

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
15 LUGLIO 2014

LA NUOVA SARDEGNA

Spese per medicinali, Sardegna maglia nera

Una nuova classifica riassegna la maglia nera alla Sardegna nella graduatoria delle spese per i medicinali. Infatti, per i farmaci acquistati dalle strutture pubbliche, a fronte di una media nazionale di 141,2 euro per ogni cittadino, il range territoriale oscilla tra il valore più basso della Valle d'Aosta, di 112 euro, e il più alto - appunto della Sardegna - con 173,6. Fra l'altro l'isola è fra le regioni, assieme alla Provincia autonoma di Trento e al Lazio, con la più bassa incidenza nel consumo di farmaci a brevetto scaduto, ossia i più economici. Più in generale la spesa e i consumi farmaceutici - come si può leggere ancora nella stessa indagine resa nota ieri - sono strettamente dipendenti dalla fascia d'età di appartenenza del paziente. Per le categorie dai 65 anni in su si evidenzia una uscita pro capite a carico del Servizio sanitario fino a 3 volte superiore al livello medio nazionale e a quasi 6 volte rispetto alle fasce di età inferiori. Tutti i dati sono evidenziati nel rapporto Osmed presentato dall'Aifa, l'Agenzia del farmaco. «Ma negli ultimi 5 anni siamo diventati una regione canaglia su questo piano», commenta il senatore del Pd Silvio Lai, segretario regionale del partito. «La spesa sanitaria - aggiunge - è stata utilizzata per aggirare vincoli di spesa in qualche caso, ma soprattutto gestita in maniera clientelare e senza scrupoli». Da qui un appello alla nuova giunta regionale e al Consiglio perché blocchino con delibera le iniziative delle Aziende sanitarie che non siano strettamente ordinarie. «Basta con appalti, concorsi, nomine o assunzioni - afferma il parlamentare democratico - Occorre che si faccia subito la centrale unica d'acquisto e si pongano in atto le iniziative che l'assessore ha già annunciato, e che sono condivise, per mettere tutto sotto controllo». Immediata la replica dell'ex governatore: «La spesa farmaceutica ospedaliera nel 2013? Meno 16,28% rispetto al 2011», sostiene Ugo Cappellacci che cita dati della Corte dei conti. «In 2 anni - prosegue - siamo passati da 87.471.027,24 a 73.229.548,87 di euro. Se poi prendiamo come riferimento i dati recentemente diffusi da Federfarma emerge che rispetto al 2009, ovvero quando governava il centrosinistra, la spesa farmaceutica lorda è scesa del 6,6%, mentre quella netta è calata del 10,3%».

REGIONE Sanità, i manager delle Asl nel mirino Oggi in Consiglio prima riunione sulla riforma della spesa, del 118, dei piccoli ospedali. Ma il vero problema è lo spoil system

Il ciclone San Raffaele è passato o comunque ormai è «imprigionato» nell'ultima delibera approvata dalla Giunta, e così dopo i giorni di passione, la politica può riprendere in mano un altro dossier che conosce molto bene, quello sulla sanità pubblica. La maggioranza di centrosinistra comincerà a farlo da oggi con un vertice mattutino fra i capigruppo del centrosinistra e nel pomeriggio, in Consiglio, nell'aula della commissione Sanità, convocata

dal presidente Raimondo Perra (Sardegna Vera-Psi). Manager in bilico. All'ordine del giorno delle due riunioni, c'è sempre e solo la proposta di riforma firmata da tutti i partiti della coalizione, meno che dal Partito dei sardi, che ha presentato in solitudine e molto prima degli altri un suo progetto, e neanche da Irs. Perché di riforma delle Asl e del sistema sanitario il centrosinistra vuole discutere anche per capire meglio le intenzioni della Giunta sulla sanità. Anzi, per essere ancora più schietti, se Pigliaru e l'assessore Luigi Arru pensano o meno di sollevare dall'incarico gli attuali manager delle otto Aziende sanitarie, che sono ancora quelli nominati anni fa dal centrodestra. È vero: nella sanità pubblica, finora lo spoil system non c'è stato, ma ora più di un partito del centrosinistra preme per un cambiamento drastico dei vertici Asl. Uno dei primi a muoversi è stato il consigliere regionale Efsio Arbau (Sardegna Vera-La Base) che, con un'interrogazione presentata ad aprile, aveva sollecitato la Giunta «di procedere – testuale – alla revoca immediata dei direttori generali delle Aziende grazie a una delibera del 2005». È quella che consente la rimozione del manager se ha sforato il budget del 5 per cento, e come si sa – stando anche a quanto ha denunciato di recente la Corte dei conti – pochi mesi fa quand'era ancora in carica la giunta Cappellacci, sono serviti altri 110 milioni per tirar su i conti delle Asl. Ma l'interpellanza presentata da Arbau è rimasta senza risposta ora i tempi paiono maturi per una decisione sul futuro dei direttori generali. Si sa che Pigliaru non è un presidente dallo spoil system facile, anche se, come detto, le pressioni sono aumentate in questi ultimi giorni. La riforma. In quella di cui si parlerà oggi in commissione non ci sono accenni al commissariamento delle Aziende e neanche al riordino numerico-territoriale delle Asl, aspetto affrontato invece dalla proposta presentata in solitudine dal Partito dei sardi. Nella bozza firmata da Pd, Sinistra Sarda, Sel, Centro Democratico e Sardegna Vera, uno dei punti forti è invece la trasformazione dell'Agenzia regionale della sanità nello strumento di controllo della spesa sanitaria. Dovrà farlo, secondo i firmatari, con la nascita della «centrale unica di committenza» e cioè, in parole più semplici, con «l'ufficio che avrà il compito di allineare a degli standard regionali di spesa tutti i costi per le forniture delle Asl». Per essere ancora più chiari, in futuro una siringa dovrà costare lo stesso prezzo a Cagliari e a Sassari, a Olbia e a Nuoro. In parte questo percorso lo aveva avviato la precedente Ggiunta, ma non è bastato ad evitare l'ultimo buco: 460 milioni oltre i 2,86 miliardi già in bilancio. Un altro punto forte della riforma è lo scorporo dalle Asl dei reparti di pronto soccorso, del servizio 118 e delle guardie mediche. Dovrà avvenire con la costituzione dell'Agenzia per le emergenze-urgenze, che si occuperà anche di trasporti (pazienti, organi e sangue) e dell'elisoccorso. Infine, un articolo della proposta riguarda la trasformazione dei piccoli ospedali in «case della salute». Saranno loro, le case, a dover garantire il presidio sanitario sul territorio per poi coordinarsi (leggi ricovero) con le strutture principali. Grandi e buone idee, ma tutti prima vogliono sapere che fine faranno i manager soprattutto perché su questo punto l'assessore Arru (oggi sarà in commissione) ha scelto finora la strategia del silenzio.

OLBIA Timpano perforato, odissea alla ricerca di un otorino

Durante l'estate la faticosa ricerca di un medico specialista all'ospedale di Olbia può diventare un vero e proprio calvario. È esattamente quello che è accaduto ieri a una turista che ha dovuto far ricorso al pronto soccorso per prestare le cure necessarie a suo figlio minorenne sofferente a un orecchio per un timpano perforato. La ricerca disperata di un otorinolaringoiatra è cominciata al mattino, ma mamma e figlio soltanto nel pomeriggio sono riusciti ad aver ragione della morsa stretta dell'organizzazione sanitaria. La prima tappa al pronto soccorso e, dopo lunga attesa (quasi tutta la mattina) finalmente una visita da

parte del pediatra che però ha rimandato agli ambulatori specialistici della Asl per il consulto con un otorino. Inutile la corsa negli ambulatori, trovati inflessibilmente chiusi per pochi minuti. Alla fine, l'attesa visita alle quattro del pomeriggio. Per la povera donna e per suo figlio un'odissea, appunto. Con amarezza e rabbia ha provato a rivolgersi alla direzione sanitaria e, addirittura, ai carabinieri. Alla fine della corsa non le è rimasto altro da fare che segnalare il disservizio alla redazione del giornale. Si tratta dell'ennesimo episodio di inadeguatezza (uomini e mezzi) del servizio sanitario di fronte all'utenza turistica che, durante l'estate, moltiplica la domanda d'intervento mentre il servizio e gli organici nei reparti restano purtroppo sempre gli stessi.

SASSARI Allarme meningite, turista in fin di vita Un 21enne bresciano ricoverato al rientro da una vacanza nel Sassarese. L'Asl inizia la profilassi per otto persone

È ricoverato in gravissime condizioni all'ospedale di Desenzano del Garda. Dove è stato portato al suo rientro dalla vacanza in una località del Sassarese, con una sospetta meningite da meningococco. E nel Nord dell'isola scatta l'allarme contagio. A lottare tra la vita e la morte (i sanitari starebbero pensando a un trasferimento in un ospedale specializzato nel milanese appena le condizioni si stabilizzeranno) un 21enne originario di Calcinato, una cittadina di 13mila abitanti in provincia di Brescia. Impossibile sapere altri particolari, i protocolli di intervento ma anche di comunicazione in questi casi sono infatti rigidissimi. Le uniche frammentarie notizie che filtrano dai muri messi in piedi immediatamente dalle due aziende sanitarie (quella bresciana e quella sassarese) sono che il giovane era la scorsa settimana in una non meglio precisata «località di vacanza del nord Sardegna». E, probabilmente dopo il suo rientro nel bresciano, ha accusato i classici sintomi della meningite da meningococco: febbre, mal di testa, rigidità del collo, nausea, vomito, fotofobia. Abbastanza per allertare i sanitari che, ricoverato il 21enne, hanno allertato i colleghi del servizio di Igiene pubblica dell'Asl nella quale il giovane aveva soggiornato: quella di Sassari, che copre l'area che da Castelsardo arriva ad Alghero, passando per Porto Torres, Stintino e l'Argentiera. L'Asl sassarese ha immediatamente applicato il protocollo previsto in caso di sospetta meningite, sottoponendo sabato e domenica a profilassi le persone che erano state a più stretto contatto con il 21enne di Brescia. In totale otto persone. Ora si attende la conferma della diagnosi per iniziare eventualmente una seconda profilassi più ad ampio raggio, da estendersi anche ai soggetti giudicati in un primo momento a basso rischio. L'attenzione è massima, ed è confermata dalla rigidità con la quale i responsabili del settore non fanno filtrare nessun dettaglio. La meningite è molto contagiosa e la trasmissione avviene attraverso goccioline nasali e faringee di persone infette o portatori. Il periodo di incubazione è in media di 3-4 giorni. La fascia in assoluto più colpita è quella al di sotto di 5 anni, età nella quale spesso la malattia è fatale. Ma, come in questo caso, può colpire i giovani fino ai 25 anni. Se presa in tempo la meningite infatti evolve di solito verso la guarigione dopo adeguata terapia antibiotica, ma può comunque essere letale nel 10-15% dei casi. Per quanto riguarda il contagio sono decisivi i primi 10 giorni dalla scoperta della malattia. Il meningococco comunque è altamente sensibile alle variazioni di temperatura e all'essiccamento per cui è sufficiente procedere ad una accurata pulizia degli oggetti contaminati e a una prolungata aerazione per renderlo inefficace.

SASSARI Intervento per salvare la gamba alla donna Incidente sulla

strada di Bosa: la moglie del carabiniere deceduto è in Rianimazione.

Mentre tutta Villanova Monteleone piange la tragica scomparsa del carabiniere Salvatore Casule, 46 anni, coinvolto domenica pomeriggio nel frontale tra il suo scooter e una Panda avvenuto sulla strada che da Alghero conduce a Bosa, i medici dell'ospedale Santissima Annunziata stanno facendo tutto il possibile per evitare di dover amputare la gamba alla moglie del militare, Maria Pasqua Pia, al momento ricoverata in rianimazione. Per la decisione dei chirurghi saranno fondamentali le prossime ore. Naturalmente vanno avanti anche le indagini per stabilire eventuali responsabilità nell'incidente. Nel frattempo, ieri, nella camera ardente dell'ospedale civile di Alghero, Tore Casule ha ricevuto l'estremo saluto da parte del comandante regionale dei carabinieri, il generale Antonio Bacile, del tenente colonnello Antonio Fiorillo e del capitano Giorgio Guerrini, unitamente ai tanti colleghi e amici che si sono stretti intorno alla famiglia, in particolare ai due figli maschi di 17 e 22 anni. Originario di Pozzomaggiore, l'appuntato prestava servizio nella caserma di Villanova da oltre dieci anni, dove era apprezzato per le sue doti umane, per il suo carattere solare e il sorriso che sfoderava, incorniciato dalla "mosca" sotto il mento che esibiva orgoglioso con un sigaro toscano sempre tra le mani. Tore aveva indossato la divisa da carabiniere sin da ragazzo prestando servizio in Lombardia, nel Lazio, e in Sardegna prima a Carbonia, poi a Macomer, e attualmente a Villanova. Era un grande appassionato di cavalli: difatti, per diversi anni ha guidato l'Associazione ippica di Pozzomaggiore, e, nel 2010 aveva avuto anche l'onore di guidare, come "prima pandela", l'Ardia di San Costantino, nel suo paese. Tore era impegnato anche nel sociale come donatore di sangue nella sede Avis del paese. Ad Alghero, dove risiedeva, era dirigente di diverse associazioni sportive dilettantistiche.

L'UNIONE SARDA

Farmaci, in Sardegna la spesa pubblica più alta Ogni cittadino costa al sistema oltre 173 euro contro una media nazionale di 141

È degli ospedali pubblici sardi la spesa più alta per l'acquisto di farmaci in Italia. Lo certifica l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, nel Rapporto Osmed relativo ai dati 2013, secondo i quali in Sardegna, nonostante un lieve miglioramento nell'ultimo anno, si spendono 173,6 euro pro capite a fronte di una media nazionale di 141,2.

La spesa farmaceutica nazionale è cresciuta del 2,3% in un anno raggiungendo quota 26,1 miliardi di euro, di cui il 75,4% rimborsato dal Servizio sanitario nazionale. In media, dunque, per ogni cittadino italiano, la spesa per i farmaci è ammontata a circa 436 euro. Per l'acquisto dei medicinali, le strutture sanitarie pubbliche (Asl, ospedali, Irccs) hanno speso 8,4 miliardi di euro, il 6,2% in più rispetto al 2012, per un totale di 141,2 euro pro capite.

I dati dell'Aifa hanno riaperto le storiche liti tra centrodestra e centrosinistra. Per Silvio Lai, deputato e segretario regionale del Pd, «come abbiamo sempre sostenuto, la Sardegna è maglia nera nella spesa farmaceutica e in questi cinque anni è diventata una regione canaglia sul piano della spesa sanitaria, che è stata utilizzata per aggirare vincoli di spesa in qualche caso, ma soprattutto è stata gestita in maniera clientelare e senza scrupoli. Spesa», prosegue Lai, «innalzata per il costo dei servizi che aggiravano il blocco delle assunzioni, inventando strutture inutili e soprattutto lasciando fuori controllo la spesa farmaceutica». Da qui l'appello alla Giunta e al Consiglio regionale: «Vanno bloccate le iniziative delle aziende

sanitarie che non siano ordinarie. Basta con appalti, concorsi, nomine o assunzioni. E occorre che si faccia subito la centrale unica di acquisto e si attuino le iniziative annunciate».

Per l'ex governatore Ugo Cappellacci «i dati dimostrano che la lotta agli sprechi è quella avviata nei cinque anni di governo del centrodestra e non quella di cui vagheggia il segretario regionale del Partito Democratico. La spesa farmaceutica ospedaliera nel 2013 è stata inferiore del 16,28% rispetto al 2011». Dati delle Corte dei Conti alla mano, Cappellacci replica alle dichiarazioni del segretario regionale del Partito Democratico. «In due anni», prosegue Cappellacci, «siamo passati da 87.471.027,24 a 73.229.548,87 di euro. Se poi prendiamo come riferimento i dati recentemente diffusi da Federfarma», prosegue l'ex presidente, «emerge che rispetto al 2009, ovvero quando governava il centrosinistra, la spesa farmaceutica lorda è scesa del 6,6%, mentre quella netta è calata del 10,3%».

REGIONE Commissari nelle Asl? Oggi vertice Pd-alleati

La riforma sanitaria muove oggi i primi passi in Consiglio regionale: in mattinata quelli informali, con un vertice interno al centrosinistra, e nel pomeriggio quelli ufficiali, in commissione Sanità. L'incontro di maggioranza (con tutti i capigruppo e i componenti della commissione) è fissato per le 10 e mezzo: si discuterà della proposta di legge, firmata appunto dai capigruppo e dai consiglieri del Pd e dei partiti alleati, che tra le altre cose istituisce la centrale unica di committenza.

Si tratta di un'innovazione di cui si parla da tempo, utile per accentrare gli acquisti di beni e servizi e gli appalti. Per semplificare: uno strumento che eviti a una piccola Asl di pagare una siringa a prezzi doppi di quelli che spuntano le Aziende di Cagliari e Sassari. La proposta di legge prevede però anche una nuova azienda, non su base locale: quella dell'emergenza e urgenza, che gestirà unitariamente il 118, i servizi di pronto soccorso, i trasporti di pazienti, organi e sangue, l'elisoccorso.

Altre novità, le case della salute e gli ospedali di comunità. Strutture che serviranno per collegare la medicina del territorio ai grandi ospedali, e che in molti casi potrebbero rappresentare la nuova vocazione delle piccole case di cure altrimenti a rischio di chiusura. Ma è possibile che nel vertice si parli anche dei commissariamenti delle Asl, che molti nel centrosinistra invocano ma che la Giunta ancora non ha disposto.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Farmaci. Rapporto Osmed 2013. Spesa complessiva cresciuta del 2,3%. Sale il tetto, ma l'ospedaliera sfiora ancora: +20,5%

*Presentato il Rapporto curato dall'Aifa. Il primo dopo la revisione dei tetti di spesa, che per l'ospedaliera è cresciuto dal 2,4% del Fsn al 3,5% e per la territoriale è diminuito dal 13,1% all'11,35%. La territoriale sfiora dello 0,5%. Ma la situazione non è uguale in tutte le Regioni. Spesa complessiva a quota 26,1 miliardi di euro. Cardiovascolari al top. Cresce del 3,8% la spesa a carico dei cittadini. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche. **IL RAPPORTO.***

Trend in salita per la spesa farmaceutica italiana. Dopo il calo dai 26,3 miliardi del 2011 ai

25,5 miliardi del 2012, il dato è infatti ripreso a salire toccando, nel 2013, i 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto all'anno precedente), di cui il 75,4% rimborsato dal Ssn. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa di farmaci è stata di circa 436 euro. Lo rileva il nuovo Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Aifa, presentato oggi a Roma dai vertici dell'Aifa, da cui emerge che anche la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento, assestandosi a 19,708 miliardi di euro, con una crescita dell'1,7% rispetto al 2012. Nel dettaglio, per 11,866 miliardi si è trattato di spesa pubblica (+0,4%, determinato principalmente dall'incremento della spesa dei farmaci in distribuzione diretta e per conto, +5,9%, controbilanciato dalla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta, -1,4%), mentre 7,8 sono stati i miliardi usciti dalle tasche dei cittadini per ottenere i farmaci, tra ticket, automedicazione, classe C con ricetta e classe A acquistata privatamente, per un aumento pari al 3,8% rispetto allo scorso anno. Ma se il peso del ticket è diminuito del 2,7%, è aumentata del 5,5% la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto.

E così, nel 2013, le dosi di medicinali consumate al giorno ogni 1.000 abitanti sono state 1.679 (ovvero, considerando anche i consumi in ospedale, in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco), il 70,4% delle quali è stato erogato a carico del Ssn, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione).

Per quel che riguarda l'assistenza territoriale pubblica e privata, sono state erogate 1,8 miliardi di confezioni di farmaci (+1,7 rispetto al 2012). In particolare, nell'ambito dell'assistenza convenzionata, ogni italiano ha consumato in media poco più di una dose al giorno (1.031,5 DDD/1000 ab. die), in aumento rispetto all'anno precedente del +2,5%, mentre in termini di confezioni è stato registrato un incremento del +2,2% (oltre 1 miliardo di confezioni nel 2013, corrispondente a 18,7 confezioni pro capite). Il numero di prescrizioni è aumentato del 2,5% rispetto allo scorso anno e ha toccato le 608 milioni di ricette.

Per quanto concerne le strutture sanitarie pubbliche, sono state erogate 150,6 dosi di farmaci al giorno ogni 1000 abitanti, in diminuzione del -13,8% rispetto all'anno precedente.

I farmaci più consumati sono i cardiovascolari (525 DDD ogni 1.000 abitanti die), al primo posto anche in termini di spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite).

Tetti di spesa. Sfonda del 20,5% l'ospedaliera. La territoriale sfora dello 0,5%

Diminuisce il trend di sfornamento dell'ospedaliera ma aumenta quello della territoriale.

Questo fondamentalmente a causa della rimodulazione dei tetti percentuali per le due voci di spesa. Infatti, se fino allo scorso anno il limite per la spesa farmaceutica ospedaliera era fissato al 2,4% del Fsn, a partire da quest'anno il tetto si è alzato fino al 3,5% del Fsn (in pratica, nel 2013, la spesa ospedaliera doveva rimanere all'interno di 3.725 milioni di euro).

Al contrario, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è diminuito dal 13,1% dello scorso anno all'11,35% di quest'anno, costringendo la spesa farmaceutica territoriale a rimanere entro i 12.078 milioni di euro. Da sottolineare che per la valutazione dello sfornamento, la spesa territoriale è calcolata come somma della spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, al netto di ogni importo versato dalle aziende farmaceutiche in attuazione di procedimenti di legge. Allo stesso modo la definizione "assistenza farmaceutica ospedaliera", ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica

ospedaliera ai sensi della L. 135/2012, include nel consumo di medicinali in ambito ospedaliero anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

Nel dettaglio, la spesa ospedaliera ha toccato quota 4.489,5 milioni di euro, con un disavanzo complessivo di 764,5 milioni di euro rispetto al finanziamento programmato, cioè +20,5% rispetto al tetto programmato, fissato al 3,5% del Fondo sanitario nazionale che tradotto in soldoni significava che la spesa farmaceutica ospedaliera non doveva superare i 3.725 milioni di euro.

Anche la territoriale tuttavia ha segnato un piccolo sfioramento, dopo una serie di anni positivi, di perfetto controllo del tetto. La spesa farmaceutica territoriale 2013 ha infatti toccato quota 12,141 milioni di euro, registrando dunque un disavanzo di 62,9 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato, cioè +0,5% rispetto al tetto fissato all'11,35% del Fondo sanitario nazionale, che tradotto in soldoni significava che la spesa farmaceutica territoriale non doveva superare i 12.078 milioni di euro.

Va tuttavia sottolineato che il problema dello sfondamento del tetto non riguarda tutte le Regioni. Per quanto riguarda l'ospedaliera, si legge nel rapporto, nel 2013 "quasi tutte le Regioni hanno sfondato il tetto del 3,5% ad eccezione di Sicilia, P.A. di Trento e Valle d'Aosta, con incidenze rispetto al FSN variabili tra il massimo della Toscana (5,2% sul finanziamento regionale) e il minimo della Campania (3,7%)". Le Regioni che hanno sfondato il tetto dell'11,35% della spesa farmaceutica territoriale sono, in ordine decrescente di sfondamento: Sardegna, Sicilia, Puglia, Calabria, Lazio, Campania, Abruzzo, Marche e Molise.

La spesa farmaceutica nel 2013

Nel 2013 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro, di cui il 75,4% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è ammontata a circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19,7 miliardi di euro.

La spesa pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11,8 miliardi di euro, ossia il 60,2% della spesa farmaceutica territoriale. Rispetto all'anno precedente, ha registrato un lieve incremento del +0,4%, principalmente determinato da un aumento della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (+5,9%), controbilanciato dalla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,4%).

Tra i farmaci di classe C con ricetta nel 2013 registrano la maggior spesa i derivati benzodiazepinici, in particolare gli ansiolitici (378,7 milioni di euro), seguiti dai farmaci usati per la disfunzione erettile (277,1 milioni di euro) e dalle associazioni fisse estrogeno-progestiniche (226,7 milioni di euro); tadalafil, lorazepam, drospirenone ed etinilestradiolo sono i tre principi attivi a maggior spesa nel 2013. Sul lato dei farmaci di automedicazione diclofenac (124,2 milioni di euro), ibuprofene (117,2 milioni di euro) e paracetamolo (112,3 milioni di euro) sono i principi attivi che hanno registrato la più alta spesa.

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

Nel 2013 tutte le Regioni hanno adottato la distribuzione diretta, mentre Abruzzo e Sicilia sono le uniche a non utilizzare la distribuzione in nome e per conto. La spesa per la distribuzione diretta e per conto, pari nel 2013 a 5,2 miliardi, è rappresentata quasi per la

totalità dai farmaci in classe A (57,5%) e di classe H (41,6%), mentre costituiscono una quota residuale i farmaci di classe C (1,0%). Il fattore VIII, adalimumab e imatinib compaiono ai primi posti nella lista dei principi attivi a maggior spesa, con, rispettivamente, 227, 207 e 173 milioni di euro.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica ospedaliera, che ammonta a 2,8 miliardi nel 2013, ben 11 principi attivi appartenenti alla categoria degli antineoplastici compaiono nella lista dei primi trenta principi attivi a maggior spesa nel 2013, con trastuzumab, rituximab e bevacizumab ai primi tre posti. La spesa e i consumi farmaceutici sono strettamente dipendenti dalla fascia di età di appartenenza del paziente; la fascia di età superiore a 65 anni evidenzia una spesa pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale fino a 3 volte superiore al livello medio nazionale e a quasi 6 volte rispetto alle fasce di età inferiori.

I livelli più bassi di spesa territoriale, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, sono stati registrati nella Provincia autonoma di Bolzano (171,9 euro pro capite), mentre i valori più elevati sono quelli della Regione Campania (291,7 euro pro capite), rispetto ad una media nazionale di 238,0 euro pro capite. Liguria (130,9 euro pro capite) e Molise (64,7 euro pro capite) rappresentano, rispettivamente, le Regioni con la più alta e più bassa spesa privata di farmaci (A,C, SOP e OTC).

Per quanto concerne i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, a fronte di una media nazionale di 141,2 euro pro capite, il range regionale oscilla tra il valore più basso di spesa della Valle d'Aosta di 112,0 euro e quello più alto della Sardegna di 173,6 euro pro capite.

Ticket e spesa privata

Come accennato, 7,8 sono stati i miliardi usciti dalle tasche dei cittadini per ottenere i farmaci, tra ticket, automedicazione, classe C con ricetta e classe A acquistata privatamente, per un aumento pari al 3,8% rispetto allo scorso anno. Ad influire maggiormente è stato l'incremento dell'acquisto privato dei farmaci di classe A (+11,2%), della spesa per i medicinali per l'automedicazione (+8,1%) e, in misura minore, quello della spesa per la compartecipazione (+2,1%). Si riduce solamente la spesa per i farmaci di classe C (-1,1%). Per la compartecipazione a carico del cittadino, in particolare, la spesa è stata di 1.436 milioni di euro (24,1 pro capite), pari al 12,8% della spesa farmaceutica convenzionata. Se però, rispetto al 2012, la spesa relativa al ticket per ricetta/confezione è diminuita del 2,7%, è invece aumentata del 5,5% la quota di spesa relativa alla differenza pagata dal cittadino per avere il farmaco originale rispetto all'equivalente.

Le categorie più prescritte

I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Consumo e spesa per età e genere

La prevalenza d'uso di farmaci è stata del 57,2% (53,6% negli uomini e 60,7% nelle donne).

Differenze nei consumi fra i generi si evidenziano nella fascia di età 15-64 anni (la prevalenza d'uso è maggiore del +8% nelle donne rispetto agli uomini).

Alti livelli di prevalenza si riscontrano nelle fasce di età estreme: il 50% dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 75 anni) hanno ricevuto almeno una confezione di medicinali.

Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori.

La popolazione con età superiore ai 65 anni assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dei consumi ospedalieri) e il 65% dei consumi.

Le donne fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (a partire dai 35 anni), dei farmaci per il Sistema Nervoso centrale e degli antimicrobici, specie nelle fasce d'età adulta.

Consumo e spesa: variabilità regionali

La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata pari a 8.863 milioni di euro a fronte di 608 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di farmaci dispensati. Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, il Lazio è la Regione con quantità massima di consumi (1.190 DDD/1000 ab. die), seguita da Calabria (1.146,1 DDD/1000 ab. die) e Sicilia (1.140,5 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Sicilia (235,9 euro pro capite), seguita dalla Campania (228,0 euro pro capite) e dalla Puglia (219,2 euro pro capite). La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,1 euro di spesa pro capite e il minor consumo con 756,6 DDD/1000 ab. die.

Per quanto riguarda la spesa convenzionata, le Regioni del Nord registrano livelli inferiori alla media nazionale, le Regioni del Centro, del Sud e delle Isole mostrano valori di spesa superiori.

Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

Farmaci a brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%).

Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del Sistema Cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del Sistema Nervoso Centrale).

Nel 2013, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo, tutti inibitori di pompa, continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

L'Italia è al terzo posto in Europa in termini di spesa per farmaci che hanno goduto della

copertura brevettuale.

Sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

Consumo e spesa di antibiotici

Nel 2013 aumenta del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi.

Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci

Dai dati ASL sono emersi bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per i farmaci antidepressivi e per i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Si continuano ad osservare elevati livelli di inappropriatezza nell'utilizzo dei farmaci antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (49,3%) e la cistite non complicata (36,3%). La percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilare è in forte aumento (+71,6%) ed è pari nel 2013 al 41,0%.

Per quanto riguarda gli inibitori di pompa è stato evidenziato che il 46,5% dei pazienti è stato trattato senza i criteri di rimborsabilità indicati dalla Nota 1 e dalla Nota 48, in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del +5,5%.

Andamento delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci

Durante il 2013 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 40.957 segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti e nel 2013 rispetto al 2012 è stato registrato un incremento del +41%.

Oltre la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (52%), seguono quelle di farmacisti (16%) e specialisti (9%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale (7%). È stato registrato un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche (+729%) e dai pazienti (+268%).

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2013 ha riguardato gli antineoplastici (18%), gli antimicrobici (16%), i farmaci del sistema nervoso centrale (15%), del sangue (12%), del sistema cardiovascolare (9%) e muscolo scheletrico (8%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono il warfarin, l'acido acetilsalicilico e l'amoxicillina associata all'acido clavulanico.

Lombardia e Toscana sono le Regioni con il più alto tasso di segnalazione e rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Farmaci per la depressione

“Alcuni recenti studi internazionali indicano che nel 2030 la depressione, dopo le malattie cardiovascolari, sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute. Ed inevitabilmente gli antidepressivi rappresentano ad oggi

una delle principali componenti della spesa farmaceutica pubblica”. Ad evidenziarlo il direttore generale dell’Aifa, Luca Pani, evidenziando come già nell’ultimo decennio il consumo di antidepressivi “è cresciuto in maniera drammatica: da una parte, per l’aumentata prevalenza di depressione ed altri disturbi psichiatrici di comune riscontro nella popolazione generale, quali ansia ed attacchi di panico; dall’altra, per la maggiore maneggevolezza di altri antidepressivi di recente commercializzazione e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). La prevalenza di depressione è più alta nelle donne rispetto agli uomini ed aumenta in maniera rilevante all’aumentare dell’età, con un picco vicino al 15% negli ultra 75enni, valore probabilmente sottostimato a causa dei casi di depressione frequentemente non diagnosticati in età avanzata.”

Indipendentemente dall’antidepressivo utilizzato (SSRI o antidepressivi triciclici), le linee guida raccomandano un trattamento di almeno 6 mesi nei pazienti affetti da depressione, in virtù dell’alto rischio di recidiva a cui si attribuisce gran parte dei costi economici e sociali della depressione. Precedenti studi osservazionali hanno tuttavia dimostrato che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia ed oltre il 70% nei primi 6 mesi.

Dai dati epidemiologici provenienti dalla Medicina Generale emerge che la depressione maggiore risulta colpire il 12,5% della popolazione assistibile (pari circa a 7,5 milioni di italiani), di cui solo il 34,3% assume farmaci antidepressivi.

I dati provenienti dai Database amministrativi delle ASL mostrano che nel 2012 la percentuale di pazienti aderenti risulta solo del 38,4%, sebbene in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+2,9% rispetto al 2011).

Il livello di aderenza risulta inferiore al Sud (34,5%) rispetto al Nord (40,2%) e al Centro (39,8%). Le donne (38,8%) mostrano livelli di aderenza leggermente più elevati rispetto agli uomini (37,4%). Analogamente ad altre categorie di farmaci, l’aderenza migliora all’aumentare dell’età: 33,6% nella fascia d’età inferiore o uguale ai 45 anni; 37,8% tra 46 e 65 anni; 40,4% tra 66 e 75 anni; 41,6% nella fascia d’età superiore ai 75 anni.

Si registra una percentuale pari al 24,5% di pazienti trattati con farmaci antidepressivi occasionali, sebbene leggermente in calo rispetto al 2011 (-4,3%). I pazienti con uno uso occasionale dei farmaci antidepressivi sono maggiormente concentrati nelle fasce d’età più giovani (con età inferiore ai 45 anni: 29,4%) e negli uomini (26,1%) rispetto alle donne (23,7%). Vi è una discreta variabilità geografica con le percentuali maggiori al Sud (28,8%), rispetto al Nord e al Centro (22,6%).

Riforma PA. Anaao: “Sconcertanti gli emendamenti delle Regioni” Per il sindacato le Regioni vogliono “rottamare i medici ospedalieri”.

Criticato anche il diverso trattamento rispetto agli universitari: “Se un medico ospedaliero potrà essere licenziato a 62 anni, il corrispettivo direttore universitario resta intoccabile, non valutato e non valutabile, fino a 70 anni”.

“Gli emendamenti presentati dalle Regioni al DL sulla pubblica amministrazione sono francamente sconcertanti”. Questa la posizione dell’Anaao Assomed, secondo la quale “strateghi raffinati, tecnici e politici, tacciono sui rinnovi contrattuali della dirigenza, dimenticando di avere ‘le Regioni’ chiesto, sin dal 2011, un’area della dirigenza sanitaria, oltre che le ricorrenti promesse di imminente apertura del tavolo contrattuale da parte del Comitato di settore che pure presiedono, ma aprono i cordoni della borsa per le indennità organizzative del personale del comparto. E non dimenticano, soprattutto, di istigare il

legislatore non solo a favorire in ogni modo la rottamazione dei dirigenti medici e sanitari, ma anche a ridurre, con l'abolizione della legge 183/2010, la loro età di quiescenza, senza alcuna contropartita occupazionale per i giovani medici o stabilizzazione di un precariato di lungo corso di cui sono largamente responsabili. Provvedimenti dai quali, ovviamente, tengono fuori gli amici universitari”.

E così, prosegue l'Anaa, “se un medico ospedaliero potrà essere licenziato a 62 anni, il corrispettivo direttore universitario resta intoccabile, non valutato e non valutabile, fino a 70 anni”.

Per l'Anaa, le Regioni, “insieme con gli ospedali vogliono rottamare i medici ospedalieri. In un mercato sanitario che si va liberalizzando, con il rischio di sottrarre ulteriori risorse al servizio sanitario pubblico, ecco la ciliegina sulla torta che rende disponibili a costo zero le elevate competenze professionali necessarie alla sanità privata. Un delitto perfetto”.

“I problemi del Ssn – prosegue l'Anaa - sono così ridotti al costo della siringa, che le Regioni hanno affidato al commissario Cottarelli per la palese incapacità a provvedere da sole, ed al costo, ed al numero, dei medici e dirigenti sanitari. Il primo da saldare al valore più basso, magari con un inquadramento contrattuale nel comparto per giovani all'ingresso, il secondo da ridurre con una rottamazione discrezionale fino all'arbitrio. E con il pensionamento anticipato rispetto a tutti gli altri medici e dirigenti sanitari che lavorano nel servizio sanitario. Una bandiera bianca alzata di fronte al ruolo di gestori della sanità pubblica, una resa ed una dichiarazione di impotenza a governare un sistema complesso se non, come si faceva nell'800, tagliando il costo del lavoro. Anche così muore un sistema sanitario pubblico. Senza esperienze e senza giovani cui trasmetterle. Superato ogni ragionevole limite di buon senso ed equità, siamo ai due pesi ed alle due misure. Come nel patto della salute, agli ospedali standard di posti letto e di organici al ribasso, alla medicina convenzionata il rinnovo degli accordi contrattuali, agli universitari il mantenimento dello statu quo. La politica dei più forni. Stiano attenti gli assessori a non scottarsi in vista delle prossime campagne elettorali”.

L'Anaa chiede dunque a Governo e Parlamento di respingere gli emendamenti delle Regioni “che, con arroganza e senza responsabilità sociale, per dispetti e tornaconti localistici, battono un nuovo colpo contro la sanità pubblica”.

Medicina militare. Fnomceo promuove un convegno ad Asiago

Dopo l'inserimento nel Codice Deontologico di un articolo dedicato ai medici militari, la Federazione degli Ordini dedica una giornata di studio alla “Medicina militare tra storia, etica e attualità”, che si svolgerà il 19 luglio ad Asiago, luogo simbolo della I Guerra Mondiale.

Riflettere sul ruolo dei medici nelle forze armate e sulle tante implicazioni etiche e deontologiche di questo ruolo. È questo lo scopo del Convegno “Medicina militare tra storia, etica e attualità” che si svolgerà ad Asiago sabato prossimo 19 luglio, proposto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, in collaborazione con gli Ordini dei Medici del Veneto.

Il Convegno affronterà temi di grande attualità, ma sarà anche l'occasione per ricordare la tragedia della Prima Guerra Mondiale, proprio mentre si sta celebrando il centenario dell'avvio del conflitto, con la deposizione di una corona d'alloro ai caduti presso il Sacrario militare di Asiago-Leiten.

L'evento, realizzato con il patrocinio del Ministero della difesa e del Comando Forze di

Difesa Interregionale Nord, sarà presieduto da Amedeo Bianco e Maurizio Benato e vedrà le relazioni di Raimondo Ibba ("Sanità militare nella grande guerra"), Antonio Sabino ("Istanze etiche nella medicina militare"), Federico Marmo (generale medico militare, "Medico militare e missioni internazionali di pace"), moderate da Roberto Mora e Michele Valente. La tavola rotonda finale, moderata da Roberta Chersevani e Valerio Brucoli, vedrà gli interventi di Maurizio Balistreri (bioeticista), Luigi Conte, Luigi Lista (colonnello medico), Giacomo Mammana (generale medico), Rita Nonnis, Aldo Pagni e Maurizio Scassola. A latere del Convegno sarà presentato il volume "Etica medica nella vita militare", a cura del vicepresidente nazionale Fnomceo, Maurizio Benato, di Maurizio Balistreri e di Maurizio Mori.

DOCTORNEWS33

Panti (Omceo Firenze): la mancata informativa su danni aleatori non va punita come mancato consenso informato

«Una sentenza che rivela il persistere d'incertezze nel rapporto medicina-magistratura e riporta l'attenzione sulla necessità di regolare in modo diverso le questioni legate all'alea terapeutica». **Antonio Panti** commenta con inquietudine la sentenza del Tribunale della sua città, Firenze, numero 170/14, che ha condannato a risarcire un ospedale a seguito del decesso di un paziente protesizzato nel quale era subentrata un'infezione settica. Pur non essendo provato il nesso tra procedimenti di sterilizzazione attuati nella struttura e l'insorgenza dell'infezione, il paziente non era stato avvisato del rischio che correva di contrarre una patologia. Nel caso, magari avrebbe rinunciato all'operazione: per i giudici se così fosse l'ospedale deve risarcire tutte le conseguenze dell'intervento; ma deve risarcire anche ove il paziente avrebbe comunque accettato il bisturi, perché non si può essere mai certi di avere di fronte una decisione presa in piena coscienza se piena non è l'informazione. «Altre sentenze in realtà riconoscono un limite all'informazione», premette Panti. «Non sempre è possibile elencare anche tutti gli incidenti che possono occorrere da una casistica di eventi di norma inattesi». Come stabilire una regola di cosa dire, su infezioni nosocomiali, danni da uso di farmaci, incidenti da trasfusioni o da indagine invasiva, legati al caso e oggi oggetto da parte della Fnomceo della richiesta di istituire un Fondo per l'alea terapeutica? Per Panti, «se chi cura rischia perché ha sottaciuto un evento possibile, ancorché con probabilità minima di verificarsi, fare il medico diventa un terno al lotto. Credo siano maturi i tempi per eliminare, come all'estero, il concetto di colpa professionale, per prevedere un Fondo sanitario nazionale per il risarcimento dei danni da "alea" terapeutica, e per istituire un meccanismo di arbitrato –o di valorizzazione della mediazione civile! – in cui si stabilisca la ragionevolezza delle richieste». Sono del resto le novità contenute nei disegni di legge sulla responsabilità medica che da mesi attendono l'esame di Camera e Senato: arriveranno per agosto quando scatterà il nuovo regime di assicurazione obbligatoria per tutti i camici? «Temo di no, sarà dura superare le sacche di resistenza: soprattutto quella di magistrati legati a un ordinamento, quello italiano, in cui la colpa rileva anche in ambito penale, come solo in Polonia e Messico ancora avviene. Ma, facile o no, la strada giusta è quella indicata dalla Fnomceo».

Choosing wisely, 5 procedure che andrebbero evitate in neurochirurgia

Altre due società scientifiche (l'American association of neurological surgeons e il Congress of neurological surgeons) hanno appena aderito all'iniziativa "Choosing wisely" con un'unica "Top 5 list", volta a indicare le 5 principali procedure da evitare in quanto inutili, costose e spesso dannose. Ecco i "divieti" dei neurochirurghi Usa. 1) Non somministrare steroidi dopo una grave lesione traumatica cerebrale, in quanto non sono raccomandati per migliorare gli outcomes o ridurre la pressione intracranica e, ad alte dosi, possono aumentare i rischi e aumentare la mortalità. 2) Non richiedere imaging della colonna (tramite radiografie planari, Rm, Ct o altre tecniche avanzate) in pazienti con lombalgia acuta non specifica e senza "red flags". Nelle fasi precoci questi esami non sono necessari. Possibili red flags sono: stanchezza, disfunzioni intestinali o vescicali, febbre, anamnesi positiva per cancro o di uso di droghe, osteoporosi, peggioramento dei sintomi. 3) Non richiedere di routine esami Tc per bambini con lievi lesioni cerebrali. In questi casi la perdita temporanea delle funzioni neurologiche è dovuta a lesioni da accelerazione/decelerazione. Fattori predittivi di gravità e che suggeriscono l'esecuzione di una Tc sono, tra gli altri: fino a 2 anni, stato mentale persistentemente alterato, perdita di coscienza per più di 5 secondi, palpabile frattura del cranio; dopo i 2 anni, perdita di coscienza, vomito, segni clinici di frattura del basicranio o grave cefalea. In generale, una Tc va eseguita in caso di deficit neurologici. 4) Non effettuare lo screening routinario per aneurismi cerebrali (Ac) in pazienti asintomatici senza una storia personale o familiare di Ac, emorragie subaracnoidee (Sah) o disordini genetici che possono predisporre alla formazione di Ac. La storia familiare di Sah aneurismatico aumenta il rischio, in caso contrario, e senza una storia personale di Sah, lo screening non è indicato. 5) Non effettuare routinariamente una profilassi anticomiziale in seguito a un ictus ischemico. Attacchi epilettici possono complicare il decorso clinico dei pazienti colpiti da ictus ma non ci sono prove che l'uso profilattico di farmaci antiepilettici prevenga l'insorgere delle crisi. Per i pazienti che, invece, avessero una crisi dopo un ictus il trattamento dell'attacco può essere richiesto.

Le condizioni atmosferiche non scatenano il mal di schiena

I parametri meteorologici collegati al dolore muscolo-scheletrico come temperatura, umidità, pressione atmosferica e precipitazioni non aumentano le probabilità di rimanere vittima di un episodio acuto di mal di schiena. Diverso è il caso del vento forte o a raffiche, che aumenta il rischio in modo statisticamente significativo ma clinicamente irrilevante. Lo afferma **Daniel Steffens**, ricercatore al George Institute for Global Health dell'Università di Sydney in Australia e coautore di uno studio pubblicato su *Arthritis Care & Research*. «I pazienti con dolore muscolo-scheletrico riferiscono spesso che alcune condizioni meteo possono aggravare i loro sintomi, e il dolore da artrite reumatoide ne è un esempio» dice il ricercatore. Ma nonostante l'elevata frequenza con la quale viene segnalata quest'associazione, pochi studi l'hanno approfondita. «A nostra conoscenza, solo due trial hanno valutato se il dolore muscolo-scheletrico è influenzato dal tempo, usando appropriati protocolli di valutazione come per esempio il metodo caso-crossover, specificamente progettato per studiare le esposizioni meteorologiche, che hanno un tempo di induzione breve e transitorio» riprende l'autore. E proprio l'approccio caso-crossover è stato usato dai ricercatori australiani per quantificare l'aumento del rischio di improvvisa comparsa di una

lombalgia acuta associato a temperatura, umidità, pressione dell'aria, vento e pioggia. «Hanno preso parte allo studio 993 pazienti consecutivi, vittime di improvvisa e acuta lombalgia da ottobre 2011 a novembre 2012» aggiunge Steffens, precisando che i parametri meteorologici sono stati ottenuti dall'Australian Bureau of Meteorology per l'intero periodo di studio. I risultati? Temperatura, umidità, pressione atmosferica e pioggia non hanno mostrato alcuna associazione con l'insorgenza di mal di schiena. «Nel caso del vento, invece, un aumento della velocità e del numero di raffiche ha statisticamente aumentato il rischio di lombalgia, anche se il dolore accusato dai pazienti è stato comunque molto lieve» conclude l'autore.

[Arthritis Care & Research 2014](#)

DIRITTO SANITARIO Decesso per infarto: valutazione responsabilità cardiologo

Il Tribunale di Tivoli assolveva un medico cardiologo dall'imputazione di omicidio colposo per avere cagionato la morte di un paziente. Secondo l'imputazione il sanitario in servizio presso una struttura ospedaliera, per colpa consistita in imprudenza ed imperizia ed in particolare per non aver effettuato una corretta diagnosi delle condizioni di salute in cui versava l'uomo al momento del suo ingresso al Pronto Soccorso non aveva messo in atto i provvedimenti terapeutici specifici, pur avendo reperito il tracciato elettrocardiografico in "Ritmo sinusale 70 b.p.m., pregressa necrosi inferiore con persistenza della corrente lesione", in tal modo contribuendo con la sua condotta concausale al decesso del paziente, avvenuto a causa di arresto cardiaco conseguente ad infarto acuto del miocardio da collusione trombotica della coronaria dx per ulcerazione di placca fibroateromastica calcifica".

La Corte d'appello, ribaltando completamente l'esito del primo giudizio, ha ritenuto non provata la responsabilità dell'imputato, e ha dichiarato l'estinzione del reato per essere frattanto interamente decorso il tempo di prescrizione.

Contro il provvedimento, rilevante sul piano risarcitorio, ha agito il medico dinanzi alla Corte di Cassazione.

La Suprema Corte ha cassato la sentenza osservando, tra gli altri aspetti che i giudici di merito hanno dedotto automaticamente, dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica, la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale: dal testo del provvedimento sottoposto al vaglio della Corte di Cassazione non è apparsa risultare la verifica di validità dell'ipotesi accusatoria nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, nè che sia stato esaminato in concreto quali sarebbero stati i comportamenti dovuti dall'imputato e quale incidenza aveva avuto la condotta colposa del cardiologo - cui era seguito il trasferimento del paziente in un reparto non attrezzato per il costante monitoraggio del paziente - rispetto alle possibilità di salvezza dell'uomo in rapporto alle caratteristiche proprie del paziente specifico.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Rapporto Osmed 2013: sale la spesa farmaceutica totale (2,3%), in aumento i farmaci a brevetto scaduto (3,8%). Decolla la

farmacovigilanza (+41% di segnalazioni). In crescita i consumi di antibiotici (3,5%).

E' salita del 2,3% nel 2013 rispetto al 2012 la spesa farmaceutica totale (pari a 26,1 miliardi di euro) e i medicinali per il sistema cardiovascolare restano in testa alla classifica dei consumi. Sale anche la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, che ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012). E sono in crescita (+3,5%) anche i consumi di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4% (in testa Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Ancora rilevante, l'uso inappropriato di antibiotici, che supera il 20% in tutte le condizioni cliniche. Sul fronte della farmacovigilanza c'è stato un forte incremento (+41%) delle segnalazioni avverse, arrivate a quota 40.957. Sono questi alcuni dei numeri emersi del Rapporto OsMed 2013 dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), presentato oggi a Roma.

Nel 2013 in Italia sono state consumate 1.679 dosi di medicinali al giorno ogni 1.000 abitanti (inclusi i consumi erogati dalle farmacie territoriali a carico del SSN e del cittadino e i consumi in ospedale); in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco). Il 70,4% dei consumi è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione).

La spesa farmaceutica. La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto al 2012), di cui il 75,4% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19.708 milioni di euro.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11.866 milioni di euro (+0,4%).

La spesa a carico dei cittadini, comprensiva della compartecipazione del cittadino, dell'acquisto privato di fascia A, della spesa per i farmaci di classe C con ricetta e di Automedicazione, ha registrato un aumento del +3,8% rispetto al 2012.

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

Le categorie più prescritte. I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Consumo e spesa per età e genere: due terzi degli esborsi Ssn per gli over-65. La prevalenza d'uso di farmaci è stata del 57,2% (53,6% negli uomini e 60,7% nelle donne). Differenze nei consumi fra i generi si evidenziano nella fascia di età 15-64 anni (la

prevalenza d'uso è maggiore del +8% nelle donne rispetto agli uomini).

Alti livelli di prevalenza si riscontrano nelle fasce di età estreme: il 50% dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 75 anni) hanno ricevuto almeno una confezione di medicinali.

Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori.

La popolazione con età superiore ai 65 anni assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dei consumi ospedalieri) e il 65% dei consumi.

Le donne fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (a partire dai 35 anni), dei farmaci per il Sistema Nervoso centrale e degli antimicrobici, specie nelle fasce d'età adulta.

Consumo e spesa: Lazio in testa tra variabilità regionali. La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata pari a 8.863 milioni di euro a fronte di 608 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di farmaci dispensati.

Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-Ssn, il Lazio è la Regione con quantità massima di consumi (1.190 DDD/1000 ab. die), seguita da Calabria (1.146,1 DDD/1000 ab. die) e Sicilia (1.140,5 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Sicilia (235,9 euro pro capite), seguita dalla Campania (228,0 euro pro capite) e dalla Puglia (219,2 euro pro capite). La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,1 euro di spesa pro capite e il minor consumo con 756,6 DDD/1000 ab. die.

Per quanto riguarda la spesa convenzionata, le Regioni del Nord registrano livelli inferiori alla media nazionale, le Regioni del Centro, del Sud e delle Isole mostrano valori di spesa superiori.

Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

In aumento i farmaci a brevetto scaduto. La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%).

Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del Sistema Cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del Sistema Nervoso Centrale).

Nel 2013, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo, tutti inibitori di pompa, continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

L'Italia è al terzo posto in Europa in termini di spesa per farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale.

Sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

Antibiotici: prescrizioni in salita, scende la spesa. Nel 2013 aumenta del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi.

Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci

Dai dati Asl sono emersi bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per i farmaci antidepressivi e per i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Si continuano a osservare elevati livelli di inappropriata nell'utilizzo dei farmaci antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (49,3%) e la cistite non complicata (36,3%). La percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilare è in forte aumento (+71,6%) ed è pari nel 2013 al 41,0%.

Per quanto riguarda gli inibitori di pompa è stato evidenziato che il 46,5% dei pazienti è stato trattato senza i criteri di rimborsabilità indicati dalla Nota 1 e dalla Nota 48, in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del +5,5%.

Decollano le segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci. Durante il 2013 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 40.957 segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti e nel 2013 rispetto al 2012 è stato registrato un incremento del +41%.

Oltre la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (52%), seguono quelle di farmacisti (16%) e specialisti (9%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale (7%). È stato registrato un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche (+729%) e dai pazienti (+268%).

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2013 ha riguardato gli antineoplastici (18%), gli antimicrobici (16%), i farmaci del sistema nervoso centrale (15%), del sangue (12%), del sistema cardiovascolare (9%) e muscolo scheletrico (8%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono il warfarin, l'acido acetilsalicilico e l'amoxicillina associata all'acido clavulanico.

Lombardia e Toscana sono le Regioni con il più alto tasso di segnalazione e rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Sigm: «Nel Patto della salute possibile valorizzazione del capitale umano giovane della sanità»

Un allentamento dei vincoli sull'assunzione del personale sanitario anche per le Regioni in piano di rientro e il richiamo al Dpcm "salvaprecari"; il rilancio della formazione di base e specialistica attraverso l'istituzione di un Tavolo politico tra Governo e Regioni per individuare specifiche soluzioni normative. Sono le principali novità contenute nel Patto della Salute giudicate positivamente dal Segretariato italiano Giovani medici (Sigm). «Ma si parta da subito - avverte una nota del Sigm - con una corretta programmazione dei fabbisogni di professionalità sanitarie e col reperimento di risorse all'interno del sistema, rimuovendo sprechi, inefficienze, clientele e malaffare». A breve sarà attivato un Forum nazionale dei Giovani della Sanità con l'obiettivo di formulare proposte per rendere più competitivo e meritocratico il sistema dell'accesso al Ssn e della progressione di carriera.

«Riteniamo che il Patto per la Salute contenga le premesse per un possibile cambio di rotta in tema di valorizzazione del capitale umano della sanità, a cominciare dalle giovani generazioni di professionisti» dichiara il Sigm.

Il focus è sui contenuti dell'articolo 22 "Gestione e Sviluppo delle risorse umane". A partire dall'allentamento dei vincoli nell'assunzione del personale sanitario anche per le Regioni in Piano di Rientro, nonché all'applicazione del Dpcm "salvaprecari" per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Il Sigm esprime guarda con favore anche la decisione di istituire un Tavolo politico tra Governo e Regioni incaricato di individuare, in modo partecipativo ed entro una scadenza definita (31 ottobre 2014), guardando anche all'esperienza di altri Paesi Ue, i contenuti di un disegno legge delega che faciliti l'accesso delle giovani professionalità sanitarie all'interno del Ssn, valorizzandone il ruolo anche in chiave di integrazione multidisciplinare, e ri-disciplini la formazione di base e specialistica, per garantire prospettive migliori alle presenti generazioni di laureati e studenti dell'area sanitaria.

«Ma per realizzare tali obiettivi strategici per il Ssn è indispensabile adottare adeguate politiche di pianificazione dei fabbisogni di professionalità sanitarie. Per i medici, ad esempio - spiega il Sigm - nel tempo si è creato un grave squilibrio tra accesso alla formazione e ingresso nel mondo del lavoro e oggi ne fanno le spese le giovani generazioni. L'introduzione nel Patto di standard di personale per livello di assistenza rappresenta un elemento positivo, ma non basta: è prioritario ottimizzare i flussi informativi esistenti e dotare le Regioni di adeguati strumenti e metodologie per la definizione dei fabbisogni, che sono funzione degli scenari di salute, per definizione in continua evoluzione. E basta ricorrere all'alibi della mancanza di risorse, che intanto è possibile reperire all'interno del sistema salute, rimuovendo da subito eventuali sprechi, inefficienze, clientele e malaffare, rilanciando quindi l'etica e la cultura di sistema anche in sanità, per reinvestirle nei settori strategici e negli ambiti più produttivi».

La riformulazione dell'articolo 22, inoltre, viene incontro alle richieste dei Giovani Medici «accantonando l'ipotesi di assunzione dei medici abilitati, tramite concorso, nei vari Ssr con un incardinamento nel Comparto sanitario e un inquadramento non dirigenziale, e la possibilità di accedere in sovrannumero in qualità di dipendenti del Ssn tramite concorso di specializzazione a una sorta di percorso formativo parallelo (con frequenza delle sole lezioni all'Università)».

«Tale approccio, ispirato più a logiche contabili che di sistema - sottolinea l'Associazione - avrebbe comportato una dequalificazione della formazione medica post laurea e avrebbe rappresentato un grave errore di valutazione in un contesto di crescente competitività su scala Europea. Per di più, si sarebbero ingenerate potenziali disparità di trattamento tra due

percorsi paralleli per l'accesso alla professione. Inoltre, si sarebbe incorso nel pericolo di saturare le piante organiche ad opera di giovani professionalità a basso costo e a rapido turn over, almeno sin quando le Regioni non avrebbero implementato la rete assistenziale del territorio, limitando fortemente le possibilità di stabilizzazione future degli attuali neolaureati e studenti in medicina».

Perplessità rimangono, invece, per il mancato recupero del comma 14 dell'articolo 5. «Il principio della remunerazione dei tirocini professionalizzanti - continuano i Giovani medici - non può essere disatteso in quanto obbligo di legge, introdotto a seguito dell'azione di sensibilizzazione condotta dal Sigm, che rappresenta il riconoscimento minimo per il ruolo svolto dai corsisti di medicina generale; ma se Governo e Regioni intendono ricomprendere la formazione specifica di medicina generale in un processo di riforma più ampio, ovvero andando oltre la semplice retribuzione delle attività professionalizzanti, non mancheremo di far pervenire il nostro contributo e sostegno».

GIURISPRUDENZA Cassazione: la finta diagnosi è falso ideologico

«Integra il delitto di falsità ideologica commesso dal pubblico ufficiale in atto pubblico fidefaciente, la condotta del medico ospedaliero che rediga un referto con false attestazioni diagnostiche. La diagnosi riportata nel referto ha natura di fede privilegiata, essendo preordinata alla certificazione di una situazione caduta nella sfera conoscitiva del pubblico ufficiale, che assume anche un rilievo giuridico esterno alla mera indicazione sanitaria o terapeutica». Questa è l'indicazione contenuta nella sentenza n. 26318/2014 della seconda sezione penale della Corte di cassazione (conforme ex plurimis Cass. Pen., n. 12401/2010).

La pronuncia ha riaffrontato il tema della distinzione tra i reati di «falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative» (articolo 480 del Cp) e «falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici» (articolo 479 del Cp) commessi da sanitari. I giudici, in particolare, hanno dovuto stabilire se l'attività del sanitario del pronto soccorso che rediga un certificato medico, anche solo riportando quanto riferito falsamente dal paziente, integri la prima e meno grave fattispecie criminosa oppure il falso ideologico in atti pubblici, caratterizzato da un trattamento sanzionatorio molto più pesante, dalla possibilità di disporre intercettazioni e di applicare misure cautelari a carico del medico.

I ricorrenti sostenevano che i certificati medici utilizzati dagli indagati per denunciare falsi sinistri stradali, erano stati redatti erroneamente dai sanitari sulla base delle false dichiarazioni dei pazienti. Per questo motivo i medici non potevano essere considerati atti pubblici in quanto il sanitario all'atto della visita non aveva potuto effettuare una diagnosi, non avendo mezzi scientifici idonei (nello specifico non erano stati rilevati l'algia, il dolore sofferto dal paziente e se questo potesse essere riferito a un incidente stradale). Poiché il medico si era limitato a una mera attività ricognitiva, i referti dovevano essere considerati come certificati amministrativi e di conseguenza, nelle condotte dei sanitari, era configurabile esclusivamente il meno grave reato di cui all'articolo 480 del codice penale.

Tesi respinta dalla Cassazione, che ha precisato che i certificati del sanitario del pronto soccorso, pur se redatti sulla base di false attestazioni da parte dei pazienti, esprimono sempre una valutazione medica e non possono essere considerati come certificati amministrativi ai sensi dell'articolo 480 del Cp Il medico, di conseguenza, non può limitarsi

a riportare acriticamente le dichiarazioni dei pazienti ma deve indagare il caso in modo da trovare un riscontro diagnostico che risulti clinicamente plausibile.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584