

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### L'UNIONE SARDA

#### **REGIONE Giunta, tensioni sulla Sanità Pigliaru stasera si insedia in presidenza. Domani gli assessori**

Un pomeriggio da presidente: il limbo di Francesco Pigliaru, governatore secondo il voto degli elettori ma non ufficialmente, finisce oggi. Lo scambio di consegne con Ugo Cappellacci avverrà verso le 17, senza troppe formalità, poco dopo la proclamazione dei risultati del voto. Alla stampa è stato detto che sarà un incontro privato, pare che l'abbia suggerito il presidente uscente. Del resto non stona con la proverbiale sobrietà pigliaresca. Due chiacchiere, una stretta di mano e via. Che c'è da lavorare.

**DISCUSSIONI** C'è soprattutto da chiudere la partita della Giunta, anche perché Pigliaru vuole presentarla domani. Ma non è ancora tutto deciso. Ieri ha tenuto banco il caso Sanità. Pare che sul tema siano emerse, per la prima volta, delle tensioni tra il presidente e il segretario del Pd Silvio Lai.

Il nome più probabile resta Luigi Arru, medico di grande esperienza, e l'indicazione proverrebbe direttamente dal governatore. Ma la cosa crea malumori tra i democratici. Anzitutto per la rinuncia del partito ai due assessorati di maggior peso (anche per il Bilancio sceglie Pigliaru: ci andrà Raffaele Paci). E qualcuno storce il naso perché il fratello di Arru, Antonello, è il presidente del Banco di Sardegna.

È stato fatto un tentativo per trovare un'indicazione condivisa dal governatore e dalle varie anime del Pd. Una prima ipotesi era Giuseppe Sechi, che ha guidato il forum Salute del partito. Ma forse l'alternativa ad Arru più verosimile è Giorgio Sorrentino.

**IN CORSA** A parte Paci e forse Arru, la terza indicazione di Pigliaru dovrebbe essere Donatella Spano all'Ambiente. La maggioranza interna al Pd invece si prepara a entrare in Giunta con Cristiano Erriu (Urbanistica) e Massimo Deiana (Trasporti), e con un nome forte dell'area soriana: Gianmario Demuro (Affari generali) oppure Tore Sanna (forse al Turismo, ma la sua delega potrebbe variare).

La minoranza, che non ha ottenuto la guida del gruppo consiliare, resta tentata dal disimpegno dall'esecutivo. Ma alla fine potrebbe presentare una rosa di nomi. Il più accreditato sembra Virginia Mura, proveniente dalla Direzione regionale del lavoro, struttura periferica del ministero che cura l'occupazione. Infatti si parla di lei appunto per la delega del Lavoro.

Nella rosa comunque potrebbero entrare altri nomi, dagli ex Ds Giulio Calvisi e Giampaolo Diana a Pierluigi Caria, fino al docente sassarese di Agraria Michele Gutierrez.

**GLI ALLEATI** Ancora incerta anche la distribuzione degli altri cinque assessorati tra i partiti minori. Uno toccherà sicuramente a Sel e dovrebbe essere la Cultura, per Claudia Firino: ieri si è pronunciata in tal senso anche la maggior parte dei coordinamenti provinciali del partito, anche se un'area interna continua a pensare a Lilli Pruna.

Per il Partito dei sardi entrerà in campo Paolo Maninchedda, altro elemento versatile che potrebbe assumere una delega o un'altra a seconda della quadratura finale che Pigliaru potrà

trovare. L'ipotesi dei Lavori pubblici nasce dalle sue battaglie su Anas e Abbanoa. Proviene da una segnalazione dei Rossomori Elisabetta Falchi, probabile assessore all'Agricoltura. Entrerebbe in quota Prc-Pdci Leonardo Marras, anche se la presenza di Massimo Deiana dovrebbe chiudergli la porta dei Trasporti. A quel punto, la destinazione più probabile è il Turismo. Permane il silenzio sull'indicazione del Centro democratico.

**IL DUBBIO** E poi c'è sempre la richiesta del gruppo "Sardegna vera", rafforzata dalla conferma (al contrario delle indiscrezioni circolate lunedì) del seggio per La Base, che ha fondato la nuova formazione consiliare insieme a Upc, Idv-Verdi e Psi. Sono stati proposti dei nomi a Pigliaru, tra questi dovrebbe esserci l'ex capo di gabinetto degli Affari generali Angelo Mascia, ma non è ancora chiaro se per questo gruppo ci sarà spazio in Giunta.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Medici che sbagliano: anche la Gran Bretagna apre al penale

Negligenza volontaria è il nuovo reato chiesto per inviare messaggi chiari a medici, amministratori e strutture sanitarie: le cure scadenti vanno sanzionate e censurate pubblicamente. È quanto sostiene **Karen Yeung**, professore alla Dickson Poon School of Law del King's College di Londra, autrice con il collega **Jeremy Horder** del Department of Law della London School of Economics di un articolo pubblicato sulla rivista BMJ Quality and Safety riguardo la qualità e la sicurezza delle cure. Spiega Yeung: «La normativa esistente non è all'altezza del compito: molti pazienti sono vulnerabili come le persone mentalmente inabili, ma nel diritto penale non godono della stessa protezione contro negligenza o maltrattamenti durante le cure. E questo va cambiato». Nel suo rapporto di un anno fa sullo scandalo al Mid Staffordshire Nhs Foundation Trust, **Robert Francis** raccomandava sanzioni penali per le violazioni di norme fondamentali nel trattamento dei pazienti. Indicazioni riprese e perfezionate nella successiva relazione Berwick sulla sicurezza del Servizio sanitario britannico, pubblicata la scorsa estate. E nel loro articolo, Yeung e Horder esaminano pro e contro dell'attuale diritto penale nel contesto delle forniture di assistenza sanitaria, domandandosi se la legislazione in vigore offra sufficiente tutela ai pazienti. «Ci siamo domandati anche se fosse il caso di introdurre un nuovo reato penale per supportare la conformità agli standard normativi» riprende l'avvocato, sottolineando che i pazienti possono presentare ricorsi di non conformità delle cure attraverso i tribunali civili. Ma la responsabilità civile ha un ruolo limitato anche perché è essenzialmente considerata un fatto privato, senza criteri di interesse pubblico. «Ci sono diversi reati penali esistenti che potrebbero essere applicati alla prestazione sanitaria, tra cui l'omicidio colposo per negligenza grave. Ma questo tipo di accusa è normalmente contestata a individui o piccole imprese, e sarebbe inopportuna a carico di ospedali, amministrazioni locali o medici di famiglia» sostiene Yeung. Allo stesso modo, ci sono reati penali ai sensi della legislazione vigente che potrebbero sostenere un'imputazione di aver causato la morte di un paziente, ma non coprono la negligenza, i maltrattamenti, le terapie non corrette o l'indifferenza che non si traduce nella morte del malato. «Robert Francis suggerisce di tracciare una linea fra danno grave, offesa da rubricare come reato, e danni minori da non perseguire» prosegue l'avvocato britannico. Separare le due cose, tuttavia, sarebbe piuttosto difficile, data la mancanza di una definizione legale di danno grave. Sarebbe invece preferibile concentrarsi sull'elemento di colpa, intesa come negligenza volontaria, nello svolgimento delle cure. Ciò eviterebbe di criminalizzare errori involontari momentanei, ma

colpirebbe comportamenti come l'abuso verbale persistente o la dimissione anticipata di pazienti ancora non stabilizzati. «Lo scopo del nuovo reato non sarebbe quello di promuovere un approccio punitivo alla qualità delle cure, ma di bloccarne gli eccessi peggiori» conclude Yeung. Ben diversa la situazione in Italia, dove gli errori clinici sono perseguibili penalmente, oltre che in sede civile, al contrario di quanto succede negli altri Paesi europei esclusa la Polonia. I risultati? Troppi processi, tempi lunghissimi, migliaia di reati prescritti per scadenza di termini, costi elevatissimi, strutture pubbliche assicurate a costi proibitivi. È da questo quadro che parte l'ipotesi di nuove norme sul rischio clinico, con depenalizzazione degli errori medici. L'obiettivo? Separare il penale dal civile, ottenendo procedure snelle e risarcimenti veloci, oltre che una sperata riduzione dei costi assicurativi per gli ospedali del Servizio sanitario nazionale.

BMJ Qual Saf. 2014 Mar 5

## **Vaccini e preoccupazioni dei genitori: attenzione a comunicazione**

Le attuali campagne di sanità pubblica sulle vaccinazioni potrebbero non essere efficaci, aumentando nei genitori percezioni errate o riducendo l'intenzione di vaccinare i figli. In special modo, i tentativi di aumentare le preoccupazioni circa le malattie trasmissibili o di correggere false affermazioni sui vaccini possono essere particolarmente controproducenti. Ecco, in sintesi, le conclusioni di uno studio pubblicato su *Pediatrics*, che esorta medici e amministratori a migliorare la comunicazione finalizzata alla promozione dei vaccini. Esordisce **Gary Freed**, ricercatore alla School of Public Health dell'Università del Michigan di Ann Arbor: «La vaccinazione morbillo-parotite-rosolia è un esempio recente di sfiducia nella sicurezza dei vaccini: preoccupazioni che hanno seriamente compromesso il tasso d'immunizzazione, con un crescente numero di bambini non vaccinati o immunizzati in modo insufficiente». E le potenziali conseguenze della scarsa immunizzazione vengono, per esempio, dalla recente epidemia di morbillo nel Regno Unito che ha coinvolto oltre 1.000 persone, costringendo le autorità sanitarie a intraprendere una massiccia campagna di vaccinazione. Da qui la domanda: come dovrebbero, medici e agenzie di salute pubblica, rispondere alle domande dei genitori circa la sicurezza dei vaccini? Per rispondere al quesito i ricercatori hanno verificato l'efficacia dei messaggi volti a ridurre le false percezioni e ad aumentare i tassi di vaccinazione per morbillo-parotite-rosolia su 1.759 genitori residenti negli Stati Uniti con figli di 17 anni o più giovani. I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a quattro gruppi di intervento: (1) informazione sulla mancanza di prove scientifiche che leghino la vaccinazione in oggetto alla comparsa di autismo; (2) informazioni sui pericoli delle malattie prevenute grazie a questa vaccinazione; (3) immagini di bambini colpiti dalle malattie prevenute dal vaccino; (4) racconti drammatici su un bambino non vaccinato quasi morto di morbillo. I risultati? Nessuno degli interventi ha aumentato l'intenzione dei genitori di immunizzare i figli. «Questi dati suggeriscono la necessità per le autorità sanitarie di verificare con attenzione i messaggi sui vaccini prima di renderli pubblici» conclude Freed.

Pediatrics. 2014 Mar 3.

### **Basta piangere in sanità. Lorenzin sposa la sfida di Cazzullo e lancia la campagna per cambiare il Ssn. Decisivo l'incontro con Padoan. Sul piatto 10 mld di risparmi in sanità. Chi se li prenderà?**

*Il libro del giornalista del Corriere della Sera al centro di un incontro al Campus Biomedico di Roma. L'invito a non piangersi addosso di Cazzullo per Lorenzin vale anche per la sanità. "Possiamo cambiarla ma il Mef deve lasciarci fare e non toglierci risorse". "I risparmi della sanità restino alla sanità". E con il Patto con le Regioni molte riforme a vantaggio dei cittadini.*

“Basta piangere...in sanità”. Questo il titolo della serata di ieri sera al Campus Biomedico di Roma dove, prendendo spunto dal titolo del best seller di **Aldo Cazzullo** “*Basta piangere. Storie di un’Italia che non si lamentava*”, il ministro **Beatrice Lorenzin** ed altri esponenti del mondo sanitario si sono confrontati su quanto il messaggio dell’opera di Cazzullo possa trovare spunti nella realtà del nostro sistema sanitario.

Il messaggio del libro del giornalista del *Corriere della Sera* è chiaro: “Bisogna andare fieri del nostro Paese e lottare per cambiarlo”.

E’ stato lo stesso Cazzullo a spiegarne bene il senso. “Basta piangere - ha detto - non è una frase polemica, è una frase d’amore che mi diceva mia madre quando mi vedeva demoralizzato e io mi sento di ripeterla ai nostri figli perché li vedo rassegnati”. “Il futuro dipende da noi e i ragazzi devono evitare di commettere due errori: pensare di essere nati nel Paese sbagliato. E l’altro è di pensare che la loro è una generazione senza futuro” .

“Quelle del passato – ha ricordato l’autore - non hanno trovato tutto facile. Si moriva per malattie che oggi si curano con l’antibiotico. Hanno superato prove che oggi non riusciamo neanche a immaginare. Hanno combattuto guerre, abbattuto dittature, ricostruito macerie. Hanno fatto di ogni piccola gioia un'assoluta felicità anche per conto dei commilitoni caduti nelle trincee di ghiaccio o nel deserto. Mia bisnonna sposò un uomo che non aveva mai visto: non era la persona giusta con cui lamentarmi per le prime pene d'amore. Mio nonno fece la Grande Guerra e vide i suoi amici morire di tifo: non potevo lamentarmi con lui per il morbillo. L'altro nonno da bambino faceva a piedi 15 chilometri per andare al lavoro perché non aveva i soldi per la corriera: come lamentarmi se non mi compravano il motorino?”. I nati negli anni Sessanta non hanno vissuto la guerra e la fame; ma sapevano che c'erano state. Hanno assorbito l'energia di un Paese che andava verso il più anziché verso il meno”.

**Per il ministro Lorenzin**, non ci sono dubbi. Quel titolo è perfetto anche per la sanità. “Basta piangere anche in sanità”, ha riaffermato ieri sera facendo suo il titolo della serata. Soprattutto perché “è ora di combattere” per riformare il Ssn. “Dobbiamo cambiare un sistema autoreferenziale ha detto - che ha sì picchi di eccellenza, ma pure una incapacità generale a pianificare”. Motivo? Forse uno sta nella difficoltà a rinnovarsi del sistema stesso: “Il nostro sistema – ha detto Lorenzin con una battuta - ha bisogno di cose molto ‘impopolari’ per gli addetti ma molto ‘pop’, per i pazienti”.

E poi la mancanza di programmazione che è stata una delle cause per cui “il Ssn ha rischiato di crollare su se stesso, per non parlare del titolo V che ha sancito l’avvento di un

regionalismo egoistico”. Ma la metà delle Regioni è commissariata, le risorse destinate alla sanità non sono al livello di quelle di altri partner Ue e il costo dei nuovi farmaci è destinato a breve a crescere parecchio (solo con l’arrivo dei nuovi farmaci contro l’epatite C si stima una spesa aggiuntiva di 3 miliardi).

Tutto ciò per Lorenzin ci obbliga a non restare passivi: “Non si può andare al Mef piangendo”, ha detto, “dobbiamo andarci con proposte diverse e in questo senso il Ministero della Salute deve riacquisire una forza programmatica ed esercitare il potere che ha. Bisogna che chi ha le responsabilità le eserciti”.

Per questo la “spending sanitaria la farà la sanità stessa e i risparmi che se ne ricaveranno saranno reinvestiti nel Ssn”. Un’operazione “punta di diamante” di una strategia che mira ad evitare i “tagli di Cottarelli” su cui Lorenzin specifica: “Non vorrei che la sanità fosse ancora una volta colpita solo perché la spesa sanitaria è l’unica spesa pubblica ad essere tracciata”.

**E i risparmi possibili non sono pochi.** Lorenzin ribadisce che si tratta di almeno 10 miliardi in 3 anni. Una cifra messa sul piatto da Regioni e Ministero impegnati nella definizione del Patto per la Salute. Ma su tutto serve un chiarimento definitivo con l’Economia e anche ieri sera Lorenzin ha ricordato che l’appuntamento da lei chiesto con il neo ministro Padoan sarà decisivo.

Quando l’incontrerà?, le abbiamo chiesto al termine della serata al Campus: “Sto già aspettando una risposta”, ci ha risposto Lorenzin.

Un’attesa che sta di fatto rallentando i lavori del Patto della Salute, perché nonostante le rassicurazioni del Ministro, “stiamo andando avanti lo stesso”, le Regioni senza il via libera sulle risorse dal Mef non sembrano intenzionate a mettere la loro firma sull’accordo.

Un accordo importante e molto atteso anche dagli operatori che nel 2013 hanno visto gli effetti della scure dei tagli. A testimoniare per tutti il padrone di casa della serata il Dg del Campus **Gianluca Oricchio**: “Nel 2013 si sono visti gli effetti dei tagli operati dall’ex commissario **Bondi** nel Lazio. Il Campus ha reagito aprendo un nuovo centro di radioterapia. C’è stata poi l’autoriduzione dello stipendio per 12 mesi da parte dei lavoratori e inoltre abbiamo approntato un taglio ai costi di approvvigionamento. Tutto ciò ci ha consentito di superare questa fase complessa. In ogni caso abbiamo continuato ad investire sulla formazione manageriale e abbiamo cercato finanziamenti e sponsor in molti ambiti della prevenzione”.

“Per quanto riguarda i finanziamenti della ricerca - ha precisato - solo un terzo sono fondi pubblici. Questo l’esempio di come dal Campus stiamo rispondendo agli eventi esterni”.

Risultati encomiabili, certamente. Ma certo non alla portata delle possibilità organizzative, finanziarie e strutturali di tutte le strutture del Ssn. Che per il momento sembrano non aver ancora colto l’invito a “Non piangere” del libro di Cazzullo.

## La ricetta di Action Institute per il Ssn. Stop ai tagli, attrarre medici dall'estero e fuori la politica dalla sanità

*Questi alcuni dei punti chiave del documento presentato oggi a Roma dall'action thank. I principi di equità e universalità del nostro Ssn vanno salvaguardati, e per farlo occorre un ripensamento radicale del sistema sanitario ormai a rischio insostenibilità. Una vera e propria rivoluzione, da qui al 2030, per scongiurare il rischio Grecia.*

La Sanità Italiana, seconda voce di spesa pubblica (€110 mld), con più di 700,000 dipendenti solo per la parte gestita dallo Stato ed un raggio d'azione che coinvolge tutti i cittadini, è stata oggetto negli ultimi anni di molteplici tagli lineari. Urge uno stop alle sforbiciate indiscriminate al bilancio e un ripensamento radicale del sistema sanitario per salvaguardarne l'equità e l'universalità. Un contributo rilevante potrà arrivare anche dal privato, ma solo dopo aver modificato l'aspetto normativo. Si dovrà poi iniziare ad attrarre in Italia medici formati all'estero, trasformare il Ssn in una calamita per ricercatori e specialisti, con l'ambizione di cambiare il sistema andando a incidere su alcune delle problematiche più urgenti. Sono alcuni punti del documento [Healthcare Roadmap 2030](#), realizzato da Action Institute e presentato oggi in una tavola rotonda a Roma nella sede dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato.

"Dal documento emergono alcuni temi chiave - ha dichiarato **Giovanni Pitruzzella**, presidente dell'Antitrust - si suggerisce di ridurre il condizionamento della politica sulle nomina dei dirigenti Asl, di distinguere nettamente tra chi propone regole e chi acquisisce i servizi. Infine, di premiare le regioni in base al servizio che erogano". Un tema ripreso dalla stessa presidente di Action Institute, **Carlotta de Franceschi**, che ha appunto sottolineato l'esigenza di una "netta separazione" tra politica e sanità, nella gestione delle risorse umano del Ssn, facendo riferimento alle nomine di primari e dirigenti delle Asl.

Tutti i presenti, da **Giovanni Bissoni**, presidente dell'Agenas, allo stesso Pitruzzella, si sono detti d'accordo nel predire che senza cambiamenti il Ssn rischia l'insostenibilità finanziaria. "Di sicuro il modello organizzativo della sanità necessita di correzioni - ha sottolineato Pitruzzella -. Esiste un chiaro conflitto di interesse dovuto al fatto che chi regola il settore, l'autorità regionale, è anche la stessa autorità che acquisisce la prestazione". Non è mancata qualche nota critica all'attuale Governo. In particolare **Walter Ricciardi**, ordinario di sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma, ha sottolineato come: "Sulla salute e sulla sanità io non ho ancora sentito una parola dal Governo Renzi. Eppure - ha ricordato - l'orizzonte 2030 è lontano ma ci dobbiamo muovere, altrimenti saremo un Paese che esporta medici, dopo averli formati spendendo molto, ma che cureranno pazienti non italiani all'estero".

Il problema dell'insostenibilità si è allargato anche a scenari a tinte fosche, non sono infatti mancati chiari riferimenti alla Grecia nel corso del dibattito. Una situazione, quella greca, che ha visto un aumento del 43% della mortalità infantile fra gli effetti dei tagli lineari alla sanità imposti al Paese. "I tagli in Grecia hanno portato ad esempio allo stop ai programmi di fornitura di siringhe ai tossicodipendenti, e persino alle disinfezioni nelle città, col risultato di far tornare la malaria - ha spiegato Walter Ricciardi -. Noi stiamo conducendo uno studio per verificare gli effetti dei tagli anche da noi, ma si può già dire che in alcune Regioni il processo è già iniziato. Al contrario nei Paesi del nord Europa, dove si è scelto invece di operare diversamente, la crisi non ha influito sulla salute".

L'aspettativa di vita di chi nasce nel Sud, hanno sottolineato gli esperti, è già quattro anni

più bassa rispetto alla media. Per risollevare il settore l'action tank ha proposto una strategia basata su quattro pilastri, che dovrebbe portare a una 'rivoluzione' nella sanità da qui al 2030. "Noi proponiamo un rafforzamento della governance - ha spiegato **Paolo De Santis**, relatore della proposta - un maggiore empowerment dei pazienti attraverso un'accresciuta trasparenza ed un'elevata disponibilità pubblica di dati sanitari, la definizione di un sistema di incentivi e consequence management e la revisione del modello di finanziamento spostando l'accento dai costi sostenuti ai risultati raggiunti".

L'obiettivo dell'incontro, che arriva a valle di un'ampia consultazione, è quello di promuovere un dibattito tra decisori politici, regolatori, operatori ed esperti del settore, per arrivare a un progetto condiviso che disegni le tappe per la messa in pratica delle soluzioni. "Nella sanità c'è sempre stata diffidenza verso un sistema concorrenziale - ha concluso **Roberto Chieppa**, segretario generale dell'Agcm - ma l'apertura ad altri soggetti non può che fare bene, sempre garantendo la trasparenza".

### **La proposta**

La proposta di Action Institute si articola all'interno di cinque valori fondanti: equità ed universalità del sistema, incarico al settore pubblico di garantire il diritto alla salute, attraverso le attività di policy making e regolamentazione, contributo positivo del privato, in un sistema con regolamentazione migliore e più adatta di quella attuale, regolamentazione pubblica super partes e separazione delle attività di pubbliche di erogazione da quelle di regolamentazione, centralità della scelta dei cittadini come chiave di volta del SSN, scelta che va supportata con piena trasparenza informativa.

Nello specifico, vengono individuati quattro pilastri su cui fondare la riforma del sistema: rafforzamento della governance, con l'obiettivo di accrescere le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema; empowerment dei pazienti attraverso maggiore trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari, con l'obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti ed esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi eroga i servizi; definizione di un chiaro sistema d'incentivi e consequence management, con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi ad ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri gestionali; revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti, al fine di incentivare/premiare i comportamenti virtuosi.

### **"No a nuovi tagli alla sanità". Allarme "preventivo" e bipartisan della Commissione Sanità del Senato in vista del Cdm di oggi**

*Con due note diramate a poca distanza una dall'altra la presidente della Commissione De Biasi (PD) e il capogruppo di Forza Italia d'Ambrosio Lettieri, mettono le mani avanti rispetto a possibili tagli alla sanità. Per Lettieri il rischio potrebbe esserci già domani (oggi) nel Cdm che dovrebbe varare i primi provvedimenti economici del Governo Renzi.*

"Si fanno sempre più insistenti in queste ore le voci di ulteriori tagli alla sanità che il Consiglio dei ministri si appresterebbe a fare già nella seduta di domani. Mi auguro che non trovino conferma". Così in una nota il sen. **D'Ambrosio Lettieri**, capogruppo FI Commissione Sanità Senato.

"Sarebbe inaudito, infatti - sottolinea D'Ambrosio, aggredire ancora una volta un settore in

sofferenza, al quale non si può proprio chiedere più nulla e a cui, invece, occorrerebbe restituire certezze, per esempio, relativamente ai due miliardi di euro dei ticket e a cui semmai bisognerebbe guardare con attenzione mettendo in campo una riforma che garantisca la continuità assistenziale in chiave solidale e universale, rendendo efficiente ed efficace la sostenibilità del sistema".

"A Renzi - conclude il sentare di Forza Italia - diciamo che non si può fare il gioco delle tre carte per ingannare i cittadini rispetto al loro sacrosanto diritto alla prevenzione, alla cura e all'assistenza. Un diritto peraltro sancito dalla Costituzione. Mago Matteo, dunque, tiri fuori qualcos'altro dal cilindro per far quadrare i conti. Ma che sia qualcosa che colpisca gli sprechi, non i servizi ai cittadini".

Meno netto, ma ugualmente incisivo il messaggio inviato al Governo dalla presidente della Commissione Sanità del Senato, **Emilia De Biasi** del Pd che, in una nota scritta "a nome di tutti componenti della Commissione", ricorda come "alla vigilia di una giornata che si prefigura significativa per il futuro del Paese riteniamo importante richiamare ancora una volta l'attenzione del Governo sul tema della salute e del benessere delle persone".

"In un momento di grave crisi economica, le politiche sanitarie e sociali non possono essere ulteriormente penalizzate", continua De Biasi, "ulteriori restrizioni comporterebbero inevitabilmente una riduzione dei servizi, soprattutto a danno delle fasce più deboli della popolazione".

"Il percorso di revisione della spesa che la sanità ha avviato da tempo va proseguito, non esasperato. Per questo abbiamo guardato con fiducia all'inversione di tendenza che si stava ipotizzando nel Patto per la Salute e che deve essere confermata. La tutela della salute è uno degli indicatori del livello di civiltà del nostro Paese, di cui dobbiamo continuare ad essere fieri", conclude De Biasi.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Farmafactoring: la prevenzione salva otto miliardi**

Prevenire è meglio che curare anche da un punto di vista puramente economico. Nel 2045, il differenziale tra lo scenario pure-aging e quello in cui si ritarda l'insorgenza delle patologie croniche di 20 anni facendo leva appunto sulla prevenzione è di circa 8 miliardi di euro in termini reali, equivalente a una riduzione di circa il 25% della spesa medica dedicata ai servizi sanitari. Altro aspetto interessante da notare è che gli effetti sulla spesa sanitaria del ritardare l'insorgenza delle patologie di 10 anni equivale a quelli che si avrebbero nel ridurle gradualmente del 40 per cento.

A richiamare l'attenzione sull'ammontare di risparmi che una prevenzione efficace può apportare alle casse dello Stato, data l'attuale struttura demografica ed epidemiologica della popolazione italiana, è uno studio fresco di stampa della Fondazione Farmafactoring, dal titolo «La prevenzione come elemento di sostenibilità del Ssn». Obiettivo: contribuire al dibattito sulla necessità di investire da subito e di più nella spesa sociale, evidenziando che al momento questa scelta è equiparabile a un'opzione di investimento che va esercitata immediatamente per guadagnare il massimo possibile.

Lo studio utilizza un modello econometrico della spesa sanitaria pubblica sviluppato dal Ceis Tor Vergata, utilizzando dati a livello di singolo paziente provenienti dal progetto SiSSI



(progetto di teleassistenza, telemonitoraggio e tele-riabilitazione di pazienti affetti da patologie croniche e della vecchiaia, ndr.) con l'obiettivo di avvicinare i risultati delle simulazioni a quelli che potrebbero essere ottenuti attraverso un modello di micro-simulazione dinamica: le simulazioni si sono concentrate sull'andamento della spesa fino al 2050 e le spese sono state calcolate per classe di età (sotto 25 anni, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 e più).

Questo dato è stato poi utilizzato per simulare i tendenziali della spesa complessiva per l'Italia in miliardi di euro/anno per ogni classe di età usando le previsioni demografiche Istat al 2050 e ipotizzando come unica fonte di variabilità della spesa l'evoluzione della struttura demografica, ovvero l'invecchiamento della popolazione italiana.

Il dato così ricavato - avvertono gli autori - è sostanzialmente più basso del valore reale della spesa pubblica italiana (nella spesa intercettata tramite SiSSI non rientrano tutti i costi di natura amministrativa, logistica e long term care e l'ospedaliera è sottostimata di almeno un terzo rispetto a quella reale), il che comporta anche una sottostima dei risparmi ottenibili con la prevenzione.

Ciò acclarato dalle simulazioni, emerge con chiarezza che le fasce di età che in futuro saranno maggiormente responsabili dell'aumento della spesa sanitaria sono quelle dai 55 anni in su e poiché l'incidenza di anziani sul totale della popolazione raggiungerà il suo massimo nel 2040, è a partire da quella data che i costi complessivi del sistema cominceranno a ridursi.

Ma cosa accadrebbe se nel frattempo venissero messe in pista politiche di prevenzione capaci di generare una riduzione nelle prevalenze di patologie più strettamente legate agli stili di vita (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie coronariche, scompenso cardiaco, ictus, Bpco, tumore del colon, tumore della mammella, tumore dello stomaco) o di ritardarne la comparsa?

Questi gli scenari ipotizzati dai ricercatori:

- 1) le prevalenze delle patologie subiranno una graduale diminuzione, per arrivare nel 2050 a un -40 per cento;
- 2) il manifestarsi delle patologie subirà un graduale ritardo, per arrivare nel 2050 alla posticipazione di 10 anni (ovvero, il livello di prevalenza di patologie croniche che nel 2050 si trovava nelle coorti dei quarantenni dopo la policy si trova in quelle dei cinquantenni);
- 3) il manifestarsi delle patologie subirà un graduale ritardo, per arrivare nel 2050 alla posticipazione di 20 anni.

Di qui la stima di un 25% di riduzione delle spese mediche conseguibile solo attraverso l'adozione di politiche di prevenzione adeguate e la proposta ai policy maker di «investire maggiormente in prevenzione, cercando di cambiare ove possibile gli stili di vita della popolazione al fine di ridurre le patologie croniche e/o di ritardarne l'insorgenza».

Il tutto - avvertono i ricercatori - senza aggiungere ulteriori cospicue risorse alle attuali.

«Basterebbe destinare gli attuali tagli spesa delle manovre in programma per il 2013 e 2014 a un fondo per la prevenzione - spiega il direttore scientifico di Farmafactoring, Atella -. Questo garantirebbe, a esempio, che la quota di spesa per la prevenzione in Italia sia riallineata alla media Ocse. Inoltre, nei prossimi anni si potrebbe riqualificare parte della spesa sanitaria, attuando in modo concreto quelle riforme già partite che mirano a spostare le cure dall'ospedale al territorio».

## **GIURISPRUDENZA** **Errore medico: la statistica non fa il nesso causale**

Il criterio di «elevata probabilità logica», sul quale si fonda il ragionamento sulla sussistenza del nesso causale tra l'errore del medico e il danno al paziente, non si può e non si deve esprimere in termini percentuali. Non indica una frequenza statistica, ma «un rapporto di conferma tra un'ipotesi e gli elementi che ne fondano l'attendibilità».

A ricordare la rotta che i giudici di merito devono seguire per verificare l'esistenza del nesso è la quarta sezione penale della Cassazione (sentenza n. 9695/2014, depositata il 27 febbraio), che ha annullato una pronuncia della Corte d'appello di Catania e rinviato gli atti al competente giudice civile (si trattava di ricorso della sola parte civile).

Il caso che ha originato la controversia riguardava un medico condannato in primo grado per aver eseguito in maniera inappropriata durante un parto la manovra di Kristeller (spinte sull'addome della paziente), causando il distacco della placenta e gravissime lesioni al bambino. Appurato che la manovra era stata effettuata nonostante non risultasse che la testa del bimbo avesse già impegnato il canale del parto, i giudici d'appello lo avevano comunque assolto. Il motivo? Esisteva uno 0,5% di possibilità che il distacco placentare fosse legato a cause naturali, anche se la partoriente non presentava alcun fattore di rischio. Quella percentuale, secondo la Corte di secondo grado, impediva di stabilire «con un grado di certezza» (ma solo con un elevato grado di probabilità logica) che, senza l'esercizio della pressione sull'addome da parte dell'imputato, il distacco di placenta non si sarebbe verificato. Dunque, per i giudici d'appello, non poteva affermarsi «al di là di ogni ragionevole dubbio» la responsabilità penale dell'imputato.

Per le parti civili, la nozione di nesso causale è stata usata in modo erraneo. E la Cassazione dà loro ragione. Richiamando la sentenza Franzese delle Sezioni Unite (n. 30328/2002), i Supremi Giudici sintetizzano le due condizioni necessarie per ritenere sussistente il legame tra comportamento ed evento dannoso: una spiegazione causale del danno sulla base di una legge statistica o universale di copertura sufficientemente valida e astrattamente applicabile al caso concreto; la verifica attraverso un giudizio di alta probabilità logica dell'attendibilità, in concreto, della spiegazione causale ipotizzata. Il giudizio di elevata probabilità logica, dunque, non definisce il nesso in sé e per sé ma il criterio con cui procedere all'accertamento probatorio.

La Corte di Catania è incorsa in un equivoco. Decisivo - spiega la Cassazione - non è il coefficiente percentuale di probabilità statistica desumibile dalla legge di copertura usata, ma il poter ragionevolmente confidare che quella legge trovi applicazione anche nella fattispecie oggetto di giudizio, data l'alta probabilità logica che siano da escludere fattori causali alternativi.

Nel caso esaminato, «null'altro o nulla di più poteva pretendersi, per giungere alla conferma, con elevato grado di credibilità razionale, dell'ipotesi causale prospettata nel capo d'imputazione, se non proprio quel giudizio di elevata probabilità logica che la Corte d'appello ha chiaramente espresso». E che doveva portare a confermare la responsabilità penale del medico. La grave inosservanza del protocollo con l'errata manovra era infatti l'unico antecedente accertato del danno. Il fatto che la letteratura scientifica dia conto di uno 0,5% di casi in cui il distacco avviene per cause naturali imprecisate - conclude la Cassazione - «non assume rilievo sul piano del ragionamento probatorio e, dunque, della

elevata probabilità logica (la quale resterebbe tale anche se mancasse tale dato statistico)», trattandosi peraltro di un dato insignificante.

Fuori luogo anche il riferimento al principio dell'oltre il ragionevole dubbio, che «segna il limite del ragionamento probatorio, non il requisito di validità della legge scientifica di copertura». Invocarlo per determinare quest'ultima «significa confondere il piano processuale con quello sostanziale».



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584