

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDI' 2 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE Sanità, Arru: il deficit va abbattuto subito Dalla riduzione delle Asl al taglio delle spese La Giunta ha già preparato il percorso di riforma.**

Sulla sanità nessuno sconto: il deficit (400 milioni) va abbattuto in fretta. L'ha ribadito l'assessore Luigi Arru nella risposta all'interrogazione presentata dal consigliere regionale Marco Tedde (Forza Italia) sulla delibera di giunta che da luglio in poi ha imposto ai manager Asl (nominati dal centrodestra) di «limitarsi all'ordinaria amministrazione». Per Tedde la delibera è stata «un'evidente ingerenza della politica nella gestione che spetta ai direttori generali». Secca la risposta di Arru: «Gli obiettivi dovevano essere tre: ridurre i costi, razionalizzare i posti letto e migliorare gli standard dei servizi, ma nessuno è stato raggiunto». In altre parole, la delibera non è stata altro che l'antepresa di quanto accadrà nei prossimi mesi: il commissariamento delle Asl, delle due Aziende miste di Sassari e Cagliari, sono i policlinici universitari, e dell'ospedale Brotzu di Cagliari. Prima del cambio della guardia provvisorio, come si sa da tempo, ci sarà l'approvazione in aula della proposta di legge presentata dal Pd e che ha come punto forte la costituzione dell'Asl regionale per le emergenze. Proposta che – seppure con qualche probabile correzione in corsa – passerà di sicuro, ma oggi «non può essere contrabbandata da nessuno come la riforma definitiva del sistema sanitario», hanno scritto dai banchi della maggioranza i consiglieri regionali Emilio Usala e Paolo Zedda dei Rossomori. Per loro la svolta arriverà quando saranno revocati, senza titubanza aggiungono, «gli incarichi agli amministratori che non hanno raggiunto gli obiettivi richiesti, come lo è il rigoroso controllo della spesa sanitaria». Sempre di spesa hanno parlato i segretari del sindacato autonomo dei medici e dei laboratori di analisi convocati dalla commissione Sanità del Consiglio regionale. Secondo Giuseppe Lo Nardo del Sampi, «con la riduzione delle tariffe pagate dalle Asl agli studi e laboratori privati, come imposto da un decreto del ministero alla salute, sarebbero inevitabili i licenziamenti nelle strutture sanitarie private, almeno 800 posti in meno, e la drastica riduzione dei servizi offerti ai cittadini». Le tariffe – ha aggiunto – sono ferme dal 1998 e non solo non state aggiornate ma già ridotte del 20 per cento e ora c'è il rischio di un altro

taglio. «A quel punto la situazione diventerebbe insostenibile – ha detto Lo Nardo – e un servizio privato che ora supplisce alle carenze di quello pubblico, ma pesa sul bilancio regionale solo per 61 milioni contro i circa 370 milioni che costano le prestazioni fornite dalle Asl, sarebbe ridimensionato». È un pericolo che non va corso, ha detto il presidente della commissione, Raimondo Perra, soprattutto perché la chiusura degli studi convenzionati ricadrebbe sulle strutture pubbliche già in difficoltà».

## **OLBIA In fila per pagare il ticket: un calvario, ore d'attesa Da ieri lo sportello del Centro unico di prenotazione lavora con personale ridotto**

Un cordiale cartello accoglie gli utenti del Centro unico di prenotazione al piano terra dell'ex ospedale. «Per carenza di personale oggi sarà attivo solo uno sportello Cup/ticket. Nello scusarci per i disagi arrecati invitiamo gli utenti a utilizzare lo sportello solo per il pagamento del ticket». Basta sollevare lo sguardo per trovare conferma nella gentile comunicazione della Asl. Sala d'attesa imbottita di persone. Più di sessanta. Scontrino alla mano, sguardo fisso al tabellone luminoso in attesa dell'estrazione fortunata del proprio turno. Per poter pagare il ticket, sportello C, l'attesa è da era geologica. La macchinetta che stampa gli scontrini numerati indica 129 utenti in coda. Chi può prende posto a sedere. I più giovani cedono il posto agli anziani. Attesa e via vai che sanno di mille sfumature. Dalla rabbia alla preoccupazione alla disperazione. Chi non paga il ticket in tempo non potrà fare la visita, magari prenotata da mesi. Personale a casa. Sotto accusa finisce la Regione. La carenza di personale è legata al mancato rinnovo del contratto di alcune decine di amministrativi. Per loro il 30 settembre è stato il loro ultimo giorno di lavoro. Il Cup è uno di quei servizi che subisce le conseguenze dall'amnesia cagliaritano. Solo qualche giorno fa l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, davanti ai sindaci del distretto di Olbia e Tempio riuniti nell'aula della Provincia, aveva rassicurato che il momento di transizione legato alla riforma sanitaria, non avrebbe inciso sui servizi offerti agli utenti. Disagi a valanga. Nella prima giornata con una pianta organica più leggera, diversi servizi della Asl vanno in tilt. Il Centro Cup e ticket dell'ex ospedale San Giovanni di Dio non è più in grado di garantire l'accoglienza ai pazienti. Il turno del pomeriggio salta. La macchinetta distribuisce scontrini numerati solo fino alle 12. Lo sportello deve essere chiuso alle 13. Salta l'orario continuato previsto in calendario. In viale Aldo Moro il servizio di prenotazione e pagamento ticket è attivo dal lunedì al giovedì, dalle 7,30 alle 13 e dalle 14,30 alle 16,45; il venerdì e il sabato dalle 7,30 alle 13. Ma il personale all'osso impone orari ridotti. Ci sono problemi anche al Cup del nuovo ospedale Giovanni Paolo II. Anche qui l'apertura pomeridiana non viene garantita. Disagi in Radiologia e ancora al Centro ticket di Tempio. Un solo sportello. Allo sportello del San Giovanni di Dio si tocca con mano dalle prime ore del mattino la mancanza di personale. Il servizio, solitamente svolto con quattro sportelli ricade sulle spalle di un solo operatore, aiutato a metà mattinata da un secondo. Le code si

allungano in poche ore. E anche la rabbia dei cittadini. I pazienti si rivolgono ai Cup di Olbia e Tempio per diversi tipi di richieste. Per prenotare una visita, ambulatoriale o ospedaliera, se non si vuole utilizzare il servizio telefonico al 1533 o allo 0789.53692. Una formula che piace soprattutto agli anziani. Oltre alle visite c'è il pagamento del ticket, obbligatorio per poter usufruire della prestazione sanitaria. E infatti la coda più lunga, con una media di centinaia di persone in attesa, è quella per il pagamento del ticket.

## **TEMPIO Il vescovo in visita ad Ortopedia e Traumatologia del “Dettori” Benedetto il reparto d'eccellenza Effettuati 555 interventi in 9 mesi**

Il reparto di ortopedia e traumatologia dell'ospedale “Paolo Dettori” di Tempio, uno dei fiori all'occhiello del nosocomio gallurese e della Asl di Olbia, ha ricevuto la benedizione del vescovo. Durante una breve cerimonia monsignor Sebastiano Sanguinetti, presule della diocesi di Tempio-Ampurias, alla presenza del direttore generale della Asl di Olbia, Giovanni Antonio Fadda, di quello sanitario Maria Serena Fenu, degli operatori sanitari del nosocomio e di volontari e pazienti, ha benedetto il quarto piano, che ospita il reparto. Per l'occasione nello stesso giorno sono stati benedetti anche i locali al settimo piano, adibiti a luogo di culto. «Benedico oggi un nuovo spazio per lo spirito, in una struttura, l'ospedale, dove si viene alla ricerca di cure per il corpo, ma dove si ha bisogno anche del Signore, il medico dell'anima», ha detto il vescovo Sanguinetti, durante la benedizione dei locali del “Paolo Dettori”. Nei quali in nove mesi, dal 1° gennaio al 30 settembre, sono stati eseguiti le bellezza di 555 interventi di chirurgia ortopedica maggiore (come protesi dell'anca, del ginocchio o della spalla), ortopedica minore (come il trattamento di fratture di tutti i distretti corporei) e di day surgery, ovvero interventi con ricoveri della durata inferiore a una giornata. «Puntiamo a chiudere l'anno con circa 900 interventi», afferma orgoglioso il primario Mauro Pianezzi. Il reparto di Ortopedia è composto da otto camere doppie, con 16 posti letto, tutte completamente ristrutturate e già occupate dai pazienti. Negli scorsi mesi, all'interno del reparto sono stati eseguiti lavori di riqualificazione muraria, di adeguamento dell'impianto elettrico, antincendio e di condizionamento. Il reparto ora vanta una nuova e confortevole sala gessi e una luminosa sala d'attesa. «Si tratta – dice Pianezzi – di un importante passo in avanti nell'attività erogata in questa struttura, che permette di offrire una qualità del servizio sempre più elevata, non solo da un punto di vista lavorativo ma, soprattutto, da un punto di vista dell'offerta dei servizi alla popolazione».

## **GALLURA I sindaci ad Arru: l'azienda sanitaria non sia accorpata**

Solo una manciata di giorni fa aveva rassicurato i sindaci della Gallura preoccupati che la riforma della sanità avrebbe fatto saltare concorsi e rinnovi dei contratti.

L'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru, aveva distribuito pillole di ottimismo per addolcire i primi cittadini sul piede di guerra. Era stato il presidente del distretto sanitario di Olbia, Antonio Satta, a sollevare le preoccupazioni per il blocco dei contratti e dei concorsi. Rassicurazioni erano arrivate anche dal presidente della commissione regionale alla Sanità, Raimondo Perra. «Dobbiamo rispettare e garantire il diritto delle persone a curarsi – aveva detto nella riunione di distretto –. Olbia è una città importante della regione. Un territorio in ascesa economica nonostante la crisi Meridiana. Se ci sono concorsi in atto devono proseguire. Se si indebolisse la sanità pubblica resterebbe solo il polo privato del San Raffaele che da solo non avrebbe tutte le ragioni di esistere. Il pubblico deve essere aiutato a fare di più e meglio all'interno di una cornice finanziaria oltre la quale però non possiamo andare oltre». Intanto resta aperto il dibattito sul possibile taglio delle Asl da 8 a 4. Per Olbia si parla di un possibile accorpamento a Nuoro o Sassari.

## L'UNIONE SARDA

### **REGIONE Sanità privata, il grido d'allarme: coi tagli ai rimborsi 800 licenziati I rappresentanti di ambulatori e laboratori di analisi sentiti in commissione**

Il settore privato convenzionato eroga il 52 per cento delle prestazioni ambulatoriali ma grava sul bilancio della sanità per l'1,4. In termini assoluti costa 61 milioni di euro contro i circa 370 dell'altro 48 per cento erogato dal servizio sanitario regionale. Dette così le ragioni a sostegno della battaglia che i 240 studi medici e laboratori clinici sardi stanno sostenendo per la loro sopravvivenza sembrano granitiche. Ma è davvero così o è semplicemente una difesa dei grandi interessi che ruotano attorno alla sanità, pubblica e privata?

Giuseppe Lo Nardo, segretario del Sindacato autonomi professionisti medici italiani, prova a usare la forza dei numeri per dimostrare alla commissione Sanità del consiglio regionale che «le tariffe sono ferme al 1998, quando c'era la lira, e non sono mai state aggiornate, anzi sono state decurtate del 20 per cento.

E saranno tagliate ancora se sarà applicata la delibera regionale che, recependo un decreto ministeriale del 2012, aggiorna al ribasso il “Nomenclatore tariffario”.

«Sarebbero inevitabili almeno 800 licenziamenti su un totale di 1400 addetti e la drastica riduzione dei servizi sanitari offerti ai cittadini, che nel momento in cui dovesse essere applicato il decreto si dovrebbero pagare le prestazioni per intero», hanno detto i rappresentanti del Sapmi e di Federlab agli onorevoli della commissione.

La delibera sarebbe stata sospesa dall'assessorato ma per ora non ci sono conferme ufficiali. Dunque la protesta va avanti. «Le nostre strutture suppliscono alle necessità dei cittadini e supportano il sistema pubblico con professionalità certificate e di elevato livello», hanno sostenuto i rappresentanti di ambulatori privati, laboratori di

analisi e centri radiologici, «oltre a creare una rete di assistenza territoriale in stretta collaborazioni con i medici di base».

La categoria chiede di istituire «una Commissione paritetica consultiva Regione-organizzazioni sindacali che, partendo da un'analisi dei costi, possa proporre un nuovo Nomenclatore tariffario regionale», l'assessore Luigi Arru conferma di essere pronto.

La Regione, con questa operazione, risparmierebbe circa otto milioni all'anno ma, fa osservare il presidente della commissione Sanità Raimondo Perra (Psi), «se gli studi convenzionati passassero all'assistenza indiretta, i pazienti si riverserebbero verso le strutture pubbliche, che già trovano in difficoltà a seguire i propri ricoverati». Anche Lorenzo Cozzolino (Pd) ritiene che il grido d'allarme della sanità privata sia giustificato, anche perché, ha fatto notare, per adeguare il nomenclatore in Sardegna si è fatto riferimento alle tariffe di Sicilia, Calabria e Umbria e non a quelle di Toscana, Emilia Romagna e Piemonte, che sono regioni virtuose e rimborsano tariffe doppie rispetto a quelle che si vorrebbero rimborsare in Sardegna. A giudizio di Perra, «i danni di questa decisione sarebbero ben più alti del risparmio ricercato con il taglio delle tariffe: aumento dei tempi per le liste d'attesa, aumento della spesa pubblica a causa delle più lunghe degenze dei pazienti ricoverati. Arru ha annunciato che a breve convocherà i rappresentanti di categoria.

## **SAN RAFFAELE Nuovo ok da Roma, via libera in commissione alla Camera**

Via libera della commissione Affari sociali della Camera allo Sblocca Italia, cioè al decreto che renderà possibile, tra gli altri, l'investimento della Qatar Foundation presso l'ex Ospedale San Raffaele di Olbia. Il Decreto Legge 133/2014 - «misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione di opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive», dà il via libera ad un accordo tra Governo, Qatar Foundation e Regione Sardegna per la realizzazione del nuovo ospedale di alta specializzazione.

Vede, in pratica, l'Esecutivo intervenire in modo diretto nella politica sanitaria regionale. «Una novità» che, per il relatore del testo e presidente della Commissione Pierpaolo Vargiu, «supera di fatto il Titolo V della Costituzione, in attesa di una sua riforma, prevedendo che la competenza sulla sanità diventi nazionale». La soluzione adottata dal Governo per favorire l'investimento in Gallura, conclude Vargiu, «apre la strada a nuove risorse e progetti dall'estero che vogliono valorizzare le eccellenze del sistema sanitario italiano. Una formula da accogliere con favore di fronte a un sistema di finanziamento del Ssn che non regge più». Secondo il parere della commissione, l'impegno di Qatar Foundation, «annunciato nell'ordine del miliardo di euro in dieci anni, è in realtà coperto dalla contropartita di prestazioni garantite in regime di accreditamento da parte della Regione, per oltre mezzo miliardo nell'arco dello stesso decennio»

## **Responsabilità professionale. Contratti di assicurazione per medici&co: ecco i requisiti minimi**

*Torna all'esame dei tecnici della Stato Regioni la bozza dello schema di Dpr che attua il Decreto Balduzzi e definisce i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie. LA BOZZA DEL PROVVEDIMENTO*

Garantire un'adeguata copertura assicurativa a medici&co, siano liberi professionisti convenzionati o dipendenti del Ssn, che a causa di redditi troppo bassi o perché sono stati rifiutati dal mercato assicurativo o per la giovane età non sono in grado di rispondere degli eventuali danni derivanti dall'attività professionale.

È questo l'obiettivo dello schema di Dpr sulla "Disciplina dei requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie" all'esame dei tecnici della Stato Regioni. In tutto 18 articoli che attuano quanto previsto dal Decreto Balduzzi

Il provvedimento prevede l'istituzione di un fondo ad hoc alimentato con un doppio canale: da un lato dal contributo volontario del professionista dall'altro da quello di solidarietà da parte delle imprese assicuratrici autorizzate a gestire i danni derivanti dall'attività professionale.

**A chi si applica.** La bozza di regolamento elaborata dal Ministero stabilisce lo stesso si applica ai professionisti che esercitano sia in libera professione, sia in convenzione con il Ssn, sia come dipendenti anche in intramoenia. Si indirizza quindi al medico-chirurgo, odontoiatra, biologo, chimico, farmacista, veterinario, psicologo, infermiere, ostetrica, infermiere pediatrico, podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neuro fisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario.

La bozza oltre a stabilire i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi - che devono avere un massimale minimo non inferiore ad 1.000.000 di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno, fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto - istituisce un fondo ad hoc,

previsto dall'articolo 3 della Legge Balduzzi, per garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie.

Potranno accedere al fondo quanti in base al reddito non sono in grado di sostenere i costi per stipulare un'idonea copertura assicurativa o che sono stati rifiutati dal mercato assicurativo. Soprattutto per agevolare l'ingresso dei professionisti nel mondo del lavoro viene data priorità di accesso al fondo ai giovani.

Il Fondo è costituito presso Consap spa. La gestione e l'amministrazione del Fondo, sotto la vigilanza del ministero dello Sviluppo Economico e del ministero della Salute, sono attribuite a Consap Spa., con l'assistenza di un apposito Comitato i cui membri non riceveranno alcuna compenso e che dovrà essere costituito entro 60 giorni dall'approvazione del provvedimento.

I professionisti possono accedere al Fondo nel caso venga richiesto dalle imprese assicuratrici un premio superiore ai parametri definiti o il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura.

## **Fascicolo sanitario elettronico. Il dibattito alla Fnomceo: tra dubbi e certezze**

*Durante il convegno organizzato a Piacenza, il Fse è stato analizzato nella sua complessità. E' infatti un potenziale veicolo di sviluppo e di risparmio per il Ssn, ma pone anche numerosi interrogativi circa le modalità applicative. Il presidente Bianco: " Non è vero che l'evoluzione tecnologica e della tecno scienza significhi che la medicina non abbia più bisogno delle donne e degli uomini".*

Il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) può rappresentare un volano di sviluppo e di risparmio per il Ssn, ma pone anche questioni complesse relative al rapporto tra cittadini e strutture sanitarie. E' questo l'approccio che è animato il simposio 'Tra dubbi e certezze', promosso dalla Fnomceo presso il Park Hotel di Piacenza.

**Il report del dibattito, pubblicato sul sito della Federazione, svela tutta la complessità degli argomenti in ballo.** "I temi oggi prescelti hanno una ricaduta ampia sulla quotidianità dell'operato dei medici, e poi toccano argomenti sensibili e trasversali, con risvolti etici, deontologici e civili non di poco conto – ha sottolineato il presidente nazionale **Amedeo Bianco** all'inizio del simposio - Non parliamo di questi problemi con spirito di chi guarda con terrore alle novità, ma al pari degli altri con pari interesse e occhi curiosi portando con noi un'etica e una deontologia che serve alla moderna medicina e alla moderna sanità. Non è vero che l'evoluzione tecnologica e della tecno scienza significhi che la medicina non abbia più bisogno delle donne e degli uomini, del loro sentire e del loro agire. Su questi temi infatti abbiamo insistito nell'art. 78 del nuovo codice deontologico e nelle sue linee guida applicative. Come medici siamo chiamati a fare innovazioni di tutti i tipi e il Fse è innovazione forte in un momento di difficoltà del sistema salute. In questi anni terribili il sistema sanitario tiene perché la gente che ci lavora dentro vuole farlo tenere. E allora mi sento di dire: medici, siete oggi protagonisti e l'innovazione vi chiede di continuare ad esserlo senza timore".

Ma se questi sono i valori con cui il mondo medico approccia il tema del Fse, è anche importante fissare quali sono gli aspetti cruciali che sono coinvolti nella 'rivoluzione' rappresentata dal fascicolo e le cui tappe sono state sintetizzate da **Lidia Di Minco** (direttore del Nsis presso il Ministero della Salute) che ha ricordato le tappe del cammino percorso recentemente: Linee guida italiane al Fse (approvate nel febbraio 2011 in conferenza stato regioni), Dpcm 179 del 2012, Linee guida per la presentazione dei piani regionali sul Fascicolo elettronico (31 marzo 2014). "Tutte le regioni hanno presentato piani per realizzazione entro il giugno 2014 - ha annunciato Di Minco - realizzando così un piano tempistico perfettamente rispettato. Ad oggi Lombardia, Toscana, Emilia e provincia di Trento, sono modelli di riferimento per tutte le regioni, con piena operatività sul Fse".

Entrando quindi nel merito di una delle esperienze regionali più rilevanti, **Antonio Brambilla e Anna Darchini** hanno presentato attività e progetto della Rete Sole, attiva in Emilia-Romagna. Esperienza tra le più avanzate, la rete Sole (108milioni di euro investiti in 12 anni, 15milioni all'anno per la sua gestione, 3,4 euro all'anno per ogni cittadino) ad oggi vede 87mila fascicoli attivati, con pochissime prenotazioni online (6mila) a dimostrazione di una lentezza di penetrazione e fidelizzazione del sistema nella popolazione. Il futuro, ha sottolineato Darchini, "va verso una omogeneizzazione delle soluzioni software, affinché sia totale il dialogo tra dati e sistemi e verso un dialogo maggiore con il mondo medico, in modo tale che le risposte che fornisce il Fse siano in sintonia con i bisogni del mondo medico di operare al meglio per la salute del cittadino".

Ma Fse non rappresenta solo problematiche tecnologico-gestionali. Anzi: come ben contestualizzato da **Luca Puccetti** (presidente della Promed Galileo) i problemi sono soprattutto legati alla gestione dei dati personali sensibili, alla privacy, al rischio di "compravendita dei dati, così come già accaduto nel Regno Unito". Problemi di natura giurisprudenziale (accesso al fascicolo, dati oscurati all'interno del fascicolo, oscuramento dei dati oscurati, concorrenza tra dati utilizzabili per finalità di governo e per finalità di ricerca...) come ricordato da **Chiara Rabbito** (avvocato e collaboratore della Sit) che sono comuni a tutti i paesi europei. A questi temi, ha sottolineato Puccetti, si aggiunge un problema economico: "Quanto costa la digitalizzazione in Italia? Con 21 euro pro capite si arriva a 1,2 miliardi di investimento (fonte: politecnico Milano) con un risparmio atteso di 7miliardi".

E così, come spesso accade, ci si scontra con un problema evidente: servono soldi subito per un risparmio che si manifesterà nel prossimo decennio. Come uscire dal dilemma? Le esperienze più interessanti reperite in giro per il mondo, come riportato da **Francesco Del Zotti** (presidente di Netaudit) confermano che il Fse è perfettamente funzionale laddove esiste in organizzazioni mutualistiche coese, come dimostrato da Kaiser Permanente, una delle più longeve mutue americane, con 9milioni di iscritti e quasi 79anni di vita. "In mancanza di un sistema capace di governare i dati, rischiamo di essere invasi da masse di numeri che non sappiamo mettere in vera utilità di sistema", ha detto Del Zotti. E quindi? "Dobbiamo ancora sperimentare, quindi meglio dire "no all'urgenza", visto che siamo ancora un po' immaturi".

Emerge poi un problema non di poco conto: servono soldi subito per un risparmio



che si manifesterà nel prossimo decennio. Come uscire dal dilemma? Le esperienze più interessanti reperite in giro per il mondo, come riportato da Francesco Del Zotti (presidente di Netaudit) confermano che il Fse è perfettamente funzionale laddove esiste in organizzazioni mutualistiche coese, come dimostrato da Kaiser Permanente, una delle più longeve mutue americane, con 9 milioni di iscritti e quasi 79 anni di vita. "In mancanza di un sistema capace di governare i dati, rischiamo di essere invasi da masse di numeri che non sappiamo mettere in vera utilità di sistema - ha detto Del Zotti - Dobbiamo ancora sperimentare, quindi meglio dire "no all'urgenza", visto che siamo ancora un po' immaturi".

Critico nei confronti dell'esperienza regionale si è così dichiarato **Bruno Di Lascio**, che ha evidenziato che il "centralismo" del sistema Sole non ha risolto il problema del dialogo dei sistemi ("solo a Ferrara esistono 54 modalità di archiviazione dei dati dei pazienti, su un territorio medio-piccolo con una popolazione di 350 mila circa abitanti"). **Augusto Pagani** ha invece richiamato alla necessità, soprattutto su base regionale, che "ognuno faccia la propria parte di compito", essenziale osservazione che coinvolge tutti gli attori nel far progredire un sistema che può risultare tanto migliore tanto più è interconnesso.

Dal suo punto di osservazione europeo, **Antonio Vittorino Gaddi** (vice presidente della Sit) ha proposto un'analisi storico-epistemologica dello sviluppo dei sistemi che permettono l'esistenza e le buone performance dei fascicoli elettronici ("Abbiamo la necessità di muoverci verso piattaforme federative in grado di contenere informazioni sempre in movimento, categorizzate e con attributi leggibili e comprensibili"). "Avremo un medico virtuale che cura un paziente virtuale che ha un'appendicite virtuale?", si è domandato provocatoriamente **Pierantonio Muzzetto**, "No, perché la visita non può e non potrà mai essere unicamente virtuale". Ma l'introduzione delle tecnologie avanzate, ha rilanciato Salvatore De Franco, come si vede dove gli ospedali e i sistemi sono all'avanguardia, costringe il mondo medici a "recuperare il massimo delle proprie intelligenze".

Il contributo della Fnom al percorso del Fse è stato illustrato da **Guido Marinoni**, che ne ha connesso logiche e riflessioni alla luce dell'art. 78 (e parzialmente dell'art. 79) del Nuovo Codice Deontologico. Il suo intervento ha ricordato la forte impronta di garanzia del cittadino che emerge dal Codice e che l'apertura ragionevole alle innovazioni dell'Ict e alla raccolta dei dati sono ben espressi negli indirizzi applicativi allegati (ad esempio quelli del comma 9: "Il medico collabora a garantire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici ad esclusiva finalità di tutela della salute, ivi comprese le finalità di ricerca, di governo e di controllo e di telemonitoraggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza da attuarsi secondo le previsioni della vigente normativa, della raccolta, utilizzo e monitoraggio dei dati dei pazienti").

Il dibattito ha tenuto conto dei "pro" e dei "contro", ha considerato il punto di vista dei cittadini e dei malati (**Carlo Hanau**, presidente Tribunale della Salute: "Il rischio è che nella rivoluzione digitale non si faccia nulla di concreto per il malato e per il disabile, visto che la qualità della salute percepita dal malato è un valore certo e che non può aspettare"), ma ha anche seguito la linea ideale tracciata da Marinoni: "Usiamo certamente cautela, però non fermiamoci", sempre ricordando le

parole con cui Bruno Di Lascio ha iniziato il suo intervento: "Il rapporto fiduciario tra medico e paziente è e rimane lo stesso di ieri e di sempre".

## **Eterologa. Italiani divisi: il 40% favorevole a uso gameti esterni alla coppia. Ma in Italia nascono sempre meno bambini. L'indagine Censis-Ibsa**

*Il 35% è favorevole alla diagnosi pre-impianto, il 14% all'utero in affitto, il 9,5% alla possibilità di scegliere il sesso del nascituro. Per il 46% anche i single dovrebbero poter avere figli, il 29% apre ai figli per le coppie omosessuali. La fede religiosa influisce più sui primi aspetti che sulla genitorialità per single e gay. Intanto la crisi fa sentire i suoi effetti anche sulla natalità: dall'inizio dal 2008 ad oggi sono più di 62.000 i nati in meno all'anno.*

Italiani divisi sulla procreazione eterologa. La maggioranza degli italiani è favorevole alla inseminazione omologa in vivo (l'85% del totale) e alla fecondazione omologa in vitro (73%). Le opinioni si dividono però sulla inseminazione/fecondazione eterologa. È d'accordo con l'uso di gameti esterni alla coppia il 40% degli italiani (tra i cattolici praticanti la percentuale scende al 30% e sale al 65% tra i non credenti). Il 35% è favorevole alla diagnosi pre-impianto (il 29% tra i cattolici praticanti). Solo il 14% concorda con la possibilità di ricorrere alla maternità surrogata (il cosiddetto "utero in affitto"). E appena il 9,5% è favorevole alla possibilità di scegliere in anticipo il sesso del nascituro. È quanto emerge da una ricerca del Censis realizzata in collaborazione con la Fondazione Ibsa, da cui emerge che solo l'11% del campione afferma di sapere che in Italia esiste una legge che regola la materia (la n. 40 del 2004). Questa piccola percentuale ne dà un giudizio nel complesso non positivo, soprattutto per l'applicazione differenziata sul territorio nazionale (ogni Regione si sta muovendo per conto proprio) e per le limitazioni poste alle coppie. La maggioranza ritiene che dovrebbe essere modificata.

**Verso il superamento della famiglia tradizionale.** Sono ormai tanti gli italiani che ammettono la possibilità di avere figli anche al di fuori della coppia eterosessuale tradizionale. Per il 46% è legittimo per i single, per il 29% è giusto anche per le coppie omosessuali. In questo giudizio la fede religiosa ha un'influenza limitata: è d'accordo il 43% dei cattolici praticanti nel primo caso e il 23% nel secondo.

**La crisi scoraggia la decisione di avere un figlio.** Nel 2013 in Italia si è registrata una riduzione delle nascite del 3,7% rispetto all'anno precedente, con un calo del tasso di natalità da 9 a 8,5 nati per mille abitanti. Dall'inizio della crisi a oggi sono più di 62.000 i nati in meno all'anno. Siamo passati dai 576.659 bambini del 2008 ai 514.308 del 2013: mai così pochi nella storia d'Italia (le serie storiche ufficiali partono dal 1862), nonostante l'aumento nel tempo della popolazione, i progressi della medicina e il contributo degli immigrati residenti. Tra gli italiani c'è una diffusa consapevolezza in merito al problema di denatalità che affligge il Paese. L'88% sa che oggi si fanno pochi figli. Il fenomeno viene spiegato soprattutto ricorrendo a motivi economici. Per l'83% la crisi rende più difficile la scelta di avere un figlio. E

la percentuale supera il 90% tra i giovani fino a 34 anni, cioè le persone che subiscono maggiormente l'impatto della crisi e allo stesso tempo sono maggiormente coinvolte nella decisione della procreazione.

**L'insufficienza delle politiche pubbliche a sostegno della famiglia.** Il 61% degli italiani è convinto che le coppie sarebbero più propense ad avere figli se migliorassero gli interventi pubblici. Sgravi fiscali e aiuti economici diretti sono le principali richieste (71%), il 67% segnala l'esigenza di potenziare gli asili nido, il 56% fa riferimento ad aiuti pubblici per sostenere i costi per l'educazione dei figli (rette scolastiche, servizi di mensa o di trasporto).

**Scarsa informazione sulla infertilità.** Dell'infertilità il 45% degli italiani ammette di saperne poco e un ulteriore 15% afferma di non essere per nulla informato. Tra chi invece dichiara di conoscere il problema (il 40%), il 16% è stato coinvolto in maniera diretta, perché il problema ha riguardato una persona vicina (9%) oppure direttamente lui o il partner (7%). Forti incertezze si registrano sulle possibili cause dell'infertilità. La metà degli intervistati sa che non esiste una prevalenza di cause maschili o femminili, ma il 33% ritiene che nella maggior parte dei casi l'infertilità sia legata alla presenza di problemi in entrambi i partner. Tra le cause, la più citata è quella più generica: lo stress (31%). Seguono quelle che riguardano le donne: problemi o anomalie strutturali (21%), problemi ormonali e ovulatori (15%). L'11% cita genericamente problemi che riguardano l'uomo e il 6% difetti del liquido seminale. Ma il 23% non è in grado di fornire nessuna risposta. Nell'immaginario collettivo degli italiani il professionista d'elezione a cui rivolgersi per affrontare i problemi di infertilità rimane il ginecologo, citato dal 63% del campione, mentre solo il 3% segnala l'andrologo o l'urologo. Più elevata è la quota di intervistati che ritengono che gli italiani siano poco o per nulla informati sulle metodiche per la procreazione medicalmente assistita (81%).

**Le difficoltà delle coppie con problemi di infertilità.** Le coppie con problemi di infertilità devono affrontare non poche difficoltà, tra cui oggi sono ritenute prevalenti quelle economiche (67%), come per le coppie senza problemi che vogliono un figlio. Per l'80% del campione la crisi è un deterrente specifico anche per le coppie che devono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. Ma ci sono difficoltà anche sul piano delle informazioni, perché spesso non si sa a chi rivolgersi (42%), che si accompagnano alle difficoltà emotive (42%), come la chiusura in se stessi rispetto a un problema che rimane ancora difficile da comunicare e condividere.

“È un'indagine che la Fondazione Ibsa ha fortemente voluto per mettere in luce il vissuto reale rispetto a un tema che deve essere valutato non solo da un punto di vista medico e procedurale. Le profonde implicazioni sociali e morali emerse dalla ricerca dimostrano come il Paese sia più avanti di quanto non emerga nel dibattito quotidiano”, ha dichiarato **Giuseppe Zizzo, Segretario della Fondazione Ibsa.** “Il fatto che il 2013 è l'anno in cui si sono fatti meno figli in Italia, compresi gli anni delle guerre, nonostante nel tempo sia aumentata la popolazione e il numero di immigrati, e nonostante i progressi medici e l'allungamento dell'aspettativa di vita, dovrebbe farci riflettere sugli effetti profondi che il perdurante stato di crisi sta producendo sul vissuto reale dell'Italia di oggi e del futuro”, ha concluso Zizzo.

## Ipotiroidismo: arrivano le nuove linee guida

*Pubblicate sul numero di ottobre di Thyroid, le ultime raccomandazioni sul trattamento dell'ipotiroidismo, redatte dall'American Thyroid Association. La levotiroxina promossa a pieni voti*

Sono disponibili da oggi su *Thyroid* le ultime linee guida di trattamento delle condizioni di ipofunzione della tiroide, messe a punto dagli esperti dell'*American Thyroid Association*. La levotiroxina viene indicata come il *gold standard* di trattamento, sia nelle forme *brand* che generiche; ‘bocciati’ invece dagli esperti gli estratti di tiroide e le preparazioni sintetiche di T3.

La levotiroxina (L-T4), sviluppata negli anni '50, è stata accolta allora come il ‘farmaco-miracolo’ in grado di cancellare i sintomi dell'ipotiroidismo nella maggior parte dei pazienti e rimane tuttora il miglior trattamento possibile per questa condizione, anche nell'ultima edizione delle linee guida. Tuttavia molti pazienti si dichiarano solo parzialmente soddisfatti da questo trattamento e una serie di recenti ricerche hanno gettato luce su quali potrebbero essere le ragioni di questo; si va ad esempio dalle variazioni genetiche delle deiodinasi, alla *fatigue* e alla depressione riscontrate nei pazienti con alterazioni genetiche dei trasportatori degli ormoni tiroidei (TBG). Per queste ragioni, una *task force* di esperti in patologie tiroidee ha revisionato la letteratura sull'argomento per appurare se ci fossero elementi sufficienti per modificare l'attuale standard di terapia dell'ipotiroidismo, che prevede appunto il trattamento con levotiroxina.

“L'ipotiroidismo – afferma la professoressa **Jacqueline Jonklaas** del *Georgetown University Medical Center* e presidente della *task force* che ha redatto le linee guida – interessa circa il 5% degli americani, in prevalenza donne di mezz'età che arrivano all'ipotiroidismo come conseguenza di una tiroidite autoimmune; nel resto del mondo tuttavia questa condizione può essere dovuta ad una carenza di iodio”.

La levotiroxina è la forma sintetica del T4, un pro-ormone che viene convertito in T3, l'ormone attivo, all'interno del corpo. Da tempo è invalsa l'abitudine da parte di alcuni medici di affiancare alla levotiroxina una formulazione sintetica di T3 che, al contrario della levotiroxina che viene assunta una volta al giorno (la mattina al risveglio e a digiuno), va somministrata più volte al giorno.

Le nuove linee guida sostengono però che al momento non esistono sufficienti evidenze in letteratura per supportare l'impiego di T3 in associazione alla levotiroxina; gli studi condotti finora inoltre non hanno avuto un *follow up* sufficientemente lungo da consentire di esplorare gli effetti indesiderati a lungo termine di questa associazione. Per questi motivi, gli esperti non raccomandano l'uso routinario di questa associazione.

“L'attuale standard di cura dell'ipotiroidismo che prevede l'impiego della levotiroxina – conclude la **Jonklaas** – va ancora considerato il trattamento di scelta per la maggior parte dei pazienti”.

Le future linee di ricerca – concludono gli esperti - dovranno prendere in considerazione una serie di questioni ancora aperte, quali l'individuazione di

biomarcatori di eutiroidismo più specifici da affiancare ai dosaggi del TSH; gli effetti dell'età e di alcune patologie sulle concentrazioni di T3; la relazione tra concentrazioni tissutali e circolanti del T3; gli effetti a lungo termine della terapia di associazione o degli estratti di tiroide; la messa a punto di analoghi degli ormoni tiroidei con un favorevole profilo rischio-beneficio.

## **Cassazione. Condannato perché apostrofò un medico: "Sei disonesta"**

*Confermato il reato di ingiuria. "Le espressioni sono obiettivamente lesive dell'onore e del decoro della professionista". Cade la tesi difensiva dell'accusato che aveva sostenuto di essere stato provocato e di poter comunque esercitare un diritto di critica.*

La Cassazione ha confermato la condanna per il reato di ingiuria a un uomo che apostrofò come "disonesta" una dottoressa, ritenendo che il padre dovesse godere dell'esenzione del ticket. Secondo i giudici del Palazzaccio, infatti, "le espressioni sono obiettivamente lesive dell'onore e del decoro della professionista", soprattutto perché "furono pronunciate alla presenza di altri pazienti, nell'ambulatorio medico". Cade quindi la tesi difensiva dell'accusato che aveva sostenuto di essere stato provocato e di poter comunque esercitare un diritto di critica. La Cassazione ha invece rilevato che "l'espressione 'disonesto' rientra tra quelle ontologicamente offensive e idonee a ledere l'altrui reputazione poiché il senso comune, il 'significato sociale' è in re". L'uomo ha quindi sconfinato nell'area della "denigrazione", accusando il medico "di un comportamento gravemente inosservante dei propri obblighi professionali".

I giudici hanno inoltre considerato che "nel linguaggio comune, l'espressione 'disonesto' sta ad indicare l'adozione di scelte o iniziative in violazione di regole comuni, e, attribuita ad un professionista nell'esercizio delle funzioni, si presta ad essere comunemente recepita come indicativa di comportamenti illeciti, atteso che alla qualifica di medico di base è affidata la cura di pubblici interessi, non di rado protetti con norme di rilievo pubblicistico come quelle penali".

SOLE 24ORE SANITA'

## **INTERVISTA Troise (Anaa): «A noi un ruolo di gestione, 6 politico a Lorenzin»**

Medici in cerca di una nuova identità. Delusi e in crisi ma anche pronti a rivendicare un nuovo ruolo gestionale. Quello che finora gli è stato sostanzialmente negato. Per il

segretario nazionale di Anaa, Costantino Troise, «serve una svolta».

### **Ma è il momento giusto?**

Credo che il livello di insoddisfazione abbia raggiunto punte tali che di per sé reclama una soluzione, non solo per la sorte della categoria ma per la sorte del sistema sanitario pubblico. Se è vero che la questione medica viene da lontano, è vero anche che negli ultimi anni si è amplificata e incattivita per questioni strutturali, come la crisi economica, ma anche per questioni sovrastrutturali. Stiamo assistendo all'invasione della cittadella della professione medica da parte delle professioni sanitarie, che stanno erodendo le competenze tradizionalmente mediche. Una tendenza che mette in crisi l'idea di un baricentro del sistema che si identifica con il medico. I risultati della ricerca non ci stupiscono. È la fotografia di un professionista che cerca una nuova identità, un nuovo autore, una nuova sceneggiatura.

### **Insomma serve un nuovo centro di gravità permanente...**

Questa rivolta verso l'aziendalismo, questa ricerca di un nuovo stato giuridico, quindi di una collocazione diversa dal pubblico impiego o di un'uscita dal pubblico impiego, non può essere una fuga dalle responsabilità organizzative e gestionali. Perché chi non accetta di gestire, accetta di subire e di essere gestito.

### **Qui si innesta il problema del governo clinico mancato. La colpa viene individuata soprattutto nelle ingerenze della politica, ma c'è anche una responsabilità dei medici? Se dipartimenti e collegio di direzione non sono bastati, che cosa serve per rafforzare il loro ruolo?**

Serve una dirigenzialità diffusa, un'idea di esercizio di un ruolo non limitato a figure numericamente scarse, come i capi dipartimento o i responsabili di struttura complessa, ma che in qualche modo faccia parte del bagaglio professionale di chi deve sentirsi - in autonomia e responsabilità - partecipe delle scelte gestionali, anche di quelle più dolorose, come quelle finalizzate al contenimento dei costi. Per questo serve un plus di professionalità.

### **Quanto calcolate di aver perso in questi anni di blocco di contratto? Pensa che il 2015 sarà davvero l'ultimo?**

Secondo il nostro calcolo - che somma il blocco della contrattazione nazionale e di quella integrativa aziendale - c'è stata una decurtazione di oltre 30mila euro. Questa è una perdita media, ma per i giovani che hanno compiuto cinque anni di anzianità a ridosso del blocco, la perdita è stata maggiore, fino a 50mila euro, che si ripercuotono anche sul monte previdenziale. Per il 2015 è importante che svaniscano gli effetti deleteri del Dl 78 del 2010, tanto più che per gli operatori sanitari gli avanzamenti di carriera sono finanziati dai fondi contrattuali. L'operazione è a costo zero, ma permetterebbe di dare sostanza alla contrattazione integrativa aziendale, che consente di avviare un percorso virtuoso anche in logiche di scambio, finalizzate nelle aziende a trovare la possibilità di un ristoro economico ai blocchi di aumenti contrattuali.

### **I medici chiedono una revisione del ruolo giuridico. In che modo potrà essere salvaguardata la specificità della dirigenza medica?**

Oggi la dirigenza sanitaria è regolata dall'articolo 15 del decreto 229/99, mentre tutta l'altra dirigenza è normata dalla legge 175 del 2001 sul pubblico impiego. Si tratta di rafforzare questa posizione puntando sugli aspetti di dirigenza professionale e non solo amministrativa. Oggi abbiamo due occasioni legislative: la delega che nasce dall'articolo 22 del Patto e il Ddl delega sulla riforma della pubblica amministrazione che all'articolo 10 prevede che i medici non vadano inseriti nel ruolo unico della Pa ma in altro ruolo da specificare. Quindi all'interno della dirigenza del pubblico impiego va definita la specificità del ruolo medico.

### **Vedremo mai i medici anti-spreco?**

Se non si usano i medici non si va da nessuna parte. Per questa funzione è assolutamente necessario un utilizzo mirato delle competenze clinico-professionali. Qui si inserisce il ruolo dirigenziale di una categoria che non si arrende a essere gestita ma che vuole partecipare ai processi decisionali.

### **Dal sondaggio Anaa emerge anche una forte avversione al modello aziendalista e al ruolo accentratore dei Dg...**

Da tempi non sospetti ritengo che il modello aziendalista sia arrivato al capolinea e molti economisti ritengono che la malattia della sanità sia una malattia di governance. In questi processi decisionali in cui il medico è la rotella di un ingranaggio poco trasparente va individuata una delle cause dell'insoddisfazione. Oggi la catena di comando è troppo corta e non ha impedito che ragioni estranee la facessero da padrone. Parliamo dell'ingerenza pervasiva della politica: un condizionamento pesante sulle carriere, ma anche su organizzazione, programmazione e persino sui contenuti di un singolo incarico professionale. Lo dico subito: non basterà l'albo unico nazionale. Non basta alzare l'asticella delle competenze del manager. Va cambiato il sistema.

### **Che fine ha fatto la riforma dell'intramoenia?**

L'unica cosa certa è la trattenuta del 5% disposta dalla Balduzzi, che va ad aumentare i bilanci aziendali. Ma il sistema fa fatica a decollare e certo non per colpa dei medici.

### **Il sindacato non sembra in crisi, ma su incisività ed efficacia delle azioni i consensi sono un po' bassi...**

Il sindacato sconta una scarsa possibilità di manovra. La crisi cambia i connotati del conflitto sociale e riduce di molto i margini. Il dato sulla fiducia non ha eguali in Italia e in Europa. Credo che i colleghi apprezzino almeno il tentativo del sindacato di contrastare uno scivolamento verso il peggio.

### **Il Jobs act vi sfiora? Che ne pensate?**

Ci risulta che non riguardi il lavoro pubblico. Io avevo sperato che riducesse la pleora di contratti atipici in sanità. Ma sembra di no.

### **Farete sciopero?**

Nessuno farà sciopero. Ha un costo troppo elevato rispetto ai benefici e poi le

normative vanno giudicate nel loro insieme. Proverò a mettere insieme una mobilitazione unitaria della sanità che sia non "contro" ma "per" la sanità pubblica, perché entri nell'agenda del governo.

### **Che voto darebbe al premier Renzi?**

Un 6 e mezzo. Perché c'è un attivismo positivo che deve ancora sedimentare. Per ora tutta l'ondata innovativa ha lasciato la sanità in un cono d'ombra.

### **Forse è meglio, vista la tendenza diffusa alla privatizzazione...**

La tendenza è europea ma bisogna fare attenzione. Chiunque voglia cambiare la natura giuridica del Ssn dovrebbe avere un chiaro mandato elettorale in questa direzione. L'obiettivo è di ottenere risultati migliori spendendo di meno.

### **Il suo voto alla ministra Lorenzin?**

Sei. Per l'indubbia capacità politica, a difesa delle ragioni economiche del Ssn. Non di più...

### **Un 6 politico, dunque...**

Sì, perché mi sconcerta che non conosca le ragioni del mondo ospedaliero, che rimane sempre sotto traccia nei suoi interventi a volo d'angelo. Finora ha rifiutato di confrontarsi con le sue rappresentanze, non interpretando la sofferenza in crescendo del personale, in un settore che conta 600mila dipendenti. Il lavoro per la difesa della tenuta economica del Ssn è stato ottimo, ma non ho ancora capito se servirà a finanziare l'invarianza o a creare migliori condizioni di lavoro per tutti.

## **Superfarmaco epatite C, c'è l'accordo: subito in terapia 30mila pazienti gravi, gli altri dovranno aspettare**

Forse è arrivata davvero al punto di svolta la trattativa lunga ed estenuante sul Sovaldi, il superfarmaco che cambierà la storia dell'epatite C. In un comunicato brevissimo, l'Aifa ha detto di aver chiuso con la produttrice Gilead, un accordo che «consentirà di trattare il più grande numero di pazienti in Europa, tenuto conto della più alta prevalenza della patologia in Italia». La terapia sarà subito disponibile per i primi 30mila pazienti, i più gravi, del nostro Paese. Gli altri 300mila idonei al trattamento, a fronte del milione e mezzo di italiani contagiati dal virus, dovranno attendere. Il prezzo del Sovaldi è stato infatti il grande scoglio della questione. In Europa, in Paesi come la Germania dove comunque l'incidenza della patologia è più bassa che da noi, per ogni paziente si pagano 58mila euro, ma l'elevatissimo numero di casi in Italia dovrebbe consentire un abbattimento - dai rumors di corridoio - fino al 50% del prezzo. Nel frattempo, Gilead ha attivato a proposito un indirizzo email (epatitec@gilead.com), a cui soltanto i medici possono inoltrare le richieste per i pazienti che rientrano nei criteri indicati.

Ricordiamo che Sovaldi è un trattamento realmente rivoluzionario perché in grado di eliminare il virus dal sangue del paziente (nel 90-100% dei casi) in sole 12 settimane



di trattamento a casa, salvando così il fegato e regalando una nuova aspettativa di vita al malato. Il Sofosbuvir, nome del principio attivo, è già stato approvato negli Usa, dove è diventato in soli tre mesi la terapia che ha guadagnato di più nella storia di Big Pharma: 3,5 miliardi di dollari nel primo semestre per la Gilead, che aveva acquistato il farmaco dalla compagnia **Pharmasset**, poi acquisita dal colosso californiano. Negli States, la terapia costa 66mila euro, pari a 85mila dollari, e sono già 70mila i malati in cura.

**Prezzo da stabilire caso per caso?** Secondo il comunicato dell'Aifa ora la terapia verrà somministrata secondo criteri di appropriatezza, definiti dalla Commissione tecnico-scientifica della stessa agenzia, sulla base della gravità della patologia. «In realtà su 1,5 milioni di persone infette in Italia potenzialmente quelle trattabili sono 300-400mila - spiega Antonio Gasbarrini, uno dei fondatori di Alleanza contro l'Epatite, associazione che riunisce medici e pazienti - di questi però ce ne sono circa 30mila che avrebbero bisogno del farmaco subito, perchè hanno una cirrosi avanzata ma non al punto da non avere più alcun beneficio dalla terapia».

La fine della trattativa, sui cui termini le parti mantengono la riservatezza, era prevista prima dell'estate, ma uno stop chiesto dalla **Gilead** ha rinviato la procedura. I comitati sull'epatite delle Regioni dovranno a loro volta inserire la terapia nei prontuari regionali. «Questo è un passaggio cruciale - sottolinea Gasbarrini, epatologo del policlinico Gemelli di Roma -. Le associazioni si batteranno perchè il farmaco arrivi il prima possibile nelle Regioni con le stesse regole per tutti, anche per evitare migrazioni dei pazienti».

La questione del superfarmaco e di altre "pillole d'oro" è stata al centro di un lungo dibattito nella due giorni milanese dove erano presenti i ministri della Salute dei Paesi Ue. La stessa Beatrice Lorenzin aveva chiesto ai colleghi ministri di studiare regole comuni per fare massa e strappare alla Gilead un prezzo più equo per salvare due obiettivi cruciali: garantire le cure migliori a pazienti affetti da una malattia gravemente invalidante e a lungo corso e allo stesso tempo non mandare in cocci i sistemi sanitari nazionali con cure dai costi esorbitanti, insostenibili sui grandi numeri.

## **GIURISPRUDENZA Cassazione: nessuno sconto ai negligenti**

Il comportamento tenuto dal medico in occasione di un intervento, qualora ascrivibile al novero delle condotte negligenti, impedisce l'applicazione del disposto di cui all'articolo 3 del Dl 13 settembre 2012, n. 158, - c.d. Decreto Balduzzi - (conv. in legge 8 novembre 2012, n. 189) che incentra sulla colpa lieve un'ipotesi di esclusione della responsabilità penale. L'incidenza delle condizioni di speciale difficoltà e di urgenza nelle quali può trovarsi a operare va colta sul piano della misura della colpevolezza e non già su quello della sussistenza della violazione della regola cautelare, a meno che quelle condizioni non siano in grado di influenzare la stessa formazione della regola cautelare applicabile nel caso concreto (si tratterà, quindi, di

colpa generica).

Questa la linea di principio tenuta dalla Corte di cassazione penale che, con sentenza n. 36347/2014, ha confermato la condanna a carico di un medico accusato di avere sottovalutato la gravità della situazione e omesso il monitoraggio e la corretta gestione dell'emergenza.

Il paziente poi deceduto, giunse in ospedale a seguito di incidente. Venne sottoposto a corrette manovre di stabilizzazione e sottoposto alla consulenza dell'anestesista e del chirurgo che diagnosticò la presenza di un enfisema sottocutaneo della parete laterale dell'emitorace destro confermata da prima radiografia. Il paziente venne accompagnato dall'anestesista presso il locale Centro traumatologico ortopedico per l'esecuzione di una Tac.

Nell'esecuzione dell'esame, il paziente ebbe un primo e poi un secondo fatale arresto cardiaco, che i successivi accertamenti hanno posto in relazione causale con un pneumotorace iperteso insorto quando il paziente si trovava presso il centro traumatologico. Secondo il giudizio concorde dei giudici di merito, la condotta del medico fu conforme alle legis artis e a regole di generica prudenza, diligenza e perizia sin quando il paziente era stato presso l'ospedale. All'inverso, durante la successiva permanenza presso il Cto, l'anestesista omise, negligenemente, di considerare i dati convergenti verso l'insorgenza di un pneumotorace iperteso e di eseguire delle semplici manovre terapeutiche, quali l'introduzione di un tubo di drenaggio, che sarebbero valse a salvare il paziente, così cagionandone la morte. Secondo il medico, proprio l'emergenza terapeutica assume rilievo ai fini della più lieve valutazione della colpa stante la difficoltà tecnico-scientifica dell'intervento richiesto in situazione concitata di emergenza.

La Corte di appello, respingendo le difese, ha ritenuto che non potesse trovare applicazione al caso in esame la Legge Balduzzi, perché sussistente un comportamento negligente, mentre le linee guida da applicare contenevano solo regole di perizia; di conseguenza la responsabilità penale risultava incontrovertibile.

DOCTOR 33.IT

## **Liste d'attesa enormi in chirurgia ambulatoriale, tra le cause i piani di rientro**

Attese fino a due anni per un intervento di ernia del disco o vene varicose, attese di mesi per una Tac o una Rm: i dati del Rapporto Pit del Tribunale dei diritti del Malato evidenziano come – benché il trend sia stabile rispetto al 2012 - le liste d'attesa troppo lunghe restino il disservizio più segnalato in assoluto con il 58% di rimostranze nel 2013. E la piccola chirurgia, che include molte prestazioni transitate dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, la fa da padrona. Che quelle prestazioni rischino di essere in futuro appannaggio del solo privato? Per Rodolfo Vincenti Presidente della Fondazione Chirurgo e Cittadino ed ex presidente dei chirurghi Acoi,

è evidente un arretramento del servizio sanitario nazionale specie nelle regioni in piano di rientro, ma non si collegherebbe a un disegno “pro-privato”. «Ci sono varie ragioni dietro le attese: cito la medicina difensiva che infarcisce gli iter di esami (i quali non fanno che ritardare diagnosi finale e terapia) e deficit di professionalità in reparti che sorgono nelle stesse città in cui analoghi reparti non hanno o quasi liste d’attesa. Ma forse a pesare oggi sono principalmente i piani di rientro. Se in alcune regioni il gap tra domanda e offerta di prestazioni si copre allungando l’attività delle sale operatorie e prevedendo risorse ad hoc, in altre regioni che risorse non ne hanno avviene il contrario. Per risparmiare, alcune sale operatorie vengono chiuse uno o più giorni a settimana e i pazienti che erano in lista per quei giorni sono riportati su date successive; siccome allungare gli orari della sala operatoria costa, le liste non si sgonfiano più». A questo punto crolla l’ipotesi secondo cui rendere ambulatoriali certe prestazioni, oltre a farle costare di meno, possa sgonfiare le liste d’attesa: «Le sale operatorie quelle sono, e un intervento per una data patologia, in day surgery o ambulatoriale che sia, ha la stessa durata. Se la sala operatoria chiude, la lista d’attesa si allunga... ma è chiaro che un intervento ambulatoriale cede il passo a uno urgente. Il problema del Ssn è che finora si sono disegnate risposte di fronte a contingenze senza mettere a sistema tutte le questioni, credo ci vorrebbe un’altra legge 833 per affrontare i nodi dell’offerta del servizio sanitario in modo globale». Vincenti offre un’ultima parola sulla diagnostica: «E’ vero che c’è spesso inappropriatezza ma se un medico prescrive una Tac il sospetto diagnostico si pone a fronte di patologie che non si possono evidenziare dopo 6 mesi pena a volte l’impossibilità di guarirle. Questi ritardi in assoluto mi colpiscono ancora di più».

## **Il dolore cronico al ginocchio non migliora con l’agopuntura**

L’utilizzo di agopuntura ad ago o laser non sortisce effetti benefici maggiori rispetto a un trattamento simulato nel dolore cronico del ginocchio di intensità da moderato a grave. L’osservazione proviene da un gruppo di ricercatori australiani e britannici che hanno pubblicato la loro ricerca sulla rivista Jama. Spiega **Rana Hinman**, dell’Università di Melbourne, prima firmataria della ricerca: «Il dolore cronico al ginocchio colpisce molte persone di età superiore a 50 anni ed è il dolore più comune come fonte di preoccupazione tra gli anziani che consultano i medici di famiglia». I ricercatori sono quindi andati a valutare l’efficacia dell’agopuntura ad ago o laser (laser terapia a bassa intensità nelle sedi dell’agopuntura) in 282 volontari di età pari o superiore a 50 anni con dolore cronico al ginocchio, trattati da medici di famiglia agopunturisti. I pazienti sono stati suddivisi in un gruppo di controllo, uno trattato con agopuntura ad ago e uno con agopuntura laser e infine un gruppo trattato con agopuntura laser simulata. Gli esiti primari considerati erano il dolore medio al ginocchio, minime differenze clinicamente importanti e la funzionalità fisica, mentre come esiti secondari sono stati considerati altri dolori e misure di funzionamento, la qualità della vita, cambiamenti globali e un anno di follow up. I ricercatori hanno trovato che a 12 settimane né l’agopuntura laser né quella ad ago avevano migliorato

significativamente il dolore o la funzionalità rispetto all'agopuntura laser simulata. Rispetto al gruppo di controllo, i due tipi di agopuntura avevano ottenuto un modesto miglioramento del dolore a 12 settimane ma non a un anno e l'agopuntura ad ago ha dato un miglioramento modesto nella funzione rispetto al gruppo di controllo sempre a 12 settimane (ma senza differenze significative rispetto alla procedura simulata) ma non a un anno. Infine, non vi erano differenze per la maggior parte degli esiti secondari. Conclude Hinman: «Tra i pazienti di età superiore ai 50 anni con dolore cronico moderato o grave al ginocchio, né l'agopuntura laser né quella ad ago hanno dato un beneficio per il dolore o la funzione superiore alla simulazione. I nostri risultati non supportano l'uso dell'agopuntura per questi pazienti».

*JAMA. 2014;312(13):1313-1322. doi:10.1001/jama.2014.12660*

## **Svegliarsi durante l'anestesia totale, Bmj: non solo raro, ma in parte prevenibile**

Svegliarsi durante un'anestesia generale: è un'eventualità rara ma può verificarsi. Ne ha parlato il British Medical Journal, riferendosi a un corposo studio del Royal College degli Anestesisti e l'Associazione degli Anestesisti di Gran Bretagna e Irlanda, da cui risulta che i casi sono uno su 19.000.

Anche se la consapevolezza dura in genere appena cinque minuti, si accompagna a comprensibile angoscia e nel 41% dei casi sono stati riportati sintomi psicologici a lungo termine, come panico o incubi. Il rischio è maggiore in certe procedure, come il parto cesareo e la chirurgia cardiotoracica, in caso di obesità del paziente o quando si utilizzano alcuni farmaci di emergenza.

Secondo **Giovanni Mistraletti**, medico rianimatore e ricercatore all'Università di Milano, lo studio indica soprattutto i passi da gigante che l'anestesia ha fatto nel garantire la sicurezza delle persone che devono sottoporsi a intervento chirurgico: «il fatto di poter pensare razionalmente che ognuno ha una possibilità di circa lo 0,0053% di risvegliarsi accidentalmente durante l'intervento, penso possa essere rassicurante».

Rispetto a studi precedenti, un gruppo di raccomandazioni più corposo riguarda gli aspetti comunicativo-relazionali. «Quasi la metà di eventi di "risveglio durante anestesia" potrebbe essere prevenuto, e le conseguenze psicologiche potrebbero essere fortemente ridotte, - dice Mistraletti - se ci fosse l'abitudine a prendere del tempo, prima dell'intervento chirurgico, per spiegare meglio ciò che succede, così come se ci fosse maggiore empatia nel comprendere, rispettare e legittimare le paure e le emozioni di chi è incorso in un incidente così raro ma potenzialmente pesante». Lo studio è stato realizzato da un ente pubblico e il ricercatore milanese rileva che «è stato reso possibile da due fatti culturali che in Italia sarebbero probabilmente improponibili: ci sono fondi pubblici di rilevante entità dedicati a ricerche scientifiche serie, importanti e complesse e c'è la possibilità di "indagare sugli errori medici" senza che questo crei scandalo».

## **DIRITTO SANITARIO** Responsabilità del ginecologo: morte del bambino riduce il risarcimento

È legittimo che la misura del risarcimento del danno subito dal bambino per accertata responsabilità del ginecologo - sia con riferimento alla conduzione del parto sia in relazione alla successiva fase di assistenza - venga rideterminato in riduzione considerando la morte del soggetto offeso avvenuta a distanza di 11 anni. Le sezioni unite civili della Cassazione - ha osservato la Suprema Corte - nella sentenza 11 novembre 2008 n. 26973, nel preambolo sistematico, hanno stabilito due principi che si integrano logicamente, il primo, generale, secondo cui il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale, e la persona è l'essere vivente che viene leso, anche mortalmente, ed il secondo principio di coerenza esprime la necessità che il risarcimento equo del danno ingiusto non ecceda il danno reale. In questo senso il principio di personalizzazione è intrinseco od ontologicamente conformato alla lesione della salute come circostanziata e valutata nella sua gravità secondo i criteri della medicina legale e della scienza medica, mentre il criterio del contenimento, ad evitare generose liquidazioni, appare come criterio estrinseco, che è diretto ad evitare proprio nel campo della categoria del danno non patrimoniale l'introduzione di voci atipiche che ampliano la tutela, senza alcun riferimento ad interessi della persona o a beni della vita rilevanti. Orbene nella fattispecie in esame il delimitare alla vita reale la misura del danno non patrimoniale, non attiene alla personalizzazione, ma ad un dato obbiettivo, che influisce sul quantum, mentre altri aspetti di questa vita menomata possono venire in considerazione se dedotti e provati, e non solo per la vittima primaria ma come danno parentale. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

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