

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 3 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Sanità, pronti alla fusione tra Asl e Aou **L'assessore Arru: «Risparmio e niente doppioni, il nuovo ospedale sarà un'ulteriore occasione per razionalizzare i servizi»**

Aspettando il commissariamento della Sanità sassarese, la città, almeno a livello istituzionale, benedice la futura fusione fra Azienda ospedaliero-universitaria e l'ospedale Santissima Annunziata. L'idea piace al sindaco, Nicola Sanna, conquista il neo rettore dell'Università, Massimo Carpinelli, e mette d'accordo tutti i big del Pd sassarese, con il presidente del Consiglio regionale, Gianfranco Ganau, in testa. La consacrazione di quello che sarà il nuovo volto dell'assistenza sanitaria arriva dal convegno sul patto della salute e la riforma regionale della sanità sarda organizzato all'hotel Grazia Deledda di Sassari dalle segreterie provinciale e cittadina del Partito democratico. Attore principale dell'incontro è l'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru, che al microfono spiega quasi con passione le linee generali della legge sulla riforma sanitaria, approvata un paio di settimane fa dal Consiglio regionale.

Introdotta dai padrini di casa, Gianpiero Cordedda (segretario provinciale Pd) e Fabio Pinna (segretario cittadino del Pd), Arru elenca i punti salienti e la filosofia di quella che lui stesso non esita a definire una rivoluzione copernicana: «La legge interviene con forza per mettere ordine nella sanità sarda e garantire servizi migliori e più efficienti ai cittadini», dice l'assessore, che espone i passaggi più importanti della riforma, dal nuovo assetto dell'emergenza-urgenza, «è necessario, basti pensare che in Sardegna ci sono aree dove non arrivano nemmeno i medici di famiglia», alla creazione di una rete ospedaliera «con due hub, uno a Cagliari e l'altro a Sassari»; dal centro unico di acquisto, «produrrà un risparmio economico stimato tra il 5 e il 20 per cento della spesa attuale», alla rimodulazione del servizio veterinario, «dobbiamo potenziare la veterinaria e trasformare una piaga come la blue tongue o la peste suina in un'opportunità di sviluppo per la nostra terra». Non può mancare un passaggio sui tagli: «Non parliamo di tagli ma di razionalizzazione delle spese e delle risorse. In tutta Italia il trend politico è la riduzione delle aziende sanitarie, e noi attueremo

questo ragionando secondo quelle che sono le esigenze dei territori». E poi ecco l'argomento caldo: «Per Sassari abbiamo un'idea ben precisa. Ci sono 95 milioni di euro per un nuovo ospedale, una struttura che unirà operatori universitari e ospedalieri in una nuova dimensione sanitaria che persegue l'eliminazione dei doppioni». E proprio sull'incorporazione della Azienda mista nell'ospedale Santissima Annunziata si soffermano gli interventi degli altri oratori: «Stiamo parlando di un'operazione immane, che darà enormi vantaggi a tutti i cittadini e che potrà culminare nella realizzazione di un nuovo ospedale. Nuova struttura che potrà essere costruita grazie ai 95 milioni di euro che, con grande fatica, siamo riusciti a salvare», commenta il sindaco di Sassari, Nicola Sanna, «con quei denari potremo completare un vero e proprio quartiere ospedaliero dove già esistono le altre strutture sanitarie». La fusione sanitaria è un'idea condivisa anche da Gianfranco Ganau: «è indispensabile per razionalizzare i costi e per rafforzare il polo sassarese nel sistema regionale. Servirà naturalmente un nuovo atto aziendale che trovi un equilibrio e che faccia funzionare tutto al meglio». Anche il rettore esprime il suo favore per un passo che sarà storico: «Per noi avere un'unica azienda è una grande opportunità. Certo mettere assieme due mondi come quello universitario e quello ospedaliero non è facile, ma il problema è superabile lavorando assieme per raggiungere l'obiettivo di creare una grande struttura di ricerca. Per questo l'Università sarà al fianco del nuovo commissario»

REGIONE Arru: ingiustificato l'allarme sui vaccini contro l'influenza «Solo una correlazione temporale con il decesso di Iglesias I controlli sono a tappeto e non c'è motivo di avere paura»

«L'allarmismo sui vaccini antinfluenzali, che in certi casi sta sfociando in vere e proprie forme di psicosi, è assolutamente ingiustificato perché privo di fondatezza scientifica: i dati dimostrano che le vittime, percentuale infinitesimale rispetto al numero di chi si sottopone a vaccinazione, sono tutte persone di età avanzata e con numerose patologie concomitanti»: l'assessore regionale alla Salute, Luigi Arru, rassicura i sardi dopo le notizie sul caso di un'anziana donna morta a Carbonia. Caso che lo stesso assessore – spiega – aveva citato lunedì durante un appuntamento pubblico a Sassari «come paradosso». «L'attenzione è ovviamente altissima, i controlli sono capillari, ma non c'è alcun motivo per non vaccinarsi o per diffondere terrore. A Sassari ho detto proprio questo: che il decesso della signora 88enne sarebbe stato sicuramente attribuita al vaccino». Dalla Asl di Carbonia, infatti, arriva la conferma che il decesso è «solo temporalmente correlato». L'Aifa, infatti, in questa fase accerta solo la concordanza temporale sospetta per eventi cardiovascolari nelle prime 24 ore dalla somministrazione in pazienti ultraottantenni affetti da numerose patologie e sottoposti a più trattamenti medici. «Il Fluad – ribadisce l'assessore Arru – è tuttavia espressamente indicato in questa popolazione di pazienti. Invito davvero i cittadini

sardi a stare tranquilli. I controlli sono a tappeto, la situazione è sotto controllo e non c'è alcun motivo per avere paura del vaccino. L'influenza non è un “malanno di stagione”, ma una malattia infettiva seria che può avere complicanze gravi, specie per i soggetti a rischio. Ogni anno si registrano infatti circa 8mila decessi per complicanze cardiovascolari riconducibili all'influenza, dovuti in parte ai livelli insufficienti di copertura vaccinale registrati nel nostro Paese, specie negli anziani. L'Agenzia del farmaco continua a vigilare in tempo reale sull'evoluzione della situazione, anche in contatto con l'Emas – conclude l'esponente della giunta Pigliaru – e provvederà a comunicare tempestivamente eventuali aggiornamenti garantendone la massima diffusione». Arru ha diffuso anche alcuni dati: dopo il divieto di utilizzo dei lotti 143301 e 142701 del vaccino Fluad successivo alla segnalazione di tre decessi avvenuti tra il 7 e il 18 novembre, sabato scorso sono state inserite altre otto segnalazioni (decessi avvenuti tra il 15 e il 28 novembre) di cui l'Agenzia ha chiesto una dettagliata relazione clinica. Il totale dei casi segnalati tramite la Rete Nazionale di Farmacosorveglianza (Rnf) è di 12. Una prima analisi di queste segnalazioni consente – sottolinea l'assessore alla Salute – di trarre alcune conclusioni preliminari: in otto casi (67%) si tratta di persone di età uguale o superiore agli 80 anni; sette casi sono di genere femminile e 5 maschili; in otto casi il decesso è avvenuto nelle prime 24 ore e per cause cardiovascolari; le segnalazioni riguardano sette Regioni: Sicilia(2); Molise (1); Puglia (2); Toscana (2); Emilia Romagna (2); Lombardia (2); Lazio (1) e tutte sono pervenute tramite la Rnf con un range temporale da immediato (stesso giorno del decesso) a 13 giorni dopo.

Emergency risponde a Nicolò Licheri

Emergency contesta due dichiarazioni del direttore del Distretto sanitario della Asl, Nicolò Licheri, che gestisce il Poliambulatorio di via Tempio. La prima: “Non va dimenticato, infatti, che l'amministrazione sanitaria locale ha attivato un gruppo di volontari che opera sullo stesso fronte e fa capo all'organizzazione internazionale di Emergency”. «Questa dichiarazione non è corretta: Emergency ha firmato un protocollo di intesa con l'Asl di Sassari nel dicembre 2012 per l'apertura di uno sportello di orientamento sociosanitario a Sassari nell'ambito del suo Programma di assistenza sanitaria ai migranti e alle fasce vulnerabili in Italia. La Asl ha concesso i locali, ma tutto il personale – volontario e retribuito - è in capo a Emergency che sostiene anche le spese di funzionamento della struttura. La seconda: “Era auspicabile che i due gruppi operassero insieme anche nell'ottica di un'ottimizzazione del servizio, ma così non è stato e ce ne dispiace”. «Questa affermazione non corrisponde alla realtà: lo sportello Emergency collaborava ogni giovedì con l'ambulatorio Gourò nelle attività di accompagnamento e mediazione a favore dei pazienti. Teniamo a ribadire, che lo sportello di Emergency offre un servizio di orientamento socio sanitario completamente gratuito per i pazienti. Emergency ha richiesto alla Regione l'utilizzo del ricettario per l'apertura di un ambulatorio di medicina di base per migranti e indigenti: con la chiusura dell'ambulatorio Gourò la necessità di un servizio di medicina di base è diventata ancora più urgente».

SASSARI Il figlio dell'imputato oculista Carta: avrei rifiutato quella cattedra a Sassari «A me interessava solo l'idoneità»

«A me interessava l'idoneità, per questo motivo partecipai al concorso di Sassari. Ma la presa di servizio l'avrei rifiutata». Perché gli interessi di Arturo Carta, 44 anni, erano già orientati altrove, fuori dalla Sardegna. Ieri mattina, davanti al collegio presieduto da Marina Capitta, sono stati sentiti gli ultimi testi del processo che vede imputato di tentato abuso d'ufficio Francesco Carta, docente in pensione ed ex titolare di Oculistica alla Aou, assistito dagli avvocati Paolo Spano e Giuseppe Conti. Finito a processo per una cattedra che, secondo il pm Carlo Scalas, sarebbe dovuta passare in eredità dal padre al figlio. Tanto che Scalas aveva definito il bando «ritagliato appositamente sull'esperienza professionale del figlio». I fatti risalgono al 2008 e a Francesco Carta viene contestato l'aver indicato al preside della facoltà Giulio Rosati alcuni particolari requisiti per il proprio successore, al momento di selezionare la tipologia di impegno didattico scientifico: tra le tante competenze richieste figurava anche una conoscenza sulla materia dei «Disordini ereditari mitocondriali». Arturo Carta, ricercatore che aveva già vinto un concorso a Parma, era tra i pochi in Italia ad aver studiato quella malattia degli occhi. Ma Rosati in una delle ultime udienze e l'allora rettore Alessandro Maida in quella di ieri hanno confermato che «certamente era stato Carta a indicare la tipologia di impegno didattico e scientifico ma solo perché era l'unico titolato per farlo. E quelle tematiche erano del tutto coerenti con la continuità didattica e clinica del reparto di Oculistica». Un bando ampio, quello che fu predisposto, «per nulla limitativo – ha aggiunto Carlo Sborgia, consulente della difesa, luminare in Oculistica – che includeva patologie con ramificazioni infinite». Bando, in sintesi, che prevedeva requisiti di cui sono in possesso decine di esperti in tutta Italia. Oltretutto – come ha spiegato il teste professor Scordia, uno dei membri della commissione giudicante all'epoca – «ai fini della valutazione dell'idoneità non tenemmo conto dell'impegno didattico». Oggi Arturo Carta lavora e vive con la sua famiglia in emilia Romagna. «L'idoneità conseguita a Sassari mi è servita per diventare professore associato a Parma».

OLBIA La clinica Michelangelo sfrattata per morosità Lo studio allacciato abusivamente anche all'impianto elettrico condominiale

I maghi del bisturi della Michelangelo Chirurgia Estetica hanno lavorato per quasi due anni in una clinica privata dotata di una attrezzatissima sala operatoria, perfettamente illuminata. Peccato che sia i locali che l'energia elettrica erano “a gratis” da qui lo sfratto per morosità disposto dal giudice del tribunale di Tempio Paola Ferrari Bravo ed eseguito, ieri l'altro, dall'ufficiale giudiziario del tribunale di

Tempio. Il quale, per poter entrare nello studio chirurgico e sostituire le serrature, si è fatto assistere dai carabinieri. La storia di morosità e di furto di energia elettrica (questo il reato che sarebbe stato già contestato dai carabinieri ai titolari della “Michelangelo Chirurgia” comincia nel maggio del 2013, quando La “Michelangelo” stipula un contratto di locazione di studio professionale con la Haliotis srl, una società di Olbia che gestisce un prestigioso immobile e la clinica privata in via Veneto. I patti erano chiari ma l’amicizia è stata rotta dopo il primo mese, quando nella casse della Haliotis non arriva il canone concordato. Passa un anno e i proprietari dell’immobile si rivolgono all’avvocato Cinzia Tirozzi per rientrare in possesso della clinica privata, l’unica che viene data in locazione nel Nord Sardegna. Le pratiche per il procedimento civile vanno avanti per alcuni mesi e, pochi giorni fa, il provvedimento di sfratto sollecitato dal legale della Haliotis srl diventa esecutivo. Il legale affida il provvedimento nella mani dell’ufficiale giudiziario (l’unico abilitato ad eseguire l’ordinanza del magistrato) che, considerata l’accoglienza poco amichevole, chiama in suo aiuto i carabinieri. Nel verificare che l’intera struttura era nelle condizioni nelle quale era stata affittata l’ufficiale giudiziario, l’avvocato e il proprietario dell’immobile scoprono che il rappresentante della Michelangelo Chirurgia aveva risolto anche il problema dell’energia elettrica necessaria al funzionamento della clinica privata allacciandosi, abusivamente, all’utenza condominiale. Ora i militari dalla compagnia di Olbia stanno accertando, su denuncia del proprietario del prestigioso palazzo, da quanto tempo andasse avanti quell’allaccio abusivo e, attraverso le bollette dell’Enel risalire a quanta energia è stata illecitamente utilizzata in un anno e mezzo di attività della clinica estetica. Nella quale prestavano servizio (ignari delle beghe condominiali e di locazione) il fior fiore dei maghi del bisturi estetico italiani, chiamati a modificare con profili greco, egiziano o francese i nasi, sollevare seni attratti verso il basso dalla forza di gravità e ridare forma a glutei poco tonici. Nessuno dei professionisti che hanno operati nella struttura, infatti, era al corrente delle controversie tra il titolare della Michelangelo e il proprietario dello stabile.

L'UNIONE SARDA

REGIONE Sanità, ormai è allarme rosso Per il settore si utilizza la metà del bilancio regionale, servono controlli e tagli rigorosi Spese eccessive, Deriu (Pd) chiede commissione d'inchiesta

La spesa sanitaria in Sardegna è fuori controllo, nell'utilizzo e distribuzione dei farmaci impera lo spreco, macchinari costosi giacciono abbandonati nei magazzini delle Asl, per far funzionare una macchina arrugginita e, a voler essere buoni, male amministrata, servono quasi tre miliardi (avete letto bene) di euro all'anno, ovvero la metà del bilancio regionale. E non stiamo qui ad aprire il capitolo delle inefficienze,

con le code infinite ai pronto soccorso, le attese intollerabili per una visita specialistica e altre amenità. E proprio non si capisce perché si debbano spendere altri soldi per far rivivere un ospedale inutile come quello di San Gavino a una manciata di chilometri da un centro di eccellenza come il Brotzu o il Policlinico.

Francamente troppo anche per un esponente qualificato della maggioranza come Roberto Deriu, ex presidente della Provincia di Nuoro e attuale vice capogruppo del Pd in Consiglio regionale. «Serve una commissione d'inchiesta, perché non ci possiamo accontentare della sintetica istruttoria degli uffici dell'assessorato regionale in sede di presentazione della mini riforma sanitaria».

La stessa riforma che ha istituito l'Areus, ovvero il dipartimento delle emergenze, con una motivazione che sa di sberleffo: questa nuova struttura funzionerà con meno dispendio di soldi rispetto a prima. «Ma allora», si chiede quasi sarcastico Deriu, «dove sono finiti i denari sin qui erogati per l'emergenza?». Buttati via, evidentemente, se lo stesso assessorato della Sanità adesso ammette che per far funzionare (si spera meglio) il comparto dell'emergenza si può spendere meno. L'elenco delle storture sarebbe infinito, come quella dei duecentottanta farmacisti distrettuali (costo 120mila euro all'anno per ciascuno di essi) che dirigono non si sa bene cosa. È di poche settimane fa la notizia di macchinari e ausili ortopedici abbandonati nei cortili degli uffici della Asl 8 di Cagliari (lo ha documentato l'Unione Sarda con un reportage arricchito da un inequivocabile servizio fotografico). E la “dose unica del farmaco”, strumento importante, appena entrato in funzione in alcuni ospedali cagliaritari, per il momento sembra essere un'altra fonte di spreco piuttosto che di risparmio.

Per i farmaci siamo all'iperbole. La Sardegna è la regione italiana che, in proporzione al numero di abitanti, spende di più: 386 milioni di euro all'anno (19,3% della spesa sanitaria totale) contro un tetto che dovrebbe essere di 296 milioni. La spesa farmaceutica in Sardegna è di 173,6 euro pro capite, la media in Italia è di 141,2. E non ci si venga a dire che ciò è determinato dall'età media molto alta della popolazione. Nelle Marche, in Valle d'Aosta e nella Provincia regionale di Trento l'età media è più alta ma le Asl spendono meno.

La verità è che il settore fa acqua da tutte le parti e i danni sono il frutto di una gestione dissennata di anni, che va ben oltre la sin qui breve esperienza di governo di Pigliaru (dieci mesi), quella quinquennale di Cappellacci e così via. Decenni di clientelismo hanno prodotto un disastro adesso difficilmente rimediabile.

«Non riesco a capire», fa finta di sorprendersi Roberto Deriu, «perché le Asl del sud dell'Isola spendano più di quelle del nord per acquistare lo stesso prodotto. Tutto questo merita una verifica con una commissione d'inchiesta».

Deriu allarga il discorso e considera l'atto ispettivo del Consiglio regionale (che perlomeno avrebbe la possibilità di dimostrare la sua utilità, vista la farraginosità di questo primo scorcio di legislatura) previsto dallo Statuto come «un accertamento del funzionamento della Regione, della capacità di esercitare l'autonomia e l'autogoverno». Insomma, «un'operazione verità», conclude con felice sintesi l'esponente del Partito democratico.

Il risparmio di un piccolo 1% nella fantasmagorica spesa sanitaria sarda permetterebbe di mettere a disposizione della nostra comunità “30milioni30” di euro.

Si potrebbe anche aprire il libro dei sogni.

SULCIS Uccisi dal vaccino? «No, i due anziani erano malati»

Il vaccino antinfluenzale e poi la morte. Ma, quasi certamente, il decesso di Lucia Nardi, ottantottenne di Iglesias, nulla ha a che fare con i due lotti incriminati del vaccino Fluad. E ancora meno è legata al farmaco la morte, avvenuta il 15 novembre, di Giuseppe Desogus, settantottenne di Villamassargia: in questo caso, l'uomo, addirittura, era stato immunizzato con il prodotto di un'altra casa farmaceutica. Eppure, visto l'allarme che si è diffuso in tutta Italia, anche nel Sulcis Iglesiente è scattata la psicosi.

Ingiustificata, si affretta a spiegare chi ha studiato il fenomeno. I due anziani, sostengono i carabinieri del Nas, non hanno assunto il vaccino incriminato. E anche l'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru getta acqua sul fuoco. «I dati», afferma in una nota, «dimostrano che le vittime, percentuale infinitesimale rispetto al numero di chi si sottopone a vaccinazione, sono tutte persone di età avanzata e con numerose patologie concomitanti».

Parole che sembrano confermate proprio dai due decessi della zona. Lucia Nardi era stata accompagnata il 4 novembre al Santa Barbara di Iglesias per un infarto. Vista l'assenza dell'unità coronarica, la donna era stata trasferita al Sirai. E, nell'ospedale di Carbonia, era stata vaccinata dopo essere stata stabilizzata. Due giorni dopo il decesso. Ancora più particolare il caso di Desogus: vaccinato intorno alle 9.30, si è sentito male dopo qualche ora. Nonostante l'arrivo della guardia medica, è morto a casa sua dodici ore più tardi. Il caso sarebbe preoccupante. Se non fosse che il vaccino era di un'azienda diversa rispetto a quella del prodotto incriminato.

La psicosi, dunque, non è giustificata. Anche perché il fenomeno viene monitorato dalle autorità sanitarie. È stato chiesto alle Asl di segnalare le morti avvenute dopo la somministrazione del vaccino. Questa ha consentito di tenere sotto controllo il problema ma, al tempo stesso, ha finito con il collegare surrettiziamente tutti decessi al vaccino stesso.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Salute e povertà. Mirisola (Inmp): "Ormai oltre il 40% dei nostri assistiti è italiano". E uno studio rivela che un operaio non qualificato vive in media 5 anni in meno di un dirigente

Gli italiani che ricorrono all'assistenza fornita dall'Istituto per la salute dei migranti

e delle malattie della povertà sono infatti passati dall'8% del 2008 al 42% di oggi. Il dato nel convegno al San Gallicano di Roma dove è stato anche presentato il Libro Bianco 'Equità nella Salute' (vedi sintesi). Ma le diseguaglianze in salute costano anche in termini economici: almeno il 10% del Pil

La tutela delle salute, l'impatto delle diseguaglianze e le politiche in grado di sviluppare un'assistenza sociosanitaria di carattere inclusivo, in grado di tutelare allo stesso modo italiani e migranti all'interno di un quadro economico sempre più complicato in cui, secondo i dati Eurostat, le persone a rischio povertà o esclusione sociale in Italia hanno raggiunto il 28,4% della popolazione. Questi i principali temi che hanno animato 1° convegno annuale 'La salute di tutti, nessuno escluso', promosso a Roma dall'**Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e delle malattie della povertà (Inmp)**.

L'Inmp, che rappresenta un istituto pubblico del Ministero della Salute, garantisce assistenza a italiani e stranieri attraverso l'ambulatorio medico polispecialistico e psicologico con molteplici attività, in costante espansione quali-quantitativa. Dal 2008 ad oggi sono state erogate circa 250.000 prestazioni ambulatoriali, con un progressivo incremento della quota di pazienti italiani, per la gran parte esenti per basso reddito. Parallelamente, **la quota di stranieri è passata dal 92% al 60%. Tra gli stranieri, i regolari e gli irregolari sono rappresentati quasi in parti eguali.**

Nell'attività dell'Inmp un ruolo di prim'ordine spetta mediatori transculturali esperti in sanità, figura ancora non presente nel Servizio sanitario nazionale: l'Inmp ne impiega 27 che parlano 36 lingue e lavora per il pieno riconoscimento giuridico e professionale di questi operatori.

Fra le attività svolte finora in Italia dall'Inmp, particolare rilevanza hanno avuto progetti sui dispositivi medici finanziati dal Ministero della Salute, con lo scopo di consentire un accesso ampio alle prestazioni essenziali per fasce di popolazione svantaggiate. Come per esempio quelli riguardanti l'odontoiatria, l'epatologia (diagnosi e trattamento delle epatiti virali) e l'infettivologia pediatrica. Attualmente sono in corso azioni riguardanti le infezioni sessualmente trasmesse, l'audiologia (assistenza specialistica e fornitura di protesi acustiche), le infezioni da *Helicobacter pylori* e terapia delle forme resistenti, l'oculistica (assistenza specialistica e fornitura di occhiali).

Uno dei dati più eloquenti forniti dall'Inmp nel corso del convegno, è che e se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze di censo, reddito e istruzione fino a minimizzarle, si potrebbero ottenere notevoli miglioramenti di salute: fino al 25% di riduzione della mortalità fra gli uomini e circa il 10% fra le donne.

“L'Italia rappresenta un vero e proprio modello in Europa e non solo in materia di assistenza sanitaria ai migranti – ha sottolineato **Concetta Mirisola**, direttore Inmp – L'articolo 32 della Costituzione è applicato pienamente e ciò consente di curare nel migliore dei modi anche gli stranieri irregolari, che rappresentano il 52% degli immigrati assistiti. Emblematico è il caso dei minori che si iscrivono ai pediatri di libera scelta”. Un modello virtuoso, reso possibile “soprattutto dalle ottime sinergie

createsi con le istituzioni a tutti i livelli e in particolare con le Regioni”. Nel complesso “i soggetti che si rivolgono all’Inmp presentano prevalentemente patologie cutanee e respiratorie, anche se negli ultimi anni sono aumentate le richieste di supporto psicologico, naturale conseguenza della crisi economica e della perdita del lavoro”. Un fenomeno che ha coinvolto massicciamente “gli italiani, passati in pochi anni dall’8% al 40%. Dinamica che evidenzia come sia assolutamente assurdo costruire allarmismi legati alla popolazione straniera. Purtroppo le difficoltà riguardano tutti, indistintamente”.

Nel corso del convegno è stato presentato il **Libro Bianco ‘Equità nella Salute’**, nato per iniziativa del Gruppo interregionale ESS - Equità nella Salute e nella Sanità della Commissione Salute delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte. Tale iniziativa si sviluppa in accordo con gli obiettivi di contrasto alle disuguaglianze di salute previsti dal Progetto interregionale 2013-15 dell’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà – Inmp.

Il volume mostra come i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Mano a mano che si risale lungo la scala sociale questi stessi indicatori di salute migliorano, secondo quello che viene chiamata la legge del gradiente sociale.

Tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano **più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita** tra chi è rimasto in una posizione di operaio non qualificato rispetto a chi è approdato ad una posizione di dirigente, con aspettative di vita progressivamente crescenti salendo lungo la scala sociale. **Il rischio di morire cresce regolarmente con l’abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini fatta uguale uno il rischio di un laureato, la mortalità cresce del 16% nel caso della maturità, del 46% nelle medie e del 78% nelle elementari. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, finire male a causa della malattia.**

Lo studio evidenzia come le **disuguaglianze di salute** costituiscano anche un fattore di inefficienza, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, in quanto presuppongono l’uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un **impatto complessivo stimato intorno al 10% del Pil**. Se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze fino ad eliminarle, calcola il libro, si potrebbero guadagnare notevoli miglioramenti di salute, ad esempio riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi.

“L’Inmp rappresenta un’eccellenza nella sanità pubblica, tanto che l’Oms l’ha

indicato come best practice – ha spiegato **Livia Turco**, presidente Consiglio di Indirizzo Inmp – L’idea da valorizzare è quella di conferire al Ssn un carattere di interculturalità, non relegandolo ai concetti di emergenza e urgenza”. All’interno di questo quadro, “l’immigrazione non deve generare politiche specifiche, ma deve rappresentare una sfida per un Ssn che sia davvero universalistico, inclusivo e solidale, che sappia esaltare la sua vocazione originaria”. Allo stato attuale tuttavia “la politica non è in grado di misurarsi con il tema della povertà, poiché manca completamente una struttura che elabori un piano nazionale”. Servirebbe invece un approccio “che inserisca la sanità in tutte le politiche, approntando programmi intersettoriali di promozione della salute”.

■ [Il libro bianco "Equità e Salute"](#)

Responsabilità professionale. Contratti di assicurazione per medici & co: ecco i nuovi requisiti minimi previsti dalla "Balduzzi"

Dopo alcuni “ritocchi” è nuovamente all’attenzione dei tecnici della Conferenza 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

Ci riprova lo schema di Dpr sulla “Disciplina dei requisiti minimi e uniformi per l’idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie”. Un provvedimento di 18 articoli che attuano quanto previsto dal Decreto Balduzzi, con l’obiettivo di garantire un’idonea 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.

Il nuovo testo ([confronta anteprima su QS](#)) recepisce gran parte delle proposte emendative avanzate dalle regioni, ad eccezione della indicazione relativa alla cancellazione della parola “tariffa” legata al “premio di tariffa”, elemento di calcolo per il bonus malus (art 4 comma 4 requisiti minimi e uniformi per l’idoneità dei contratti). Una cancellazione respinta in quanto, come indicato dal Mef, è dal premio di tariffa che viene stimato, in termini di sostenibilità, l’intero fabbisogno mutualistico dell’assicurazione professionale analogamente a quanto avviene per il bonus malus dell’assicurazione della Rc auto. E quindi, essendo identico il sistema deve rimanere identico il riferimento tariffario.

Tra le principali novità: l’inserimento dei fisici nella lista delle professioni interessate dal provvedimento e che l’accesso al fondo è assicurato con priorità ai giovani

abilitati all'esercizio della professione "da non più di dieci anni". Inoltre l'assicurato dovrà dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente interessato a concludere il contratto entro 30 giorni e non più entro dieci giorni. Per quanto riguarda i componenti del Comitato del fondo ne farà parte anche un rappresentante designato dalle regioni.

■ [Il testo del Dpr "Disciplina dei requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie"](#)

SOLE 24ORE SANITA'

Report Cnamc/ Costi alle stelle e meno servizi: per i malati cronici la vita è sempre più difficile

Aumentano i costi privati per l'assistenza dei malati cronici. La difficoltà del Ssn nel garantire l'accesso ai servizi in tutte le Regioni sta infatti pesando sulle tasche delle famiglie: 9.704 euro in media l'anno solo per la badante; 17.435 euro per la retta della struttura residenziale o semiresidenziale; 1.233 euro per le spese di viaggio per cura; 1.029 euro per l'alloggio; 737 euro per l'acquisto di farmaci. È quanto emerge dal XIII Rapporto sulle politiche della cronicità presentato oggi a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici (Cnamc) di Cittadinanzattiva. Piovono così le rinunce, determinate dagli alti costi, come denuncia l'80% delle associazioni: il 53% dice di rinunciare alla riabilitazione; il 47% all'assistenza psicologica, il 44% ai parafarmaci, il 41% ai farmaci non rimborsati, il 35% all'assistenza domiciliare, il 29% alla badante, il 26,5% alle cure odontoiatriche, il 17,6% ad andare in strutture residenziali e semiresidenziali, il 14,7% all'assistenza protesica e integrativa. Tra le difficoltà denunciate anche quelle legate alla conciliazione fra malattia e lavoro: la prima difficoltà espressa dalle famiglie delle associazioni coinvolte nella rilevazione (73,8%) è conciliare l'orario di lavoro e assistenza. Un ulteriore peso è rappresentato dalla necessità di spostarsi fuori regione (69%) il cui costo medio durante l'anno è di 1.233 euro e la tanto odiata burocrazia (57,14%). Nonostante i tentativi di nascondere la patologia (58,5%), di eseguire un lavoro troppo pesante (43,9%) e non prendere permessi di cura (29,3%) un'associazione su due ha ricevuto segnalazioni di licenziamenti a causa della malattia. E ancora. Oltre il 50% delle associazioni sostiene che le campagne di prevenzione sono sporadiche e non hanno seguito e, inoltre, il 44% ritiene che le stesse non coinvolgono a sufficienza medici e pediatri di famiglia. Per quanto riguarda la prevenzione terziaria, l'ostacolo principale è rappresentato dalla mancanza di formazione del paziente e dei care giver (51,7%). Il 90,7% delle associazioni registra ritardi diagnostici, dovuti alla sottovalutazione o non comprensione dei sintomi da parte dei medici di medicina generale (78,9%), alla complessità della

diagnosi e difficoltà nel trovare il centro o lo specialista di riferimento (50%) o ancora all'inadeguatezza degli esami diagnostici prescritti (36,8%). L'assistenza domiciliare è estremamente variabile: si va da un minimo di 1,2 ore ad un massimo di 4,2 ore al giorno, e per non più di 4 giorni a settimana. Le Regioni in cui va peggio sono quelle del centro sud, ma anche le Isole. Inoltre, sono spesso assenti alcune figure professionali importanti come lo psicologo per il 73,1%, il fisioterapista (57,7%), l'infermiere (34,6%) e lo specialista (30,8%).

Cinque azioni per cambiare. Per Tonino Aceti, responsabile del Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici-Cittadinanzattiva, sono necessarie cinque azioni: «riorganizzare i servizi socio sanitari con un impegno serio nell'assistenza territoriale; coinvolgere le associazioni nelle scelte per orientare il sistema ai bisogni; dare centralità e rafforzare i diritti e le garanzie per i cittadini; rafforzare la lotta agli sprechi e alle inefficienze; rispettare i tempi e gli impegni definiti nel Patto per la Salute 2014-2016».

«Tutto questo - aggiunge Aceti - si deve fare concretamente a partire dalla definizione di standard nazionali per l'assistenza territoriale, percorsi diagnostici terapeutici nazionali di riferimento per le Regioni e approvazione del Piano nazionale della cronicità. È necessario riconoscere e praticare da subito la partecipazione delle associazioni dei cittadini e pazienti nelle scelte in sanità ormai non più rinviabile, come dimostrano le decisioni da assumere per l'innovazione farmacologica, per la revisione di ticket ed esenzioni prevista dal Patto, oltre che per lo snellimento della burocrazia inutile».

Secondo il responsabile del Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici-Cittadinanzattiva, «non è sostenibile per nessuno ipotizzare arretramenti su diritti e garanzie, anzi è necessario lavorare sulla loro effettività e rafforzamento, a partire dal riconoscimento del merito nelle nomine, certezza ed effettività di accesso a invalidità civile e handicap, sostegno alle politiche sociali, aggiornamento dei Lea e del nomenclatore delle protesi e degli ausili».

DOCTOR 33.IT

Privacy. Garante a Mmg: dubbi su reale tutela dati sensibili dei pazienti

Benché lenta, tra ospedale e territorio la rivoluzione informatica procede abbastanza veloce da porre il problema del "grande fratello" sui dati dei cittadini. Il Garante della Privacy ha "scoperto" all'Ospedale Sant'Orsola di Bologna un milione di fascicoli sanitari, leggibili da mille operatori, non tutti medici e infermieri. E ha contestato alla struttura la mancata acquisizione dei consensi alla formazione del dossier dei pazienti: questi ultimi ignoravano quali dei propri dati erano nel fascicolo e chi li leggeva. La struttura è stata invitata a raccogliere un ok specifico all'acquisizione dei

dossier, e a garantire l'oscuramento di dati ove richiesto dal cittadino, come previsto dalle Linee guida del Garante 2011 e dallo schema di decreto sul Fse da mesi alla firma del premier Renzi. Nel frattempo potrà leggere i fascicoli il solo medico interno che ha in cura il paziente. Il tema degli accessi indiscriminati ai dati sensibili è sentito anche tra i medici di famiglia chiamati a redigere le ricette de materializzate ed il patient summary che riporta le patologie dell'assistito. «Una volta la ricetta cartacea in farmacia era letta da pochi occhi. Oggi, se invio una prescrizione, va al Ministero dell'Economia, all'Asl e alla Regione: non ho un'idea precisa su chi la leggerà e su come saranno utilizzati e protetti i dati che invio, ma resto responsabile dei contenuti clinici trattati», afferma Franco Del Zotti medico di famiglia autore di un dodecalogo sulla ricetta de materializzata e direttore della rete netaudit.org. «Per legge i dati inviati sono trattati anche a fini di controllo della spesa, magari non da medici; il Garante chiede a Ministero e regioni di anonimizzarli ma quando spedisco la ricetta con nomi e cognomi non mi arriva dal Sistema d'accoglienza un feed-back sul metodo di conservazione che mette in sicurezza quei dati. Certo, la legge impone di inserirli in una repository di difficile accesso, ma la fretta infusa alle regioni fin qui - fissare per legge date tassative entro cui devono avvalersi dei nostri flussi -e dall'altra parte i crescenti riscontri del Garante sembrano un po' in contraddizione con la volontà istituzionale di porre la privacy dei cittadini come priorità». Sguardi indiscreti possibili anche dalla parte del medico di famiglia: le aggregazioni funzionali territoriali di più medici, chiamati a condividere i dati dei pazienti, includono anche infermieri e collaboratori di studio, per non parlare degli operatori dei "cloud" che trattano informazioni su più larga scala. In Toscana sono state istituzionalizzate le Aft ed è in vista un accorpamento delle aziende sanitarie. «Pur restando teorico- ammette il segretario Fimmg Vittorio Boscherini- il rischio che i dati finiscano dove non devono c'è. Credo siano Asl e regione e non i medici a dover risolvere il problema, posto che a noi medici tocca chiedere un consenso ad alimentare il Fse, non con una firma per ciascun paziente ma con informativa e silenzio/assenso». Boscherini rileva che nelle medicine di gruppo nessun assistito ha manifestato problemi nel veder condivisi i suoi dati tra più medici. «Mi sto adoperando in Toscana affinché i dati degli assistiti siano condivisi da medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale. Nel rapporto di cura è necessario che gli occhi del clinico di volta in volta interpellato vedano la storia del paziente per intervenire in modo consapevole. Semmai va limitato un utilizzo del dato sotto il profilo amministrativo».

Responsabilità medico ospedaliero. L'esperto: una babele giuridica

Magistrati e Medici a confronto domani a Milano per cercare di dare un'interpretazione univoca

a chi è in capo la responsabilità in caso di errore sanitario e a chi tocca l'onere della prova. Alberto Scanni, Consigliere dell'Ordine dei Medici di Milano, Primario Emerito presenta l'evento finalizzato a esaminare e valutare le tesi in campo non

senza trascurare gli importanti effetti che l'adesione all'una o all'altra comporta sull'intero sistema sanitario nazionale

Perché un medico prescrive tanti esami? Perché non gli sembrano mai abbastanza? Perché indugia in pronto soccorso nel praticare quella che si definisce “Medicina difensiva”?

La risposta è semplice.

Per evitare gli strali di avvocati, pazienti e famigliari che lo accusano, in molti casi gratuitamente, di omissione e delle relative conseguenze.

Il medico si trova così a dover provare la propria innocenza pur avendo agito in scienza e coscienza, e aver fatto una diagnosi e una prescrizione corretta (giudicate a torto omissioni) per le quali alcuni esami non sarebbero stati necessari.

Il costume di denunciare il medico in questi ultimi anni si è particolarmente diffuso, vuoi per campagne di stampa contro la categoria, secondo le quali la cosiddetta “malasanità” sarebbe

spesso responsabilità di quest'ultima, vuoi per la disponibilità di alcuni avvocati a intraprendere sempre e comunque cause risarcitorie (ne sono un esempio recenti spot televisivi) pur in presenza di scarsi elementi probatori.

Qualcosa però sta cambiando.

L'art.3 (“responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie”), primo comma della legge 8 novembre 2012 n.189, che ha convertito con modifiche il decreto Balduzzi (13 settembre 2012 n.158) ha stabilito “L'esercente la professione sanitaria che nello

svolgimento della propria attività si attiene alle linee guida e buone pratiche accreditate

dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile”.

Se si attiene alle buone pratiche alle linee guida il medico non risponde più per colpa lieve, mentre

senza entrare in dettagli giurisprudenziali, secondo questo articolo e secondo soprattutto l'ultimo periodo, la responsabilità del medico ospedaliero verrebbe ricondotta a quella che si definisce “responsabilità extracontrattuale” in base alla quale non spetterebbe più lui provare l'innocenza, bensì toccherebbe al paziente l'onere della prova di colpa. Inoltre i termini prescrittivi della pena passerebbero da 10 a 5 anni.

Questo orientamento è stato fatto proprio dalla Sezione I Civile del Tribunale di Milano la cui risonanza ha acceso recentemente il dibattito sui media.

Per contro un contrapposto indirizzo interpretativo ha giudicato che nulla si sia modificato nello statuto della responsabilità sanitaria da quantificare in termini contrattuali.

Da qui il convegno proposto dalla Scuola superiore di Magistratura in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Milano e Provincia per esaminare e valutare le tesi in campo non senza trascurare gli importanti effetti che l'adesione all'una o all'altra comporta sull'intero sistema sanitario nazionale

Alberto Scanni

Consigliere dell'Ordine dei Medici di Milano, Primario Emerito

Esami prenotabili e scaricabili on line. Il Governo cambia marcia su digitalizzazione Pa

Esami e visite prenotati in un attimo e anche i responsi scaricabili senza problemi: il Governo Renzi dà uno scrollone all'Agenda digitale servendosi dell'Agenda delle semplificazioni appena pubblicata. Entro il 2016 in tutte le regioni si potranno prenotare prestazioni on line anche da smartphone e tablet e si potranno scaricare i referti diagnostici, tranne quelli di imaging, per i quali viene concesso un anno in più di tempo. Già prima, entro il 2015, l'Agenda per le semplificazioni - appena rilasciata dal ministero della Pubblica Amministrazione, e prevista dal Decreto legge 90/14 all'articolo 24 - prevede di eliminare duplicazioni nelle procedure per la richiesta dei certificati per l'accesso ai benefici a seguito di invalidità e disabilità. L'impegno lo prende Roma ma in questo caso è a carico delle regioni. Tutto a carico dello stato è l'istituzione di un'anagrafe unica nazionale, che eredita i dati dei residenti negli 8 mila comuni nazionali (e si spera li coordini con quelli in possesso delle Asl). Le azioni previste nell'Agenda saranno misurate in termini di tempo e oneri "in meno" che cittadini e imprese dovranno sopportare grazie alla semplificazione. Il crono programma fissato non riguarda solo il Welfare ma punta su fisco, edilizia e impresa. La rivoluzione fa perno sul Pin unico: il governo punta a dotare 3 milioni di utenti con un'identità digitale già entro settembre 2015 - a partire da ambiti per ora individuati in Emilia Romagna, Toscana, Marche, Piemonte e Friuli VG - e diventerebbero 10 milioni entro dicembre 2017. Per dialogare - inizialmente con Agenzia delle Entrate, Inps e Inail, poi con il resto delle amministrazioni - l'utente potrà "rottamare" i vecchi, innumerevoli username e password fin qui utilizzati e sarà identificato da un'unica combinazione nel Sistema Pubblico d'Identità Digitale. L'Agenda prevede anche l'entrata in scena già dal prossimo aprile delle dichiarazioni dei redditi precompilate per dipendenti e pensionati (dal 2016 potranno comprendere le spese sanitarie). Ma soprattutto per i professionisti entro il 2016 prevede, dopo una fase pilota, la possibilità di scaricare telematicamente le marche da bollo come da Piano d'Azione Imprenditoria 2012 dell'Unione Europea. Particolare attenzione sarà riservata alla soddisfazione percepita dai cittadini, da verificare con indagini campionarie, interviste e focus group.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584