

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 10 DICEMBRE 2014

LA NOTIZIA DEL GIORNO

RINNOVATE LE CARICHE DIRETTIVE



Agostino Sussarellu è stato riconfermato all'unanimità presidente dell'Ordine dei medici di Sassari (province Sassari e Olbia- Tempio) per il triennio 2015-2017. Vice presidente è stato eletto Cesco Scanu, Giovanni Biddau segretario e Nicola Addis tesoriere. Il consiglio direttivo è così composto: Agostino Sussarellu presidente, Cesco Scanu vicepresidente, Giovanni Biddau segretario, Nicola Addis tesoriere; consiglieri: Alessandro Arru, Pierluigi Bellu, Ferruccio Alessio Bilotta, Paolo Castiglia, Maria Grazia Cherchi, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonella Giordo, Rita Nonnis, Rossella Pilo, Patrizia Virgona. La Commissione dell'Albo Odontoiatri sarà invece presieduta da Antonio Pinna, membri: Carlo Azzena, Nicolas Arnould, Antonio Demartis e Roberto Pinna. Infine, Giancarlo Bazzoni è stato riconfermato presidente del Collegio dei revisori dei conti e sarà affiancato da Natalia Grondona, Assunta Zodda e Federico Giorico (revisore supplente).

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Muore solo, colpa della privacy Sassari, inglese colpito da ictus: non ha parenti, i medici tengono lontani gli amici

È morto solo, in un letto dell'ospedale di Thiesi dove era stato trasferito dopo un ricovero di alcuni giorni all'ospedale civile di Sassari a causa di un ictus. Solo. Perché la legge sulla privacy che dovrebbe tutelare il diritto alla riservatezza a volte può ritorcersi contro chi preferirebbe forse stringere la mano di un amico, piuttosto che vedersi tutelato da un muro di silenzio sulle sue condizioni fisiche e sul suo trasferimento da un reparto ad un altro, da un ospedale a un centro di riabilitazione. È la storia di David Paul Bollard, collaboratore esperto linguistico di inglese, deceduto il 22 ottobre scorso a 60 anni, dopo una vita dedicata all'insegnamento. Il docente di origine britannica era a Sassari da una vita. Solo oggi, dopo un mese e mezzo, i suoi amici, i suoi colleghi e i suoi tantissimi studenti potranno dargli l'ultimo saluto. Alle 15.30 nella cappella del cimitero ci sarà una breve funzione prima della tumulazione. Fino a pochi giorni fa del suo corpo si erano perse le tracce: la privacy lo aveva fatto sparire. Una vicina di casa aveva provato a buttare giù a spallate il muro della riservatezza e della burocrazia, senza risultato: «David è morto la notte tra il 21 e il 22 di ottobre, ci conoscevamo da più di 25 anni, non eravamo amici, solo vicini di casa. Si scambiavano due chiacchiere per le scale, niente di più». E proprio nell'androne delle scale che a metà ottobre la donna lo aveva trovato accasciato, soccorso dai suoi studenti che lo avevano accompagnato a casa pensando a un semplice malore, ma che viste le condizioni peggiorate avevano chiamato l'ambulanza del 118. «Io stavo andando a lavorare, ma mi sono fermata con loro. David non riusciva a parlare, aveva difficoltà a coordinare i movimenti, si stava agitando. Ho lasciato ai paramedici il mio numero di cellulare, dando la mia disponibilità in caso di bisogno, lo stesso hanno fatto gli studenti». Da quel momento la situazione è diventata grottesca. Il docente britannico non aveva parenti prossimi in vita o facilmente rintracciabili. Nessuno che potesse decidere per lui. Tramite conoscenze in ospedale la vicina di casa viene a sapere che David ha avuto un ictus, non è in grado di ricevere visite, anche perché sedato a causa di crisi di agitazione. La donna continua ad andare in ospedale inutilmente: «Tutti, dagli infermieri ai medici, perfino al primario, mi ripetono solo l'odiosa parola privacy». La gestione del caso è affidata ai servizi sociali e a un tutore legale. «Faccio presente che David non è un barbone, ha un lavoro e una casa, ci sono persone disposte ad aiutarlo». Il 22 ottobre la vicina riceve la notizia che il docente è deceduto. «Mi viene detto: complicazioni. Ovviamente la privacy fa il resto. Vengo anche a sapere che da tre giorni era stato trasferito a Thiesi in un reparto di lunga degenza, per la riabilitazione. Nel pomeriggio, ricevo la visita di due assistenti sociali, mi chiedono se ho le chiavi di casa di David, vorrebbero dei vestiti. A questo punto mi arrabbio, dico alle due donne che è un po' tardi per farsi vedere, che le chiavi di casa David le aveva con sé quando è stato caricato in ambulanza, che se ci avessero permesso di aiutarlo forse tutto questo non sarebbe successo. Che lo hanno lasciato morire come l'ultimo degli ultimi». Dopo la privacy ci si mette la burocrazia. Per qualche giorno il cadavere del

docente rimane in ostaggio a Thiesi. Quelli senza nessuno come lui vengono sepolti nel comune in cui sono deceduti. Ma il funerale non si può fare prima delle disposizioni dell'ambasciata britannica. A Thiesi però non c'è cella frigo e il corpo del docente torna a Sassari. Solo questo pomeriggio, a un mese e mezzo dalla sua scomparsa, ci sarà l'ultimo saluto.

SASSARI Con il Cup Online più facile prenotare visite ed esami Partito da qualche settimana, è in fase sperimentale Tutti i passaggi per registrarsi e usufruire dei servizi

Da qualche settimana è possibile prenotare le prestazioni specialistiche ambulatoriali del Servizio sanitario regionale tramite il Cup Online. Il link attraverso il quale accedere al servizio è questo: <https://cup.sardegناسalute.it/> Ancora si tratta di una fase sperimentale, e la Regione sta testando l'efficienza della piattaforma web. Perciò alcune funzionalità non sono attive. Ad esempio attraverso il sito non è ancora possibile prenotare degli esami strumentali come la risonanza magnetica o la tac, e nemmeno inserire i codici di urgenza forniti dal medico di base al momento della prescrizione. Tuttavia il Cup Online offre già un ampio ventaglio di servizi. Tipo: visualizzare in tempo reale le date e gli orari di disponibilità su tutto il territorio regionale. Dopodiché restringere la ricerca selezionando la provincia di residenza. Prenotare dunque nella zona geografica preferita presso le strutture pubbliche e private accreditate. Valutare anche, quando le disponibilità per un esame sono diverse, quale giorno sia più idoneo, l'ora più comoda per l'appuntamento, e talvolta anche lo specialista preferito. Uno dei grandi vantaggi del Cup Online è evidente: avere la massima trasparenza, poter contare su un quadro aggiornatissimo delle liste d'attesa e poter gestire la prenotazione in prima persona. In qualsiasi momento si possono visualizzare le proprie prenotazioni, annullare un appuntamento e fissarne un altro. Stampare un promemoria della prenotazione. È un servizio che può essere utile alla figlia che intende prenotare una visita per la propria madre, oppure può essere utilizzato anche dallo stesso medico di base per i propri pazienti. Naturalmente restano attivi anche gli altri canali, come il cup telefonico o gli sportelli al pubblico. Invece per accedere al Cup Online bisogna svolgere dei passaggi preliminari. Ci si collega a questo indirizzo: <https://cup.sardegناسalute.it/> Poi si clicca sul tasto Accedi al Servizio. Si aprirà questa pagina: <http://www.regione.sardegناسalute.it/registrazione-idm/> A quel punto (a meno che uno non possieda una smart-web) si va nella parte Registrazione al sistema IDM senza Smart card. L'utente dovrà compilare il modulo di registrazione. Occorre avere a portata di mano una tessera sanitaria, più i dati anagrafici. Ultimata la registrazione, il sistema invierà alla propria mail una prima parte della password. La seconda parte, invece, verrà inviata alla casella di posta della propria abitazione. L'utente alla fine avrà come chiavi d'accesso una userid che corrisponde al proprio codice fiscale, e una password formata da una prima parte (ricevuta per mail) e una seconda (ricevuta per posta). Una volta inseriti i dati,

l'utilizzo del sistema sarà molto intuitivo.

OLBIA Ospedali, il lavoro in rete per fare un salto di qualità Il tema in primo piano nell'incontro organizzato dall'associazione dei chirurghi Presenti: «Parametri in miglioramento, la Gallura merita grande attenzione»

L'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, attraverso il Programma nazionale esiti (Pne), valuta quelle che sono le criticità di un ospedale sia in relazione al volume di attività, sia in base ai risultati delle cure. Ebbene, se la Sardegna (ma non è l'unica) presenta nel suo complesso parametri non eccellenti (come ha detto Marina Davoli, direttore scientifico del Pne -, la Gallura non è messa così male. È stato sottolineato anche questo aspetto, sabato scorso, all'incontro regionale organizzato dall'Acoi, l'associazione chirurghi ospedalieri italiani. «Ed è da qui che bisogna partire - ha precisato Luigi Presenti, primario di Chirurgia e presidente del collegio italiano dei chirurghi - per ribadire una volta di più che secondo il Pne, i parametri della nostra Asl sono in miglioramento. C'è un aumento dell'appropriatezza delle dimissioni precoci in tutti i reparti, non si registrano lunghe degenze e, di conseguenza, il tasso di occupazione dei posti letto è in linea con quanto stabilito dalla Regione». Rete ospedaliera. «Un quadro positivo di fronte al quale, nel momento in cui la Regione riorganizza la rete ospedaliera, Olbia e tutta la Gallura (con i suoi tre ospedali) dovranno avere spazi e attenzione adeguati. Ma, nello stesso tempo, - prosegue Presenti - bisogna rafforzare la sinergia e l'integrazione tra i vari ospedali. Questo discorso vale a livello territoriale, per sostenere che la riorganizzazione deve valorizzare (e qui è compreso anche l'ospedale Paolo Dettori di Tempio) e non penalizzare nessun presidio, ma deve valere anche a livello regionale con la creazione di una rete che possa contare su centri di riferimento per le patologie rare o particolarmente gravi. Questo per evitare (come accade nel 50 per cento dei casi di tumori al polmone, tanto per fare un esempio) che si continui a registrare una mobilità passiva alta». Ma la sinergia deve andare anche oltre e il riferimento, in questo caso, è all'ex ospedale San Raffaele, oggi Mater Olbia. «L'importante, e questo è sempre bene ribadirlo, è che la sanità privata - dice ancora Presenti - non sia una sostituzione ma un'aggiunta». Nuove idee. Per fare buona sanità (pubblica), ci vogliono anche nuove idee, è stato detto nel corso del convegno. E così tutti si sono trovati d'accordo (compreso l'assessore regionale della Sanità Luigi Arru) sulla proposta di creare di un vero e proprio laboratorio di sviluppo di nuove idee nell'ambito di una più ampia riorganizzazione sanitaria. All'incontro di sabato scorso, che si è svolto nel salone dell'Hotel President (presidente dei lavori Renato Mura, moderatori Leonardo Delogu e Sergio Gemini), hanno partecipato chirurghi di tutta la Sardegna e diversi specialisti arrivati dalle varie zone dell'Italia. E si è andati ben oltre, quindi, il tema principale in discussione. Ovvero: la chirurgia dei tumori del colon retto. Liste d'attesa. Per il primario del reparto di chirurgia dell'ospedale Giovanni Paolo II, è stata anche l'occasione per

parlare del suo reparto. «Gli interventi chirurgici, guardando i dati dei primi sei mesi di quest'anno e lo stesso periodo dell'anno passato, sono in aumento. Ma è soprattutto aumentata la complessità dell'intervento. Un fatto, questo, che va a penalizzare quelli che sono gli interventi di routine. E così, per un'ernia, bisogna aspettare anche più di un anno. Mi vergogno di questa situazione, perché dobbiamo dare la stessa risposta a tutti - chiude Luigi Presenti -, ma le risorse disponibili non consentono di provvedere a un adeguamento del personale».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Pensionati. Stop incarichi dirigenziali nella Pa. Fedir Sanità: "Fatta la legge, aggirato l'ostacolo"

Per il segretario del sindacato dei tecnici, amministrativi e gestionali del Ssn nella circolare del ministro Madia ci sono troppe eccezioni che non favoriscono il ricambio generazionale. "L'impressione è che sia stato trovato l'inganno per lasciare le mani libere alla parte politica di continuare a nominare persone di gradimento".

“Il ministro Marianna Madia ci ha fatto finalmente sapere che le PA non potranno dare più incarichi a persone in quiescenza con l'obiettivo di favorire il ricambio generazionale. Fanno eccezione gli incarichi di docenza e ricerca ma anche gli incarichi professionali di natura sanitaria. Vietati sono invece gli incarichi di direttore scientifico o sanitario. Quando abbiamo appreso che finalmente venivano presi provvedimenti sui pensionati che ancora operano all'interno della PA, abbiamo tirato un sospiro di sollievo, perché da anni ci battiamo affinché sia garantito il ricambio generazionale e non la poltrona di qualcuno. Però ci è dispiaciuto constatare che fra le maglie della circolare del Ministro Madia si nasconde la vera ratio dell'iniziativa: garantire comunque a qualcuno di occupare alcune posizioni nella PA pur essendo pensionato, altrimenti non ci sarebbero state nella circolare una serie di eccezioni che noi non possiamo accettare”. Questo il commento del segretario nazionale di Fedir Sanità, **Antonio Travia**, in merito alla [circolare firmata dal ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, Marianna Madia](#) per dettagliare l'applicazione dell'articolo 6 del decreto legge del 24 giugno 2014, n.90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014 n. 114, che ha introdotto “nuove disposizioni in materia di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza”.

Il sindacato dei tecnici, amministrativi e gestionali del Ssn evidenzia tutti i limiti del provvedimento. “Fedir Sanità – continua Travia - che ha fortemente voluto la norma che vieta ai pensionati di avere incarichi pubblici perchè nel Ssn i pensionati che fanno i direttori generali, sanitari ed amministrativi aziendali (percependo pensione e stipendio) non si contano, davvero non comprende perchè i commissari straordinari e sub commissari debbano essere esclusi dai divieti. Non pare infatti sufficiente a

giustificare l'esclusione l'eccezionalità della carica e la temporaneità della stessa, soprattutto se si considera che nel Ssn i poteri esercitati da tali figure sono tutt'altro che limitati e non è del tutto infrequente che la durata sia tutt'altro che temporanea (troppo spesso dura anche anni). L'impressione è che fatta la legge sia stato trovato l'inganno per lasciare le mani libere alla parte politica di continuare a nominare persone di gradimento ed il timore è che le figure commissariali e sub commissariali aumentino a dismisura per aggirare l'ostacolo della legge. Il ministro ha invece scritto nella circolare che le nuove disposizioni sono espressive di un indirizzo di politica legislativa volto ad agevolare il ricambio e il ringiovanimento del personale nelle pubbliche amministrazioni".

Stabilità. Chiamparino conferma la linea: “Meno 1,5 mld su Fondo. Ma vogliamo 1,1 mld per investimenti”. Tagli a farmaci e beni e servizi

*Il presidente delle Regioni interviene a Radio 1 e conferma la linea già espressa nella Conferenza del 4 dicembre scorso sui tagli nella legge di Stabilità. “Non incideremo sui Lea e niente tasse o ticket salvo casi eccezionali”. **Ipotesi distribuzione tagli: 500 mln da beni e servizi e un miliardo da farmaceutica ospedaliera e territoriale. Domani atteso il parere ufficiale delle Regioni.***

“Al governo abbiamo detto che siamo disponibili a rinunciare a quasi tutto l’aumento del Fondo (-1,5 mld) previsto dal Patto, senza incidere sui Lea ma sui beni e servizi acquistati e sulla farmaceutica territoriale e ospedaliera. Senza toccare ticket e tasse salvo casi eccezionali come in Piemonte dove abbiamo dovuto fare un intervento fiscale per salvare la regione visto l’elevato debito (2 mld certificati)”. Parole pronunciate dal presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni, **Sergio Chiamparino** durante la trasmissione ‘Bianco e nero’ su Radio1 alla vigilia dell’incontro di domani in Conferenza delle Regioni dove è atteso il parere ufficiale sulla legge di stabilità e che confermano quanto già anticipato lo scorso 4 dicembre. “Il nostro Ssn – ha evidenziato - è considerato uno dei migliori al mondo e costa meno e non c’è tutto questo grasso. Certo come in tutta la Pa ci sono punti dove investire e altri dove riqualificare e questo era il senso del Patto per la salute”. Poi però qualcosa è cambiato. “Quando si propone di tagliare 4 mld alle Regioni è impensabile non toccare la sanità perché è quasi l’80% del budget. Abbiamo fatto un’**ipotesi di distribuzione della riduzione di 1,5 mld – ha specificato - . Un terzo pensiamo di ridurlo migliorando gli acquisti di beni e servizi intermedi e un altro terzo sulla farmaceutica ospedaliera e un altro terzo sulla territoriale**”.

In merito alle posizioni dei governatori di **Veneto e Lombardia** che hanno fortemente criticato i tagli Chiamparino ha sottolineato che “**ci sono posizioni politiche che non sempre coincidono con le posizioni istituzionali** che io cerco di esprimere. Sono posizioni legittime e comprensibili. Detto ciò la posizione unitaria delle Regioni comprende la rinuncia all’aumento del Fsn ma richiede l’aumento di 1,1 mld l’anno per l’edilizia sanitaria”. “C’è bisogno di tornare ad assumere e

investire – ha detto - . Dobbiamo rinnovare macchinari e tecnologie. Tra 10 anni cambierà il modo di curare le persone e noi dobbiamo adeguarci. Più prevenzione, più territorio e meno ospedale”.

Epatite C. Arriva il primo dei nuovi farmaci. Il sofosbuvir in fascia A. La determina Aifa in Gazzetta

La determina Aifa dello scorso 12 novembre prevede l'inserimento del farmaco in fascia A. La sua classificazione è quella di di medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti. Costo al pubblico da 24.756 a 74.268 euro a secondo della confezione ma alle Asl costerà molto meno.

E' stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 5 dicembre 2014 la [determina Aifa del 12 novembre scorso](#) sul regime di rimborsabilità e il prezzo del medicinale per uso umano sofosbuvir, autorizzata con procedura centralizzata europea dalla Commissione europea.

Il medicinale è indicato in associazione ad altri medicinali per il trattamento dell'epatite C cronica (chronic hepatitis C, CHC) negli adulti. Il sofosbuvir viene inserito, come classe di rimborsabilità, in fascia A.

Ecco i prezzi:

Confezione: 400 mg - compressa rivestita con film - flacone (HDPE)

28 compresse - AIC n. 043196017/E (in base 10) 1967MK (in base 32).

Classe di rimborsabilità: A.

Prezzo ex factory (IVA esclusa) € 15.000,00.

Prezzo al pubblico (IVA inclusa) € 24.756,00.

Confezione da 400 mg - compressa rivestita con film - flacone (HDPE)

84 compresse (3 flaconi da 28) - ha i seguenti prezzi:

Prezzo ex factory (IVA esclusa): € 45.000,00.

Prezzo al pubblico (IVA inclusa): € 74.268,00.

La validità del contratto è di 18 mesi, decorrenti dalla prima commercializzazione.

E' previsto uno sconto obbligatorio alle Strutture pubbliche sul prezzo ex factory, come da condizioni negoziali. Ai fini delle prescrizioni a carico del Ssn, i centri utilizzatori specificatamente individuati dalle Regioni, dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up.

La classificazione ai fini della fornitura del sofosbuvir è quella di medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RNRL) -internista, infettivologo, gastroenterologo.

La determinazione è già operativa, e, proprio in vista di questo, lo scorso 1° dicembre

[l'Aifa aveva sollecitato i Comitati etici regionali a rilasciare le autorizzazioni all'uso compassionevole del farmaco](#) laddove fosse necessario. Da questo momento, infatti, le richieste di accesso gratuito al trattamento di nuovi pazienti non potranno essere più accettate da parte del titolare dell'autorizzazione in commercio.

SOLE 24ORE SANITA'

Farmaci ospedalieri, all'orizzonte un buco da 1,2 miliardi nel 2014

Il buco nella spesa farmaceutica ospedaliera del 2014 ci sarà e sarà di tutto riguardo, ma i nuovi dati di agosto dovrebbero permettere di rivedere al ribasso le stime. Sulla base del monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica regionale gennaio-agosto 2014, lo scostamento assoluto rispetto al tetto del 3,5% ammonta a 850,38 milioni di euro e l'incidenza è pari al 4,6% del Fondo sanitario nazionale 2014 (109,299 mln). Un dato che proiettato sui 12 mesi porta a una stima del rosso pari a 1,2 miliardi circa. Uno sfioramento senz'altro superiore a quello registrato lo scorso anno, quando si toccò quota 800 milioni, ma comunque inferiore alle stime circolate a settembre sulla base dei risultati di giugno (proiettati a 1,5 mld). In ogni caso si tratta di un deficit enorme che per metà, ricordiamo, sarà ripianato dalle aziende farmaceutiche coinvolte e per l'altra metà dalle Regioni.

Si tratta di proiezioni ancora non definitive che non tengono conto di alcuni aggiustamenti tecnici e della stagionalità della spesa. In particolare manca la consuntivazione della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A, che nel periodo gennaio-agosto è aumentata del 3,6% rispetto allo stesso periodo del 2013, ma che nell'ultima parte dell'anno tende a crescere.

Sul capitolo farmaci ospedalieri, le Regioni sono di fatto tutte in rosso. La Puglia è quella che si è spinta più oltre, con un esborso pari al 5,8% del Fondo e uno scostamento assoluto di 119 milioni di euro. A seguire la Toscana, con una spesa pari al 5,4% e un deficit in valore pari a 95,49 milioni di euro. E la Sardegna che ha speso il 5,3% con uno scostamento di 37 milioni. Lo sfioramento più contenuto in percentuale si rileva in Lombardia, che ha speso per i farmaci ospedalieri il 4% del proprio Fondo sanitario. Le uniche realtà a non sfondare il tetto del 3,5% sono Valle d'Aosta (3,2%) e Trento (3,1%).

Ad alleggerire il conto totale della spesa farmaceutica pubblica, su un altro fronte, è la convenzionata netta in farmacia. Che nei primi 8 mesi dell'anno ha registrato un calo del 3,7% (-218,6 milioni di euro) rispetto allo stesso periodo del

2013, attestandosi all'11,16% del Fsn, con un dislivello di 135,89 milioni di euro in meno rispetto al tetto.

L'incidenza della territoriale potrebbe però essere anche più bassa perché in questo dato l'Aifa non ha ancora sottratto il payback del 5% e il ripiano dei tetti di prodotto, una serie di importi che verranno contabilizzati in seguito per il dato definitivo. A sfiorare sulla spesa in farmacia sono solo otto Regioni (a giugno erano sette, si sono aggiunte le Marche), quasi tutte al Sud: Sardegna (14% del Fsr), Calabria (12,9%), Puglia (12,7%), Lazio (12,6%), Campania (12,5%), Abruzzo (12,1%), Sicilia (11,8%) e Marche, che sfiora di poco (11,4%).

Le ricette si sono mantenute pressoché stabili (+0,1%) e la compartecipazione dei cittadini (ticket e quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento) ha fatto incassare alle Regioni 994,85 milioni di euro, con un aumento complessivo del 3,9 per cento.

Il peso dei farmaci innovativi si farà senz'altro sentire. Basti ricordare che lo scorso anno la spesa farmaceutica territoriale aveva sfiorato di 50 milioni circa, pesando per l'11,4% sul Fsn principalmente a causa del Gilenya, un farmaco per la Sclerosi multipla. E per il 2015 a spargliare i conti interverrà senz'altro l'arrivo del Sovaldi (Sofosbuvir), appena autorizzato con la [pubblicazione della determina Aifa in Gazzetta ufficiale](#). Le stime sull'impatto di una serie di farmaci di prossima approvazione, che permettono di eradicare il virus dell'Epatite C, parlano di costi che per l'Italia si aggireranno intorno a 600-800 milioni l'anno per almeno 5 anni e forse oltre.

Di fronte alla tempesta in arrivo, c'è chi mette in discussione il sistema dei tetti e richiede modifiche normative. Eppure secondo gli esperti l'impianto legislativo italiano sarebbe in realtà solido e in grado di garantire un governo della spesa quanto meno trasparente rispetto ai meccanismi vigenti in altri Paesi Ue. Senza contare che l'Italia è comunque riuscita a mantenere il sistema in un sostanziale (seppur fragile) equilibrio con molte meno risorse di altri Partner comunitari. Il problema vero è in realtà l'insufficienza dei finanziamenti. Oltre ai prezzi elevatissimi dei prodotti innovativi, in alcuni casi troppo elevati. Quando la coperta è corta, infatti, bisogna scegliere quale parte del corpo lasciare scoperta. Cioè a quali cure rinunciare, che siano innovative o meno. Una responsabilità enorme che i decisori dovranno gestire con la stessa saggezza mostrata sinora.

L'Istat: Italia al top nell'Ue per parti cesarei

Buona l'assistenza ricevuta durante la gravidanza che è sempre più medicalizzata. Stili di vita più adeguati in base al livello di istruzione e allattamento al seno in aumento. Ma il ricorso al cesareo resta il più alto in Europa con il 36,3% dei casi nel 2013. Lo dice l'Istat nell'indagine sulla salute "Gravidanza, parto e allattamento al seno".

In Italia, nel complesso, le donne fruiscono di un buon livello di assistenza durante la gravidanza: è quanto si rileva dai risultati dell'indagine che fa riferimento a 2,7

milioni di donne (di cui il 18,2% straniere) che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione. Il 94,3% delle donne si sottopone alla prima visita entro il terzo mese di gravidanza (come raccomandato dai protocolli nazionali) analogamente a quanto avveniva nel 2000 e nel 2005.

Continua ad aumentare la medicalizzazione in gravidanza. Si incrementa la quota di donne che eccede nei controlli ecografici: il 37,6% ha fatto almeno 7 ecografie durante la gestazione (il 23,8% nel 2000 e il 28,9% nel 2005).

Migliora la consapevolezza delle donne fumatrici sui danni del fumo per il nascituro: il 74,1% smette di fumare nel periodo di gestazione (63,4% nel 2000), il 22,8% riduce le quantità e solo il 3% non modifica le proprie abitudini al fumo (6,8% nel 2000). L'89,2% delle donne più istruite smette di fumare contro il 65,2% di quelle che hanno al massimo la licenza di scuola media inferiore.

L'Italia resta il paese europeo con il più alto ricorso al taglio cesareo, con una quota pari al 36,3% secondo i dati del 2013, relativi alle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) del ministero della Salute. Una quota simile è stimata anche con l'indagine sulla salute del 2013, con forti differenze sul territorio, a svantaggio del Mezzogiorno.

Anche nell'assistenza al parto spontaneo non mancano pratiche di medicalizzazione nella fase del travaglio o del parto; nel 32% dei casi riguardano la rottura artificiale delle membrane, nel 34,7% l'episiotomia e nel 22,3% la somministrazione di ossitocina per aumentare la frequenza e l'intensità delle contrazioni.

Aumentano, rispetto al 2005, le donne che allattano al seno (85,5% contro l'81,1%).

Continua a crescere anche la durata media del periodo di allattamento: da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo al seno è pari a 4,1; il valore più alto si registra nella Provincia autonoma di Trento (5,0) e quello più basso in Sicilia (3,5).

Tra le cittadine straniere è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6% delle italiane), sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane).

DOCTOR 33.IT

Concorso Medici famiglia, è di nuovo caos: una risposta era sbagliata

A due mesi e mezzo dal concorso per selezionare Medici di medicina generale, svoltosi lo scorso 16 settembre, dopo che l'allarme su presunti brogli sembrava rientrato, arrivano nuove denunce di irregolarità a gettare ombre sul regolare svolgimento della prova. Esiste, infatti, il documento di una commissione ministeriale in cui si dichiara di accogliere le contestazioni formulate da un candidato sulla "domanda numero 70 della versione C" è firmato dalla Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del

ministero della Salute. Nello specifico la risposta esatta alla domanda: «Quale farmaco non viene mai usato nel caso di angina instabile?», era «digossina» e non “nitrati”, come era stato valutato nella correzione. «La cosa deve essere accertata altrimenti siamo al pettegolezzo, - premette la coordinatrice nazionale di Fimmg Formazione **Giulia Zonno** – spero comunque che questo nuovo inconveniente crei il minor disagio possibile, perché molti corsi sono già iniziati. Hanno fatto le graduatorie, poi le hanno rivalutate perché alcune posizioni erano scorrette, ora salta fuori questo, non è possibile che ci sia sempre qualcosa che non va! – sbotta Zonno – Per tutti quelli che hanno iniziato i corsi i disagi sono notevoli, serve più serietà nell’organizzazione dell’esame e nelle correzioni: il risultato è una situazione caotica». E ora cosa accadrà delle graduatorie? L’esponente Fimmg ritiene che ormai dovrebbero restare confermate e ricorda che «casi di domande sbagliate ci sono sempre stati anche nei vecchi esami di specializzazione, quando capitava che i concorrenti avessero a disposizione in anticipo le risposte ai quiz: le imparavano a memoria e riportavano le risposte sbagliate... Ma una volta che l’esame è fatto, i risultati devono essere quelli, altrimenti si crea una situazione di costante insicurezza. L’importante è che coloro che stati ammessi possano continuare con la formazione in modo regolare... e il resto venga valutato caso per caso».

Tagli fondo sanitario, gastroenterologi Aigo temono riduzione prestazioni

«Andremo incontro a una riduzione di prestazioni, perché il riparto del Fondo sanitario 2014 da parte della Conferenza Stato Regioni non è fatto con il bisturi ma con l’accetta». È un’accusa di eccessiva generalità quella formulata da **Antonio Balzano**, presidente dell’Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo).

«Già tre o quattro anni fa – dice Balzano – con il Libro bianco della gastroenterologia sulle malattie dell’apparato digerente, abbiamo dimostrato che se il paziente viene ricoverato nel reparto dedicato e riceve cure specialistiche si risparmiano giorni di degenza. Solo nel caso di emorragia digestiva, grazie al know how e all’appropriatezza delle cure, se ne risparmiano in media due per ognuno dei 70 mila pazienti che vengono ricoverati ogni anno in Italia: quindi ben 140 mila giorni di degenza complessiva. Ma è molto più semplice e meno conflittuale passare un’accetta su tutti e non guardare invece a chi può produrre dei risparmi». Ma le gastroenterologie sono poche e in molte Regioni i posti letto sono al di sotto di quelli previsti dal Decreto Balduzzi. «Non ne chiediamo altri ma almeno il mantenimento degli attuali, – spiega Balzano - anche se sono in otto o nove casi su cento i pazienti che ne avrebbero bisogno vengono visti dal gastroenterologo; eppure la sensazione è un’altra, soprattutto in certe Regioni... purtroppo l’articolo V fa sì che le linee di indirizzo del ministero vengano affrontate in 21 modi differenti». Il presidente Aigo ricorda che in Veneto, a dieci anni dall’inizio, lo screening generalizzato del cancro del colon ha portato a salvare un paziente su quattro, «ma in Regioni come la Campania o la Sicilia siamo ancora all’anno zero».

Balzano rileva infine «una chiara tendenza della medicina interna a riprendere le varie costole che si erano staccate qualche decennio fa, tra cui la gastroenterologia. Noi siamo aperti a una discussione, purché sia costruttiva: è essenziale garantire una formazione adeguata e il corso di medicina interna dovrebbe essere diverso dall'attuale, che è una ripetizione pedissequa del corso di laurea».

Dai pediatri appello ai politici: eliminare morbillo e rosolia con il vaccino sicuro

È fissato al 2015 l'obiettivo dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per eliminare morbillo e rosolia in Europa, ricordano i pediatri al congresso nazionale della Società Italiana di Ricerca Pediatrica, dove **Susanna Esposito**, presidente della commissione Oms per l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita, ribadisce l'importanza delle vaccinazioni raccomandando alle famiglie di non abbassare la guardia: in Italia, infatti, i casi di morbillo e rosolia sono ancora molti. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), in settembre 2014 sono stati segnalati 45 casi di morbillo, portando a 1.566 i casi segnalati dall'inizio dell'anno. Prima della lista è la Liguria con 12,2 casi per 100.000, seguita da Piemonte, Emilia Romagna e Sardegna. In oltre metà dei casi l'età dei pazienti è tra 15 e 39 anni, di cui l'85,2% non è mai stato vaccinato, il 6,6% ha effettuato una sola dose e il 26,2% ha riferito almeno una complicanza, tra cui 80 casi di polmonite. Sempre secondo l'ISS, nello stesso mese sono stati segnalati 4 casi di rosolia, portando a 16 il totale dall'inizio dell'anno. «L'una e l'altra possono causare complicanze gravi e rimangono ancora oggi un rischio per il nostro paese» aggiunge Esposito, presidente WAidid, World Association for Infectious Diseases and Immunological Disorders e direttore dell'Unità di pediatria ad alta Intensità di cura della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. In Italia la vaccinazione trivalente (morbillo-parotite-rosolia) è inclusa dal 1999 nel calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, con indicazione della prima dose tra 12 e 15 mesi, seguita da una seconda dose a 5-6 anni. «Eppure la copertura resta scarsa in modo preoccupante, e la Commissione italiana sta lavorando con l'obiettivo di arrivare all'eliminazione di queste malattie ancora troppo diffuse» commenta **Elisabetta Franco**, professore di Igiene all'Università di Roma Tor Vergata e presidente del National Verification Committee (Nvc) per l'eliminazione di morbillo e rosolia, spiegando che la copertura sulla prima dose resta inferiore all'atteso, intorno al 90%, e i dati sulla seconda dose sono incompleti. Morbillo e rosolia potranno considerarsi eliminate solo quando se ne constaterà la completa scomparsa per un periodo di almeno 36 mesi dall'ultimo caso conosciuto. Inoltre, gli stati partecipanti al piano Oms per la loro eradicazione dovranno vaccinare con entrambe le dosi almeno il 95% dei soggetti di età inferiore ai 40 anni. Il prossimo Who European Regional Verification Committee Meeting si svolgerà tra un anno nella sede Who di Copenhagen.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584