

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **OLBIA Il Qatar sicuro del miracolo San Raffaele aperto nel 2015**

In fondo era una questione di fede. Vaticano e Qatar possono stare sotto lo stesso tetto. E unirsi per salvare l'ospedale in agonia. L'uomo del miracolo è un manager gentile che vive a Doha, ma è innamorato della Sardegna. Qualcuno l'ha già ribattezzato mister miliardo, Lucio Rispo è il direttore della Qatar foundation, la società che ha riportato alla vita il San Raffaele. Il gigante alle porte di Olbia voluto da don Luigi Verzè sembrava destinato a rimanere un'incompiuta. A ingiallire davanti alla lentezza della burocrazia. Oltre l'ostacolo. Dopo il terremoto finanziario e giudiziario che ha raso al suolo la Fondazione Monte Tabor, l'ospedale era diventato un simbolo del gigantismo sconfitto di don Verzè. Ma alla fine è arrivata la cordata più inattesa. Il Vaticano, attraverso l'ospedale Bambin Gesù, ha trovato l'accordo con la Qatar foundation, braccio operativo dell'emiro in tutte le sue operazioni filantropiche e di ricerca. L'accordo con la politica è stato complesso e ha tanti tessitori. Su tutti il deputato Gian Piero Scanu, il padre olbiese del San Raffaele, che ha continuato a credere nel miracolo del salvataggio dell'ospedale. Anche quando il crack finanziario sembrava inesorabile. Ma per chiudere l'accordo è stato indispensabile anche il lavoro del governatore Francesco Pigliaru. Con lui il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Graziano Delrio, che ha stretto gli ultimi bulloni. L'ospedale è salvo. Verrà completato e aprirà l'1 marzo del 2015. Mister miliardo. A pilotare questa operazione è proprio Lucio Rispo, il direttore del Qatar Science & Technology Park. È lui che è riuscito a trasformare la missione impossibile in realtà. Il Qatar investirà oltre un miliardo di euro. «Tutto vero – spiega –. L'investimento in un paio di anni supererà il miliardo di euro. Per iniziare i lavori serviranno più di 100 milioni. Per prima cosa dobbiamo acquistare il building e il terreno intorno». Rispo ha condotto le trattative, ma non si occupa degli aspetti più tecnici, come i rapporti con le banche, le vere proprietarie del San Raffaele. «È una procedura molto complessa. Questi aspetti sono curati dal nostro studio legale e da quello finanziario». Sapere dal petrolio. Già perché Rispo è a capo di una società che ha un obiettivo preciso. «L'emiro vuole entro il 2030 spostare il core business del Qatar dal petrolio alla conoscenza – dice –. In questi anni abbiamo molto investito nel mondo della ricerca e della scienza. Spendiamo più o meno 6 miliardi di dollari all'anno in ricerca, ambiente, energia, informatica, telecomunicazioni, medicina. Finanziamo università e formazione scientifica. Ma è chiaro che nessuno fa le cose in solitudine. Collaboriamo con i centri specializzati. Cerchiamo la cura per malattie come il diabete, il cancro, la sclerosi laterale amiotrofica. Ma per fare questo dialoghiamo da sempre con le eccellenze e cerchiamo le intelligenze. I nostri partner come la Cornell University, il Saint Mary hospital, sono all'avanguardia nel mondo della ricerca e delle scoperte scientifiche. Per esempio con la General Electric abbiamo creato una nuova tecnologia per la mammografia. I risultati sono tangibili, con una riduzione della mortalità». Il diabete. A spingere il Qatar all'investimento anche una patologia che affligge la Sardegna e il Qatar. Il diabete. L'isola è seconda al mondo per

l'incidenza della patologia in proporzione alla popolazione. Nello stato arabo il 17 per cento degli abitanti soffre di diabete. «Sì questo aspetto è stato considerato – confessa Rispo –. Il diabete colpisce il Qatar e la Sardegna. Il San Raffaele dovrà trovare una cura». Costa e San Raffaele. Pochi chilometri separano l'ospedale dal regno dei divertimenti che l'emiro si è comprato, la Costa Smeralda. «Ma tra i due non c'è nessuna relazione – spiega Rispo –. Io lavoro per la Qatar foundation che è una cosa del tutto differente dalla Qatar investment che si occupa di un altro tipo di attività. Verrà da sorridere, ma se io dovessi incontrare i responsabili di quella società non li riconoscerei. Non so chi sono. Io ho l'ufficio a Doha, come loro. Ma il rapporto è tutto qua. I due investimenti sono del tutto differenti. Nel primo caso c'è un interesse di tipo immobiliare. Nel nostro si investe in ricerca». Al di là della fede. A salvare il San Raffaele dalla rottamazione è un accordo che vede tra i principali protagonisti il Bambin Gesù, ospedale del Vaticano, e la Qatar foundation, società che è una diretta emanazione dell'emiro, musulmano e sunnita. Un accordo che va al di là delle differenze religiose. «Non trovo nulla di strano – afferma Rispo –. Vivo in Qatar dal 2006, sono cristiano. A Doha ci sono la moschea e la chiesa. Ho tanti amici musulmani, da noi c'è piena libertà di espressione e di culto. Certo serve il rispetto delle differenti religioni. Ma non ci trovo nulla di strano». Aperto a tutti. Ci sono già cifre concrete per l'accordo. «Il Qatar ha messo sul piatto oltre un miliardo di euro, con uno stanziamento iniziale superiore ai 100 milioni. I posti di lavoro previsti sono oltre mille – continua –. Ci tengo a precisare un aspetto. Sarà un centro di ricerca di importanza mondiale, ma anche un ospedale aperto a tutti. Non si dovrà essere milionari per entrare al San Raffaele. Lavoriamo per creare reparti di eccellenza. Non solo la pediatria. In questo momento portiamo avanti due tavoli. Uno che riguarda la ricerca l'altro la clinica. Quali reparti avere e come strutturarli. Un discorso in cui ha un ruolo da protagonista la Regione». Aperto dall'1 marzo 2015. Data certa anche per l'avvio dei lavori e l'apertura. «La firma del protocollo con la Regione è prevista per il 24 giugno, dal 25 potranno iniziare i lavori, che termineranno a marzo del 2015». E per chi dovesse avere dubbi Rispo è categorico. «L'ospedale aprirà a marzo del 2015. Così ha ordinato l'emiro. E quando lui dà un ordine non c'è margine di errore». La burocrazia. Per Rispo una difficoltà ulteriore. Cercare di far capire ai pragmatici manager del Qatar suoi colleghi, la complicata macchina burocratica dell'Italia. «Credo sia stato uno degli aspetti più complicati – afferma –. Per chi non è italiano entrare nei meccanismi che regolano la nostra legislazione è uno sforzo culturale e non solo giuridico. Ma devo dire una cosa. Ho incontrato persone che mi hanno fatto sentire orgoglioso di essere italiano. Persone come il Ministro Delrio che ha avuto un ruolo fondamentale e ha fatto di tutto per superare tutti gli ostacoli burocratici. Anche il governatore Francesco Pigliaru e il suo predecessore Ugo Cappellacci hanno lavorato bene e al massimo delle loro possibilità perché l'accordo arrivasse. Come loro ho potuto apprezzare anche i ministri dello Sviluppo economico, degli Affari esteri, della Sanità, e il premier Matteo Renzi». Rispo racconta anche degli altri ostacoli incontrati durante il cammino. «A volte è complicato anche riuscire a spiegarsi in modo corretto. È accaduto che in passato filtrasse un messaggio sbagliato. Noi investiamo risorse per fare ricerca e portare scoperte scientifiche. Vogliamo attirare i migliori cervelli e metterli a servizio del progresso della conoscenza e del benessere umano. Qualche volta non è stato capito. Forse non siamo stati bravi noi a spiegarci. Miglioreremo anche in questo». Rispo fa anche la sua dichiarazione d'amore all'isola. «La Sardegna è meravigliosa e i sardi lo sono ancora di più. Leali, tenaci, intelligenti. Insieme daremo vita a uno dei migliori ospedali al mondo».

## **Entro un mese la firma definitiva**

Tempi certi e scadenze già decise. Il tavolo tecnico Regione, Qatar Foundation e ospedale Bambin Gesù ha ancora dodici giorni di tempo per chiudere la partita del San Raffaele con una bozza d'accordo sui reparti che saranno aperti e il numero dei posti letto. Entro il 12 giugno, è questa la prima scadenza, la bozza della delibera di Giunta sul nuovo ospedale di Olbia dovrà essere sul tavolo della commissione Salute del Consiglio regionale, che dovrà esprimere un parere vincolante. Dopo due settimane di confronto con l'assessore alla Sanità e le altre parti in causa (Asl, sindaci e ordini professionali) la proposta di delibera dovrà essere discussa in Consiglio regionale e votata. Se l'aula darà il via libera il 24 giugno, così come previsto dal protocollo di qualche settimana fa a Palazzo Chigi, la Regione firmerà il definitivo accordo di programma con la Qatar Foundation e il Bambin Gesù. Se non ci saranno intoppi, il 25 giugno riprenderanno i lavori nel cantiere e domenica primo marzo del 2015 ci sarà il taglio del nastro.

## **Qatar Foundation Ogni anno sei miliardi per convertire l'economia dal petrolio alla conoscenza**

Per qualcuno è solo la scritta che campeggia sulla maglie della squadra di calcio del Barcellona, ma la Qatar foundation è una associazione no profit che l'ex emiro del Qatar Hamad Bin Khalifa Al Thani ha creato nel 1995 con la sua seconda moglie Sheikha Moza Bint Nasser. È lei a guidare la fondazione. Lo scopo dell'ente è promuovere la ricerca scientifica e tecnica, la conoscenza e difendere la salute di chi vive nel Qatar e di tutta la popolazione mondiale. Per questo accordo dopo accordo la Qatar foundation ha dato vita a 80 joint venture sparse nel mondo. Collaborazioni prestigiose in diversi campi. Da quello medico a quello della alta ricerca scientifica. Dalla medicina alle nanotecnologie. L'obiettivo dell'emiro è spostare l'asse dei guadagni dello stato che galleggia su una bolla di gas naturale. Trasformarsi da superpotenza dell'energia a gigante della conoscenza. Un traguardo ambizioso, ma l'emiro ha dato anche una scadenza abbastanza vicina. Il 2030 deve essere l'anno del sorpasso. L'investimento sul San Raffaele, un miliardo in un paio di anni, non è tra i più impegnativi per la fondazione, che ogni anno spende 6 miliardi di euro per alimentare i suoi progetti in tutto il pianeta. Tutti gli investimenti vengono monitorati con grande attenzione e con lo scrupolo dei manager che lavorano all'interno della fondazione che ha la sua sede a Doha.

## **OLBIA Paolo Moi: ecco come vinceremo la crociata contro la talassemia Il medico del Microcitemico in città per il convegno dell'Avis "Donazioni e terapie innovative"**

L'intervento del professor Paolo Moi incentrato sulla "terapia genica", nuova frontiera nella lotta alla talassemia, ha impreziosito il convegno regionale organizzato dall'Avis "Donazioni e terapie innovative", incentrato sulle nuove forme di donazioni di sangue e sugli sviluppi dell'utilizzo di staminali anche tramite il sangue cordonale. La manifestazione svoltasi al museo archeologico era organizzata grazie al centro trasfusionale dell'Asl di Olbia. L'intervento di Moi, luminare nel settore della lotta all'anemia mediterranea, direttore della II Clinica pediatrica e del reparto pediatrico di talassemia dell'ospedale microcitemico di Cagliari, spiega a che punto sono gli studi in materia. «La talassemia è una malattia genetica che quindi si presta a esser curata con la terapia genica – dice Moi – . È stata la prima malattia genetica di cui è stato identificato il gene, nel '78. Già da allora in

teoria era possibile pensare di introdurre il gene nelle cellule per correggere la malattia. Ma mancavano le conoscenze adeguate. Infatti ci sono voluti tanti anni di ricerche per conoscere anche le caratteristiche delle funzioni regolatrici dei cromosomi che servono per far funzionare quel gene». Nel frattempo ci si è affidati al trapianto di midollo che però ha dei limiti oggettivi. La svolta si è avuta quando si è scoperto che il vettore più efficiente può essere l'Hiv, il virus dell'Aids: «E' infatti specializzato nell'entrare nelle cellule e integrarsi con il Dna – spiega Moi –; normalmente integra se stesso, ma svuotandolo di tutto ciò che è patogeno mettendoci dentro il nostro gene, si può sfruttare la sua capacità di inserirsi spingendo l'organismo a produrre l'emoglobina. Fino a qual momento si usavano altri virus che non erano altrettanto efficienti, perché le cellule staminali, essendo in qualche modo “quiescenti” sono profondamente refrattarie a essere modificate ». Ciò ha portato a nuove speranze e dalla collaborazione con l'università di New York è iniziata da oltre un anno una sperimentazione con tre pazienti, di cui uno sardo, Ivano Argiolas, che ha portato la sua testimonianza ed è in attesa di quei risultati che sono già visibili in un'altra paziente, una siciliana, la quale ha ridotto in maniera significativa le trasfusioni. Argiolas rappresenta un po' il pioniere sardo della terapia genica, che presenta una quota di rischi, e la sua presenza ha emozionato i talassemici che hanno assistito al convegno.

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Stato Regioni. Rinviato le nomine di Pani (Aifa) e Bevere (Agenas)**

*A chiedere il rinvio sono state le Regioni, per “affrontare la questione delle riforme di questi enti”, ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani. Nulla di fatto anche sugli indennizzi per danni da trasfusione e vaccinazioni obbligatorie. Il tema sarà affrontato in un incontro tecnico dal Mef.*

Bisognerà aspettare per sapere se Luca Pani sarà confermato direttore generale dell'Aifa e se Francesco Bevere riceverà invece l'incarico di nuovo direttore dell'Agenas. La Conferenza Stato Regioni, nella seduta straordinaria di oggi, ha infatti rinviato l'intesa sulle nomine proposte dal ministro della Salute. Il motivo, secondo quanto spiegato dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, consiste proprio nella richieste delle Regioni di prendere un po' di tempo per “affrontare le riforme di questi enti. La prossima settimana daremo il nostro parere”.

Nulla di fatto anche per quanto riguarda le problematiche legate al pagamento degli indennizzi per chi ha subito danni da trasfusioni, vaccinazioni obbligatorie e somministrazione di emoderivati. Il Governo ha preso atto del problema sollevato dalle Regioni, ma per affrontare la questione sarebbe stato proposto un incontro tecnico al Mef.

Ecco, in dettaglio, gli esiti di tutti i provvedimenti esaminati e discussi oggi dalla Conferenza Stato Regioni e [anticipati nei giorni scorsi dal nostro giornale](#):

- 1) Problematiche connesse agli indennizzi previsti dalla legge n. 210 del 1992 a favore

dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. **PRESA D'ATTO**

2) Intesa sulla proposta del Ministro della salute relativa alla nomina del Dott. Francesco Bevere nell'incarico di Direttore Generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. **RINVIO**

3) Intesa recante modifica all'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni il 1° luglio 2004 (Rep. atti n. 2037 avente ad oggetto: “Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288”. **SANCITA INTESA**

4) Parere sullo schema di decreto ministeriale “Regolamento recante norme per l'attuazione della direttiva 2013/46/UE che modifica la direttiva 2006/141/CE per quanto concerne le prescrizioni in materia di proteine relative agli alimenti per lattanti e agli alimenti di proseguimento”. **PARERE RESO**

5) Parere sulla proposta del Ministro della salute relativa alla conferma dell'incarico di Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco al Prof. Luca Pani **RINVIO**

6) Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il contributo alla finanza pubblica, per l'anno 2014, di cui all'articolo 46, commi 6 e 7, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. **SANCITA INTESA**

P. non iscritto all'o.d.g

Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2013. **SANCITO ACCORDO**

## **Mobilità sanitaria. Accordo raggiunto in Conferenza delle Regioni**

*Vale circa 1 miliardo l'accordo per la compensazione della mobilità sanitaria 2013. Le tariffe utilizzate sono le stesse del 2012, che sono le stesse di quelle del 2011.*

La Conferenza dei presidente delle Regioni ha raggiunto questa mattina l'intesa sull'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2013. Un accordo che vale in totale circa 1 miliardo e che è stato preso tenendo conto delle tariffe sulle prestazioni del 2012, che poi sono le stesse di quelle del 2011, come ricordato a margine dei lavori dal coordinatore degli assessori alla Sanità, **Luca Coletto**, e dall'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti**, che hanno espresso soddisfazione per il lavoro svolto e il risultato raggiunto.

L'obiettivo delle Regioni è ora chiudere il riparto del Fondo sanitario nazionale 2014 tra le Regioni e il Patto per la Salute.

## **Diabete. Disponibili *online* le nuove linee guida italiane SID-AMD**

*Arriva la terza edizione degli 'Standard italiani per la Cura del Diabete Mellito' e l'occasione per il 'lancio' è rappresentata dal Congresso Nazionale della Società Italiana di Diabetologia. Tra le principali novità, il formato solo elettronico, le nuove terapie, i nuovi aspetti delle complicanze della malattia.*

Dopo quattro anni, arriva la nuova edizione delle linee guida italiane per la diagnosi e terapia del diabete mellito. Le nuove linee guida, frutto della collaborazione SID e AMD, non saranno più disponibili in edizione cartacea, ma solo in formato elettronico, saranno consultabili su [sito web dedicato](#). Tra le novità dell'edizione 2014, la personalizzazione degli obiettivi per l'emoglobina glicata, i nuovi obiettivi del trattamento della pressione arteriosa, le nuove terapie e i nuovi aspetti della nefropatia diabetica.

“Questa edizione degli Standard – spiega la dottoressa **Simona Frontoni**, coordinatrice degli Standard per SID (insieme alla dottoressa **Tina Lapolla**) e Responsabile UOC Endocrinologia e Diabetologia dell'Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma - è nata dalla volontà di creare delle linee guida, che fossero calate nella realtà italiana e che si discostassero dalle linee guida americane, quelle dell'*American Diabetes Association*, che avevano ispirato la prima edizione del 2007. Già nell'edizione del 2010 avevamo cercato di dare una caratterizzazione, che tenesse fortemente conto della realtà italiana e che si è ulteriormente concretizzata negli Standard di quest'anno”.

I capitoli che hanno visto un aggiornamento più evidente sono quelli della terapia del diabete tipo 2, essendo state considerate tutte le nuove molecole entrate in commercio a partire dal 2010. Novità anche nei capitoli relativi alle complicanze del diabete e ai *target* di terapia dei fattori di rischio. I *target* di pressione arteriosa, ad esempio, passano da 130 per la massima (pressione sistolica) e 80 per la minima (pressione diastolica), a 140 e 80, rispettivamente. Questa revisione è dettata dai risultati degli ultimi studi pubblicati in materia che hanno dimostrato che, scendere sotto 140 mmHg di massima, non comporta alcun vantaggio, anzi, quando si scenda molto al di sotto di questi valori, tendono ad aumentare gli eventi avversi inclusa la mortalità soprattutto nel caso del paziente anziano.

Il *target* dell'emoglobina glicata è rimasto invariato, ma viene ulteriormente sottolineata la necessità di individualizzare gli obiettivi della terapia, a seconda che si parli di un giovane con un diabete di recente diagnosi o di un anziano con tanti anni di diabete alle spalle e altre patologie associate. “In questo – afferma la dottoressa **Frontoni** – siamo stati dei precorrittori, perché nei nostri standard del 2010 era già sottolineata questa necessità di differenziare i *target* di glicata, nelle varie popolazioni di pazienti”.

Gli obiettivi di un buon trattamento del diabete sono dunque un'emoglobina glicata inferiore a 7% in generale; inferiore a 6,5% nel giovane con diabete appena diagnosticato e senza altre patologie associate; mentre diventa 'accettabile' anche un valore di 8-8,5% nell'anziano fragile, con malattia di lunga durata e altre patologie associate o complicanze del diabete in fase avanzata.

Gli obiettivi di glicemia a digiuno e prima dei pasti sono 70-130 mg/dl; quelli della glicemia 1 e 2 ore dopo un pasto sono <160 mg/dl. Invariati gli obiettivi di trattamento della dislipidemia: il colesterolo 'cattivo' o LDL dovrebbe essere inferiore a 100 mg/dl o addirittura inferiore a 70 mg/dl in pazienti con pregressi eventi cardiovascolari o fattori di

rischio multipli; il colesterolo ‘buono’ (HDL) dovrebbe essere superiore a 40 nel maschio e superiore a 50 mg/dl nella femmina; i trigliceridi dovrebbero essere inferiori a 150 mg/dl.

“Per quanto riguarda le complicanze renali del diabete – spiega la dottoressa **Frontoni** – il diabetologo accorto non può accontentarsi di una microalbuminuria assente per concludere che quel paziente non abbia già un qualche grado di nefropatia diabetica. Al contrario, deve sempre calcolare, in tutti, anche il filtrato glomerulare, tanto più che è possibile farlo con semplici formulette, descritte negli Standard”.

Questa edizione degli Standard, la terza, non sarà più disponibile in formato cartaceo, ma solo elettronico e sarà consultabile su un sito interattivo *online* dedicato, che contiene oltre ai testi dei capitoli, anche una serie di *link* a riferimenti importanti, quali linee guida, *review*, metanalisi, documenti ufficiali, leggi, circolari, siti di organizzazioni. La pubblicazione *online* consentirà inoltre di apportare tempestivi aggiornamenti, non appena si rendano disponibili nuove evidenze scientifiche.

“Gli Standard Italiani – commenta la dottoressa **Frontoni** - forniscono la testimonianza più valida dell’elevato grado di cultura e competenza della Diabetologia Italiana, che ancora una volta elabora un documento unitario e di estremo valore per una corretta gestione della pratica clinica quotidiana fornendo, nello stesso tempo, un solido riferimento per le amministrazioni e per le agenzie regolatorie. Gli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito sono ormai da tempo riferimento per l’intera comunità diabetologica e medica, forti della collaborazione tra Società Italiana di Diabetologia (SID) ed Associazione dei Medici Diabetologici (AMD)”.

Questa terza edizione degli Standard di Cura – commenta il **Prof. Stefano Del Prato**, Presidentedella Società Italiana di Diabetologia – rappresenta il segno di un’ulteriore crescita della maturità della comunità diabetologica italiana che lavorato in modo intenso, competente e indipendente. C’è da augurarsi che oltre all’apprezzamento del diabetologo clinico, che troverà negli Standard lo strumento più solido per guidare le proprie scelte diagnostiche e terapeutiche possa anche essere acquisito come documento di riferimento dalle agenzie centrali come AIFA, così come da quelle regionali nello svolgimento del loro lavoro di analisi dei processi di rimborsabilità, anche e soprattutto dei nuovi farmaci”.

## DOCTORNEWS33

### **Test medicina. Carelli (Euract): non urge abolirli ma sapere quanti specialisti serviranno**

«L’Università ha ragione a non voler passare al modello francese subito, significa dover selezionare i futuri medici dopo un primo anno in cui si studiano chimica e fisica e gli insegnamenti sarebbero comuni con Farmacia e Odontoiatria. Il problema non è abolire o no il numero programmato, ma il test d’accesso, che presenta quiz a risposta multipla, nozionistici, incapaci di intercettare una vocazione medica. A monte c’è però un secondo problema: la selezione da noi si fa navigando a vista, altrove no». Francesco Carelli, membro dell’Executive Board di Euract Council, l’associazione dei tutor dei corsi di medicina generale europei, risponde a distanza ad Antonio Carrassi preside di Medicina a

Milano, perplesso di fronte alla proposta del ministro dell'Università di abolire entro luglio il test per selezionare gli ingressi di studenti ai corsi di Medicina e Odontoiatria. «In Italia - spiega Carelli - al momento del test conosciamo il fabbisogno di aspiranti medici, che è un dato indeterminato. Invece in quasi tutti i paesi dell'area Ue, dalla Gran Bretagna alla Spagna, dalla Romania al Nordeuropa, si conosce il fabbisogno di specialisti che serviranno 10 anni dopo: oculisti, anestesisti ed altri medici che fanno comodo al sistema paese, che ne predetermina l'entità numerica massima sostenibile. Se non si conosce questo dato succede come ora, che nelle facoltà mediche italiane entrano 7 mila studenti (ed altri, bocciati al quiz, si trasferiscono all'estero pur di studiare medicina), ma c'è posto per 3500 specializzandi, mentre gli altri devono emigrare. Al contrario, i sistemi universitari di altri paesi hanno già i numeri su cui lavorare; ciò consente di affrontare all'ingresso del corso di studi una selezione vocazionale con quiz scritti e colloqui con commissioni di docenti. Si potrebbe fare anche in Italia, con collegi regionali per minimizzare gli spostamenti. Le commissioni di selezione, pur non a costo zero, garantiscono un investimento redditizio al futuro del Ssn, selezionando con un lavoro certosino gli studenti in base alla specialità per le quali li ritengono portati. In Italia, giovani immatricolati in questo modo potrebbero godere di una prospettiva nitida su ciò che li aspetta. Le famiglie italiane non butterebbero via soldi e non ci sarebbero ondate di ricorsi ai tribunali amministrativi per l'ammissione ai corsi di studi, come non ce ne sono in Inghilterra e nemmeno in Spagna».

## **Corti (Fimmg): riscritto art.1 per smontare fautori pseudodipendenza**

«La convenzione che trattiamo è una svolta come quella del '78, disegna il medico di famiglia dei prossimi 20 anni, la fine della guardia medica vista fin qui, la partenza di un'area delle cure primarie che rileva compiti degli ospedali, un ruolo unico dei mmg. Perciò anziché giocare "di rimessa", abbiamo cercato di fare una valutazione corredata da analisi economiche, legali e giuridiche». **Fiorenzo Corti**, responsabile comunicazione Fimmg, spiega com'è nato il nuovo articolo 1 dell'accordo nazionale, presentato ieri dal suo sindacato alla Sisac, l'agenzia interregionale controparte dei sindacati, dal vicesegretario Silvestro Scotti, in una riunione fiume conclusa a sera. Peraltro, Fimmg intendeva portare l'articolo 1 in Parlamento; invece lo porta "solo" alla Sisac. «Abbiamo inteso valutare se tra le regioni c'è la buona volontà di chiudere l'accordo. La trattativa può ripartire solo condividendo le idee di base. Il colloquio di ieri non doveva portare risposte, avendo poi un ordine del giorno che va ben oltre quanto pensavamo, ma solo più chiarezza ».

### **In delegazione il sindacato ha un giuslavorista.**

«Urge scrivere meglio alcuni articoli, come il 21 sui rimborsi ai medici per i distacchi sindacali. Si pensava d'interpretarlo in modo omogeneo, ma alla prima contestazione di un'Asl è venuto fuori il caos (la Sisac sostiene che i compensi per il sostituto vanno trattenuti al medico sindacalista, ma per i sindacati si tratta di una lettura arbitraria delle sentenze dei tribunali in materia ndr). Mi auguro si stia avviando un patto di comprensione sui contenuti».

*Il ruolo unico e lo status di libero professionista le regioni li condividono o no?*

«Rimarcare l'autonomia del ruolo unico è sempre un bene. Qualcuno ci vuol portare alla dipendenza a costo zero per lo stato: le tutele sarebbero a carico del mmg. Nella piattaforma Smi leggo: "Non si può parlare di ruolo unico prescindendo dalla necessità di ottenere per assistenza primaria, continuità assistenziale etc uguali tutele (malattia, maternità e ferie) e

retribuzioni (ivi compreso il TFR), già riconosciute alla specialistica ambulatoriale”. Ma per la medicina generale c’è un tetto, TFR & co sarebbero detratti dallo stipendio, e la nuova busta paga andrebbe in perdita. Certe proposte sono ben strane».

### **Fimmg chiede anche un ruolo più forte per lo stato centrale.**

«Chiediamo che l’accordo nazionale sia la matrice di tutti gli accordi della medicina generale; gli integrativi regionali devono essere il più possibile snelli e ben disegnati: quello aziendale deve governare la materia che residua dal regionale e il regionale ciò che residua dal nazionale».

## **Congresso Anmco, cardiologi preoccupati dagli stili di vita**

I programmi di sensibilizzazione e informazione sulla salute cardiovascolare hanno iniziato ad avere i primi effetti tangibili sulla salute degli italiani. Molto, però, c’è ancora da fare nell’ambito della prevenzione. Così il direttore generale dell’Iss **Angelo Del Favero** commenta l’indagine dell’Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Iss-Anmco Health Examination Survey, condotta, a 10 anni di distanza dalla precedente, su oltre 9.000 italiani di età compresa tra i 35 e i 79 anni. Dall’indagine, presentata al Congresso Nazionale di Cardiologia Anmco in corso a Firenze, si evidenzia una riduzione del rischio cardiovascolare globale, 6% negli uomini e 15% nelle donne, e una stabilizzazione del rischio di infarti e ictus. Merito di una maggiore consapevolezza e aderenza alle terapie disponibili. «I dati evidenziano che i valori medi della pressione arteriosa sono finalmente in leggero ma costante calo» spiega **Simona Giampaoli**, Co-direttore per l’Iss dell’Osservatorio epidemiologico cardiovascolare. «Scende anche la prevalenza della sindrome metabolica e il diabete, pur restando molto diffuso, rimane stabile e viene tenuto meglio sotto controllo» aggiunge. Le ombre arrivano da alcuni aspetti legati allo stile di vita come conferma il presidente Anmco **Francesco Bovenzi** «l’indagine per la prima volta ha misurato le abitudini alimentari e valutato la prevalenza della combinazione di più stili di vita sani: astensione dal fumo, attività fisica e abitudini alimentari corrette, evidenziando che pochissimi sono gli italiani “virtuosi”. Solo un italiano su 10 non fuma, fa attività fisica regolarmente e segue almeno 5 comportamenti alimentari tra quelli considerati protettivi per il cuore dagli esperti» conclude Bovenzi. È la prevenzione, perciò, l’aspetto sul quale continuare a lavorare. «L’obiettivo di promuovere stili di vita sani è tra i principali dell’Iss» rassicura Del Favero «in prima linea insieme a regioni, Società scientifiche e ministero a sostenere e supportare i piani di prevenzione primaria che nel medio e lungo termine sono quelli più efficaci a migliorare la qualità di vita e a diminuire il costo del Ssn».

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Avastin-Lucentis: montano le critiche sul parere del Css**

La scelta del Consiglio superiore di Sanità di utilizzare una definizione di equivalenza basata sull’assenza di prove di diversità e non sulla dimostrazione scientifica della stessa nel parere del 15 aprile sull’uso ospedaliero off-label di Avastin (Novartis) per i pazienti con degenerazione maculare senile finisce nel mirino di un gruppo di esperti del settore che hanno avviato una raccolta di firme su un documento che ne segnala tutte le criticità.

Al documento - stilato da Mauro De Rosa (Docente a contratto di Politiche Farmaceutiche, Università Piemonte Orientale), Andrea Messori (dirigente farmacista, dell'Unità di Hta dell'Area Vasta Toscana Centro) e Giuseppe Mancina (Professore Emerito di Medicina all'Università di Milano Bicocca) - hanno già dato la loro adesione Paolo Bianco (Dipartimento di Medicina Molecolare, Università la Sapienza di Roma), Elena Cattaneo (Department of Biosciences, Università di Milano) e Michele De Luca (Centro di Medicina Rigenerativa -Stefano Ferrari, Università di Modena e Reggio Emilia). Obiettivo dell'iniziativa, raccogliere entro domenica 15 giugno (all'indirizzo [controversi.avastin.css@gmail.com](mailto:controversi.avastin.css@gmail.com)) da 20 a 40 adesioni autorevoli per esperienza, competenze e indipendenza di giudizio in vista della decisione sulla riammissione alla rimborsabilità da parte della Commissione tecnica scientifica dell'Aifa, proprio a valere sul parere espresso dalla Cts, attesa nella seconda metà di giugno

Nel mirino degli esperti il metodo che il Css ha adottato nell'esaminare le evidenze di efficacia e di sicurezza per bevacizumab off-label e Lucentis. «Il Css ha utilizzato una definizione di equivalenza basata sul concetto di "no proof of difference" piuttosto che su quello (metodologicamente più accreditato) della "*proof of no difference*"» - scrivono. - «È noto che il primo rappresenta una mancanza di prove mentre il secondo corrisponde all'avvenuta dimostrazione di equivalenza. È indiscutibile che dimostrare la "*proof of no difference*" è assai più difficile che ricercare una "*no proof of difference*"; ciò nonostante, adottare questo approccio ai fini dell'approvazione di un intervento terapeutico così controverso appare, a nostro avviso, una scelta da approfondire e da riconsiderare, soprattutto se applicata ad un trattamento off-label come l'Avastin intravitreale e se riferita ad una questione di sicurezza vs. costo del trattamento».

«Nel nostro sistema sanitario così come nella comunità scientifica sia internazionale che nazionale - prosegue il documento - è largamente condivisa una impostazione per cui i dati di efficacia e di sicurezza (ossia le evidenze) guidano le decisioni. E non viceversa». «Un principio - aggiungono - che va salvaguardato in un contesto in cui questi "dati" evolvono con estrema rapidità, soprattutto nel campo della farmacoterapia». Di qui i due "vincoli" - il primo di natura evidenziale il secondo di natura organizzativo-farmaceutica - cui gli esperti chiedono di condizionare la riammissione del bevacizumab intravitreale nella lista dei trattamenti gestiti ai sensi della Legge 648/96 (uso off label):

1. Reale «disponibilità di prove le prove della non differenza tra bevacizumab e ranibizumab, meglio se derivanti da trial prospettici controllati». Assumere una decisione diversa adesso , sottolinea il documento «significherebbe esporre i pazienti italiani ad un presunto o reale rischio di effetti avversi», poiché «ci sembra che ci sembra che i dati oggi parlino contro la sicurezza di bevacizumab».

2. Creazione da parte di Aifa di una Nota e un Registro che circoscrivano l'uso di questo trattamento off-label all'interno delle strutture pubbliche del Ssn e più precisamente all'interno dei reparti ospedalieri (escludendo gli ambulatori extraospedalieri); assegnazione della preparazione «esclusivamente alle farmacie ospedaliere dotate di cappa a flusso laminare vertical; verifica sistematica da parte di Aifa su scheda e follow up ben definiti.

Il tutto per realizzare quel «quadro di attento monitoraggio peraltro già prefigurato dal Css».

## **Mobilità sanitaria: per il 2013 le Regioni confermano la Tuc (tariffa unica convenzionale) 2012**

La conferenza delle Regioni ha deciso per il 2013 di prorogare la TUC (tariffa unica convenzionale) e le regole di applicazione contenute nell'accordo interregionale per la compensazione dell'attività 2012 sia per l'ospedaliera che per gli altri flussi.

Per quanto riguarda la Tuc, per escludere l'attività erogata in regime di mobilità sanitaria dall'obbligo di porre a carico dei bilanci regionali gli importi derivanti dall'applicazione di tariffe superiori alle tariffe massime fissate dal decreto, le Regioni hanno chiesto al ministero della Salute di confermare la non applicabilità del DM 18 ottobre 2012 (i nuovi Drg) alle tariffe uniche convenzionali sancite dagli accordi interregionali.

La conferenza ha concordato anche che per il 2014, non essendo più applicabile la TUC 2012, prorogata per il 2013, la mobilità sanitaria sarà compensata partendo dal DM 18 Ottobre 2012, che tutte le Regioni ritengono necessario correggere in sede di accordo, impegnandosi in tale senso.

«Abbiamo confermato le tariffe del 2012, che a loro volta sono uguali a quelle del 2011», ha spiegato l'assessore alla Salute dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti, al termine della conferenza delle Regioni. «La linea è di continuità assoluta, di un equilibrio che si era già ottenuto».

Le tariffe della Tuc 2012 (la tariffa unica convenzionale, quella cioè su cui concordano le Regioni, Drg per Drg, per pagare le prestazioni in mobilità sanitaria) sono infatti le stesse del 2011.

Nella "vecchia" Tuc era stata confermata anche la tabella dei farmaci oncologici a elevato costo utilizzata per l'anno 2011 e quella dei farmaci somministrati a pazienti emofilici già utilizzata per il 2011 che dovrà essere aggiunta alla Tuc 2012.

Altro capitolo sulla mobilità riguarda i saldi di mobilità internazionale.

La legge di stabilità 2013 ha stabilito che dal 1° gennaio 2013 le Regioni devono farsi carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie che riguardano questo tipo di mobilità, da inserire quindi nel riparto del fondo sanitario attraverso un sistema di compensazione.

Entro aprile dovrà essere emanato un regolamento Salute-Economia per l'applicazione di queste previsioni e le indicazioni che la Commissione Salute dà in questo senso sono queste:

- l'anno a partire dal quale le Regioni si fanno carico della mobilità sanitaria internazionale sarà il 2013;
- a partire da tale anno nella Tabella C del riparto saranno inseriti i crediti, i debiti e i saldi della mobilità sanitaria internazionale in acconto stimato per il 2013 sui dati 2011.