

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
10 FEBBRAIO 2014

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Medici fiscali, Parlamento vuole soluzione normativa a taglio visite Inps**

Il parlamento prende in mano la vicenda dei medici fiscali Inps che si sono visti interrompere l'attività dall'Inps il 1° maggio 2013 con il quasi azzeramento delle visite di controllo deliberate d'ufficio dall'ente. La Commissione Affari Sociali della Camera sentirà tanto le rappresentanze di questi oltre 1500 camici quanto il parere dell'Istituto di previdenza, a suo tempo costretto per "stato di necessità" a sopprimere il servizio per i tagli imposti dalla spending review. Obiettivo: «contribuire ad indicare una soluzione normativa che consenta di garantire la qualità del servizio e le attività professionali». «Prendiamo atto con soddisfazione dell'iniziativa – afferma **Alfredo Petrone**, responsabile del settore Medicina Fiscale di Fimmg – e, una volta convocati, per prima cosa dimostreremo l'illogicità della recente politica Inps sulla medicina di controllo». Le indennità di malattia avrebbero superato i 2 miliardi di costo nel 2012 e si parla di un aumento di 100 milioni negli esborsi per queste indennità per ogni aumento dello 0,1% della percentuale di assenteismo dei lavoratori italiani. «Ma contestualmente – aggiunge Petrone - Fimmg spiegherà che la soluzione del problema è nell'istituzione del Polo unico della medicina fiscale, che contempla l'accorpamento nell'Inps dei controlli sullo stato di salute di tutti i lavoratori, pubblici e privati. Accanto a questa proposta, inserita all'ordine del giorno all'approvazione della legge di stabilità, chiederemo si consideri l'allargamento delle funzioni dei medici di controllo ad altre attività istituzionali». Interrotte del tutto inizialmente, le visite di controllo Inps ora sono ripartite con un micro-budget di 12 milioni di euro, del tutto insufficiente per un corretto controllo dello stato di salute dei lavoratori in malattia, che consente in media 5 visite d'ufficio al mese per medico, per uno stipendio di 300 euro mensili: un'inezia, a fronte di 1500 medici per i quali vigono ancora oggi forti obblighi contrattuali e per i quali la legge 125 ha disposto la cristallizzazione dei ruoli a tutti gli incaricati in servizio a tutto il 31 dicembre 2007.

#### **Crisi si riversa sul Ssn, Aceti (Tdm): prima di tutto ridurre i ticket**

Alleggerire in modo consistente il peso dei ticket sanitari che ora grava sui cittadini: **Tonino Aceti**, coordinatore del Tribunale dei diritti del malato, ritiene che questa debba essere «la misura prioritaria ed essenziale per garantire il diritto alla salute e mettere in equilibrio un sistema pubblico che oggi si sta avvitando su se stesso, perdendo forza e favorendo il ricorso al privato». La crisi economica riduce le possibilità delle persone di rivolgersi a un medico in caso di bisogno, infatti in seguito alla crisi si è registrata una riduzione delle visite mediche, segno che si è più riluttanti a cercare assistenza sanitaria laddove i soldi scarseggiano: quella che era già percezione comune è stata documentata anche in uno studio

pubblicato sulla rivista *Social science quarterly* e condotto dall'italiana **Annamaria Lusardi** della George Washington University. L'accento posto da Aceti sul sistema di contribuzione richiesta ai cittadini si riferisce in particolare al superticket di 10 euro entrato in vigore nel 2011 per esami e visite specialistiche: «in base ai dati Agenas, ha provocato una contrazione del volume delle prestazioni erogate a livello pubblico e contestualmente aumentato quelle private, perché per alcune prestazioni il Ssn è diventato meno concorrenziale». Secondo il coordinatore del Tdm la soluzione dovrebbe essere trovata nell'ambito dell'annunciato Patto per la salute; le Regioni stanno effettivamente lavorando a un piano per modificare del sistema dei ticket, favorendo disoccupati e altre categorie deboli, ma lasciando inalterato il gettito per lo Stato, che ora è di 4 miliardi. «Intanto – afferma Aceti – dovrebbe essere invece prevista una riduzione, reintroducendo la copertura del superticket da parte dello Stato, che ammontava a 834 milioni. Inoltre si sente dire che i ticket verranno rimodulati in base al reddito, calcolato in base all'Isee: ma si tratta di un sistema iniquo, specie per i cittadini con disabilità, perché nel calcolo vengono inserite tutte le prestazioni assistenziali, come le indennità di invalidità civile o di accompagnamento».

## Tra esame di Stato e accesso alla specialità, strettoia critica

Medicina interna, geriatria, cardiologia, pediatria, *in primis*. Ma anche chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia, otorinolaringoiatria e urologia. E ancora anestesia e rianimazione e, infine, radiologia diagnostica. Su 56 scuole di specialità - la cui scelta è decisiva nel post-laurea per garantirsi un futuro lavorativo - sono queste le aree più promettenti secondo l'Associazione dei medici dirigenti Anaaio Giovani, in quanto «sono quelle che risentono maggiormente del trend anagrafico» afferma il consigliere nazionale **Domenico Montemurro**. «È qui che si concentra infatti un blocco di professionisti tra i 50 e i 60 anni che, al momento della loro uscita dal lavoro, lasceranno la maggiore carenza di personale». Ma certezze non ce ne sono. «Attualmente le regioni faticano ad assumere anche i medici delle specialità più richieste» conferma Montemurro. «Si pensi che, terminata la specializzazione, si aspettano mediamente due anni per ottenere un contratto» quasi sempre a tempo determinato; ma non mancano collaborazioni a progetto o libero professionali. Anche la retribuzione, di certo buona (in media 40-50mila euro lordi all'anno tra i 33 e i 40 anni) va parametrata alla durata del periodo formativo: superato il test di ammissione alla facoltà si passa ai sei anni del corso di studi, terminati in media a quasi 27 anni; dopo l'esame di Stato si potrebbe iniziare a lavorare, ma di fatto si effettuano «solo guardie mediche, sostituzioni di medicina generale e poco altro» sintetizza Montemurro. Per partecipare ai concorsi del Ssn è infatti richiesta la specializzazione e per diventare medico di base serve un corso specifico triennale a numero chiuso. La questione dei posti messi a concorso ogni anno per le varie specialità e finanziati con una borsa di studio è quindi sempre più critica. «Ogni anno» nota **Stefano Guicciardi**, presidente del Segretariato italiano degli studenti di medicina (Smi) «il numero dei laureati che si abilitano è molto superiore a quello di coloro che riescono ad accedere a una scuola di specializzazione con un contratto formativo. Negli anni si sta così formando un bacino di medici di fatto esclusi dal circuito della formazione specialistica» con notevoli problemi dal punto di vista occupazionale. Per molti non resta che affrontare la specialità senza retribuzione, ovvero autofinanziarsi per tutta la durata della formazione.

## **Farmaci anti-epatite C: disparità di accesso, serve piano nazionale**

Ritardi nell'approvazione dei nuovi farmaci, disparità di accesso alle cure e mancanza di un coordinamento centrale: sono le conclusioni dell'indagine civica sull'accesso alle nuove terapie per il trattamento dell'epatite C, presentata dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici (CnAmc)-Cittadinanzattiva in collaborazione con EpaC onlus.

La necessità di una presa in carico centralizzata del problema è condivisibile secondo **Antonio Gasbarrini**, epatologo dell'Università Cattolica di Roma: «È essenziale licenziare il piano nazionale di lotta alle epatiti che giace da più di un anno sul tavolo del ministro e che dovrebbe normare l'accesso alle cure nelle diverse Regioni». Dal punto di vista scientifico, spiega Gasbarrini, stanno accadendo fatti epocali: «Ricordiamo intanto che l'epatite C è diffusissima, in alta percentuale cronicizza e diventa la prima causa di cirrosi, epatocarcinoma e trapianto provocando 20mila morti all'anno in Italia e milioni nel mondo. Finora le terapie erano poco efficaci, specie contro il genotipo 1 che è il più diffuso nel nostro Paese, ma lo scorso anno è arrivata una nuova generazione di farmaci che aumentano le percentuali delle remissioni dal 40% al 70%». Si tratta proprio dei farmaci di cui il rapporto di Cittadinanzattiva denuncia un ritardo nell'approvazione da parte dell'Aifa. Ma il colpo di scena è arrivato una settimana fa dagli Stati Uniti, dove sono state emesse linee guida che sconsigliano l'uso di questi farmaci perché, dovendo essere assunti a integrazione dell'interferone usato finora, scontano un'elevata tossicità. «Ma negli Usa si dispone già di nuovi farmaci; - dice Gasbarrini - uno è già stato approvato dalla Fda, funziona contro tutti i genotipi, ha una bassa tossicità e una elevata efficienza. Nel 2015 e 2016 si attendono nuove generazioni da assumere totalmente senza interferone e che promettono di eradicare il 100% dei casi». Il problema è quello dei costi: i farmaci potrebbero permettere un risparmio a lungo termine, evitando le cronicità, ma richiedono un investimento immediato: oltre a eliminare le disparità di accesso, una regia centrale servirebbe anche a questo.

## **Ipoglicemia trascurata, al via campagna per educare i pazienti**

Rendere consapevoli dei rischi legati alla ipoglicemia e alle sue complicanze e informare sulle modalità della sua corretta gestione. Sono gli obiettivi di un nuovo progetto educativo – presentato a Milano da MSD Primary Care Diabete, in occasione del convegno “DDay – Defeating diabetes” – denominato “L'educazione innanzitutto”. Che è anche il titolo di un cortometraggio che pone l'accento sui pericoli derivanti dalla sottovalutazione dell'ipoglicemia. Dalla ‘mini-fiction’ prende avvio un'ampia campagna volta a sostenere, realizzare e promuovere iniziative sociali e informative sulla prevenzione del diabete. «A volte si avverte la mancanza di un'informazione strutturata sull'ipoglicemia» conferma Egidio Archero, presidente Fand (Associazione italiana diabetici). «Le persone con diabete ben istruite rispondono ai sintomi di una crisi ipoglicemica con un intervento ragionato, senza apprensione». Occorre però notare che si stimano annualmente in Italia circa 15mila ricoveri per ipoglicemia severa, oltre agli episodi risolti in Pronto soccorso. «La presentazione di una crisi ipoglicemica (che può portare a gravi complicanze, tra cui il decesso) è variabile» ricorda Brian Frier, dell'università di Edimburgo. «I sintomi autonomici consistono in tremori, sudorazione, fame, tachicardia. Quelli cerebrali: sonnolenza, nausea, cefalea, disturbi della visione». «Si può arrivare alla perdita di coscienza, con necessità di una seconda persona che dia soccorso: è questo che rende l'ipoglicemia “grave”» spiega Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia. «Legate

al rischio di ricovero sono soprattutto le crisi associate alla somministrazione di ipoglicemizzanti come la sulfoniluree». Nel mantenimento del controllo glicemico si può ricorrere a farmaci che non determinano ipoglicemia, tra i quali le incretine: agonisti del Glp-1 (iniettivi) e inibitori della Dpp-4 (orali). «Studi di confronto randomizzati in doppio cieco tra pazienti trattati con sitagliptin e sulfoniluree» sottolinea Agostino Consoli, docente di Endocrinologia dell'università di Chieti «rivelano che gli inibitori della Dpp-IV come sitagliptin hanno un'efficacia nel ridurre la glicemia simile a quella delle sulfoniluree, ma senza dare effetti collaterali quali ipoglicemia e aumento del peso corporeo». Sitagliptin, inoltre, secondo recenti studi ha una maggiore capacità di mantenere nel tempo l'efficacia.

## **DIRITTO SANITARIO Paziente rifiuta il ricovero e muore: assolto il medico**

### **Il fatto**

Secondo la pubblica accusa, un medico in servizio presso il pronto soccorso di un ospedale dove un uomo si era recato per un insistente dolore al torace, ne aveva determinato la morte per colpa consistita in negligenza, imprudenza e imperizia. In particolare, per avere omesso di valutare adeguatamente i sintomi di una sindrome coronarica acuta di tipo ischemico già in atto, nonché di consigliare di sottoporsi ad osservazione clinica al fine di effettuare elettrocardiogrammi, dosaggi dei marcatori cardiaci e tutti i controlli ed esami di laboratorio necessari per chiarire la natura e le cause del problema. In particolare, il paziente, avendo accusato un persistente dolore al torace, si era recato, accompagnato, presso la struttura ospedaliera. Poiché i controlli eseguiti non avevano rivelato alcuna significativa alterazione fisiologica in atto, aveva deciso di lasciare l'ospedale e ritornare alle proprie occupazioni, rifiutando di sottoporsi ad ulteriori accertamenti. La visita presso l'ospedale si era svolta tra le ore 10,40 e le ore 10,50. Circa un'ora dopo, intorno alle 11,55, l'uomo si era sentito ancora male e, allertato il "118", era ritornato in ospedale ove era deceduto alle ore 12,40, dopo vane manovre rianimatorie.

### **Profili giuridici**

Il tribunale, in composizione monocratica, ha affermato la responsabilità del medico imputato in ordine al delitto di omicidio colposo e lo ha condannato, riconosciute le circostanze attenuanti generiche, alla pena di quattro mesi di reclusione, nonché al risarcimento dei danni in favore delle costituite parti civili, da liquidarsi in separato giudizio. Di diverso avviso è stata la Corte d'appello la cui decisione è stata poi confermata dalla Cassazione chiamata a pronunciarsi in via definitiva. I giudici d'appello hanno osservato che gli accertamenti clinici, necessari a verificare la reale origine del dolore toracico accusato dall'uomo, non erano stati eseguiti a causa della decisione di quest'ultimo di non sottoporvisi, per cui nessun addebito poteva muoversi all'operato del medico, che aveva consigliato il paziente di fermarsi in ospedale, in osservazione, e che aveva apertamente dissentito da tale decisione, come visivamente attestato dalla doppia sottolineatura presente sul referto medico, ove risultava annotato il rifiuto dell'uomo sia della terapia farmacologica sia dell'ulteriore osservazione.

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

## **Medici e permessi sindacali. Il giudice: "Da liquidazione monte ore riconosciuto solo il compenso del medico sostituto"**

*Il Tribunale di Ravenna riaccende la querelle con un'ordinanza che respinge il ricorso presentato dalla Fimmg locale contro l'Asl Romagna sulla corretta interpretazione dell'articolo 21 della Acn in materia di diritti sindacali e di sostegno del medico che esercita attività sindacale. "La liquidazione di quanto spetta al medico sindacalista sostituto dev'essere decurtata dal compenso del medico sostituto".*

Niente più rimborsi forfettari in base al monte ore comunicato dal sindacato alle Asl di appartenenza. Dal rimborso delle ore sindacali dovranno essere decurtate quelle per il medico sostituto. Lo prevede l'ordinanza del Tribunale di Ravenna che ha respinto il ricorso della Fimmg di Ravenna contro l'Asl (oggi confluita nella Asl Unica della Romagna) sulla corretta interpretazione dell'articolo 21 dell'Acn in materia di diritti sindacali e di sostegno del medico che esercita attività di rappresentante sindacale. Il provvedimento riaccende il caso dopo la sentenza del [Tribunale di Roma](#) e le successive comunicazione della Sisac alle Regioni.

Per la Fimmg in base all'art. 21 dell'Acn il sindacalista ha diritto al compenso per tutto il monte ore di attività sindacale assegnatogli dal Sindacato (fino ad ora questa è stata la prassi). Da notare come ogni sindacato abbia a disposizione 3 ore annue per iscritto e discrezionalmente le distribuisce ai rappresentanti. Inoltre, sottolinea ancora la Fimmg, l'articolo in oggetto "proietta il proprio fine non solo sull'onere della sostituzione (nell'apertura dello studio per assenza sindacale) ma anche nel supporto a tutte le altre attività collaterali ed aggiuntive che si sommano nell'esercizio della professione".

Di parere avverso l'Asl secondo la quale invece "la liquidazione di quanto spetta al medico sindacalista sostituto deve essere decurtata dal compenso del medico sostituto; e che essa concorre negli oneri della sostituzione pagando il sostituto nei limiti del 'numero delle ore di sostituzione'".

In sostanza la norma prevede che "l'azienda provveda al pagamento (limitatamente) a 'quanto dovuto al sostituto' 'per il numero di ore di sostituzione' e non di quanto dovuto al sindacalista in base al numero di ore totale spettantegli per l'attività sindacale".

E il Tribunale ha accolto proprio questa tesi respingendo il ricorso della Fimmg precisando come "non è in discussione l'entità del compenso, la determinazione o la misura. È in discussione invece l'entità delle ore da rimborsare al sindacalista".

"In conclusione – si legge nell'ordinanza – la tesi del Sindacato e del medico mutila la norma, cambia l'oggetto della disposizione, inventa un meccanismo di rimborso ed un diritto non previsto dal testo dell'accordo; e che nonostante sarebbe stato sostenuto da una prassi applicativa consolidata, è però contrario al contenuto dell'accordo ed alla legge".

Ma il giudice va oltre e critica anche la causa in sé: "Le parti dovrebbero cercare di modificare ed innovare gli accordi se le soluzioni accolte non soddisfino o non siano ritenute congrue; attraverso un'azione diversa da quella intentata nelle aule di giustizia dove non contano i rapporti di forza, ma ovviamente le regole del diritto, i testi degli accordi, le leggi".

## **Ecco "Un anno in Salute", l'agenda 2014 del Ministero. Prevenzione ed educazione sanitaria, giorno dopo giorno. Gratis in libreria**

*Dopo il successo dello scorso anno, un gruppo di lavoro eterogeneo formato da disegnatori, medici, ricercatori ed esperti di comunicazione è tornato a lavoro per veicolare, tramite dei fumetti, messaggi di prevenzione e sensibilizzazione riguardanti la salute. Con una storia la mese. Dal 12 febbraio disponibile gratuitamente in 23 librerie in tutta Italia. L'AGENDA*

In seguito all'alto gradimento che ha ottenuto l'iniziativa dello scorso anno, il Ministero della Salute ha voluto realizzare anche per il 2014 "Un anno in salute", un'agenda che rappresenta uno strumento utile a ricordare a chi la sfoglia che la nostra salute dipende prima di tutto da noi. L'originale modalità di comunicazione si basa sull'utilizzo dei fumetti per veicolare messaggi di prevenzione e sensibilizzazione riguardanti il mondo della salute. Ogni mese viene affrontata una tematica diversa e un disegnatore racconterà, secondo il suo personale stile grafico e creativo, una storia contenente - tra le righe o in modo più dichiarato - un invito ad affrontare la quotidianità con uno stile di vita salutare.

Ogni individuo è infatti il primo responsabile della tutela della propria salute. Non tutti ancora sanno, ad esempio, che l'insorgenza delle principali e più invalidanti patologie croniche si può evitare del tutto, o ritardare di molto, facendo attenzione a pochi ma determinanti fattori di rischio per la salute: fumo, alcol, sedentarietà e scorretta alimentazione. Smettere di fumare, non abusare di alcol, svolgere attività fisica in modo costante e nutrirsi in maniera equilibrata sono stili di vita che dovrebbero accompagnare convintamente ciascuno di noi nelle scelte da fare ogni giorno.

Per realizzare l'Agenda è stato costituito un gruppo di lavoro eterogeneo formato da disegnatori, medici, ricercatori ed esperti di comunicazione che hanno messo in comune le loro professionalità con l'obiettivo di realizzare un prodotto editoriale adatto a tutti. Sfogliando le pagine si possono trovare, oltre alle informazioni e ai consigli di salute, alcuni QR-code, crittogrammi in bianco e nero che, grazie a uno smartphone, vi permetteranno di vedere in tempo reale alcuni tra i più recenti spot istituzionali del Ministero della Salute.

### **La distribuzione**

Per la distribuzione dell'agenda il Ministero si avvale della collaborazione gratuita della Mondadori editore. A partire da mercoledì 12 febbraio 2014, infatti, presso 23 punti vendita del circuito - previa compilazione di un questionario volto a verificare il gradimento dell'iniziativa presso il pubblico - sarà possibile a tutti ritirare la propria copia di "Un anno in salute" ([vedi elenco](#)).

### **Risultati dello scorso anno**

In seguito alla distribuzione di 22.300 agende, lo scorso anno sono stati raccolti 8.340 questionari contenenti valutazioni e suggerimenti espressi dai cittadini.

Gli studi dell'Università La Sapienza di Roma, alla quale è stato affidato il compito di elaborare organicamente i dati emersi dal rilevamento con un sistema di aggregazione statistica che ha contemplato le variabili socio-culturali, ha evidenziato che lo strumento del fumetto è stato ritenuto efficace per illustrare le tematiche scelte.

## **Aumentano i celiaci in Italia: ecco l'ultima relazione del ministero della Salute al Parlamento**

Ufficialmente i celiaci in Italia nel 2012 erano 148.662, 12.862 in più rispetto all'anno precedente e in crescita continua dal 2005 a oggi. Ma in realtà dovrebbero essere molti di più, circa 600mila, perché la celiachia è l'intolleranza alimentare più frequente nell'essere umano, con una prevalenza stimata intorno all'1 per cento. A sottolineare l'eccesso di sottodiagnosi è il ministero della Salute nell'ultima relazione sulla malattia appena trasmessa al Parlamento. Più di 80 pagine che tracciano il quadro epidemiologico, le prospettive terapeutiche, la mappa dei centri di riferimento sul territorio e i fondi spesi per la tutela dei malati. Tra i quali c'è anche la ministra **Beatrice Lorenzin**.

Le Regioni con il più elevato numero di celiaci sono Lombardia, Lazio e Campania. Le donne affette dalla malattia sono più del doppio rispetto agli uomini: 104.334 contro 44.253. Cruciale per i malati la possibilità di poter trovare alimenti sicuri. Per questo ogni anno la relazione contiene un censimento delle mense di scuole, ospedali, posti di lavoro ed esercizi pubblici, tenute dalla legge 123/2005 a erogare pasti senza glutine su richiesta degli interessati. Nel 2012 le mense erano 39.184, di cui 28.951 scolastiche, 3.823 ospedaliere e 6.410 annesse alle strutture pubbliche. Le Regioni con il numero più alto di mense risultavano la Lombardia, il Piemonte e il Veneto. Ma, considerando il numero di residenti, le più servite sono Valle D'Aosta, Piemonte e Friuli Venezia Giulia.

L'unica terapia per la celiachia resta una dieta priva di glutine, garantita dall'erogazione a carico del Ssn dei prodotti sostitutivi degli alimenti a base di cereali. «Attualmente - scrive nella premessa la ministra Lorenzin - stiamo assistendo a un'evoluzione della normativa dei prodotti senza glutine, che da dietetici sono diventati alimenti di consumo corrente. Questo non comporterà alcuna riduzione dell'attenzione da parte del mio dicastero, dato che la salute dei pazienti celiaci, non esistendo una terapia farmacologica, dipende da tali alimenti che rappresentano l'unica condizione di garanzia».

## **GIURISPRUDENZA Tribunale di Novara: l'Asl fornisca i farmaci cannabinoidi quando non esistono valide alternative**

In mancanza di altre valide alternative terapeutiche, la Asl deve fornire al paziente in ambito ospedaliero, dunque a carico del Ssn, i farmaci cannabinoidi importati dall'estero. Così ha deciso il giudice del lavoro di Novara, con un'ordinanza emessa su ricorso dell'avvocato **Antonio Codega** e resa nota oggi dall'associazione Luca Coscioni.

### **La vicenda**

Dopo un intervento di chirurgia settoplastica, nel 2007 una donna accusa dolori fortissimi alla base del naso e intorno all'occhio. La sofferenza si aggrava con il passare del tempo, finché due anni dopo l'operazione un Centro di terapia del dolore milanese diagnostica una malattia rara, la sindrome di Charlin, caratterizzata da dolori violenti e profondi in sede oculo-nasale. Nel 2010, data l'inefficacia delle terapie, alcuni specialisti indicano la possibilità di trattare la paziente con il nabilone, un cannabinoide. Effettivamente la cura

intrapresa - a base di un altro cannabinoide (il Cannabis Flos 19% Thc) con lo stesso principio attivo - funziona. Il farmaco, però, è importato dall'estero e a carico della paziente, costretta a sostenere una spesa mensile di circa 1.500 euro per l'acquisto del medicinale pur essendo disoccupata e a carico dei genitori pensionati. Di qui il ricorso al giudice, con una "carta" fondamentale: la stessa Asl, nel certificare che la donna è affetta da sindrome di Charlin, ha ammesso che il nabilone appariva «l'unica possibilità terapeutica per ripristinare una qualità di vita accettabile», raccomandando un periodo di 2-3 mesi di trattamento, e nel novembre 2011 le ha consegnato due confezioni al prezzo di 565,55 euro.

### **L'ordinanza**

Il giudice di Novara ha parzialmente accolto il ricorso della paziente, nel senso che le ha riconosciuto il diritto a ottenere gratuitamente dalla Asl il nabilone e non il farmaco che lei ha effettivamente assunto, perché il parere favorevole del responsabile della terapia del dolore dell'azienda sanitaria riguardava il primo medicinale e non il secondo. L'articolo 5 del Dm 11 febbraio 1997, che disciplina i farmaci venduti all'estero ma non autorizzati in Italia e spediti a richiesta del medico curante, precisa infatti che la spesa relativa non deve essere a carico del paziente soltanto se il medicinale è richiesto da un ospedale.

Il giudice sottolinea che non si può più dubitare «sull'utilità dei farmaci e delle prescrizioni galeniche a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche» ed evidenzia come molte Regioni, ma non il Piemonte, abbiano «provveduto a regolamentare le modalità di erogazione». Ricorda poi che il diritto alla salute, combinato con il principio di uguaglianza, «impone a carico dello Stato il dovere di garantire a tutti i cittadini pieno e libero accesso alle cure, indipendentemente dalle possibilità economiche di ciascuno». Un diritto che impone uno specifico onere di protezione, da parte dello Stato, anche quando la salute di un individuo «sia pregiudicata o anche solo messa in pericolo da libere iniziative del medesimo».

Ma la validità terapeutica del prodotto richiesto non può essere affermata dalla sola ricorrenza, altrimenti si finirebbe per rendere ammissibile la fornitura di prodotti farmaceutici in assenza di ogni riscontro scientifico sulle loro possibilità di cura. Per questo va ordinato alla Asl di fornire urgentemente il medicinale raccomandato dai medici della struttura e non l'altro, per un periodo di sperimentazione di tre mesi e salva possibilità di prosecuzione in caso di esiti positivi.

### **L'associazione Coscioni: «Troppi vuoti legislativi»**

«Il Tribunale di Novara - dice Codega - ha riaffermato che la Costituzione, tutelando la salute come diritto fondamentale dell'individuo, enuncia anche il diritto all'assistenza sanitaria e farmaceutica. Si tratta di una norma direttamente vincolante per tutti e non solo per il legislatore, quale limite nell'emissione di successive leggi ordinarie. Nei casi in cui sussista pericolo di vita, di aggravamento della patologia o di non adeguata guarigione, gli organi sanitari pubblici sono tenuti, senza possibilità di valutazione discrezionale, a provvedere al riguardo; la stessa regola vale anche per le cosiddette cure palliative, tra cui di certo rientrano i farmaci cannabinoidi».

Per l'associazione, la via giudiziaria può servire a superare i vuoti legislativi «che complicano l'accesso alle cure ai malati che risiedono nelle molte Regioni prive di regolamentazione in materia di uso terapeutico della cannabis». Regioni in cui «l'unica alternativa per i malati sembrerebbe quella di dover affrontare notevoli spese o, peggio, scegliere sconsigliabili scorciatoie illegali, commettendo dei reati, che in generale restano tali anche se per scopo di cura».





**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - [m.izza@mediadue.it](mailto:m.izza@mediadue.it) - 339 1816584