

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
7 MARZO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSARI Caso Alzheimer, il giudice ha deciso: ricusati i due periti**

La decisione del giudice Carla Altieri è arrivata ieri mattina: accolta la richiesta del pubblico ministero Gianni Caria e quindi ricusati i due periti incaricati di far luce sugli effetti della terapia Dore nei pazienti affetti da demenza. La richiesta era stata avanzata dalla Procura nell'ambito dell'inchiesta che vuole far luce sulla Psiconeuroanalisi, ossia quella che il medico di Ittiri Giuseppe Dore (arrestato ad agosto del 2012 e scarcerato dopo un mese) considera una miracolosa terapia che eliminerebbe le demenze senza l'utilizzo di farmaci, semplicemente con esercizi linguistici e vitamine. La discussione delle perizie era stata affidata ai due esperti super partes Stefano Montanari (ospedale di Chiari) e Luca Rozzini (Spedali Civili di Brescia) che avrebbero dovuto stabilire quali fossero le condizioni dei pazienti prima di essere seguiti dal neurologo Dore. Ma durante l'udienza del 22 gennaio il sostituto procuratore Caria aveva chiesto la ricusazione del perito Montanari (e in seguito anche quella di Rozzini). Da un'intercettazione relativa a un altro procedimento penale sarebbe emerso che il perito avrebbe ricevuto una telefonata da una persona che gli avrebbe in qualche modo "raccomandato" la posizione di uno dei 23 indagati. La Procura sospettava insomma che terzi volessero orientare il lavoro dei periti. Da qui la richiesta di sostituirli. Accolta. Nella prossima udienza fissata per il 25 marzo il gip nominerà due nuovi periti e inevitabilmente si allungheranno i tempi.

#### **ITTIRI-SORSO Terapie anticoagulanti senza spostarsi da casa**

D'ora in poi sarà possibile sottoporsi alla terapia preventiva contro trombosi ed embolia senza muoversi da casa. O meglio dal proprio centro di residenza. La Asl di Sassari ha infatti avviato un nuovo servizio di gestione della Terapia Anticoagulante Orale (Tao) nei poliambulatori di Ittiri e di Sorso. Il nuovo servizio ambulatoriale, fa sapere la direzione generale della Asl, consente, sul modello dei Punti di Prelievo informatizzati dei laboratori di analisi, di realizzare la terapia anticoagulante orale direttamente negli ambulatori del territorio. Grazie al nuovo sistema, curato e promosso dall'Unità Operativa di Malattie della Coagulazione in collaborazione con il Servizio sistemi informativi, i campioni di sangue dei pazienti vengono raccolti e una volta etichettati vengono trasferiti a Sassari nel Centro Tao che provvederà ad analizzarli e ad elaborare il dosaggio più adeguato nella cura anticoagulazione dei pazienti che hanno problemi cardiaci e tromboembolici. L'esito per la determinazione dell'Inr (International Normalized Ratio) viene inviato direttamente tramite il sistema informatico aziendale all'ambulatorio che ha effettuato il prelievo. «I vantaggi sono evidenti – spiega il direttore sanitario Cesarino Onnis – dal punto di vista economico non si fa più ricorso al materiale cartaceo di consumo e dal punto di vista della qualità del servizio si consente ai pazienti più a rischio di poter essere seguiti per il monitoraggio della

terapia senza doversi spostare dal territorio di residenza». La Tao è una terapia salvavita che agisce sulla coagulazione del sangue rendendolo più fluido e riducendo il rischio di formazione dei trombi che staccandosi possono andare ad ostruire la circolazione del sangue e causare malattie potenzialmente mortali e spesso invalidanti come l'ictus cerebrale ischemico e l'embolia polmonare. L'Unità Operativa Malattie della Coagulazione diretta dall'ematologa Luciana Mameli è centro di eccellenza, unico nel Nord Sardegna per la prevenzione, diagnosi e cura per le patologie tromboemboliche o emorragiche. Segue attualmente oltre 4000 pazienti in terapia anticoagulante orale. Dopo Ittiri e Sorso il servizio sarà attivato nell'ambulatorio di Nulvi e presto verrà esteso sia ad altri ambulatori del territorio che in ambito ospedaliero per le consulenze ematologiche intrareparto.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Bancomat obbligatorio, i professionisti del Cup spingono per slittamento**

Il Comitato unitario permanente (Cup) degli Ordini e collegi professionali spinge per uno slittamento dell'obbligo di lettore bancomat (Pos). Un buon alleato per i medici, che vengono distinti dalla legge, come gli altri professionisti, in due categorie a seconda delle scadenze imposte. Se per i redditi annui 2013 superiori a 200 mila euro la necessità di dotarsi di una postazione entra in vigore il 28 marzo prossimo - ex decreto legge 179/2012 e decreto ministero sviluppo del 24/1/14 - per i professionisti con fatturato inferiore, il decreto Milleproroghe approvato nei giorni scorsi dispone la decorrenza dell'obbligo dal 1° luglio di quest'anno. Per qualunque medico svolga libera professione occorrerà farsi installare il lettore (circa 100 euro) pagare un canone mensile per le telecomunicazioni, pagare le commissioni (minimo 0,6%) su ogni operazione a cura della banca di riferimento. Molti professionisti auspicano uno slittamento degli oneri. E in prima linea oggi sono soprattutto i professionisti non sanitari guidati da **Marina Elvira Calderone**. Il Presidente Cup sottolinea che l'obbligo di Pos, come provvedimento, « è un modo incomprensibile di travisare la realtà poiché accomuna imprese commerciali e professionisti, che invece hanno modalità di esercizio delle attività e di gestione degli incassi completamente diverse; quindi diverse devono essere le normative di riferimento». Lo slittamento servirebbe «a trovare la migliore disciplina di dettaglio che ancora non si intravede ma che invece deve esserci per evitare il moltiplicarsi di adempimenti inutili. Serve anche a trovare un accordo con il sistema bancario per la concessione e l'utilizzo dei Pos gratuiti. Considerato che si tratta di un metodo di pagamento poco diffuso tra i professionisti, che vengono già pagati quasi esclusivamente con mezzi già tracciati (bonifici, assegni), bisogna evitare che si trasformi nell'ennesimo business per le banche». Calderone sottolinea inoltre come la norma preveda solo l'obbligo di essere dotati di apparecchio per l'uso di carte di debito. Niente dice per l'utilizzo anche delle carte di credito. «Sembra una previsione abbastanza strana, non se ne comprende la ratio». Anche perché, almeno per ingegneri ed altri operatori, le carte di credito sarebbero preferibili ai bancomat. «I professionisti che assistono le aziende non hanno un rapporto occasionale con il cliente; quindi non si configurano singole prestazioni e singoli pagamenti. Questo comporta che i limiti giornalieri previsti per i bancomat sono

d'impedimento al saldo degli onorari di periodo maturati. Tale problema non sorge invece con le carte di credito».

## **Morte paziente per omessi esami strumentali: medico assolto**

Un medico in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale è stato accusato di omicidio colposo a seguito del decesso di un paziente, poiché aveva omesso di effettuare esami strumentali (eco addome e rx diretta addome o Tac con mezzo di contrasto) nonostante la presenza di dolori addominali e la precisazione che in precedenza era stato sottoposto ad un primo intervento chirurgico di bypass coronario e ad un secondo di dilatazione aneurismica e ripristino della continuità aortica con protesi aortica. Il sanitario ha diagnosticato dolore addominale e stipsi e non la presenza di una fistola aorto-enterica, inducendo il paziente ad allontanarsi dal nosocomio senza ricorrere alle cure necessarie. Successivamente, per l'aggravarsi delle condizioni di salute è stato sottoposto ad intervento chirurgico di duodenorrafia, che non ne ha impedito il decesso.

### **Profili giuridici**

I giudici d'appello hanno confermato l'assoluzione dell'imputato già pronunciata dal Tribunale, anche a seguito di una istruttoria supplementare con l'ausilio di un Consulente Tecnico. Non è emerso con certezza che, in caso di tempestiva diagnosi, ritenuta dal perito esigibile nei confronti del sanitario in base alla storia clinica del paziente ed ai sintomi lamentati, l'esito mortale si sarebbe evitato, né in che misura l'inutile trascorrere delle ore ha aggravato incrementandolo il già tanto elevato rischio di esito infausto connesso all'intervento chirurgico poi praticato. In definitiva non è stato accertato oltre ogni ragionevole dubbio che la tempestiva diagnosi cui si poteva pervenire attraverso gli esami strumentali effettuati soltanto all'atto del secondo accesso avrebbe senz'altro impedito l'evento mortale, o comunque avrebbe aumentato in modo significativo la già scarsa probabilità di riuscita del delicato intervento chirurgico praticato.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

**Aborto. Commissione Affari Sociali: "Obiezione di coscienza non può ledere diritto all'IVG. Se serve, mobilità del personale". E sulla RU 486 dice: "Obbligo ricovero disincentivante"**

*Lo sottolinea la risoluzione approvata oggi dalla Commissione a seguito dell'esame della relazione del ministro Lorenzin sullo stato di attuazione della legge 194. Allarme per crisi dei consultori. Sollecitate iniziative di educazione sessuale anche nelle scuole. Chiesta anche verifica sullo stato di attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 2010 sui punti nascita. Il testo della risoluzione.*

La Commissione Affari Sociali della Camera si è espressa ieri sulla [relazione al Parlamento](#) del ministro Lorenzin sullo stato di attuazione della legge 194 presentata lo scorso mese di

settembre.

Nella risoluzione approvata a fine dibattito sono state formulate una serie di indicazioni che impegnano il governo su diversi fronti “caldi” attinenti le diverse problematiche oggetto della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e sulla tutela sociale della maternità.

Dalla questione dei consultori, sottolineando come negli ultimi anni si sia assistito ad un progressivo decremento dei consultori familiari pubblici, che avrebbero dovuto, invece, essere l'asse portante degli interventi preventivi nell'ambito dell'aborto volontari.

A quella degli aborti farmacologici, per i quali la Commissione ha rilevato come le prescrizioni per l'utilizzo di questa metodica con limiti entro la settimana settimana e l'indicazione di ricovero per 3 giorni possono risultare disincentivanti rispetto alla richiesta di tale opzione, che negli altri Paesi europei avviene con modalità di trattamento ambulatoriale o domiciliare.

Fino alla questione dell'obiezione di coscienza per la quale, in attesa dei risultati del “Tavolo tecnico“ avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle norme per la tutela della maternità e per l'IVG, i parlamentari dell'Affari Sociali hanno comunque chiesto che il ministero si attivi per garantire in ogni caso il diritto alla libera scelta della donna anche attraverso la mobilità del personale.

Ma il dibattito è stato anche l'occasione per sollecitare il Governo a riferire sullo stato di applicazione dell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010 che prevedeva la riorganizzazione dei punti nascita italiani con la chiusura o messa in sicurezza delle strutture con meno di 500 parti l'anno.

**Insomma un esame a 360 gradi sulla maternità e sull'evento nascita che, come dicevamo, si è concluso con una serie di richieste specifiche al Governo. Ecco punto per punto.**

### **Obiezione di coscienza**

Nell'attesa dei risultati del citato “Tavolo tecnico“ avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle norme per la tutela della maternità e per l'IVG, si invita il Governo a riferire alle Commissioni parlamentari competenti sulle iniziative adottate dal Ministero medesimo in attuazione degli impegni assunti l'11 giugno 2013 alla Camera e contenuti nelle mozioni approvate, ed a predisporre, nei limiti delle proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si attui il quarto comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole anche attraverso una diversa mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione.

### **Punti nascita**

Si chiede al Governo di fornire informazioni e a riferire alle Commissioni parlamentari competenti in ordine allo stato di attuazione dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, dell'assistenza

e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

### **Informazione ed educazione sessuale**

Si chiede sensibilizzare le regioni affinché siano promosse, dalle istituzioni scolastiche in collaborazione con le associazioni dei genitori e con i consultori territoriali, attività di informazione ed educazione alla salute sessuale e riproduttiva, all'affettività, alla maternità e paternità consapevole.

### **Tutela sociale della maternità**

Per quanto riguarda l'aspetto della tutela sociale della maternità, a dare piena attuazione agli articoli 2 e 5 della legge n. 194 del 1978, nel rispetto della titolarità decisionale della donna.

### **Informazione sull'accesso alle prestazioni di IVG**

Operare per prevedere che le Regioni debbano rendere noto, usando tutti gli strumenti informativi necessari compresi i siti istituzionali, il percorso di accesso al servizio da parte dell'utente e i presidi ospedalieri nei quali viene effettuata l'IVG, determinando un bacino di utenza ragionevole.

### **Consultori familiari**

Assumere iniziative per valorizzare e ridare piena centralità ai consultori familiari, istituiti ai sensi della legge n. 405 del 1975, a promuoverne un'equa diffusione sul territorio nazionale e a favorirne l'integrazione con le strutture ospedaliere, rappresentando il consultorio uno strumento essenziale per le politiche di prevenzione e promozione della maternità e della paternità libera e consapevole.

### **RU 486**

Attivarsi affinché su tutto il territorio nazionale l'interruzione di gravidanza farmacologica sia garantita omogeneamente, nell'appropriatezza clinica.

### **Prevenzione IVG tra donne straniere**

Estendere a tutto il territorio nazionale il progetto coordinato dalla regione Toscana, in accordo con altre 10 regioni, riguardante la prevenzione delle IVG tra le donne straniere, promosso in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università degli studi La Sapienza.

### **Visite post IVG**

Valorizzare la visita post-IVG, da effettuarsi preferibilmente presso il consultorio nella sua funzione di counselling per la procreazione responsabile ed a prevenzione degli aborti ripetuti.

## **Tumore del colon. Individuate le cellule "colpevoli" delle metastasi. Scoperta italiana apre nuove strade per la cura**

*Le cellule staminali di questo tumore sono le uniche ad originare le metastasi. La diffusione di tali cellule è dovuta al recettore cellulare CD44v6: disattivandolo si blocca la capacità di formare metastasi. Lo studio clinico è tutto italiano (Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e Università di Palermo) ed è pubblicato su Cell Stem Cell*

Le cellule staminali tumorali del colon-retto sono le uniche responsabili delle metastasi del tumore stesso. A dimostrarlo, oggi, uno studio, coordinato dal Professor **Ruggero De Maria** dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e dal Professor **Giorgio Stassi** dell'Università di Palermo, che è pubblicato su *Cell Stem Cell* ed è intitolato *CD44v6 Is a Marker of Constitutive and Reprogrammed Cancer Stem Cells Driving Colon Cancer Metastasis*. La scoperta, tutta italiana, potrebbe consentire di identificare nuove strategie per prevenire il meccanismo che porta alla formazione di metastasi.

Questo tipo di tumore rappresenta la seconda causa di morte per cancro nei paesi Occidentali (Jernal et al. 2011), si legge nello studio, e si è ancora lontani dalla comprensione completa del meccanismo alla base delle metastasi tumorali, si leggeva nello studio di Chaffer e Weinberg (2011).

“Il nostro laboratorio ha scoperto per primo l'esistenza delle cellule staminali del tumore del colon alcuni anni fa e ha continuato a studiarle per capire i loro punti deboli”, ha spiegato **Ruggero De Maria**, direttore scientifico dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena. “Ora siamo riusciti a trovare le staminali che formano le metastasi. Questa scoperta ci permetterà di trovare nuove strategie per distruggere queste cellule e impedire in tal modo che il tumore si diffonda”.

Entrando nel dettaglio dello studio, i ricercatori hanno scoperto che il recettore cellulare denominato CD44v6 agisce come una sorta di interruttore di accensione del meccanismo, rendendo possibile la migrazione di queste cellule staminali e la loro capacità di dare origine alle metastasi. Altro punto centrale: **se si disattiva il recettore CD44v6 si blocca la capacità del tumore di dare origine alle metastasi**, come riferiscono gli esperti.

“Di fatto, la scoperta”, ha affermato **Giorgio Stassi**, “è avvenuta dopo aver notato che l'espressione di CD44v6 era bassissima nei tumori primitivi e aumentava notevolmente nelle metastasi. L'analisi approfondita di queste cellule ha dimostrato come esse presentino una tendenza naturale a migrare e a colonizzare gli organi lontani, come il fegato e il polmone, attraverso l'attivazione di una serie di segnali metabolici che sono stati da noi identificati e descritti”.

Grazie al supporto dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), che ha finanziato lo studio, l'equipe di ricercatori ha potuto analizzare a fondo questi processi, portando così alla luce una serie di meccanismi complessi che coinvolgono alcune proteine chiave nella biologia dei tumori, tra cui delle sostanze solubili dette citochine che vengono scambiate tra una cellula e l'altra aumentando i livelli di CD44v6 sulle staminali e di conseguenza l'aggressività tumorale.

“In accordo con la filosofia dei fondi ‘AIRC 5 per mille’, i risultati di queste scoperte verranno messi in pratica in tempi brevi: all'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena è infatti in preparazione una sperimentazione clinica finalizzata a prevenire la formazione di metastasi con dei nuovi farmaci che agiscono direttamente sulle cellule staminali del tumore del colon”, riportano gli esperti.

Allo studio ha preso parte anche l'Istituto Superiore di Sanità, nei cui laboratori sono state individuate le cellule staminali tumorali, insieme ai ricercatori Gaspare Gulotta e Francesco Dieli dell'Università degli Studi di Palermo.

## **PD. Istituito gruppo di lavoro sanità nazionale. Intervista al coordinatore Gelli: “Saremo da pungolo al governo”**

*Responsabilità professionale, riforma Titolo V, spending review, ruolo delle professioni sanitarie, universalità del Ssn. Queste alcune priorità individuate e su cui il tavolo di lavoro sanità del Pd, guidato dal deputato Federico Gelli, comincerà a lavorare sin da subito per stimolare l'azione del governo sulle tematiche della salute.*

**Federico Gelli**, medico, deputato del Pd, componente della commissione Affari Sociali della Camera con alle spalle una lunga esperienza di amministratore pubblico in regione Toscana è stato messo a capo del gruppo di lavoro sanità nazionale istituito ieri dal Partito Democratico.

“Si tratta – ci spiega lo stesso Gelli – di una cabina di regia sanità del Pd. I componenti per il momento sono i deputati e senatori del partito che si occupano di sanità. A convocare l'incontro è stato il responsabile welfare Pd **Davide Faraone**”.

“Questo primo gruppo – aggiunge Gelli – sarà integrato con i referenti sanità Pd delle regioni. Sappiamo bene infatti, il valore delle regioni, conosciamo il valore del titolo V e il ruolo che hanno le autonomie nei ruoli organizzativi e nelle scelte. Avrebbe poco senso discutere solo a livello parlamentare centrale, senza coinvolgere i territori”.

Gelli poi spiega che è sua intenzione “preparare un momento di confronto con i mondi esterni al partito che si occupano di sanità come gli ordini professionali, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali e le società scientifiche. Vogliamo insomma riorganizzare il settore sanità del Pd per rielaborare progetti, proposte, che da una parte devono servire a uniformare il lavoro svolto nelle commissioni e dall'altro incalzare il Governo su alcune priorità che individueremo nel corso delle prossime settimane”.

**Tra i temi da mettere nell'agenda individuati nell'incontro preliminare di ieri sicuramente “il rischio clinico**, il ruolo delle professioni sanitarie, l'universalità del SSN e soprattutto la necessità di un lavoro integrato col territorio”. In più c'è tutta la partita legata alla **spending review** e il lavoro portato avanti da **Carlo Cottarelli** “noi – afferma su questo punto Gelli – vorremmo dare il nostro contributo al governo perché sulla sanità pubblica non si può scherzare c'è bisogno di un percorso condiviso. Quindi ci interessa capire come garantiamo il finanziamento per i prossimi anni e soprattutto dove possiamo intervenire per migliorare la spesa e per riqualificare i servizi”.

**Altro tema individuato e definito ‘caldo’ è “la modifica del Titolo V** con le problematiche di legislazione concorrente. A partire dal ruolo delle regioni. In questo senso – per Gelli – il momento è maturo per comprendere che è necessario ripensare anche le funzioni del Ministero perché sinceramente le competenze e la capacità di intervento della Salute è insufficiente per venire incontro a tanti problemi che le regioni hanno avuto. A partire dai piani di rientro fino ad arrivare alla capacità di formulare proposte omogenee sul territorio”.

Sarà dunque una struttura il cui scopo, le cui competenze cercheranno di stimolare il lavoro fatto dall'esecutivo. In particolare, la valutazione che dà Gelli dell'attività svolta fin qui da **Beatrice Lorenzin** è “positiva, siamo all'interno di una stessa maggioranza quindi non posso non sostenere le politiche del ministro. Voglio però dire che incalzeremo Lorenzin su alcune priorità come l'introduzione di principi di innovazione organizzativa e tecnologica

nel sistema pubblico perché se non cambiamo il modello organizzativo del Paese si corre il rischio di utilizzare male le risorse che saranno sempre più limitate anche se garantite per i prossimi anni”.

“Non faremo sconti a Lorenzin – garantisce Gelli – ma faremo un lavoro importante di pungolo, quando ci sarà da condividere, condivideremo con lei le scelte più importanti ma il nostro ruolo, come partito, è rilanciare le proposte, le idee che sono nel nostro Dna, un sostegno leale ma anche costruttivo”.

Le parlamentari democratiche **Maria Amato** e **Vittoria D’Incecco**, entrambe medici, e coinvolte nel gruppo di lavoro si dicono “soddisfatte dell’incarico ricevuto dai vertici del Partito, avendo molto a cuore il benessere e la salute del cittadino”.

“La scelta di una delega specifica sulla Sanità – aggiungono –, voluta da Davide Faraone, referente per il Welfare della Segreteria Nazionale, conferma il ruolo nodale delle problematiche della salute nelle politiche del PD, quelle dirette sul sistema sanitario e le ricadute etiche ed economiche che determinano sull’intero sistema paese”.

## **La Corte dei conti in Commissione per il federalismo fiscale: "I costi standard attuali non incidono su livello finanziamento della sanità"**

*Per la Corte essi, nella forma attuale, servono solo al riparto. Per incidere sul finanziamento dovrebbero essere cambiati i criteri di determinazione dei "pesi". Sottolineato inoltre che è necessario "completare il percorso sul federalismo fiscale avviato nella scorsa legislatura". Per un effettivo risanamento finanziario, è indispensabile "una responsabilizzazione delle gestioni decentrate". LA RELAZIONE*

Modalità di applicazione dei costi standard e impatto dei disavanzi sanitari sul prelievo fiscale e sulle prestazioni erogate nelle Regioni. Questi i principali assi tematici, in relazione alla sanità, della relazione presentata dalla Corte dei Conti in occasione dell’audizione presso la Commissione bicamerale per l’attuazione del federalismo fiscale.

L’applicazione dei costi standard in sanità è stata improntata su un’impostazione di tipo top-down: il fabbisogno sanitario nazionale standard è definito come quello che consente di garantire l’erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni in condizioni di efficienza.

In sostanza per ognuno dei tre macrolivelli (assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) viene calcolato un costo standard aggregato come media pro capite pesata del costo registrato dalle Regioni benchmark. Questo costo standard viene poi applicato alla popolazione pesata di ogni Regione, ottenendo così il suo fabbisogno standard regionale.

Di conseguenza in sanità il calcolo dei **costi standard** non incide, quindi, sulla definizione del livello di finanziamento, ma solo sul criterio di riparto. E, nel complesso, l’allocazione delle risorse è destinata “a mutare solo se verrà assunto un diverso metodo di ponderazione rispetto a quello utilizzato nell’anno preso a riferimento. Infatti, eventuali conseguenze redistributive dipenderanno dalla estensione dei pesi per classi di età alle varie categorie di assistenza sanitaria. Oggi solo un terzo del finanziamento è ripartito sulla base della popolazione pesata, la parte restante sulla base della popolazione assoluta”.

Sotto il **profilo fiscale**, i disavanzi sanitari hanno prodotto l'enorme aumento delle aliquote in numerose regioni. E i conseguenti tagli, in ambito sanitario, hanno generato "in molte Regioni, servizi di assistenza agli anziani o disabili inadeguati agli standard; qualità della offerta ospedaliera insufficiente e alla base di un incremento della mobilità sanitaria. A ciò si aggiunga (sempre per rimanere nell'ambito dei servizi essenziali) una crescente difficoltà di mantenimento dei servizi di trasporto pubblico locale".

E' soprattutto il Meridione a essere penalizzato da questa dinamica, poiché le varie addizionali "sono mediamente più alte nel Mezzogiorno". E sistematicamente "vengono colpiti i livelli di imponibile più bassi e le Regioni con realtà economiche più povere". Le aree territoriali più indigenti, infatti, "contano su una ridotta capacità fiscale e sono costrette ad aumentare le aliquote per ripianare il deficit della sanità, finendo per deprimere ulteriormente l'economia del territorio e la capacità di generare base imponibile".

Tuttavia l'analisi della Corte dei Conti suggerisce fortemente "il completamento del percorso sul federalismo fiscale avviato nella scorsa legislatura". La definizione dell'iter è infatti considerata "particolarmente urgente". Per ottenere un autentico risanamento finanziario complessivo "il consolidamento dei risultati ottenuti nella responsabilizzazione delle gestioni decentrate rappresenta una condizione indispensabile".

## **GIURISPRUDENZA **Responsabilità medica.** Colpevole il primario che si 'disinteressa' dei pazienti degli altri medici del reparto. *La sentenza della Cassazione***

*Avere affidato la paziente a un altro medico non esclude la colpa per imperizia né la responsabilità del primario, che è tenuto a supervisionare l'operato degli altri medici del reparto. Per questo la Cassazione ha giudicato il primario colpevole di "disinteresse" nei confronti della paziente. LA SENTENZA.*

Affidare una paziente alla cura di un altro medico non esclude né la responsabilità per imperizia del medico né quella per negligenza del primario che ha mancato di vigilare sulla salute della paziente supervisionando l'operato di medici del suo reparto attraverso un rapporto critico-dialettico.

Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza 4985/2014 depositata il 31 gennaio scorso, chiamata a pronunciarsi sul decesso per coma diabetico di una donna di 24 anni al terzo mese di gravidanza. La donna fu dapprima ricoverata nella clinica privata dove prestava servizio il suo ginecologo, ma "sebbene le condizioni della donna peggiorassero, i diversi medici che si alternarono tennero un atteggiamento noncurante", si evidenzia nella sentenza.

Oltre alla responsabilità per imperizia, legata alla mancata diagnosi, i giudici hanno infatti evidenziato la colpa per "negligenza" e "disinteresse" dei medici. In particolare quella del primario, per non avere vigilato sullo stato di salute della paziente mentre era assistita dagli altri medici del reparto. Aspetto, quest'ultimo, che gli avvocati difensori avevano invece invocato quale attenuante sulla base del principio di affidamento. Un richiamo "inconferente" la Corte di Cassazione. Perché "il primario era tenuto a ruolo di supervisione nei confronti degli altri terapeuti presenti nel reparto, anche quando i pazienti erano ad essi affidati". Ed "è evidente – secondo la Cassazione - che dovendo supervisionare, non ci si

può passivamente affidare ma occorre instaurare un rapporto critico-dialettico con gli altri sanitari, tanto più quando il caso si rivela per qualunque ragione di problematica risoluzione”.

Alla “gravissima imperizia rivelatasi nel non diagnosticare una banale, ricorrente patologia in presenza di chiari referti analitici e di sintomatologia conclamata e non equivoca”, per la Corte di Cassazione, dunque, nella vicenda si aggiunge “il disinteresse sostanziale nei confronti della sorte della vittima, un atteggiamento distratto, distaccato oltre misura, che rompe l’alleanza insita nella relazione terapeutica. Qui, più che la perizia è in questione la diligenza che, per chi esercita una funzione tanto alta deve essere massima”.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **INCHIESTA Certificati, giungla di prezzi Dalla gratuità fino a una spesa di 60 euro per attestare la “buona salute” *Generalisti più cari dei pediatri - E c’è anche chi chiede di pagare l’Iva***

Decine di telefonate e due semplici domande: «Dottore mi trasferisco in città, quanto mi costa il certificato di buona salute per l’attività non agonistica? Quanto dura la visita?». Le risposte dovrebbero assomigliarsi e prepariamo sul nostro taccuino uno schema rigido prima di iniziare. Errore, tanto che l’area “note” dei nostri appunti si infoltisce così tanto da portarci a una conclusione: in fatto di certificati ognuno fa quello che vuole e le regole sono davvero poche, senza considerare che raramente vengono rispettate. Abbiamo chiamato 4 medici e 2 pediatri per ogni Regione per ottenere le risposte più stupefacenti. Un vero e proprio mercato regionale dove il paziente/utente è in balia di un buco normativo che sembra una voragine, nata in nome della concorrenza e delle liberalizzazioni in salsa italiana.

Le regole. Non sono molte le norme che regolano i certificati di buona salute per attività sportiva non agonistica. Il decreto Bersani aveva liberalizzato le tariffe nella speranza di abbattere i costi, ma così non è stato anche se dal punto di vista fiscale questa tipologia di certificati è esente Iva. La legge non prevede un protocollo sull’esecuzione della visita, ma le maggiori associazioni di categoria consigliano una visita di circa 50 minuti, stessa questione per l’Ecg. Non è obbligatorio, ma altamente consigliato se si tratta della prima visita. Inoltre, i certificati non sono obbligatori per l’attività sportiva e la richiesta è a discrezione della palestra/piscina, molto spesso risulta obbligatoria perché le assicurazioni delle strutture garantiscono la copertura solo se gli iscritti hanno presentato il certificato di buona salute. Alle norme nazionali si aggiunge un dedalo di accordi regionali che possono offrire vantaggi a fasce d’età protette.

La ricerca infinita. Trovare il medico di famiglia non è un’impresa semplice. I siti web delle aziende sanitarie nelle varie Regioni non sempre sono d’aiuto, si passa da sistemi estremamente all’avanguardia come nel caso di Genova, dove oltre ai dati del medico è riportata addirittura la disponibilità di posto, fino a situazioni assai peggiori come il Lazio, dove l’elenco ha gli orari ma non i numeri telefonici, e il Molise, dove pare non esista nemmeno un elenco dei medici di famiglia.

Quanto mi costi. Un certificato di buona salute può costare anche 60 euro. A sorprendere, una volta tanto, è il Meridione, in Calabria la risposta che va per la maggiore è: “Signora è gratis, al massimo 10 euro”. Diversa tariffa se si sale lo Stivale dove la quota da versare cresce vertiginosamente anche se i prezzi sono disarmonici lungo tutta la Penisola. La Regione che costa di più è la Lombardia con una media di 50 euro a certificato, seguita a ruota dalla Liguria con una media di 43,75 euro. Tra le Regioni del Sud la più cara è la Puglia con 35 euro. La più economica è la Calabria con una media di 6,25 euro a certificato, vera anticonformista in questa classifica. Infatti, stacca di gran lunga l’Umbria, seconda con 21,25 euro di costo medio. Tra le Regioni del Nord la più economica è il Piemonte con 31,25 euro di media. In fatto di prezzi la legge non dà indicazioni anche se i tariffari consigliati, prodotti dalle associazioni di medici, parlano di una tariffa che oscilla tra i 30 e i 50 euro.

Fattura Iva o ricevuta. Ognuno ha il suo regime fiscale in questo strambo Paese, se si dovesse dare retta ai medici si farebbe in tempo a impazzire. C’è chi ci parla di prezzo compresa Iva, chi ci avvisa che va aggiunta al 21% (anziché al 22) e chi parla di ricevute. La legge su questo è molto chiara: i certificati di buona salute per attività sportiva non agonistica sono esenti Iva e la ricevuta è d’obbligo. Smemorati o furbi?

Quanto dura dottore? Il fattore tempo è uno degli elementi più surreali della nostra indagine. Il principio fondamentale che non possiamo dimenticare è che non si paga il certificato, ma la visita che lo produce. Gli standard sono abbastanza chiari, parlano di circa 40-50 minuti soprattutto se si tratta della prima visita del paziente. Per i medici intervistati è tutta altra storia, su 126 si contano sul palmo di due mani quelli che prevedono un tempo superiore ai 15 minuti. I pediatri. Situazione diversa dai medici di famiglia, quella dei pediatri. I costi si abbassano ed è più facile riscontrare specialisti disposti a effettuare la visita a titolo gratuito. È il caso, oltre alla già citata Calabria, di Puglia e Sardegna, ma capita anche al Nord, in Emilia Romagna e in Trentino. La più cara è la Lombardia seguita a ruota da Marche e Veneto. Il prezzo massimo riscontrato è stato di 40 euro.

Ecg no grazie. L’Ecg, l’elettrocardiogramma, è un altro dei troppi elementi a discrezione del medico. È buona pratica che, soprattutto per il primo certificato, venga fatto l’Ecg, tra i nostri intervistati inconsapevoli solo una ristretta minoranza ci ha parlato dell’esame, anche se la scoperta più triste è che qualora il nostro medico di base lo richiedesse dovremmo fare ben tre file per riuscire a ottenere il nostro agognato certificato. Infatti, la prima dal medico di famiglia che ci prescriverà l’esame, la seconda in ospedale per realizzarlo e la terza di nuovo dal medico di base per ottenere il certificato. La rosa bianca ovviamente esiste, così a Torino un medico ci consiglia di andare all’Isef dove sarà possibile ottenere il certificato compreso di Ecg al fantastico prezzo di 30 euro. Venghino signori, venghino, il certificato è servito.