.

## **Parte alla Camera l'iter del decreto Pa. La settimana in Parlamento**

In **aula alla Camera** è prevista la discussione di alcune mozioni e due accordi internazionali e l'esame delle proposte di legge n. [224](#) ed abbinata – Modifiche alla disciplina dei requisiti per la fruizione delle deroghe riguardanti l'**accesso al trattamento pensionistico**; n. [1752](#) – Modifica all'articolo 11-quaterdecies del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, in materia di **disciplina del prestito vitalizio ipotecario** (ove concluso dalla Commissione); n. [2426](#) – Conversione in legge del decreto-legge 31 maggio 2014, n. 83, recante

disposizioni urgenti per la **tutela del patrimonio culturale, lo sviluppo della cultura e il rilancio del turismo** (da inviare al Senato – scadenza: 30 luglio 2014).

L'**aula del Senato** ha all'ordine del giorno il Ddl n. [264](#) e connessi - **Imprese artigiane** (se concluso dalla Commissione) e il Ddl Cost. n. [1429](#) e connessi - **Riforma costituzionale** (Prima deliberazione del Senato) (voto finale con la presenza del numero legale) (se concluso dalla Commissione)

La **commissione Affari sociali della Camera** è convocata per la discussione in **sede consultiva** alla XIII Commissione: Disposizioni in materia di **agricoltura sociale** (esame testo unificato [C. 303](#) Fiorio e abb. – rel. Fossati), alla XI Commissione: Modifiche alla disciplina dei requisiti per la funzione delle deroghe riguardanti l'**accesso al trattamento pensionistico** (esame nuovo testo [C. 224](#) Fedriga e abb. – rel. Lenzi) e alla I Commissione: DL 90/2014: Misure urgenti per la **semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari** (seguito esame [C. 2486](#) Governo – rel. Gelli).

In **sede referente** ha all'esame il provvedimento «Disposizioni in materia di **assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare**» (seguito esame [C. 698](#) Grassi, [C. 1352](#) Argentin e [C. 2205](#) Miotto – rel. Carnevali) e in comitato ristretto del provvedimento «Modifica all'articolo 31 del DL n. 207/2008, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2009, n. 14, concernente l'**indennizzo in favore delle persone affette da sindrome da talidomide**» (seguito esame nuovo testo unificato [C. 263](#) Fucci, [C. 843](#) Piazzoni e [C. 858](#) Miotto – rel. Fucci)

La **commissione Igiene e Sanità del Senato** ha all'ordine del giorno in **sede consultiva** l'esame dei Ddl n. [1533](#) (**Legge europea 2013 bis**) rel. Silvestro e Ddl n. [1519](#) (**Legge di delegazione europea 2013** - secondo semestre), rel. Aiello, approvati dalla Camera dei deputati. Relazione alla 14a Commissione e del Ddl n. [1541](#) (d.l. n. 91/2014 competitività). Parere a 10a e 13a Commissione Rel. Dalla Zuanna.

Proseguono ancora le **audizioni** sul Ddl [1324](#) (norme varie in materia sanitaria, l'**omnibus Lorenzin**) e abb. ed è la volta di: **Unione nazionale personale ispettivo sanitario italiano; Federfarma; Associazione Italiana Ingegneri Clinici; Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico; Società italiana di fisica; Segretariato Italiano Giovani Medici.**

## **Decreto Pa: niente obbligo di polizza per i medici Ssn. Fondo, contributi decisi dal gestore**

L'obbligo di polizza assicurativa stabilito per i professionisti dalla legge 148/2011 non vale per i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Lo aveva annunciato la ministra della Salute Beatrice Lorenzin [il giorno stesso del varo del Dl Pa in Consiglio dei ministri](#) e lo chiarisce una volta per tutte la [relazione al disegno di legge di conversione del decreto sulla pubblica amministrazione](#), all'esame della commissione Affari costituzionali della Camera.

### **Quel comma oscuro del decreto Pa**

Tutto origina dalla non chiara formulazione dell'articolo 27, comma c), del Dl Pa, che recita: «Al comma 4, primo periodo (*dell'articolo 3 del decreto Balduzzi, legge 189/2012, ndr*) le parole "Per i contenuti" sono sostituite dalle seguenti: "Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti"».

### **Legge Balduzzi rivista e corretta**

Così riformulata, la norma della legge Balduzzi suona così: «Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma 2 (*il Dpcm volto ad agevolare l'accesso alla copertura da parte dei sanitari, ndr*) viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente».

### **Gli obblighi della legge 148/2011 non valgono per i medici Ssn**

Secondo la relazione al decreto Pa, questa novità «ha unicamente lo scopo di chiarire definitivamente, al fine di evitare costosi contenziosi futuri», tenuto conto della ratio della norma generale del DL 138/2011 in materia di obblighi assicurativi per i professionisti, «che tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale». La deadline del 15 agosto 2014 per dotarsi di una copertura assicurativa (fissata da ultimo dal decreto del Fare) non vale quindi per i medici Ssn. Che tuttavia non potranno contare sulle polizze Asl per essere coperti per la colpa grave.

### **Fondo di garanzia, accesso «nei limiti delle risorse»**

Il DL sulla pubblica amministrazione non si ferma qui. Precisa che l'accesso al fondo di garanzia previsto dalla legge Balduzzi per facilitare la copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie sarà consentito «nei limiti delle risorse del fondo stesso». Sarà il Dpcm - che deve essere adottato su proposta del ministro della Salute, sentita l'Ania, le Federazioni degli Ordini e dei Collegi e i sindacati più rappresentativi - a chiarire i requisiti per poter accedere. «Si precisa - dice la relazione depositata in Parlamento - che il fondo in questione costituisce un'apposita garanzia per i professionisti sanitari che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato e opera nell'ambito e nel rispetto dei principi generali vigenti in materia di responsabilità civile».

### **Contributi al Fondo decisi non dal contratto ma dal gestore**

Con il decreto Pa cambia anche la modalità di finanziamento del Fondo: il contributo dei professionisti ammessi all'accesso non sarà più stabilito «in sede di contrattazione collettiva» ma «nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo».

### **Strutture sanitarie, via alla liberalizzazione**

[Come subito anticipato dal Sole 24 Ore Sanità on line](#), il DL liberalizza l'apertura di nuove strutture sanitarie, lasciando soltanto al Comune il compito di rilasciare l'autorizzazione e cancellando l'obbligo della verifica di compatibilità del progetto (che tanto contenzioso ha creato).

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584