

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 19 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI «Centro trasfusioni, servono risposte» Approvata all'unanimità la mozione di Pala (Pd) sulla carenza di fondi per i lavori obbligatori per l'accreditamento

«Sulla Sanità non si scherza. Non c'è questione. E quindi mi faccio carico della mozione sui centri di trasfusione. E porterò i problemi sollevati di fronte a tutti i livelli istituzionali». Così il sindaco Nicola Sanna che ha voluto intervenire per primo ieri in consiglio sulla mozione presentata dal consigliere del partito democratico Mario Pala, dedicata ai lavori necessari perché i tre centri trasfusionali di Sassari, Alghero e Ozieri non rischiano la chiusura. Il 31 dicembre di quest'anno infatti scade il limite fissato nel 2012 dall'accordo Stato-Regioni per l'accreditamento. E, viste le gravi difficoltà logistiche presenti nelle tre strutture dell'Asl sassarese, la pratica è tutt'altro che scontata. «I limiti logistici delle strutture sono purtroppo noti – spiega Pala – e una loro eventuale chiusura sarebbe drammatica, causando in pratica il blocco di qualsiasi attività medica, e danni per milioni di euro, oltre alla distruzione di tutto il plasma prodotto e non trasfuso, che attualmente viene usato nell'industria di produzione degli emoderivati». «Sono rimasto basito – ha spiegato Sanna – nello scoprire che strutture così importanti non abbiano l'accreditamento, né i requisiti necessari per ottenerlo. Mi sono immediatamente attivato per conoscere il motivo. La risposta dell'Asl è comprensibile, e riguarda la carenza di fondi erogati dalla Regione. Ma è una risposta comunque non soddisfacente. Su una priorità come quella dei centri di trasfusione, che si occupano di un'emergenza tipica, e quasi genetica, della nostra popolazione, se necessario si dovranno sacrificare altri aspetti. Farò valere il ruolo del sindaco, massima autorità cittadina in campo sanitario, per trovare una immediata soluzione». Soluzione che non è semplice, come sottolineato in vari interventi dell'animato dibattito che ha portato all'approvazione unanime della mozione. All'appello infatti mancano oltre due milioni di euro, di cui 1 milione e 750 mila per il solo centro di Sassari a causa di una grave situazione impiantistica e strutturale. Occorre infatti intervenire non solo nei locali in cui ha sede il Centro, ma nell'intero stabile, per ottenere l'indispensabile certificazione antincendio. E, anche se i soldi saltassero fuori (e, a giudicare dai silenzi di Arru di ieri mattina non sembra questa l'aria) i quattro mesi scarsi che mancano al 31 dicembre non basterebbero comunque per fare i lavori e sarebbe dunque necessario individuare nuovi locali idonei a ospitare, almeno temporaneamente, il servizio. Questi, e molti altri, i temi

affrontanti nella articolata discussione che ha preceduto l'approvazione della mozione. Con molti interventi dei consiglieri che hanno riguardato i problemi più generali della sanità isolana e soprattutto sassarese.

L'assessore Arru: “Cercheremo di trovare una soluzione in tempi strettissimi”

L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru ieri mattina ha svolto un sopralluogo nei presidi ospedalieri di Alghero e ha visitato anche il centro trasfusionale del Civile. Qui la situazione logistica è in via di risoluzione e il rischio della chiusura per il mancato accreditamento dovrebbe essere scongiurato una volta per tutte. Il discorso invece cambia per quanto riguarda Sassari. «La situazione qui è completamente diversa – ha detto l'assessore Arru durante la visita ad Alghero – appena rientrerò in Regione ci metteremo in moto per trovare una possibile soluzione». Il manager dell'Asl Giannico due giorni fa ha lanciato l'allarme. I tempi sono strettissimi, i locali non sono a norma e per renderli idonei ad ottenere l'accreditamento occorrono circa due milioni di euro di lavori. La Regione dovrebbe rendere i soldi disponibili nell'arco di settimane, e non è detto che questo basti e non sia necessario anche un rinvio dei termini.

ALGHERO Nuovo ospedale, nessuna promessa L'assessore Arru non si sbilancia e visita i reparti del Marino e del Civile. I medici elencano decine di carenze

Ottenere un impegno formale, non se ne parla. L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru è ancora più medico che uomo di istituzioni e le promesse non fanno ancora parte dell'allestimento di serie che ogni politico ha in dotazione. Perciò l'ospedale unico ad Alghero ancora resta nell'orizzonte del miraggio, piuttosto che dentro una prospettiva reale. E forse è meglio così, perché in tanti anni ad ogni passerella politica è corrisposto un libro dei sogni sempre aggiornato. Niente promesse. «Non sono nella posizione di poter creare illusioni – dice Arru – per la legge di Murphy non potevo capitare in un periodo peggiore per fare l'assessore. Ogni azione futura dipende dalla congiuntura economica generale, e tutti sappiamo che la sanità non se la passa bene. Ogni decisione è legata alla creazione della rete ospedaliera regionale, e finché non è stata predisposta non si possono mettere in campo singoli progetti. Anche i fondi ministeriali ex articolo 20, e stiamo parlando dei famosi 260 milioni, sono disponibili se calati in una visione d'insieme della sanità sarda. Prima di questo passaggio è inutile sbilanciarsi in inutili promesse. L'impegno per ora è quello di definire la rete ospedaliera prima della fine dell'anno, e valutare se l'ipotesi del nuovo ospedale in quest'ottica è percorribile». Un nuovo ospedale. A dire il vero il sindaco Mario Bruno e il consigliere regionale Marco Tedde hanno tentato un pressing sull'assessore, cercando di metterlo con le spalle al muro per strappargli una promessa. «La sanità ad Alghero – ha detto Bruno – è allo sfascio. Occorre guardare avanti e fare una scelta coraggiosa. Il punto è questo: la Regione è d'accordo o no sul nuovo ospedale? Oppure pensa che delle strutture vecchie di decenni possano continuare ad essere rattoppate con interventi tampone?». E Tedde ha ribadito che

una delle poche tematiche che in città ha sempre messo d'accordo la politica, sia di destra che di sinistra, è l'ipotesi di un accorpamento dell'ospedale Marino e del Civile in un'unico nuovo edificio. «Il Consiglio comunale si è sempre espresso in questo senso in maniera unanime, il terreno in zona Taulera è stato preparato con delle varianti urbanistiche, manca la volontà politica, la stessa che ha permesso al progetto di San Gavino di diventare realtà». La visita. Che la sanità ad Alghero abbia bisogno di una importante trasfusione, l'assessore Arru lo ha constatato di persona. La visita nei singoli reparti del Civile e del Marino, per un'intera mattinata, e poi il faccia a faccia con i primari e con i medici è stata sicuramente illuminante. Ritournerà a Cagliari con una radiografia dettagliata delle strutture ospedaliere e con un lungo elenco di emergenze da affrontare. Innanzitutto si tratta di edifici degli anni 60, spesso degradati, ai quali i vigili del fuoco fanno le pulci sul profilo della sicurezza. Metterli a norma costa un patrimonio, sempre che sia sempre possibile farlo. E infatti i lavori di riqualificazione partiti nel 2004 vanno a rilento, e i soldi non bastano mai. In più l'ospedale Marino per una questione di razionalizzazione dei posti letto e di doppiopiani è finito nel libro nero e rischia la chiusura. Se si vuole salvarlo, l'accorpamento funzionale al civile ormai è una operazione non rinviabile nell'atto aziendale. Le emergenze. E poi c'è la lunghissima lista delle cose che non funzionano srotolata dai primari e dai direttori delle unità chirurgiche che hanno partecipato all'incontro: ad esempio il piano di sicurezza dell'ospedale Civile che risale al 2011, e da quella data non è mai stato aggiornato. Le situazioni di rischio sono reali, sia per il personale medico che per i pazienti. Le autoclavi per la sterilizzazione dei ferri in sala operatorie sono guaste, e per sterilizzarli occorre portarli al Marino. Ma non esiste una figura incaricata per questo trasporto, perché l'autista si occupa solo della guida e non di maneggiare una valigetta. Quindi viene mobilitato un infermiere o un medico, che però sottrae tempo al proprio lavoro. Tanto più che le sale operatorie se la passano male senza bisogno di altri inconvenienti. La carenza di personale è cronica, i locali non sono a norma, e da mesi su tre potenzialmente disponibili, si opera solo in una sala. Formare nuovi chirurghi, in questo scenario, è diventato una chimera. Per l'endoscopia c'è un unico operatore, mancano posti letto per la lunga degenza e i pazienti vengono spediti a Ittiri. E quelli che restano devono fare i conti con gli impianti di condizionamento inadeguati o inesistenti. Il punto nascite ormai non è in grado di soddisfare le richieste. Quanto al Marino, c'è una generazione di specialisti in crisi di identità. Sono passati dal prestigio e dall'eccellenza, a un orizzonte di dismissione: «Di che morte dobbiamo morire?», si chiedono ortopedici e addetti alla riabilitazione. «Che futuro avete in serbo per noi?»

L'UNIONE SARDA

ALGHERO Ospedali a metà, l'assessore a spasso tra i reparti-cantiere

Visita tra gli ospedali rattoppati e con i lavori di ristrutturazione ancora in alto mare. Il sindaco Mario Bruno ha accompagnato ieri mattina l'assessore regionale alla Sanità

Luigi Arru a fare un giro tra le corsie del Civile e del Marino, per mostrare i cantieri ancora aperti e le gravi carenze strutturali e di organico di cui i due presidi soffrono ormai da anni.

LAVORI A METÀ Alcuni reparti dell'ospedale Civile sono stati rimessi in sesto, ma l'ala ovest è ancora tutta da recuperare e, al momento, non ci sarebbero neppure le risorse finanziarie. «Sono venuto qui per ascoltare - ha anticipato l'assessore regionale appena arrivato in città - l'idea è di costituire una rete ospedaliera della Sardegna». E il nuovo polo ospedaliero per il quale la giunta Soru aveva stanziato una ottantina di milioni di euro? «Prima di sbilanciarsi bisogna vedere la situazione economica-finanziaria della sanità in generale», si è limitato a dire il componente della giunta Pigliaru. Per quanto riguarda la ripresa dei cantieri al Civile, Luigi Arru ha spiegato che tutto è legato alla predisposizione della rete ospedaliera. «Lo Stato ci chiede di avere idee precise prima di accedere ai fondi».

IL NUOVO OSPEDALE Mario Bruno, durante il tour con l'assessore, ha spiegato a quest'ultimo i vantaggi di realizzare un ospedale ex novo, nell'area già individuata dal Consiglio comunale, piuttosto che continuare a mettere le pezze alle strutture esistenti, edifici concepiti negli anni Sessanta e con difficoltà di messa a norma e in sicurezza. In ogni caso occorrerebbe ampliare l'ospedale per far fronte alle esigenze del territorio. A giudizio del sindaco Bruno occorre invece fare adesso una scelta coraggiosa.

«Abbiamo 260 milioni in Regione, sono fondi ministeriali. Una parte potrebbe essere impiegata per l'ospedale di Alghero. San Gavino - ha suggerito - ha lo stesso numero di posti letto di Alghero. Possiamo prendere quel progetto e catapultarlo in questa realtà, dobbiamo dare risposte a 43 mila abitanti».

MARINO ALL'ASTA L'ospedale Civile potrebbe ospitare gli ambulatori e la lungodegenza, mentre il Marino, di fronte al mare, potrebbe facilmente essere immesso nel mercato e ceduto al miglior offerente. «Avvertiamo in questi anni uno smantellamento complessivo dei nostri servizi sanitari - ha concluso il sindaco - facciamo fatica a conservare quello che abbiamo eppure abbiamo eccellenti professionalità».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cannabis terapeutica. Lorenzin e Pinotti firmano protocollo: al via produzione in stabilimento militare di Firenze

I farmaci cannabinoidi costeranno "meno della metà di quanto ora si spende per importare il principio attivo, circa 15 euro al grammo", ha spiegato il Ministro della Salute. Ci sarà "tutto lo spazio necessario per garantire il fabbisogno nazionale e anche per l'esportazione", ha assicurato il ministro della difesa, Pinotti.

Un protocollo per la produzione di cannabis terapeutica nello stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze. Lo hanno sottoscritto ieri, presso il Ministero delle

Salute, Beatrice Lorenzin e Roberta Pinotti, titolare della Difesa.

Oggi una fiala di farmaco cannabinoide costa fino a 900 euro, ma grazie al nuovo protocollo questi prodotti “costeranno meno della metà – ha spiegato **Lorenzin** – di quanto ora si spende per importare il principio attivo, circa 15 euro al grammo. La produzione nello stabilimento di Firenze abatterà ancora di più i costi e ci garantisce la sicurezza necessaria”. Se potranno prescriverli o meno anche i medici di famiglia “lo decideranno i tecnici che elaboreranno il progetto e poi il Consiglio superiore di sanità che lo valuterà. Io – ha aggiunto – sono favorevole al fatto che chi ha competenze faccia la prescrizione”.

Il progetto pilota “è la risposta ai pazienti con patologie gravi come Sla, sindrome di Tourette e sclerosi multipla. Persone – ha poi sottolineato il ministro – che necessitano dei farmaci con il principio attivo della cannabis”. Lorenzin ribadisce però che questo accordo e il progetto pilota non devono essere confusi con “l’uso delle droghe, che è un’altra cosa. Perché tante sostanze ‘stupefacenti’ sono usate nella farmacopea”.

Entro il 31 ottobre verrà costituito il gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei due ministeri e da quello delle Politiche agricole e forestali, dello Sfc, dell’Aifa, dell’Istituto Superiore di Sanità, e delle Regioni e Province autonome, per definire in un protocollo operativo, la programmazione delle operazioni da compiere, la quantificazione dei fabbisogni in relazione alle patologie, la fitosorveglianza, le verifiche e le tariffe le competenze del pool di esperti. Spetterà poi al Consiglio Superiore di Sanità dare il via libera alla produzione, dopo l’esame del protocollo. I primi farmaci saranno pronti entro il 2015.

La produzione presso lo stabilimento fiorentino avverrà “unendo le capacità con la sicurezza della sorveglianza militare – ha evidenziato **Pinotti** – Le potenzialità che le forze armate hanno sviluppato devono essere sfruttate per essere messe a disposizione della collettività”. Il ministro della Difesa ha infine assicurato che “c’è tutto lo spazio necessario per garantire il fabbisogno nazionale e anche per l’esportazione”.

Blocco stipendi PA. Anaa: "Dopo la scuola, il Governo trova i soldi per la Polizia. A quando la sanità?"

Il segretario nazionale, Costantino Troise, ha sottolineato come per questi comparti, a fronte di una volontà politica, siano stati fatti venir meno i vincoli economici. Per la sanità, tra l’altro, lo sblocco delle retribuzioni sarebbe a costo zero per il bilancio pubblico, visto che gli scatti di anzianità e gli avanzamenti di carriera "sono finanziati dai fondi contrattuali".

"Il fatto che il Governo abbia trovato le risorse economiche necessarie per sbloccare le retribuzioni delle forze di sicurezza è una buona notizia. Significa che, di fronte alla volontà politica, messa in campo oggi per il comparto di sicurezza come ieri per la scuola, non ci sono vincoli economici che tengano". Questo il commento del Segretario Nazionale Anaa Assomed, **Costantino Troise**.

"Ora ci aspettiamo che anche per la sanità svaniscano gli effetti deleteri del DL 78 del 2010 di tremontiana memoria, tanto più che gli operatori sanitari non godono, da molti anni anche se nessuno sembra ricordarlo, di scatti di anzianità e gli avanzamenti di carriera sono finanziati dai fondi contrattuali, cioè da risorse create dai precedenti contratti di lavoro. Il che significa che nel nostro caso non c'è da attivare alcun rincorsa affannosa a trovare coperture, perché lo sblocco delle retribuzioni è a costo zero per il bilancio pubblico", ha sottolineato il segretario Anaa.

"E' una questione di equità, ma anche di giustizia sociale per i giovani particolarmente taglieggiati da blocchi contrattuali e retributivi. La fatica di chi lavora nella sanità garantendo tutti i giorni e tutte le notti, proprio come le forze di polizia, l'accessibilità alla cure come la loro sicurezza, non merita umiliazioni né demotivazioni. Speriamo - ha concluso Troise - che sia la volta buona anche per gli statali in camice".

Burocrazia. Acoi: “Chirurghi soffocati dalla burocrazia: 26 fogli per un intervento da 15 minuti”

E' “indispensabile semplificare” una situazione diventata “insostenibile”: la denuncia arriva dall’Acoi che si scaglia contro la burocrazia e l’obbligo di riempire decine di pagine per interventi anche molto semplici che durano la metà del tempo necessario a compilare i moduli corrispondenti.

Ventisei fogli, 39 facciate. Sono le carte che devono essere compilate per un intervento chirurgico molto semplice, della durata di circa 15 minuti. E così i chirurghi “sono letteralmente soffocati dalla burocrazia”. Lo afferma **Mario Campli**, della segreteria nazionale dell’ Associazione chirurghi ospedalieri italiani.

“Per una fimosi prepuziale – spiega Campli – una patologia che richiede una procedura chirurgica di circa 15 minuti, è stato necessario riempire 39 pagine di scartoffie, passando il doppio o il triplo del tempo a compilare moduli”.

“Naturalmente – chiarisce il rappresentante dell’Acoi – la nostra è una provocazione, nessuno pensa che si debba o che si possa ritornare alla pratica chirurgica di 30 anni fa, quando le checklist e i consensi informati multipli di oggi non esistevano nemmeno: molta di questa carta è stata introdotta come strumento di miglioramento della qualità assistenziale.

“Ma in alcuni casi – sottolinea – tutta questa modulistica viene vissuta come un onere burocratico inutile, necessario solo da un punto di vista legale. Un effetto perverso della medicina difensiva a cui i chirurghi sono costretti a ricorrere per evitare contenziosi legali, a causa di una legislazione inadeguata sulle coperture assicurative”.

“Questi adempimenti burocratici – spiega ancora Campli – sono spesso imposti dalle direzioni sanitarie, ansiose di liberarsi da onerose responsabilità. Sarebbe stato preferibile concordare queste procedure con gli operatori che questa responsabilità vivono ogni giorno sulle loro spalle”.

Tumore del colon-retto. Il 60% dei pazienti vince la malattia grazie ai test e a terapie su misura

Presentata a Milano una guida per affrontare la malattia realizzata dalla fondazione Insieme contro il Cancro in collaborazione con Aiom ed Europa Colon e con il sostegno di Amgen. Sei pazienti su dieci sconfiggono la malattia grazie al test molecolare e a terapie personalizzate.

Quella del colon-retto è la forma di cancro più diffusa in Italia, in crescita crescita: nel 2013 sono state colpite 55mila persone, 3mila in più rispetto al 2012, 5mila rispetto al 2011. Oggi, grazie alla ricerca, le percentuali di guarigione sono aumentate del 12% fra le donne e del 14% fra gli uomini in 15 anni.

Ma tutti i pazienti colpiti da tumore del colon-retto dovrebbero essere sottoposti a un test molecolare. Grazie a questo esame si può scegliere, infatti, la terapia più efficace: nel 60% dei malati non è presente una particolare mutazione, il gene RAS e le terapie personalizzate riescono a migliorare in maniera significativa la sopravvivenza.

Oggi, a Milano, la fondazione “Insieme contro il Cancro”, in collaborazione con l’Associazione Italiana di Oncologia Medica ed Europa Colon, e con il sostegno di Amgen, ha realizzato una guida per affrontare la malattia, destinata ai pazienti e ai familiari, che sarà distribuita in tutti i centri sul territorio nazionale.

“Sei persone su 10 riescono a sconfiggere questa neoplasia – afferma **Francesco Cognetti**, presidente della fondazione Insieme contro il Cancro – Un risultato importante, raggiunto anche grazie a nuove terapie su misura. La selezione dei pazienti – prosegue – basata su un test per verificare la mutazione genetica, si traduce in un miglioramento di tutti i parametri di efficacia, con risparmi consistenti per il servizio sanitario nazionale. Perché la terapia viene così somministrata solo ai malati che possono beneficiarne con certezza”.

Per garantire uniformità nella pratica clinica nell’applicazione dei test molecolari in tutta Italia, gli oncologi dell’Aiom e i patologi della Siapec-iap hanno sviluppato un ampio progetto per la caratterizzazione dei tumori in funzione della strategia terapeutica.

“Negli ultimi anni – continua **Carmine Pinto**, presidente eletto Aiom – abbiamo unito gli sforzi per stabilire le raccomandazioni che permettono di definire con precisione le caratteristiche biologiche di cinque tipi di cancro: al seno, al colon-retto, al polmone, allo stomaco e melanoma”.

“Inoltre – sottolinea – in base a un recente controllo di qualità per la valutazione delle mutazioni genetiche nel carcinoma del colon-retto, è stato validato il 90% delle strutture di anatomia patologica e biologia molecolare, 79 su 88, che si sono sottoposte in maniera volontaria al programma delle due società scientifiche. In questo modo siamo certi che il test venga eseguito secondo criteri uniformi e accurati. Si tratta di una procedura unica in tutta Europa e vanto italiano a livello mondiale”
Purtroppo, il 20% dei pazienti colpito da cancro del colon-retto al momento della diagnosi si trova in uno stadio avanzato della malattia. “È necessario – aggiunge Cognetti – promuovere campagne di sensibilizzazione per far capire ai cittadini che il cancro si può prevenire, adottando stili di vita sani. Troppi italiani non aderiscono ai

programmi di screening, fondamentali per individuare in fase precoce la malattia, quando può essere trattata con successo”.

“Il test basato sulla ricerca del sangue occulto nelle feci – conclude – è offerto gratuitamente dal nostro sistema sanitario a tutte le persone di età compresa fra 50 e 75 anni anche senza fattori di rischio specifici. Ma il 65,9% dei nostri connazionali over 50 e il 72,6% degli over 70 non hanno mai eseguito questo esame”.

SOLE 24ORE SANITA'

La corruzione in Sanità vale una «spending»: a Roma il punto sul fenomeno e sulle ricette per contrastare una piovra che drena 23 miliardi alle cure

E' una piovra che sottrae cifre miliardarie alle cure destinate ai malati. La corruzione in Sanità continua a registrare in Italia numeri da capogiro, attestata com'è su un tasso del 5,9% (tra corruzione e frode) che si traduce in sei miliardi l'anno. Quota che arriva a 23 miliardi se si tiene conto pure di sprechi e inefficienze: pari al taglio da 20 miliardi annunciato con la legge di stabilità prossima ventura.

A tracciare il quadro della situazione è il Libro bianco 2014 realizzato da Ispe-Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e presentato ieri alla Camera di commercio di Roma nel corso del summit internazionale «Corruzione e sprechi in sanità. Nuoce gravemente alla salute», organizzato da Transparency International Italia, Risc e dallo stesso Ispe-Sanità.

L'occasione per fare il punto e per mettere insieme dati più volte ricordati anche dalla Corte dei conti, che ha più volte sottolineato come in sanità «si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo».

E mentre le ultime notizie dalla Lombardia raccontano di scandali ininterrotti proprio nel delicatissimo ambito sanitario, a proporre una strategia basata su quattro punti - anche considerando che l'Italia è maglia nera in Europa per quanto riguarda la lotta alla corruzione - è Ispe-Sanità: analizzare il fenomeno, quantificando con esattezza (e non con stime) il valore della corruzione; attivare una rete di controllo e strumenti di allerta per individuare e monitorare le situazioni a rischio; agire sulla normativa e ricostruire una cultura dell'integrità. Secondo Francesco Macchia, presidente Ispe, va pensata «una sorta di Daspo a vita per corrotti e corruttori che li escluda dall'amministrazione pubblica, un fondo "Robin Hood" con beni sequestrati a favore di chi denuncia; e "agenti provocatori" per tentare gli amministratori saggiandone la corruttibilità».

Corruttibilità che i cittadini hanno ben presente: secondo il Global corruption barometer del 2013, inoltre, un'ampia fetta di cittadini italiani considera quello sanitario un settore corrotto (40%) e il 4% ha riferito di aver pagato, nel corso del

2012, una tangente per accedere al servizio sanitario. Il 61% degli intervistati, tuttavia, ritiene che la gente comune possa fare la differenza nella lotta alla corruzione. Un tema, quello del cambiamento culturale, ripreso anche da Nicoletta Parisi, commissario dell'Autorità nazionale anticorruzione, secondo la quale «è proprio di un cambiamento culturale che c'è bisogno se pensiamo che, nel nostro Paese, chi denuncia episodi di corruzione viene considerato un delatore». Parisi ha sottolineato, poi, come sprechi e corruzione vadano quasi sempre di pari passo, «perché, il più delle volte, del denaro che viene mal speso beneficia qualcuno che opera in sanità. Lo spreco - ha aggiunto - è anche la causa dei ritardi nei pagamenti perché causa una riduzione delle risorse a cui attingere».

Da Francesco Bevere, direttore generale Agenas, arriva infine l'impegno a contribuire ad attivare «all'interno delle organizzazioni sanitarie specifici sistemi di allerta idonei a monitorare l'efficienza gestionale delle aziende sanitarie e dei singoli sistemi sanitari, ma anche - così come aveva intuito sin dal principio il ministro Lorenzin - a scongiurare la realizzazione di comportamenti illeciti». Infine, la conferma della sperimentazione nei prossimi mesi di un nuovo modello di gestione dei rischi nel sistema di governance e nella realizzazione, in collaborazione con la Scuola nazionale dell'amministrazione, di una sezione per l'alta formazione manageriale in ambito sanitario, che tra gli altri temi si occupi di corruzione e conflitto di interessi.

DOCTOR 33.IT

Diabete, dal colloquio con il paziente la migliore terapia

Il colloquio con il paziente fa la differenza nel gestire al meglio il diabete di tipo 2. Secondo una survey (IntroDia), condotta tra 10 mila cittadini e 6.700 medici di 26 paesi e presentata a Vienna a margine del 50° Congresso della Società europea di diabetologia, il momento della comunicazione della diagnosi segna il passo di come poi il paziente sarà in grado di convivere con la malattia, i cambiamenti dello stile di vita e l'assunzione dei farmaci. Le maggiori difficoltà, per i clinici, risiedono nel far comprendere ai pazienti che da quel momento in poi lo stile di vita dovrà cambiare, anche in virtù del fatto che non c'è mai abbastanza tempo in ambulatorio per dare spiegazioni esaurienti. «Emerge una forte richiesta di aiuto da parte dei medici per interventi di supporto che li aiutino sia durante il momento della diagnosi sia eventualmente quando si rivela necessario modificare la terapia in corso» Anne Belton, vice presidente dell'International diabetes federation che ha partecipato attivamente all'indagine sostenuta da Boehringer Ingelheim e Lilly.

Nuova terapia di combinazione

L'incontro è stata anche l'occasione per presentare i risultati di uno studio di fase III sull'impiego dell'associazione tra linagliptin ed empaglifozin, l'innovativo inibitore del riassorbimento renale del glucosio (inibitore del Sglt2) la cui autorizzazione al commercio è stata approvata dalla Commissione europea la scorsa primavera. Lo

studio era teso a valutare efficacia e sicurezza dell'associazione di empaglifozin a diversi dosaggi (25 e 10 mg) con linagliptin 5mg rispetto ai singoli farmaci, con o senza metformina. La durata è stata di 52 settimane per un totale di 1.363 soggetti coinvolti divisi in 5 gruppi paralleli (empagliflozin 25mg/linagliptin 5mg, empagliflozin 10mg/linagliptin 5mg, linagliptin 5mg, empaglifozin 25mg, empaglifozin 10mg). Come terapia aggiuntiva a metformina, l'associazione empagliflozin 25mg/linagliptin 5mg e empagliflozin 10mg/linagliptin 5mg hanno ridotto l'HbA1c rispettivamente di -1,21% e -1,0% rispetto al basale. Per le altre terapie: linagliptin 5mg -0,45%, empaglifozin 25mg -0,69%, empaglifozin 10 mg -0,70%. Infezioni del tratto genitale sono state riscontrate rispettivamente nel 2,2%, 5,9%, 8,5%, 7,9%, 2,3% e del tratto urinario nel 10,2%, 9,6%, 13,5%, 11,4% e 15,2% dei gruppi. Nel caso invece di pazienti *naive*, ovvero non trattati con metformina, empagliflozin 25mg/linagliptin 5 mg ed empagliflozin 10mg/linagliptin 5mg hanno ridotto l'HbA1c rispettivamente di -1,18 e -1,25%. Per le altre terapie: linagliptin 5mg -0,51%, empaglifozin 25mg -1,2%, empaglifozin 10mg -0,87%. Infezioni del tratto genitale sono state riscontrate rispettivamente nel 5,9%, 2,9%, 4,4%, 5,2%, 3% e del tratto urinario nel 12,5%, 15,4%, 10,4%, 16,3% e 10,4% dei gruppi. È in corso da parte dell'Fda la valutazione per la registrazione della terapia di combinazione empaglifozin/linagliptin in un'unica compressa che sarebbe così la prima ad associare un inibitore del SglT2 e uno del Dpp-4.

Troppe reazioni avverse a generici. Aifa: segnalare con responsabilità

L'Aifa ha richiamato tutti gli operatori sanitari a «una segnalazione responsabile, focalizzata non soltanto su alcune specifiche tipologie di medicinali» dal momento che nel primo semestre del 2014, il sistema di farmacovigilanza nazionale ha registrato uno «sproporzionato aumento» del numero di segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci per i quali esiste un generico o un biosimilare. L'Agenzia fa riferimento a quanto emerso da un'analisi dei dati registrati nella Rete nazionale di farmacovigilanza (Rnf) nei primi sei mesi dell'anno e per quanto ipotizzi una maggiore sensibilità da parte degli operatori, sottolinea un comportamento anomalo da parte dei medici. L'Aifa fa notare che «la maggior parte di queste segnalazioni proviene da medici che non avevano mai segnalato una reazione avversa prima del 2014 e da Regioni in cui sono stati stipulati accordi attraverso i quali sostanzialmente il farmacista è autorizzato a non sostituire il prodotto originator con l'equivalente o biosimilare a patto che il paziente sia intollerante a quest'ultimo e che ciò sia dimostrato dall'inserimento nella Rnf dell'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa». Ribadisce, comunque, l'aumento di queste segnalazioni si può ricollegare a vari fattori tra i quali «una maggiore consapevolezza e sensibilità degli operatori sanitari verso l'importanza della segnalazione delle sospette reazioni avverse, come anche l'attivazione di progetti di farmacovigilanza e specifiche disposizioni regionali che possono influenzare il fenomeno». La nota ricorda «che qualsiasi dato contenuto nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza dopo pochi giorni

viene trasmesso alla banca dati europea Eudragilance a cui accedono tutte le Agenzia regolatorie europee».

Acoi, chirurghi soffocati dalla burocrazia

Trentanove pagine di “scartoffie” da riempire per una procedura chirurgica che richiede non più di 15 minuti. A denunciare la situazione in una nota **Mario Campli**, della segreteria nazionale Acoi, Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, che sottolinea come i chirurghi siano «letteralmente soffocati dalla burocrazia» e passino «il doppio o il triplo del tempo a compilare moduli». Il rappresentante di Acoi precisa come si tratti di «una provocazione». «Nessuno pensa che si debba ritornare alla pratica chirurgica di 30 anni fa, quando le checklist e i consensi informati multipli di oggi non esistevano nemmeno» spiega Campli. «Ma in alcuni casi tutta questa modulistica viene "vissuta" come un onere burocratico inutile, necessario solo da un punto di vista legale. Un effetto perverso della “medicina difensiva” cui i chirurghi sono costretti a ricorrere per evitare contenziosi legali, a causa di una legislazione inadeguata sulle coperture assicurative. Questi adempimenti burocratici sono spesso imposti dalle direzioni sanitarie, ansiose di liberarsi da onerose responsabilità. Sarebbe stato preferibile concordare queste procedure con gli operatori che questa responsabilità vivono ogni giorno sulle loro spalle. Oltre ad un danno per i pazienti, questa situazione» conclude «ha provocato una crescita enorme della burocrazia. Questa situazione è insostenibile, è indispensabile semplificare, nell’interesse di tutti».

Trattativa a rilento, sindacati medici contestano metodo Sisac

Troppe riunioni, lente nel metodo, con parti troppo distanti: il sentimento generale dei sindacati dei medici di famiglia al termine dell’ultima tornata di trattative per il rinnovo dell’accordo nazionale è contrastato. «Da una parte siamo disposti a procedere, dall’altra riteniamo molto difficile si riesca a concludere entro l’anno. La piattaforma che la controparte, l’agenzia interregionale Sisac ndr ci ha proposto sembra proprio un castello di sabbia costruito su una legge inutile; inoltre non ci viene dato l’articolato completo ma si discute articolo per articolo a partire dal numero 1. Infine non ci sono soldi e le cose che ci propongono di fare sono prestazioni a beneficio dei cittadini finanziate da noi», dice Angeo Testa Presidente Snami.

Nicola Preiti coordinatore Fp Cgil per i Medici convenzionati, snocciola i punti di frizione tra medici e parte pubblica: «Sono state fissate 24 sedute di qui a fine anno, mercoledì e giovedì, con interruzione nelle settimane festive. Per un medico di famiglia è quasi impossibile prendersi tante ore senza creare nel proprio studio lacune assistenziali e perdere assistiti. Inoltre la procedura scelta per esaminare gli articoli è lenta. E i punti di partenza sono molto distanti. Per le Aggregazioni funzionali territoriali ad esempio la Sisac contempla la possibilità che i medici abbiano studi singoli più un’attività nella sede attrezzata dell’Aft, sede che potrebbe essere messa a

disposizione insieme al personale da medici che contrattassero con essa l'erogazione di fattori produttivi ».

Cgil medici fa parte di Intesa sindacale, la coalizione con Simet, Sumai e Cisl balzata agli onori della cronaca settimana scorsa per aver inviato quattro delegati, uno per sigla, quando il regolamento Sisac in proporzione al peso degli iscritti ne ammetteva due. Il disguido è stato all'origine della sospensione della trattativa e le sigle di Intesa avevano minacciato di impugnare il regolamento. Per ora hanno però rinunciato. «Il regolamento sbandierato da Sisac che impone un delegato per ogni 10% o frazione superata la soglia di rappresentatività nazionale –rileva Preiti - non si applica dal 2007 e non nascondiamo la nostra intenzione di impugnarlo, ma ora intendiamo evitare ulteriori ritardi».

Corte dei conti: anche danno all'immagine Asl è danno erariale del professionista

Comportamento “contrario ai doveri d'ufficio e idoneo a diffondere nell'opinione pubblica un senso di sfiducia nell'azione del pubblici dipendenti, ed in particolare di chi è preposto alla erogazione di un servizio fondamentale-la tutela della salute-esercitato nei confronti di soggetti deboli”. Con queste parole riportate sul sito www.fnomceo.it, la Corte dei Conti toscana ha condannato una ginecologa di Bibbiena sia per danno erariale sia per danno all'immagine dell'Asl, per aver in qualche modo ingenerato disaffezione dei cittadini verso l'azienda pubblica. La ginecologa era stata condannata a due anni per concussione e peculato (articoli 317 e 314 c.p.) perché sue visite effettuate sulle pazienti durante l'orario di lavoro erano eseguite come prestazioni libero professionali; inoltre, per alcune prestazioni in libera professione intramoenia, riscuoteva senza versare il 15% all'Asl. La ginecologa aveva patteggiato la pena e l'ultima parola l'ha detta la Cassazione a giugno 2013. Intanto era stato attivato alla Corte dei Conti un procedimento per danno erariale nel quale oltre al danno diretto patrimoniale all'Asl pari a circa 6.000 euro, i giudici contabili hanno ravvisato un danno all'immagine dell'Azienda per il quale è arrivata la condanna ad altri 5 mila euro di risarcimento a fine agosto scorso. Non è il solo caso da segnalare nell'Aretino. Il 26 agosto con sentenza 155 la Corte dei Conti ha condannato un altro medico ospedaliero che si era messo in aspettativa con l'Azienda per assistere un congiunto e però visitava privatamente, e in questo caso il danno erariale rilevato è stato di oltre 33 mila euro.

La novità nell'indirizzo dei giudici contabili sta nel danno all'immagine, in una stagione in cui il pubblico fattura meno perché il costo del ticket rende più competitiva l'erogazione di una prestazione nel privato. Spetta alle regioni provvedere a un sistema di controllo informatizzato che metta in condizione le aziende sanitarie, ai sensi della Legge Balduzzi, di controllare l'attività libero professionale intramuraria allargata, che si svolge fuori ambito ospedaliero ed è meno sorvegliabile: è qui che si possono annidare singoli casi di evasione», dice Nicola Preiti vicesegretario Cgil Medici. «Ove i comportamenti irregolari fossero diffusi a più professionisti, ferma restandone l'esecrabilità, anche l'Azienda sanitaria (è la

linea Cgil) andrebbe chiamata a spiegare quali controlli ha attivato sull'intramoenia e con quali risultati».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584