

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE Riforma delle Asl, la vera novità sarà il “codice rosa” Equipe d'emergenza per far fronte alla violenza sulle donne Sulla legge confronto duro fra maggioranza e opposizione**

Il «codice rosa» o pronto soccorso per l'emergenza delle emergenze, la violenza sulle donne, è l'unica novità reale (quasi) della legge sulla sanità. Tutto il resto, a futura memoria, con effetti – buoni o cattivi? – rimandati all'anno prossimo, quando arriverà la riforma delle Asl, quella che sarà totale. Per ora il Consiglio regionale si è preso sulle spalle il peso di mettere assieme i pezzi di una leggina uscita con un testo dalla commissione e stravolta in aula dagli emendamenti presentati dalla maggioranza di centrosinistra. Ieri altri due articoli, oltre a quello sul «codice rosa», sono stati approvati da chi governa: la conferenza territoriale socio-sanitaria, composta dai Comuni amministrati dalle future Asl, e le «case della salute» o poliambulatori decentrati. Gli ultimi due articoli, compreso quello che darà il via libera al commissariamento delle Aziende sanitarie, saranno approvati mercoledì, con il voto finale dall'esito scontato: via libera e pubblicazione sul Bollettino della Regione. Emendamento. L'emendamento è stato presentato in corsa, nessuno ci aveva pensato in commissione, dal consigliere regionale Luca Pizzuto (Sel). È stato approvato all'unanimità, anche se poche ore dopo ha scatenato l'ennesima polemica fra maggioranza e centrodestra, che ha ricordato come «il servizio fosse stato già inaugurato dalla giunta Cappellacci». Paternità a parte, il «codice rosa» sarà attribuito alle donne vittime di violenze che arriveranno al pronto soccorso. Sarà un'equipe multidisciplinare, composta anche da psicologi, a occuparsi dell'emergenza. La Sardegna è una delle prime regioni a istituire il «codice rosa» – oltre alla donne garantirà maggiore tutela ad anziani, bambini e immigrati – ed «è un segnale di grande attenzione e civiltà», è stato il commento dell'assessore alla Sanità, Luigi Arru. Allarme rosso. È quello che, nella quarta seduta dedicata alla legge, si è acceso più volte durante e dopo ogni scontro fra i due poli in campo. Stavolta la minoranza ha contestato al centrosinistra non solo di aver «tirato fuori dal cilindro un pasticcio»,

ma commesso anche un altro errore: «Di fatto avete commissariato il Consiglio, perché tutti i poteri di fare e disfare da oggi in poi li avrà la Giunta». L'hanno detto Giorgio Oppi (Udc), Pietro Pittalis e Oscar Cherchi (Forza Italia) e Attilio Dedoni e Michele Cossa (Riformatori), con toni spesso accessi: «Il ruolo d'indirizzo del Consiglio – uno dei passaggi – non può essere svilito con così tanta brutalità». Al fuoco dell'opposizione ha risposto la maggioranza con Pietro Cocco, Lorenzo Cozzolino e Luigi Ruggeri del Pd, Anna Maria Busia e Roberto Desini del Centro Democratico. Dai banchi del centrosinistra la risposta è stata secca: «Possiamo solo rimproverarci di non essere intervenuti prima sul disastro economico e organizzativo ricevuto in eredità dalla giunta Cappellacci». Ora il centrosinistra ha accelerato i tempi e vuole portare a casa questo primo passaggio. Poi comincerà la fase di studio della seconda parte per arrivare in primavera alla grande riforma che – stando alle previsioni dell'assessore – «porterà a una riduzione netta della spesa», seppure ancora da quantificare, e «migliorerà subito la qualità del sistema sanitario regionale». Grande partecipazione. A sollecitarla è stato, in uno degli interventi, l'assessore Arru. «Nessuna decisione operativa – ha detto – sarà presa senza aver consultato prima i territori». Nulla, neanche la novità dell'Azienda per le urgenze-emergenza e ancora meno la prossima mappa delle Asl, «sarà calato dall'alto». Il giuramento della Giunta è stato: «Andiamo e andremo alla ricerca di condivisione, consapevolezza e responsabilizzazione, perché è questa l'unica strada per raddrizzare la sanità nelle città e nelle zone interne». La chiusura è stata del capogruppo di Sel, Daniele Cocco: «Dobbiamo fidarci».

## **Deroga per il Mater Olbia II. Senato: ecco il costo dei posti letto in più**

L'incremento del numero dei posti letto in Sardegna per il prossimo triennio 2015-2017, sulla base della deroga concessa dal governo con il decreto Sblocca Italia per dare il via libera al progetto della Qatar Foundation Endowment sull'ospedale Mater Olbia (ex San Raffaele) costerà alla Regione circa 27 milioni di euro, nove per ciascun anno: lo si evince dal parere espresso dalla commissione Bilancio del Senato sullo Sblocca Italia. In particolare, l'organismo di Palazzo Madama, riferendosi all'articolo 16 del provvedimento governativo, spiega che «l'effetto finanziario è valutabile in circa 9 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2015-2017». Inoltre «per quanto riguarda la copertura dei maggiori oneri derivanti dal suddetto incremento delle prestazioni sanitarie ottenute da operatori privati all'interno del bilancio regionale, andrebbe acquisita conferma della sostenibilità, per la Regione, di una rimodulazione delle spese non obbligatorie nell'ambito del suddetto bilancio». Per le prestazioni fornite a regime sulla base dei 242 posti letto attivati con la deroga che esenta la Regione dalla riduzione del numero dei posti letto e della spesa sanitaria privata, la giunta con la delibera di giugno ha stimato un costo «omnicomprensivo» di 55,6 milioni di euro all'anno.

## **San Raffaele, i posti letto costeranno 27 milioni**

I posti letto nella sanità sarda per il 2015-2017, dopo la deroga del governo per il via libera al progetto della Qatar Foundation sull'ospedale Mater Olbia (ex San Raffaele), costeranno alla Regione circa 27 milioni di euro, 9 all'anno. Lo dice la commissione Bilancio del Senato nel parere sullo Sblocca Italia, in cui tra l'altro si spiega che «per la copertura dei maggiori oneri derivanti dall'incremento delle prestazioni sanitarie ottenute da operatori privati all'interno del bilancio regionale, andrebbe acquisita conferma della sostenibilità, per la Regione, di una rimodulazione delle spese non obbligatorie».

Per le prestazioni legate ai 242 posti letto attivati con la deroga, che esenta la Regione dalla riduzione del numero dei posti letto e della spesa sanitaria privata, la Giunta a giugno stimava un costo «onnicomprensivo» di 55,6 milioni all'anno.

Ieri intanto in Consiglio regionale è andato avanti l'esame della riforma che istituisce l'Azienda 118, le case della salute e gli ospedali di comunità: l'approvazione definitiva è prevista per mercoledì prossimo.

## **«No al lavoro fuori dalle Asl, ricognizione sul personale»**

«Occorre avviare una ricognizione del personale delle Asl oltre che del Sistema Regione». Interviene Francesco Agus, consigliere regionale di Sel sulla notizia del maxiappalto per l'esternalizzazione del lavoro bloccato dall'Asl di Cagliari dopo la pressione della Giunta. «Si attivi anche nella sanità sarda una banca dati delle competenze e si riduca al minimo il ricorso al lavoro interinale e alle esternalizzazioni. Questa prassi ha creato disservizi ai cittadini, aumento dei costi e del precariato pubblico». Il consigliere di via Roma sottolinea che «i servizi di back office e di front office non sono certo legati a interventi circoscritti nel tempo. Non ha senso coprirli con personale esterno, specialmente possono essere coperti senza problemi con il personale della Asl». E l'esternalizzazione di questi servizi è una prassi non certo circoscritta all'Asl di Cagliari, fa notare Agus. «La riorganizzazione delle Asl dovrà necessariamente partire dalla correzione di queste inaccettabili storture. Solo così sarà possibile tagliare la spesa sanitaria sarda senza intaccare i servizi al cittadino».

## “Ci sarà ricalcolo punteggio dei test”

*"Si è deciso di procedere con il ricalcolo del punteggio dei candidati neutralizzando le due domande per area che sono state considerate non pertinenti assegnando ad esse un punto come se alle domande fossero state date risposte corrette". È questa la risposta che la ministra dell'Istruzione e Università ha dato ieri intervenendo alla Camera nel corso del question time rispondendo a quattro interrogazioni.*

Nel giorno della protesta organizzata dai Giovani Medici (Sigm) davanti alla sede di Trastevere del Miur, il Parlamento fa pressing sul Governo per far luce sugli errori presenti nelle prove scritte del concorso nazionale per l'ingresso nelle scuole di specializzazione in medicina. Nel corso del question time di ieri pomeriggio alla Camera, il ministro dell'Istruzione, **Stefania Giannini**, è stata chiamata a rispondere a ben 4 interrogazioni presentate rispettivamente da **Elena Centemero (Fi)**, **Massimo Enrico Corsaro (Fdi)**, **Francesco D'Uva (M5S)** e **Titti Di Salvo (Misto)**.

Queste le risposte del ministro Giannini.

### **Interrogazione n. 3-01136 presentata da Elena Centemero**

**Giannini.** Signor Presidente, onorevole Centemero, come lei ha potuto constatare non saranno ripetute le prove di ingresso alle scuole di specializzazione in medicina tenutesi il 29 e il 31 ottobre, né è stato effettuato alcun annullamento della procedura, bensì un comunicato stampa, in quella data che lei ha indicato, che segnalava la presa d'atto di un errore avvenuto nell'inserimento dei dati che vado a specificare più dettagliatamente. La Commissione nazionale invece, istituita con decreto ministeriale del 23 luglio 2014, ha, su indicazione del Ministero, immediatamente vagliato tutti i quesiti proposti ai candidati per lo svolgimento delle prove nell'area medica e in quella dei servizi clinici, che sono le due prove di settore su cui è intervenuto l'errore materiale causato, come per ammessa dichiarazione pubblica, dalla struttura che ha erogato questo servizio cioè il CINECA, e ha stabilito e certificato che sia per l'una che per l'altra 28 domande su 30 sono comunque valide ai fini della selezione. Inoltre quindi questo consente di salvaguardare il principio generale di conservazione dei valori giuridici come l'Avvocatura dello Stato, in un parere specificamente chiesto, ha sottolineato con chiarezza.

La struttura della prova – voglio ricordarlo e chiarirlo – riflette la struttura degli ordinamenti didattici universitari che contemplano un segmento di base o fondamentale e un segmento caratterizzante o di specialità. Questo spiega perché i 30 quesiti che a norma del regolamento sono stati redatti dalla Commissione in oggetto dovevano caratterizzare ed hanno caratterizzato l'area comune e altri dieci invece specifici hanno caratterizzato le due aree specialistiche della sezione medica e di quella clinica. Come emerge dall'allegato 2 del bando, infatti, i settori scientifico-disciplinari cosiddetti fondamentali e di base sono 5 e appartengono sia alle scuole di specializzazione dell'area medica che a quelle dei servizi clinici e questo giustifica e motiva la forte sovrapposizione delle domande, tanto che due su trenta, solo due su trenta, sono state ritenute e sono oggettivamente riferibili solo ad una delle due aree.

Pertanto si è deciso, sulla base di questi principi di natura tecnico-scientifica e giuridica, di procedere con il ricalcolo del punteggio dei candidati neutralizzando le due domande in oggetto e riassegnando ad esse un punto come se fosse stata data dal candidato una risposta corretta. Questo quindi è il criterio che è stato seguito sia sotto il profilo scientifico che sotto il profilo giuridico.

Per quello che riguarda Cineca, ricordo che Cineca è un organismo esterno al Ministero, istituito nel 1969. È l'organismo più ampio e forte nell'erogazione quantitativa dei servizi informatici per il sistema universitario italiano.

Che compiti aveva ? Predisposizione e gestione della procedura d'iscrizione online, preparazione dell'applicativo e del software, fase di collaudo per oltre 13 mila postazioni, supporto al MIUR nell'organizzazione degli incontri di formazione sull'applicativo e disposizione delle graduatorie sulla base dei risultati, quello a cui si sta procedendo in queste ore.

L'errore si è riferito al trasferimento di un file dalla seconda alla quarta giornata di prove specialistiche.

### **Interrogazione n. 3-01137 presentata da Massimo Enrico Corsaro**

**Giannini.** Presidente, ripeto il fatto che le prove non sono state annullate né saranno ripetute e ripercorro velocemente il percorso che è stato fatto. Il Ministero, per tutelare i candidati, ha chiesto alla commissione nazionale, che si era occupata di validare le domande, di verificare il grado di pertinenza delle domande di area somministrate il 29 e il 31 ottobre con i criteri definiti dal bando e, in data 3 novembre, la commissione stessa ha riconosciuto che ventotto domande su trenta fornite sono pertinenti con i criteri del bando, come già detto.

Alla luce di questo principio, verificato dalla commissione, e cioè che le due prove sono scientificamente aderenti ai principi del bando, si è deciso e ritenuto, sulla base anche della salvaguardia del principio di conservazione del valore giuridico, di non ripetere le prove e di procedere alla cosiddetta neutralizzazione delle due domande non pertinenti.

La prova selettiva, però, non si è esaurita in un semplice quiz, strumento che comunque garantisce l'oggettività della prova stessa, ma l'ammissione è basata, come lei onorevole sa, su una assegnazione di punteggio data dalla somma della valutazione dei titoli, massimo quindici punti, e della complessità della prova, centoventi punti, suddivisa nelle due parti, generale e specifica. La seconda prova della procedura concorsuale associa a queste due parti le trenta domande fondamentali di area di base, come ho detto prima, e le dieci di area più specifica, e la gran parte di queste domande dei settori scientifici disciplinati presenti nelle due aree sono state validate come comuni sulla base della struttura stessa dell'impianto del corso di studi.

Le graduatorie che si formano a esito del concorso sono distinte per ogni singola scuola di specializzazione e, quindi, io evidenzio l'importanza che il punteggio sostenuto dai candidati nelle dieci domande specifiche della scuola hanno ed avranno un valore doppio rispetto alle domande invece di area, che sono quelle in cui è avvenuta questa inversione di file.

Come lei ha ricordato, la prova a carattere nazionale nasce proprio come risposta a

criticità delle precedenti modalità che erano di carattere locale. Il concorso locale inoltre – è bene ricordarlo – non consentiva ai candidati di poter concorrere per l'accesso a più sedi nell'ambito della stessa scuola di specializzazione. Quindi, una riflessione generale è sempre opportuna ed è sempre doverosa da parte di chi ha responsabilità di questo tipo, ma non deve dipendere da una circostanza di questo genere. È comunque in atto un tavolo con il Ministero della salute, che sta rivedendo tutte le questioni che riguardano scuole di specializzazione, accesso ai test e quello che riguarda la formazione in ambito medico.

### **Interrogazione n. 3-01138 presentata da Francesco D'Uva**

**Giannini.** Presidente, onorevole D'Uva, in aggiunta a quanto detto sinora, preciso le seguenti considerazioni, non ancora fatte: ai fini della definizione di questa prova, lo stesso regolamento prevede che la predisposizione dei quesiti sia affidata al Ministero, che si avvale e può avvalersi di soggetti di comprovata competenza in materia, ciò che è avvenuto con decreto direttoriale del 26 maggio 2014.

La procedura di gara si è conclusa con l'aggiudicazione definitiva ad una società, che si chiama Selexi, e, parallelamente, sono stati individuati gli esperti della commissione nazionale prevista dall'articolo 4 del decreto n. 105 del 2014, che ha regolamentato la selezione per l'accesso alle scuole di specializzazione.

La commissione si è insediata con l'obiettivo di individuare le discipline fondamentali e caratterizzanti, secondo i criteri che ho già precedentemente espresso.

La prova, debitamente validata ed estratta a sorte dalla stessa commissione, è stata poi consegnata direttamente da Selexi a Cineca, per tutelare l'assoluta segretezza e riservatezza dei dati, e l'operazione di questa consegna è stata verbalizzata.

Le prove si sono svolte regolarmente in tutti e quattro i giorni e il risultato conseguito da ciascuno candidato è stato visibile alla fine della prova, come di consueto in questi casi, e trasmesso al Cineca per la definizione della graduatoria, che, voglio annunciare, oggi stesso sarà pubblicata, come previsto, peraltro, dal bando.

Dopo alcune segnalazioni, nella data che ha indicato lei, e precisamente il 31 ottobre, il MIUR non ha annullato e non ha emesso alcun provvedimento, ma ha semplicemente annunciato e dichiarato l'irregolarità certificata sia da Cineca che da Selexi. Voglio ricordare, ancora una volta, che il Cineca ha assunto immediatamente la responsabilità materiale, diretta ed esclusiva di questa gestione, che il Cineca non è un organismo che appartiene al Ministero, un organismo interno, e che ha annunciato – e questo sarà il prosieguo di questa vicenda – il risarcimento dei danni, ove questi danni, come cercheremo di appurare, si siano verificati.

Detto questo, al fine di garantire il corretto svolgimento delle prove, il Ministero si è avvalso anche della collaborazione del personale di vigilanza messo a disposizione dal MIUR: ricordo che sono state coinvolte 1.800 persone per le quattro giornate, e che, quindi, la complessità organizzativa ha dato i risultati attesi di corretto svolgimento, salvo questo errore materiale, che ha inficiato, ma non invalidato, la prova stessa.

Per quello che lei mi chiede, credo che, naturalmente, questa procedura possa essere ritenuta valida anche ai sensi del principio della conservazione del valore giuridico, e che, quindi, quello che poi seguirà sarà, a seguito della graduatoria, l'assegnazione dei

posti nelle sedi indicate dai candidati vincitori, secondo i termini regolari che il bando aveva previsto.

L'errore materiale che ha commesso il Cineca è ovviamente evidente, ma non può essere generalizzato a tutta una procedura che, per il resto, si è svolta con estrema chiarezza e con estrema regolarità.

### **Interrogazione n. 3-01139 presentata da Titti Di Salvo**

**Giannini.** Presidente, onorevole, lei correttamente pone i termini di questa questione su due piani diversi, e la ringrazio per questa opportunità di chiarimento. Una cosa è la proporzione tra il numero delle borse di studio per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina e il numero dei laureati in medicina, e una cosa è la vicenda che si è verificata sul primo concorso nazionale per l'accesso alle scuole medesime. In merito al primo punto, io voglio ricordare come questo Governo si sia immediatamente impegnato, anche attraverso il mio Ministero e il mio personale coinvolgimento – come era naturale e fisiologico che avvenisse –, per aumentare il numero previsto allora – parlo del marzo 2014 – di 3.300 borse a 5 mila borse, che sono quelle su cui si è svolta la selezione. Questo è un dato chiaro e forte dell'impegno di questo Governo e mio personale per far sì che questa quota possa progressivamente aumentare.

La questione della selezione e, quindi, del mantenimento di criteri saldamente meritocratici per l'altro punto che lei evoca, cioè l'accesso alla facoltà di medicina, ai corsi di studio di medicina e, quindi, successivamente alle scuole di specializzazione, è un altro tema che sta molto a cuore a questo Governo, è un tema su cui il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, che mi onoro di dirigere, il Ministero della salute e le altre forze di Governo coinvolte stanno riflettendo per poter procedere a una rivisitazione, ferma restando la programmazione del numero dei medici necessari e fermo restando il collegamento migliorabile – questa è la mia personale opinione – del rapporto tra numero dei medici e numero degli specializzandi. Quindi, sono due livelli distinti su cui credo che il Governo abbia già dato prove molto significative e concrete di impegno e di soluzione delle questioni trovate sul tavolo ed è uno dei fronti su cui ci impegneremo a lavorare nelle settimane future.

Quello, però, che voglio ricordare, a chiarezza dei punti specifici che lei ha evocato, è che il fabbisogno del numero dei medici non è decisione o calcolo che dipende direttamente dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca – come è ovvio e naturale che sia –, ma dipende dal concerto del Ministero della salute con le regioni, che naturalmente poi in definitiva coinvolge le facoltà universitarie e, quindi, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Che su tutto questo capitolo si possa e si debba fare una riflessione che meglio collega – ribadisco – il numero dei laureati in medicina al numero delle borse di specializzazione disponibili è assolutamente condivisibile, se non necessario. Ma è argomento assolutamente distinto da quello di cui si è parlato in prima istanza nella serie di interrogazioni di questo pomeriggio.



## **Epatiti. Lorenzin: “Il piano nazionale è pronto, stiamo cercando la cifra economica da affiancargli. Fondo ad hoc per l'epatite C”**

*“Il governo sta cercando risorse per il Piano nazionale epatiti virali. Sul farmaco a base di sofosbuvir, che sta per arrivare sul mercato, in settimana è previsto un incontro con le regioni per valutare l'impatto economico della sua commercializzazione”. Così la ministra nel corso del question time alla Camera. Lorenzin ha aggiunto la sua intenzione di “creare un fondo ad hoc contro l'epatite C per l'eradicazione della malattia in pochi anni”.*

“Il piano nazionale per le epatiti virali è pronto, stiamo solo cercando di potergli mettere una cifra economica accanto”. Lo ha detto la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, oggi nel corso del question time alla Camera rispondendo ad un'interrogazione.

Lorenzin ha poi parlato dell'imminente ingresso nel mercato italiano del farmaco “Sovaldi”, dicendo che “va salutata come una nuova fase di lotta alle epatiti. È mia ferma intenzione garantire nel prossimo futuro l'accesso di tutti i pazienti alle nuove terapie mediante la costituzione di un fondo ad hoc contro l'epatite C”.

Per quanto riguarda il decreto sul costo del farmaco, questo “sarà pubblicato a breve sulla gazzetta ufficiale non appena sarà completato il registro di monitoraggio. Nella fase di contrattazione l'Aifa ha comunque garantito l'attivazione dell'accesso alle cure compassionevoli a carico dell'azienda farmaceutica per i pazienti più gravi”.

Lorenzin ha anche parlato della “contrattazione centralizzata del prezzo dei farmaci a livello Europeo. Il tema è stato oggetto di confronto con gli altri partner europei nell'incontro informale di Milano a settembre. La contrattazione centralizzata però non risulta allo stato praticabile, tenuto conto dei diversi sistemi di contrattazione del rimborso dei farmaci e della volontà di molti stati membri di mantenere autonomia di contrattazione”.

Comunque ha concluso l'interrogazione dicendo che “questa settimana con le regioni ci sarà un incontro al ministero per valutare nel suo complesso l'impatto anche economico della prossima commercializzazione del medicinale Sovaldi”.

**Ecco la risposta integrale** della ministra della Salute all'interrogazione postale da **Paola Bragantini** del Pd

“Signor Presidente, ringrazio gli interroganti, perché questo è un tema che mi sta particolarmente a cuore e credo che sia uno dei temi centrali dell'agenda politica di questo Governo, su cui dovremo confrontarci nei prossimi mesi.

I malati conclamati sono 400 mila in fase di avanzata malattia, ma le persone infette sono molte, molte di più: quindi, l'epatite C è una piaga da eliminare nel nostro Paese. Per questo, voglio dire che il Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali è pronto: noi stiamo soltanto cercando di poter mettere una cifra economica accanto al piano di eradicazione.



Il Piano rappresenta il primo documento a valenza nazionale in cui vengono individuate strategie per la prevenzione delle epatiti e delle loro sequele, coerenti con le indicazioni fornite dalla sessantatreesima assemblea mondiale della sanità, tenutasi nel maggio 2010. Nel merito della questione relativa al farmaco «Sovaldi», l'imminente introduzione nel mercato italiano del medicinale a base del principio attivo *sofosbuvir*, va salutata come l'inizio di una nuova fase per la prevenzione delle epatiti, che punta su terapie farmacologiche che non richiederanno per il futuro il ricorso all'interferone.

Vi assicuro che la definizione dei criteri di accesso alla terapia in questione per ottenere il massimo beneficio, garantendo anche la sostenibilità del sistema e l'equità e l'omogeneità dell'accesso stesso, costituisce una mia assoluta priorità, priorità che io ritengo nazionale e che non può essere gestita regione per regione in base alle differenti disponibilità economiche. Colgo l'occasione per ribadire che è mia ferma intenzione garantire, nel prossimo futuro, l'accesso di tutti i pazienti alle nuove terapie farmacologiche mediante la costituzione di un fondo *ad hoc* contro l'epatite C, che preveda l'eradicazione della malattia dal nostro Paese in pochi anni.

Nel frattempo, si è reso, tuttavia, necessario procedere ad una modulazione dell'accesso alle terapie, in modo da assicurare progressivamente il trattamento a tutti i pazienti. In considerazione del costo elevato della terapia e dell'ingente numero dei pazienti affetti in Italia dall'epatite C, l'Aifa ha individuato alcune priorità di intervento: i pazienti in lista per il trapianto di fegato colpiti da cirrosi, quelli colpiti da recidiva dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR, quelli affetti da epatite cronica, con gravi manifestazioni *extra*-epatiche HCV correlate; quelli in lista per il trapianto di fegato con cirrosi; infine, quelli affetti da epatite cronica dopo il trapianto di organo solido.

Il provvedimento per la commercializzazione del farmaco «Sovaldi» sarà pubblicato a breve sulla *Gazzetta Ufficiale* non appena sarà ultimato il registro di monitoraggio, strumento indispensabile per permettere la corretta valutazione dell'efficacia, della sicurezza e dell'appropriatezza prescrittiva.

Segnalo, peraltro, che, nella fase di contrattazione, l'Aifa ha comunque garantito l'attivazione di accesso alle cure compassionevole a carico dell'azienda farmaceutica per i pazienti più gravi.

Per quanto riguarda la contrattazione centralizzata del prezzo dei farmaci a livello europeo, il tema è stato oggetto di confronto con gli altri partner europei in occasione dell'incontro informale svoltosi a Milano nello scorso mese di settembre. Evidenzio, tuttavia, che tale contrattazione centralizzata non risulta, allo stato, praticabile, tenuto conto dei diversi sistemi di contrattazione del prezzo di rimborso dei farmaci e della volontà di molti Stati membri di mantenere autonomia di contrattazione.

È a proposito di tali regioni che, a livello comunitario, non si parla di prezzo unico europeo, ma si è, invece, cominciata a verificare la possibilità di condividere un sistema di contrattazione basato sul prezzo differenziale parametrato al volume del PIL dei diversi Paesi, con due- tre scaglioni di riferimento.

Concludo, evidenziando che, proprio in questa settimana, su mia iniziativa, si svolgerà presso il Ministero un incontro con i rappresentanti delle regioni per valutare nel suo complesso l'impatto, anche economico, della prossima commercializzazione

del medicinale a base di *sofosbuvir*".

## **Corruzione in sanità. Cantone: "Siamo l'unico Paese che affida la scelta delle cariche agli organismi politici"**

*Il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, in un convegno alla Cattolica di Roma, ha osservato. "Fatti passi in avanti, ma sono ancora pochi se si continua a chiedere quale tessera di partito ha quel primario o quel direttore generale o direttore amministrativo". Bevere, direttore generale Agenas, suggerisce. "Rafforzare senso di appartenenza del personale alla sanità".*

"Un elemento di moltiplicazione della corruzione nella sanità è la presenza enorme della politica nelle scelte sanitarie". **Raffaele Cantone**, presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione non ha dubbi e, intervenendo al convegno 'Corruzione in sanità e sostenibilità dei sistema', organizzato da Altems all'Università Cattolica di Roma, risale subito alla radice del problema.

"Noi siamo l'unico sistema – ha sottolineato - che continua a scegliere delle cariche da parte di organismi politici. Certo, rispetto al passato sono stati fatti passi in avanti, ma sono ancora pochi, se si continua a chiedere quale tessera di partito ha quel primario o quel direttore generale o direttore amministrativo". Il quadro non è incoraggiante per il comparto sanitario dove, osserva Cantone, si annidano e intrecciano pericoli di varia natura. "Nella sanità ci sono tutti i germi possibili per facilitare la corruzione: molte voci di spesa, molto denaro pubblico, molti appalti e altrettante stazioni appaltanti. E soprattutto, una enorme presenza della politica che la favorisce".

Nel complesso il tema della corruzione va fronteggiato con tre tipologie di interventi. "Un'attività di tipo preventivo, un intervento repressivo significativo e un salto di qualità culturale. Il corrotto e il corruttore infatti - osserva - ancora non sono considerati dei veri delinquenti. Un po' come gli evasori fiscali. Questa purtroppo è la cultura del nostro Paese".

La sanità appare quindi il settore più interessato da fenomeni di corruzione. Un dato confermato anche da **Francesco Bevere**, direttore generale dell'Agenas. "Nel comparto ci sono 1.176 soggetti coinvolti per un totale di danni alla spesa pari ad 1 miliardo e 280 milioni di euro. Come è evidente il nostro è un problema etico ed in sanità il disvalore di questi comportamenti non può che essere percepito con maggiore indignazione".

Il vero problema del prossimo futuro, ha puntualizzato Bevere, se non interverrà un vero cambiamento, "non sarà la diversità di valori o di opinioni che dividerà la società in due gruppi, quanto il determinarsi di un gruppo terzo, per così dire neutrali", in grado di porsi nel mezzo, con una totale indifferenza rispetto a valori e principi. Questo potrebbe produrre una massa critica di persone prive di ogni identità morale ed etica e prive di quel senso di appartenenza che costituisce il vero freno inibitore alla realizzazione di comportamenti illeciti. Dobbiamo alimentare il senso di appartenenza del personale della sanità, perché nessuno andrebbe mai contro se

stesso e contro qualcosa che gli appartiene”.

Per il direttore generale dell’Agenas la sfida più importante che riserva il futuro in sanità è “quella di saper coniugare efficienza e razionalità, oculatezza ed incisività, trasparenza e legalità, autenticità e meritocrazia, ma soprattutto, di saper legare le attività di ogni operatore sanitario ai bisogni delle singole persone, al servizio della collettività”.

SOLE 24ORE SANITA'

## **Studio Cro-Airtum-Iss: guarigione completa per un malato di tumore su 4**

Un quarto della popolazione italiana cui è stato diagnosticato un tumore tra il 1985 e il 2005 ha – oggi – la stessa aspettativa di vita rispetto a chi non ha mai contratto neoplasie. È, quindi, agli effetti misurati dalla statistica, «guarita». È quanto emerge dalle risultanze di uno studio di vaste proporzioni che il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha condotto su oltre 800 mila pazienti.

L'attività, di estremo interesse epidemiologico e sociale, è stata pubblicata sull'ultimo numero della rivista «Annals of Oncology», organo ufficiale della Società Europea di Oncologia Medica. Per giungere a tali conclusioni gli autori si sono avvalsi della collaborazione e dei dati dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (Airtum).

Nella necessità di offrire una risposta basata sui numeri ai quesiti «quanti sono i pazienti guariti dal tumore» e «quanti anni debbono trascorrere dalla diagnosi affinché un paziente possa ritenersi guarito», gli epidemiologi hanno utilizzato – tra i primi al mondo – modelli matematici capaci di misurare quattro parametri fondamentali: le proporzioni di pazienti che raggiungeranno identico tasso di mortalità della popolazione generale; le proporzioni di pazienti prevalenti che non moriranno come conseguenza del loro tumore; il tempo necessario a raggiungere una probabilità superiore al 95% di sopravvivere nei 5/10 anni successivi; e, infine, la percentuale di pazienti che vive, dopo la diagnosi, da un numero di anni superiore alle soglie di cui sopra.

I risultati dello studio CRO – AIRTUM - ISS (finanziato dall'AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro) hanno consolidato e ampiamente confermato che i tumori hanno effetti assai differenti sulle aspettative di vita. «Si consideri a questo proposito – precisa Luigino Dal Maso, epidemiologo del CRO e responsabile dello studio – che dei pazienti con tumore del colon retto, oltre l'80% non morirà a causa del tumore. La guarigione viene infatti raggiunta dopo circa 8 anni dalla diagnosi negli uomini e 7 nelle donne. Circa il 40% delle donne e il 30% degli uomini

diagnosticati tra il 1985 e il 2005 sono oramai guariti».

Le differenze sulle aspettative di vita trovano riscontro anche nelle donne con tumore alla mammella perché, dice ancora Dal Maso, «oltre il 70% di esse non morirà a causa della malattia, ma occorreranno quasi 20 anni affinché le pazienti possano ritenere d'aver raggiunto un'attesa di vita simile alle non ammalate. Una lunga attesa – ha concluso lo studioso – che fa sì che le donne guarite siano il 12%».

Per il tumore della prostata, la percentuale degli uomini che non morirà a causa della malattia supera il 60%. Per altri tumori, invece, la guarigione si raggiunge in meno di 5 anni (testicolo, tiroide) - mentre per altri un eccesso di rischio si mantiene per oltre 20 anni (laringe, vescica, linfomi non-Hodgkin, leucemie e mielomi).

«L'oncologia – è l'ulteriore commento – assorbe circa il 50% del budget della Sanità in tutti i Paesi industrializzati. Un ulteriore riscontro e convalida dei risultati di questo studio a livello internazionale potrà permettere un'organizzazione più efficiente dei servizi assistenziali indirizzati a molti pazienti oncologici – o meglio a molti ex-pazienti. Se da un lato gli oncologi, forti anche di questi importanti riferimenti epidemiologici, possono proseguire le riflessioni per un ripensamento delle linee-guida per l'osservazione e le visite di controllo da proporre molti anni dopo la malattia, la migliore e più importante notizia è per chi, oggi o domani, dovrà incrociare il proprio cammino con la malattia: il tumore è curabile, da un tumore si guarisce».

Con quale percentuale ce lo ha detto analiticamente lo studio condotto dal CRO assieme all'AIRTUM e all'ISS. Le stesse risultanze, seppur empiricamente, possono essere sovrapposte al numero delle persone oggi viventi, in Italia, dopo una diagnosi di tumore (circa 2,9 milioni).

«Consideriamo ancora – conclude Dal Maso – che il 60% di esse, statisticamente, rientra nel cluster dei lungo sopravvissuti, vale a dire di chi non ha accusato recidive entro i primi cinque anni dalla diagnosi».

DOCTOR 33.IT

## **Medico responsabile se non raggiunge il risultato. Acoi: la sentenza lascia interrogativi**

«Obbligo di risultato per i chirurghi? Non ci siamo ancora, gli attuali meccanismi sanzionatori ai medici e le conseguenti sentenze stanno a poco a poco impoverendo i servizi». **Diego Piazza** presidente dell'Acoi, l'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, vede luci ed ombre nella sentenza del 9 luglio scorso del Tribunale di Cremona che obbliga a risarcire un chirurgo, già condannato penalmente per colpa grave, reo di aver operato una cisti nel testicolo sbagliato cagionando conseguenze

importanti sul paziente.

Secondo i giudici, nelle operazioni di routine, dove ci sono protocolli di cura universalmente accreditati, la responsabilità civile del sanitario è legata quasi solo al mancato raggiungimento del risultato. Quest'ultimo è considerato governabile se si rispetta lo standard di cura – cioè le linee guida - fatte salve le specificità, cioè eventi fortuiti o “forza maggiore”, che però vanno provati dal camice, il quale deve comunque provare di aver seguito le linee guida dove ci sono. Il mancato raggiungimento del risultato “fa insorgere una presunzione di inadempimento”.

«Dalla sentenza sembrano emergere aperture per quanto riguarda i casi ritenuti meno routinari, ma emergono pure interrogativi», dice Piazza. «I concetti di linee guida e routine a mio avviso sono soggettivi. E il medico non è a sua volta uno standard. L'intervento che per un chirurgo con un'ampia casistica è routine, per un collega alle prime armi non lo è; allo stesso modo le linee guida non sono verità assolute, in teoria possono esservene di diverse e divergenti su una stessa materia». Per Piazza «dobbiamo uscire dall'equivoco secondo cui lo stato offre un servizio gratuito ai pazienti e poi paga anche quando non si sia raggiunto il risultato chiesto dal paziente. Si sono generati da una parte la medicina difensiva, che pesa sulle tasche dei contribuenti per 13 miliardi di euro, quanto l'Imu; dall'altra l'abbandono nelle specialità dove più sono le denunce: un giovane ginecologo non può pregiudicarsi il futuro pagando 20 mila euro l'anno di premi assicurativi. Al contrario, ove si attribuisse sempre alla struttura la responsabilità civile - tranne nei casi di dolo e colpa grave – i soldi oggi spesi in esami precauzionali potrebbero essere risparmiati e reinvestiti per mettere in sicurezza il sistema con monitoraggi automatici dei processi di cura e dei livelli organizzativi dei servizi».

## **Spese ospedaliere. Altems: da costi non sanitari possibili 2 mld di risparmi**

I servizi di lavanderia, pulizie, mensa, smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, nonché elaborazione dati, premi assicurativi e spese legali, presentano un impiego delle risorse superiore a quanto sarebbe lecito attendersi e si potrebbero risparmiare quasi 2 mld di euro. È quanto riporta uno studio dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) illustrato martedì all'Università Cattolica di Roma nel corso del convegno “Corruption in sanità e sostenibilità del sistema”. Partendo dall'analisi dei conti economici del 2010 di tutte le Asl e aziende ospedaliere di ogni Regione, gli studiosi hanno cercato di individuare le possibili "sacche" di inefficienza. Hanno così notato che alcune voci di costo non strettamente sanitarie - ovvero: lavanderia, pulizie, mensa, smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, nonché elaborazione dati, premi assicurativi e spese legali - presentano un impiego delle risorse superiore a quanto sarebbe lecito attendersi. «I risultati - sottolinea il direttore di Altems Americo Cicchetti - mostrano che se solo si riducesse di un quarto la variabilità riscontrata i risparmi legati alle otto voci di spesa esaminate sarebbero di quasi due miliardi all'anno, per l'esattezza: circa 900 milioni per le Asl e più di 964 milioni per le aziende ospedaliere». La variabilità dei costi è significativa sia in

termine di macro-aggregato ("Beni e servizi") sia per specifiche voci. E anche all'interno di ogni Regione esiste una differenza enorme di costi per ciascuna voce. Secondo il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) Raffaele Cantone «in sanità ci sono tutti i germi tipici per favorire la corruzione: molto denaro pubblico, molti appalti e soprattutto ci sono molte stazioni appaltanti. E poi c'è la questione dell'enorme presenza della politica in sanità che la favorisce».

## **Autismo: aumento prevalenza dipende anche dal metodo di raccolta dei dati**

Il 60% circa dell'aumento di prevalenza dei disturbi dello spettro autistico osservata nei bambini danesi sembra dipendere da modifiche nelle procedure impiegate per raccogliere i dati sulla patologia, secondo uno studio pubblicato online su *Jama pediatrics*. «La prevalenza di disturbi dello spettro autistico, ovvero disturbi dello sviluppo neurologico caratterizzati da deterioramento delle interazioni sociali e da comportamenti ripetitivi, è aumentata nel corso dell'ultimo trentennio, raggiungendo l'attuale tasso nei bambini dell'1% o più» spiega Stefan Hansen dell'Università di Aarhus, in Danimarca, aggiungendo che tale incremento ha aperto la discussione su un eventuale ruolo di fattori eziologici o piuttosto di variazioni di codifica della malattia. «I registri sanitari danesi sono stati modificati in modo significativo per ben due volte nel corso degli ultimi tre decenni, con un cambiamento dei criteri diagnostici nel 1994 e con l'inclusione delle diagnosi di dimissione delle visite ambulatoriali nel 1995» riprende il ricercatore, che assieme ai colleghi ha valutato 677.915 bambini nati in Danimarca dal 1980 al 1991 e seguiti dalla nascita fino alla diagnosi di un disturbo dello spettro autistico oppure al decesso, al trasferimento in altro stato o al termine del periodo di osservazione, sospeso a dicembre 2011. «Dai dati raccolti emergono 3.956 diagnosi di disturbi dello spettro autistico, di cui la stragrande maggioranza poste in periodi successivi al 1995» riprende Hansen, puntualizzando che il 33% circa dell'aumento di prevalenza di questi disturbi potrebbe essere spiegato dal cambiamento dei soli criteri diagnostici, mentre il 42% verrebbe giustificato dall'inserimento dei soli dati ambulatoriali. «L'associazione delle due variabili, ovvero la variazione dei criteri diagnostici e l'inclusione dei dati ambulatoriali, darebbe conto del 60% dell'aumento di prevalenza finora osservato» sottolinea l'autore. E conclude: «Tuttavia, una parte significativa dell'aumento di disturbi dello spettro autistico non si spiega con le modifiche di rendicontazione, e la ricerca degli eventuali fattori eziologici sottostanti resta un elemento importante da approfondire in ulteriori studi».

*JAMA Pediatr. Published online November 03, 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.1893*

## **DIRITTO SANITARIO La struttura del danno "terminale"**

Il danno terminale è comprensivo di un danno biologico da invalidità temporanea totale (sempre presente e che si protrae dalla data dell'evento lesivo fino a quella del

decesso) cui può sommarsi una componente di sofferenza psichica (danno catastrofico) e che, mentre nel primo caso la liquidazione può ben essere effettuata sulla base delle tabelle relative all'invalidità temporanea, nel secondo caso risulta integrato un danno non patrimoniale di natura affatto peculiare che comporta la necessità di una liquidazione che si affidi ad un criterio equitativo puro - ancorché sempre puntualmente correlato alle circostanze del caso - che sappia tener conto della enormità del pregiudizio. [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