

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
20 GIUGNO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Bilancio Asl, ok dalla Regione Parere positivo per il documento contabile 2012. Giannico: svolta storica

La Regione ha dato parere favorevole al bilancio d'esercizio 2012 dell'Asl. Dopo l'approvazione del documento contabile da parte del Collegio dei revisori e della Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria anche l'istruttoria regionale ha dato parere positivo. Il Bilancio consuntivo, deliberato dalla Asl di Sassari nel giugno del 2013, si era chiuso con un pareggio di bilancio. «Una svolta storica – ribadisce il direttore generale, Marcello Giannico decisamente soddisfatto per il risultato ottenuto grazie al processo di risanamento economico e finanziario della seconda azienda sanitaria dell'isola. «Certo, il pareggio di bilancio è stato raggiunto grazie anche al finanziamento della Regione Autonoma della Sardegna, che ha consentito di far fronte alle attuali inefficienze della rete assistenziale territoriale – ci tiene a sottolineare Giannico –: ma è anche bene precisare che la Asl di Sassari grazie al contenimento delle spese ha chiesto e ottenuto la percentuale più bassa di ripiano dei debiti, rispetto ad altre realtà sanitarie della Sardegna». «L'approvazione da parte della Regione è l'ennesimo attestato di serietà e correttezza intrapreso da questa amministrazione per migliorare la qualità dei dati contabili – conclude il direttore generale della Asl sassarese che aggiunge – con questo spirito abbiamo accolto le indicazioni fornite dalla Regione per il miglioramento qualitativo del documento contabile tanto che ne stiamo dando piena attuazione nel Bilancio 2013».

OLBIA Il San Raffaele Gallura bipartisan: sì all'investimento

Il traguardo (il prossimo martedì) è sempre più vicino per la Gallura, che non vuole perdere l'occasione di un investimento prezioso per il territorio e per la Sardegna. Perciò la mobilitazione bipartisan per il San Raffaele è un'assemblea popolare senza battesimi formali di questa o l'altra sigla politica, anche se stavolta è stato il Pd a promuovere l'iniziativa e domattina sarà la volta di Forza Italia, alle 11 a Spirito santu, davanti alla struttura ereditata dai travagli finanziari tutt'altro che conclusi della Fondazione monte Tudor di don Verzè. Pienone straordinario di 400 persone nella sala conferenze del Museo archeologico. E abbracci dichiarati di unità d'intenti mai vista tra centrodestra e centrosinistra. «La parte più impegnativa e importante del lavoro è stata fatta, siamo agli ultimi metri di questo percorso compiuto nella maniera migliore possibile per ottenere l'armonizzazione di tutte le esigenze», osserva il parlamentare del Pd Giampiero Scanu. È più che ottimista, ancor più a fine serata, dopo la verifica sul campo di «una città unita che ha piena coscienza di questo obiettivo. Del resto è un progetto al quale il nostro territorio sta lavorando da oltre vent'anni, le nostre famiglie si sono indebitate per dare la possibilità ai propri cari di curarsi. Senza l'impegno del Governo e della Regione – ha aggiunto –

avremmo visto il Qatar andare via». Segna gli ostacoli dal campo delle perplessità: «Non ci saranno sovrapposizioni tra il sistema sanitario pubblico e il privato: il Governo sta definendo un provvedimento che consentirà di godere di un plafond extra moenia che noi come Regione possiamo ottenere e che consentirà di aprire la struttura il primo marzo del 2015». L'ottimismo diverrà certezza all'inizio della prossima settimana, quando la Commissione sanità del consiglio regionale si riunirà (così sembrava ormai deciso ieri sera a Cagliari) in sede deliberante saltando così l'appuntamento con l'aula previsto il 24, giorno entro il quale il Qatar vuole il parere definitivo sull'operazione che realizzerà con l'investimento di 1.2 miliardi. Intanto Scanu guarda all'immediato futuro: «Già ora dobbiamo pensare alla gestione di tutti gli impegni che verranno, con le forze del lavoro, con le imprese, assicurarci la parità di partecipazione delle imprese locali e sarde. Dobbiamo essere coscienti che stiamo costruendo l'economia della conoscenza, dalla quale scaturiranno benefici diffusi per lo sviluppo e per il lavoro». Tra le ricadute positive, si sofferma Ramona Cherchi dell'Associazione albergatori di Olbia, il turismo e l'indotto dell'accoglienza che trascinerà in Sardegna l'investimento della Qf. «La speranza – segnala Fabio Spano, segretario della Cgil – è che oltre i posti letto si aprano spazi per le imprese del territorio anche sul fronte della sburocratizzazione delle procedure, che siano rapide come per il Qatar, e così favorire il ritorno degli imprenditori». Tutti schierati sul fronte del San Raffaele: «Questa – ha detto il sindaco Gianni Giovannelli – è una rivendicazione di civiltà di tutta l'isola, che ci consentirà di fare un salto di qualità nella sanità e di non avere più nessun cittadino costretto a rinunciare alle cure perché non ha i soldi per recarsi fuori dall'isola». «La battaglia delle battaglie», l'ha definita il medico e deputato di Fi Settimo Nizzi, che ha chiesto al governatore Pigliaru «un deliberato definitivo che dia certezza alla struttura del San Raffaele». Numerosi gli interventi nelle tre ore di assemblea. Dalla segretaria del Pd Angela Corda a Stefano Giua (Popolari per la Sardegna), Marco Piro (Forza Italia), Remo Pitzadili (Unidos), Giulio Careddu (Misto), Alberto Farina (Cisl), Mirko Varchetta (Centro democratico-Sel), Rino Piccinu (assessore comunale sanità), Vanni Sanna (presidente consiglio comunale), Pierluigi Caria (Pd) e tanti altri. Ma è stato il capogruppo del Pd in consiglio comunale, Giorgio Spano, a mettere una sull'altra le cifre che dimostrano il corpo sanitario di Olbia deficitario rispetto alla Sardegna e a rivendicare «la fine del sacco di Olbia».

OLBIA La giunta di Confindustria martedì si riunisce in città

La Giunta di Confindustria Sardegna si riunirà martedì prossimo, 24 giugno, in coincidenza con i termini fissati per la risposta della Regione alla proposta di investimento della Qatar Foundation per il completamento e il rilancio dell'ospedale Bambin Gesù San Raffaele di Olbia, come istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. «Sarà l'occasione, per gli imprenditori isolani – sottolinea Confindustria in una nota –, per lanciare proprio da Olbia un messaggio pubblico forte sull'importanza economica, occupazionale e sociale connessa alla capacità di attrarre rilevanti investimenti esteri in Sardegna e Italia. Con il forte auspicio che il 24 si possa suggellare una scelta positiva piuttosto che stigmatizzare l'ennesima occasione perduta». «Confindustria – prosegue la nota – rinnova l'invito alla Giunta e al consiglio regionale, di concerto con il Governo nazionale, a fornire nei tempi necessari all'investitore una risposta d'alto profilo, responsabile e senza riserve, per dar prova che la politica sa compiere quelle scelte che servono per costruire un futuro nella nostra regione»

L'UNIONE SARDA

OLBIA Pd e Confindustria: «San Raffaele, la Giunta dia certezze sui tempi» Ieri assemblea Dem, domani mobilitazione di FI. Industriali riuniti a Olbia il 24 giugno

A pochi metri dal traguardo per il San Raffaele arriva la spinta delle imprese. La giunta di Confindustria Sardegna si riunirà simbolicamente ad Olbia il 24 giugno, la data fissata per la risposta della Regione alla proposta d'investimento della Qatar Foundation. Gli imprenditori sardi hanno rinnovato l'invito alla Regione «a fornire nei tempi necessari all'investitore una risposta d'alto profilo, responsabile e senza riserve, per dare prova che la politica sa compiere quelle scelte che servono ai cittadini, agli imprenditori ed ai lavoratori per concorrere a costruirsi un futuro nella nostra regione». Sulla stessa lunghezza d'onda la Camera di commercio del nord Sardegna: «La politica regionale - si legge in una nota - ha l'occasione per far sì che il San Raffaele rappresenti non solo un investimento importante e una partnership internazionale di rilievo ma anche un simbolo di rilancio socio-economico per il territorio».

MOBILITAZIONE E intanto il San Raffaele un miracolo l'ha fatto: quello di unire in uno stesso fronte tutte le forze politiche olbiesi, compresi storici avversari. Nell'affollata sala del museo, all'incontro organizzato dal Pd cittadino, si sono presentati anche gli esponenti del centrodestra che hanno invitato i democratici a fare altrettanto sabato alla manifestazione organizzata da Forza Italia nel cantiere dell'ospedale. Il sindaco Gianni Giovannelli, ha ricordato, insieme a tanti altri, lo squilibrio esistente a sfavore della sanità gallurese, olbiese in particolare, e l'altissima mobilità: «Il 40 per cento dei pazienti deve curarsi fuori dalla Asl, con costi altissimi. Noi stiamo arricchendo altre strutture isolate e non». Settimo Nizzi, anche in veste di medico, ha osservato che «più siamo, migliori servizi diamo. Perché il centro di questa questione non è un primariato o una poltrona ma il paziente». Il deputato Gian Piero Scanu, che fu sindaco promotore del progetto 24 anni fa, ha concluso: «Stiamo arrivando al traguardo. Ci sarà un'armonizzazione delle varie esigenze, così, come è sempre stato nelle intenzioni. Il governo sta definendo un provvedimento che consentirà di godere di un plafond extra moenia che permetterà di aprire la struttura entro marzo». Scanu ha anche spiegato che senza l'intervento della politica, il fondo del Qatar, avrebbe già rinunciato all'investimento.

ALTRE REAZIONI Il presidente del distretto sanitario Antonio Satta ha invece espresso le sue preoccupazioni in un documento: «I benefici non interessano un territorio ma sono estesi all'intera Sardegna. Voglio sperare che la giunta e il Consiglio regionale, pur con tutte le legittime garanzie che deve avere il servizio della sanità pubblica, diano il via libera nei tempi programmati. Un eventuale diniego assesterrebbe un colpo mortale all'economia della nostra Regione e a un'opportunità irripetibile capace di portare nella sanità la Sardegna nel mondo».

DALL'ITALIA

Medicina. Ora si cambia: "Laurea abilitante e scuole di specializzazione per medicina generale". Intervista al presidente del Cun Lenzi

Tutto prende spunto dalle ultime decisioni del Governo. A partire dall'aumento delle borse di specializzazione in medicina e dalle proposte del Miur e della Salute in materia di formazione pre e post laurea. "Le Università sono pronte al cambiamento", dice Lenzi, "andando anche oltre le proposte del Governo e prevedendo l'accesso diretto all'Esame di Stato dopo la laurea"

Rivedere gli ordinamenti delle scuole di Specializzazione e innalzare i livelli di formazione post laurea in Medicina generale agli standard universitari. Sono queste le prossime due sfide per la formazione dei medici nei progetti dei ministeri dell'Università e della Salute. I lavori per raggiungerli sono già iniziati e partono, peraltro, da due documenti già approvati lo scorso anno a largo consenso.

Ma non basta, in questa nuova intervista esclusiva ad **Andrea Lenzi**, presidente del Consiglio Universitario Nazionale e della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina, anticipiamo anche alcune novità che potrebbero entrare nei lavori in corso, a partire dalla sua proposta di trasformare la laurea in medicina in "laurea abilitante" per garantire l'accesso diretto all'Esame di Stato. E poi anche il come e il quando saranno attuate le norme che hanno incrementato i posti nelle Scuole di Specializzazione e la proposta del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, di trasformare in Specializzazione anche la formazione in medicina generale.

Professor Lenzi, il ministro Giannini ha mantenuto la promessa e incrementato i posti per la Specializzazione. È soddisfatto?

Sicuramente è stato un piacere constatare la fedeltà del ministro alle promesse fatte. Anzi, l'aumento a 5.000 dei posti per le Specializzazioni è stato un risultato superiore alle aspettative: non solo ha superato di gran lunga i 3.300 previsti per il 2014, ma è andato addirittura oltre i 4.500 posti messi a bando nel 2013. Certo, non possiamo dimenticare che 5.000 resta comunque un numero inferiore alle necessità, dal momento che tra i "residui" degli anni passati e la crescita del numero degli immatricolati sei anni fa e quindi dei laureati nel 2013-14, i candidati alle scuole di specializzazione dovrebbero essere circa 8.000.

L'incremento dei posti è stata comunque una buona notizia e, unito alla [determina Miur](#) per individuare soggetti competenti a cui affidare la predisposizione dei test per l'accesso alle scuole e alla pronuncia definitiva del Consiglio di Stato con le ultime indicazioni sul bando, ha creato tutti i presupposti per effettuare il concorso.

Che dovrebbe svolgersi a ottobre, giusto?

Sì, con grande ritardo rispetto alla data prevista, che era l'inizio del 2014. Ma più che guardare al passato, credo che in questo momento sia importante guardare al presente e al futuro. Speriamo di essere usciti definitivamente dalla fase di emergenza e di poter riprendere a gestire le Scuole di Specializzazione nel modo più corretto.

Parliamo del futuro...

Il ministro Giannini mi ha incaricato di impegnarmi su una attività – richiesta anche dal MEF – per riordinare gli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione, ipotesi di cui si era già parlato in passato e prevista dalla normativa, per la quale si era parlato di ipotesi di accorciamento e accorpamento, ma soprattutto di revisione ordinamentale. Siamo già al lavoro e l'obiettivo è approvare il riordino entro il prossimo ottobre.

In che direzione vi muoverete?

Vi sono tre condizioni fondamentali. La prima è di potere usare come base di lavoro il documento approvato lo scorso anno all'unanimità dalla commissione MIUR che presiedevo e formata dal CUN, da Rettori, da rappresentanti delle Scuole e dagli Specializzandi. Un documento che, per quanto riguarda gli ordinamenti, si muoveva in varie direzioni: revisione di tipologie, classi e aree e durata complessiva, obiettivi formativi, piano didattico, tronco comune, attività professionalizzanti, ma anche rapporti con il SSN, indicatori per la valutazione della attivazione e delle performance delle scuole, scuole per i non laureati in medicina, esame finale nazionale ecc. La seconda necessità è la trasformazione della laurea in Medicina in "Laurea abilitante", che consenta, cioè, di svolgere l'Esame di stato immediatamente dopo la laurea evitando i tempi morti. L'attuale sistema, infatti, prevede che per accedere all'Esame di Stato, il laureato debba, ad integrazione delle attività formative professionalizzanti, acquisire dei crediti anche attraverso alcuni mesi di tirocinio pratico. Alla fine, tra la laurea e l'abilitazione, passano in media 6 mesi. Tempi morti che vogliamo tagliare. La terza imprescindibile condizione è che la rimodulazione degli ordinamenti delle Specializzazioni alla quale stiamo lavorando sia in totale armonia con la normativa europea, così che ai nostri specializzati non siano precluse le opportunità offerte nell'area UE.

Che risposta ha ricevuto a queste sue condizioni?

Ho ricevuto disponibilità da parte del ministro alla quale a questo punto dobbiamo massima collaborazione.

Cosa ne pensa, invece, dell'idea del ministro Lorenzin di trasformare la formazione in medicina generale in una vera e propria specializzazione?

È un'ipotesi che condividiamo. Siamo convinti che gli studi dei medici di medicina generale debbano compiere un passo in avanti migliorando la qualità della preparazione. Questo non significa che i corsi debbano essere svolti presso le università, nessuna sottrazione alle scuole esistenti, ma devono basarsi su standard universitari in termini di obiettivi e numero di crediti formativi. In realtà la proposta del ministro Lorenzin va in linea con quanto già proposto ed approvato al Ministero della Salute da una commissione coordinata dal professor Gianfranco Gensini a cui partecipavo in rappresentanza MIUR e a cui partecipavano i rappresentanti dei MMG e degli ordini dei medici. Allora avevamo approvato all'unanimità un documento che impostava il percorso di studi post laurea in medicina generale su un modello universitario, pur lasciando la gestione delle scuole in medicina generale agli attuali enti regionali. Il modello di Specializzazione proposto dal ministro Lorenzin è un'alternativa interessante e io sono a disposizione come CUN per ogni supporto e da parte nostra non vuole essere una invasione di campo ma solo un supporto dell'università per una formazione migliore.

Anche in questo ambito, quindi, dobbiamo aspettarci presto novità?

Ritengo che ci siano le condizioni per lavorare bene e in fretta, anche grazie alla presenza di due ministre che hanno dimostrato grande spirito di collaborazione e grande pragmatismo.

Altre criticità su cui occorrerebbe intervenire?

Sicuramente il numero di immatricolati dovrebbe essere strettamente legato, per legge, al numero di posti che saranno a disposizione nel Ssn sei anni dopo la data del test di ammissione, cioè a termine del ciclo di studi universitario. Noi laureiamo il 90% degli iscritti, grazie al numero programmato ed alla frequenza obbligatoria, però, come avevamo detto nel corso della [nostra intervista di poche settimane fa](#), è inutile laureare 9mila medici se poi il Ssn non è in grado di assorbirli.

Una programmazione che dovrebbe essere scontata, ma che invece sembra impossibile da realizzare...

Non è vero, perché in realtà fino a qualche anno fa era così: si laureavano 6 mila giovani colleghi per i quali erano a disposizione circa 1.000 posti nelle scuole di formazione in medicina generale e 5.000 nelle scuole di Specializzazione. Purtroppo, però, successivamente il numero di immatricolati è cresciuto, fino a raggiungere gli oltre 10.000 nel 2014, ma questo incremento non è stato affiancato da un altrettanto consistente incremento delle due alternative post laurea. Le dirò di più, non solo le immatricolazioni dovrebbero essere proporzionate ai posti disponibili nelle scuole di formazione post laurea, ma probabilmente bisognerebbe riproporzionare i posti nelle Scuole di Specializzazione e nelle scuole di Medicina generale, prevedendo, ad esempio, su 9.000 laureati una ripartizione di 5-6.000 nelle Scuole di Specializzazione e 4-3.000 nelle scuole di medicina generale debitamente rafforzate. Se è vero che, per rispondere alla nuova domanda di salute e rendere il sistema sanitario più sostenibile, dobbiamo rafforzare il territorio, questo potenziamento, numerico oltre che qualitativo, della formazione in medicina generale è inevitabile. Di questo però si deve occupare la programmazione sanitaria regionale e nazionale e quindi io qui parlo più da cittadino in quanto altri sono i decisori e gli esperti.

23° congresso Anaao Assomed. Cavicchi: “I medici facciano un’azione di disobbedienza civile”. Bianco: "A Brescia già lo fanno contro stammina"

È una chiamata all’unità e ad un gesto eclatante dei camici bianchi quello che Ivan Cavicchi fa dal palco del congresso Anaao nel corso della tavola rotonda della prima giornata di lavori. Il presidente Fnomceo sollecita una fase di innovazione per la professione. Al dibattito presenti anche Aceti di Cittadinanzattiva e l'economista sanitario Russo

“La crisi che sta attraversando la professione si risolve mettendo in discussione i luoghi comuni, ovvero quelle abitudini mentali che ripetono tutti convinti che siano la verità”. A parlare è **Ivan Cavicchi**, docente di sociologia dell’organizzazione sanitaria Facoltà di medicina e chirurgia Università Tor Vergata di Roma, all’interno di una tavola rotonda dal titolo “La sanità dentro la crisi e i luoghi comuni” svoltasi all’interno del 23° congresso nazionale Anaao Assomed in corso di svolgimento ad Abano Terme.

“Questi luoghi comuni – continua Cavicchi - da anni rotolano nei nostri convegni e non ci

fanno andare avanti. Il luogo comune è il nostro nemico, è un orizzonte chiuso che va cambiato”. Poi il sociologo ha affrontato la questione medica, “che riguarda tutte la professioni sanitarie e rappresenta il capitale del sistema”. Per questo “è necessario ripartire dal lavoro, ovvero dal blocco del turn over che dobbiamo prendere di petto per tutta quella serie di problemi che solleva”. Come fare? La risposta del sociologo sta “in un’azione di disobbedienza civile, perché non possiamo più andare avanti in questo modo, serve un’azione collettiva per rimettere in moto il meccanismo del lavoro” e superare la sostenibilità in modo diverso “dai tagli lineari e dai piani di rientro”.

A Cavicchi che chiede un’azione di disobbedienza civile, **Amedeo Bianco**, senatore del Pd, ma soprattutto presidente della Fnomceo, risponde che a “Brescia i medici stanno portando avanti una forma esposta di disobbedienza civile, rifiutandosi di fare le infusioni e i risvolti penali sono tutti da scoprire”. Sulla professione medica e su come sta cambiando per il presidente della Fnomceo “occorre una fase di spinta verso l’innovazione, serve un pensiero lucido e una strategia efficace. Ma oltre a questo serve anche la forza e la capacità di organizzare un processo di ricompattamento”. E qui è forte il richiamo al ruolo delle organizzazioni che per Bianco “devono saper offrire una nuova offerta sindacale”, solo così infatti si supera il disagio della professione che a suo modo di vedere ha “nell’articolo 32 della Costituzione il suo cuore antico”, richiamando in questo modo il claim del 23 Congresso nazionale dell’Anaa Assomed.

Per **Fabrizio Russo**, economista, esperto di etica applicata al management sanitario, parlare di etica sanitaria vuol dire innanzitutto “guardare in maniera concreta a ciò che serve”, un attore sanitario “che capisce il suo fine è anche in grado di garantirlo collaborando però insieme ad altre figure professionali”. L’etica per Russo è dunque il “lavoro ben fatto” però, sottolinea, il medico deve “essere messo nelle condizioni di farlo bene” e quindi è urgente aggiornare “i contratti di lavoro. Il Ministero deve garantire le condizioni per svolgere il lavoro” e qui, in sintonia con quanto detto da Cavicchi, Russo evidenzia come criticità “il bocco del turn over”.

Per **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale Cittadinanzattiva-Tdm, la “sostenibilità è un ricatto e continuare a tagliare il fondo sanitario è un argomento che non regge più”. Cosa fare dunque? Aceti dice che la chiave di volta “è la spesa pubblica integrata della spesa sanitaria”, ovvero un coordinamento delle spese di tutti i ministeri “oltre alla prevenzione”.

La sostenibilità è un falso mito? A questa domanda ha cercato di dare una risposta Cavicchi. La sostenibilità, secondo il sociologo, la determinano “Governo e regioni, e questo ci sta uccidendo, minando le caratteristiche delle professioni. Il governo non deve escluderci dalla concertazione”. È giunto il momento per Cavicchi di ridisegnare la figura del medico in quanto “in grado di produrre valori”. Perché che “sviluppo faccio se svilisco le professionalità? Anche i medici però devono mettersi in dubbio, devono misurarsi sui risultati”. Insomma per Cavicchi se la professione “non manda un segnale forte, il declino è inevitabile”.

Ma il Parlamento in tutto questo che fa? “Le Camere – ha riferito il senatore Bianco – soffrono di sostanziale deprivazione, schiacciate tra le regioni e i decreti del governo. Eppure si va avanti e il sistema tiene, anche se sappiamo come si va avanti e come il sistema riesce a tenere”. Inoltre per Bianco il Ssn “sarà sempre sostenibile, però abbassando il livello si comprimono anche i fattori produttivi”.

“Il patto non può chiudersi solo tra regioni e governo, l’assenza di confronto – è il parere di Aceti – non è possibile. Il confronto anzi è dovuto. Il governo parla di risparmi per miliardi,

però ci dovrebbe dire come intende riallocare quelle risorse”.

Speciale farmaco biologico. Quale equilibrio tra continuità terapeutica e sostenibilità economica

Si è svolto ieri Milano il primo di una serie di incontri promossi dalla Fondazione Charta che vedono istituzioni, clinici, farmacisti ospedalieri e farmacoeconomisti a confronto sui molti interrogativi legati alla comparabilità clinica e all'interscambiabilità tra farmaco biologico e biosimilare

È la “variabilità” a dominare nel mondo dei farmaci biologici strettamente legati ai farmaci biosimilari, la loro opzione terapeutica una volta scaduta la copertura brevettuale. Un connubio strettissimo che apre però le porte a numerosi interrogativi in termini di comparabilità clinica e quindi di interscambiabilità dei due farmaci. Oltre a produrre un patchwork di normative a livello locale che contribuiscono a rendere il quadro ancora più fumoso. Consideriamo, infatti, che in Italia l'unica norma statale che fa riferimento esplicito ai farmaci biosimilari è rappresentata da un provvedimento del 2006 (D.lgs n. 219/06) nel quale si sottolinea la necessità di condurre studi pre-clinici e clinici per dimostrare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci biologici e biosimilari al fine di ottenere l'autorizzazione per la loro entrata nei mercati. A questa si è poi aggiunto un position paper dell'Aifa sui farmaci biosimilari che stabilisce alcuni principi cardine, ma non obblighi.

E così, in assenza di una cornice nazionale che regoli la materia, Regione che vai norma che trovi. Anche perché, i farmaci biologici, che rappresentano un'importante risorsa terapeutica per il trattamento di numerose malattie gravi e debilitanti - si va dai tumori alle malattie infiammatorie, fino a quelle autoimmuni, neurologiche e degenerative - scontano un peccato “originale”: i loro costi sono particolarmente elevati. Elemento di non poco conto per le fragili casse regionali, soprattutto quelle in Piano di rientro, tirate per la giacchetta tra l'esigenza di fare quadrare i bilanci regionali e il garantire efficacia di cure e continuità terapeutica ai propri cittadini. Un obiettivo, quest'ultimo, il cui raggiungimento, in termini clinici, è però tutt'altro che scontato.

Per approfondire le diverse sfaccettature che caratterizzano la complessa materia che ruota intorno al tema del farmaco biologico, la Fondazione Charta ha voluto organizzare degli incontri ad hoc in cinque città italiane ([Milano](#), Venezia, Ancona, Firenze e Napoli) nel corso del quale si confronteranno istituzioni, clinici, farmacisti ospedalieri e farmacoeconomisti.

Simili, ma non identici. Le indicazioni dell'Ema e dell'Aifa parlano chiaro: il principio attivo dei biosimilari è analogo, ma non identico al farmaco di riferimento, il cosiddetto originator. Simili, ma non identici. Quindi non automaticamente interscambiabili. Tant'è che a differenza di quanto avviene per i farmaci equivalenti, non vale per i biosimilari il principio della sostituibilità automatica.

Caratteristiche biochimiche e produzione sono, infatti, differenti, con tutte le conseguenze del caso in termini di certezza dell'efficacia. La struttura e la forma del biosimilare può, infatti, differire rispetto all'originator e possono anche subentrare contaminanti con la conseguenza di alterarne l'efficacia. Inoltre la replicazione del processo di produzione può presentare alcune criticità: le diversità nella produzione potrebbero anche determinare un

differenti profili di sicurezza del biosimilare, con conseguenze negative per i pazienti. Anche se va anche sottolineato che, grazie a processi produttivi più innovativi, il biosimilare potrebbe presentare profili di sicurezza persino superiori rispetto all'originator. Insomma, l'allievo potrebbe superare il maestro.

Rimane però il fatto che i limiti nell'interscambiabilità dei farmaci non si fermano qui: al differente processo di produzione che non garantisce un'automatica interscambiabilità, si aggiungono la mancanza di studi di "dose finding" mirati ad individuare la dose adeguata di biosimilare, e rischi di immunogenicità (che peraltro esistono anche per i biologici) che potrebbero portare ad insuccessi terapeutici ed anche, nel peggiore dei casi, effetti avversi.

Spetta al medico decidere quale farmaco utilizzare. Comunque, i biosimilari costituiscono un'opzione terapeutica aggiuntiva a disposizione dei medici, gli unici professionisti che possono indicare qual è la strada più opportuna da seguire per la somministrazione del farmaco al paziente.

Una decisione rimessa quindi ai professionisti, ma con tratti di "sovranità limitata". L'Aifa sottolinea, infatti, che i biosimilari sono da preferire agli originator qualora costituiscano un vantaggio economico, in particolare per il trattamento dei pazienti "naive", cioè quelli non ancora trattati con i farmaci biologici per i quali i farmaci con i quali sono stati trattati, secondo il giudizio dello specialista prescrittore, sono "sufficientemente distanti nel tempo".

Indicazioni, ma non regole certe. Sul solco di quanto tracciato dall'Agenzia regolatoria, molte Regioni italiane hanno quindi indicato con grande chiarezza che il biosimilare debba essere la prima scelta per la cura dei pazienti "naive".

Risultato: i professionisti si potrebbero trovare tra l'incudine e il martello della sostenibilità economica, indicata con determinazione dalle normative regionali, e le decisioni cliniche prese in scienza e coscienza.

Decisioni spesso non facili, che potrebbero andare a cozzare con quanto indicato dalle coordinate regionali. Quali sono, infatti, i pazienti che a tutti gli effetti possono rientrare nella categoria "naive" considerando che l'indicazione "sufficientemente distante nel tempo" ne amplia i confini, senza però definirli, con il rischio di esporla a diverse interpretazioni e quindi a differenti applicazioni regionali?

L'estrapolazione terapeutica. C'è poi un altro punto caldo che chiama in causa i professionisti: quello dell'estrapolazione terapeutica, vale a dire sulla possibilità che un farmaco possa essere utilizzato per più indicazioni terapeutiche. Sulla questione si è pronunciata l'EMA stabilendo che: "Nel caso in cui il farmaco originatore sia autorizzato per più di una indicazione, l'efficacia e la sicurezza del farmaco biosimilare devono essere confermate o, se necessario, dimostrate separatamente per ogni singola indicazione. In taluni casi può essere possibile estrapolare la somiglianza terapeutica dimostrata in un'indicazione ad altre indicazioni autorizzate per il medicinale di riferimento... Devono anche essere investigati eventuali problemi di sicurezza in differenti sottopopolazioni". Inoltre: "Il Committee for Medicinal Products for Human Use (Chmp) dell'EMA stabilisce caso per caso se le indicazioni multiple possano essere estrapolate sulla base delle evidenze scientifiche derivanti da un esercizio di comparabilità approfondita e in conformità ad opportune giustificazioni scientifiche".

Ma il problema è che per quanto riguarda alcune aree specialistiche, gastroenterologia e

dermatologia in primis, non ci sono ancora dati certi a supporto dell'estrapolazione. E così la palla passa nelle mani del medico che ancora una volta deve prendere decisioni.

I cittadini: no alla scelta delle cure su criteri di risparmio. Rimane il fatto che da più parti, anche e soprattutto dai cittadini, arriva un “no” deciso alla tentazione di scegliere le cure su criteri di risparmio economico. L'invito è quello di approvare una norma di rango superiore, valida a livello nazionale, che mantenga saldamente nelle mani del medico la decisione sulla prescrizione dei biologici e dei biosimilari, impedendo lo switch automatico e garantendo la continuità terapeutica ai pazienti.

Ogni Regione si muove in ordine sparso. Il quadro fin qui descritto lascia quindi molte questioni aperte, con scenari regionali che, a volte, differiscono notevolmente tra loro. Ci sono, infatti, Regioni che hanno emanato linee guida ad hoc, mentre altre come Veneto, Emilia Romagna e Toscana sono entrate ancora di più nello specifico emanando documenti tecnici di valutazione scientifica dei diversi biosimilari. Ma c'è anche una regione, l'Abruzzo, che non ha emanato alcun provvedimento sulla modalità di prescrizione dei biosimilari.

Comunque, in generale, nelle Regioni l'utilizzo del biosimilare è indicato principalmente per i pazienti “drug naive”, e la continuità terapeutica viene generalmente garantita (tranne che in Campania) ovunque. Tuttavia in alcune realtà locali è stato sancito che la domanda di continuità terapeutica con il biologico debba essere esplicitamente richiesta dal medico prescrittore e supportata da relazione tecnica.

Paletti rigidissimi sono stati messi in Campania, il diktat è prediligere i farmaci a brevetto scaduto: il biosimilare, a prezzo più basso deve essere la prima scelta per i naive. Si può ricorrere a un altro biosimilare o all'originator solo in caso di documentata inefficacia terapeutica o intolleranza e dietro presentazione alla direzione sanitaria della scheda paziente con motivazioni della scelta. E dipende dalla prescrizione dei biosimilari la valutazione dei dirigenti, come anche l'apertura o chiusura dei centri sanitari.

L'approccio economicistico è comunque predominante. E ci sono Regioni che hanno indicato anche specifici obiettivi di consumo: in Trentino Alto Adige è stato fissato un incremento almeno del 20% per alcune categorie di biosimilari, e in Veneto è stato stabilito che la percentuale di pazienti naive trattati con farmaco biosimilare non deve essere inferiore all'80% (Fonte: Rapporto federalismo Cittadinanzattiva- Tdm).

Ancora, anche sulle procedure di gara assistiamo a delle differenze. Fermo restando che è sempre stata riconosciuta la necessità di preservare la continuità terapeutica e la libertà prescrittiva del medico, le gare hanno previsto due lotti separati (uno per i pazienti naive e uno per i pazienti già in trattamento) oppure un lotto unico (riservandosi di acquistare anche il prodotto non aggiudicatario per la continuità terapeutica).

Il grande flop delle cartelle cliniche elettroniche. Negli Usa aumenta la spesa e si studiano nuovi strumenti informatici più smart. E in Italia?

In uso negli Stati Uniti da diversi anni sono ora sotto accusa. Quelle generalmente utilizzate non sfruttano tutte le potenzialità della multimedialità. Inoltre non è vero che aiutano il sistema sanitario a risparmiare. Anzi i medici che le usano spendono di più. E poi c'è il

rischio di frodi. Insomma è crisi. Tutti elementi che dovrebbero spingere noi italiani alla cautela e a ponderare bene le nostre scelte

La cartella clinica elettronica EMR (Electronic Medical Record) è operativa negli USA da diversi anni, ma cominciano a sorgere dubbi sulla praticità e sui contenuti poco funzionali di questo strumento elettronico. Fermo restando il punto che la cartella clinica elettronica è uno strumento valido ed importante nella nuova strategia IT nel campo sanitario e sarebbe sciocco pensare alla reintroduzione del cartaceo.

Le maggiori critiche mosse nei confronti di EMR riguardano la prevalente funzione contabile (rimborsi assicurativi) a scapito della funzionalità medica, la rappresentazione digitale del modello ricalca quello cartaceo: modello introduttivo base con intercalari riguardanti la specialistica del servizio e le specialistiche di supporto.

I programmi informatici fanno poco uso di funzionalità multimediali, tra cui audio, video e grafica intuitiva ed il formato poco si adatta al modo in cui gli operatori sanitari lavorano e pensano.

Agli americani piace la cartella norvegese

Per questo alcuni studiosi nord-americani del settore medico hanno comparato le loro EMR con altre cartelle mediche che sono operative in altre realtà estere (Canada, Europa, Australia, Asia). La soluzione migliore è stata individuata in Norvegia messa a punto da un'azienda scandinava.

Lo strumento risponde, nella sua architettura costruttiva, al principio della funzionalità operativa con tecnologia moderna in grado di fornire informazioni attraverso un coinvolgente programma utente, sia grafico che intuitivo. Ogni area richiama informazioni utili sulla storia clinica del paziente, le malattie croniche, esami di laboratorio e immagini mediche.

Tutte queste informazioni interagiscono con lo stato di salute attuale del paziente, usando l'anatomia umana, come paradigma principale organizzativo, si può sfogliare il Patient Record e si può valutare il sistema complessivo degli organi. del corpo umano che viene rappresentato graficamente sullo schermo.

Il sistema è interfacciabile e funziona sia su desktop, laptop e su tutti i dispositivi mobili più commerciali, il suo software offre una combinazione unica di flessibilità e fornisce una interazione utente intuitiva e gestionale delle informazioni.

Non è vero che la cartella elettronica fa risparmiare

Altro punto coinvolgente e controverso sulla EMR "tradizionale" è stato quello relativo alla razionalizzazione e diminuzione della spesa sanitaria complessiva (mutualistica, ospedaliera e farmaceutica).

L'introduzione di questo strumento elettronico, secondo un "battage pubblicitario" operato dal Governo statunitense sui media nazionali più importanti, avrebbe dovuto portare ad una drastica riduzione della spesa sanitaria in termini quantitativi e qualitativi. Il risparmio operato doveva in parte compensare gli ingenti investimenti (22 miliardi di dollari) dovuti al costo per l'introduzione, l'uso e la manutenzione di questo sistema informatico.

La realtà è stata completamente diversa. Gli esperti del Governo Usa avevano a lungo sostenuto che un sistema informatizzato avrebbe fatto risparmiare soldi al sistema sanitario, aiutando i medici a ridurre il numero di test ridondanti o inappropriati che prescrivevano. Ma un nuovo studio, pubblicato su Health Affairs 2013, contesta questi obiettivi evidenziando che i medici mutualistici che hanno accesso ai record elettronici di cura del paziente sono in realtà più propensi a prescrivere più test di immagine aggiuntive e test di laboratorio che i medici che si basano su documenti cartacei.

Lo studio è stato basato su una indagine federale 2008, che ha raccolto i dati di 28.000 visite a pazienti di 1.100 medici. Si è riscontrato che i medici che utilizzano EMR hanno incrementato del 18 per cento l'utilizzo della prescrizione di indagini di laboratori e d'immagine nei confronti dell'incremento del 12,9 per cento dei medici che non avevano accesso ai record elettronici.

Come tutelarsi dalle truffe

Ulteriore punto dolente, che potrebbe interessare il sistema sanitario italiano pubblico e privato molto sensibile a questo argomento, è quello dell'eccessivo utilizzo delle frodi e abusi escogitato dai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie che utilizzano EMR per lucrare maggiori rimborsi.

Non esistono, nel sistema, linee guida e controlli sulla funzione operativa del copia e incolla, ampiamente utilizzata e conosciuta anche come clonazione, disponibile in molti dei più grandi sistemi di cartelle cliniche elettroniche. La tecnica, che consente alle informazioni di essere rapidamente copiate da un documento all'altro, può ridurre il tempo per il medico di inserire i dati del paziente. Ma è anche usata e abusata per indicare una più ampia e costosa gamma di esami o trattamenti richiesti e non usufruiti dal paziente .

Il risultato del danno assicurativo ed erariale è stimato a circa un centinaio di milioni di dollari. Anche se la quantità è una frazione delle migliaia di miliardi di dollari spesi ogni anno per l'assistenza sanitaria americana, la mancanza di garanzie, in un momento in cui la nuova tecnologia sta diventando pervasiva, potrebbe consentire una frode molto maggiore e rilevante.

In considerazione del fatto che la sanità italiana, anche se “in affanno”, sta tentando di predisporre gli strumenti per l'introduzione di questa nuova tecnologia IT, sarebbe interessante e produttivo individuare e predisporre correttivi alle già note e ben documentate questioni di deficienza operativa dei vari sistemi e programmi applicativi della Cartella clinica elettronica. Ma per attuare tutto questo è necessario che le lobby informatiche vengano tenute fuori dai palazzi che contano.

Mauro Quattrone

Consulente direzionale forecasts & planning management

Distacchi sindacali, ora anche Tribunale Roma dà ragione a Mmg

«Non solo i tribunali ci danno ragione ma si rompe il fronte delle regioni fin qui orientato a limitare l'azione sindacale dei medici di famiglia ponendo a loro carico i rimborsi al sostituto». Salvo Calì leader del Sindacato Medici Italiani commenta la nuova sentenza (28 maggio scorso) del Tribunale di Roma relativa a un contenzioso innescato dal rifiuto dell'Asl Rm/bdi pagare il sostituto. E aggiunge:

«Le notizie sono due: primo, l'Asl ha desistito dall'opporci a un medico del nostro sindacato grazie a un'indicazione della regione che ha così preso una posizione in controtendenza con quella assunta in materia dalla maggioranza delle regioni; secondo, se il contenzioso fosse proseguito, scrive il tribunale, l'argomentazione del sindacato sarebbe stata fondata perché il Tribunale di Roma si sarebbe espresso come quelli di Pavia e Lecce, a noi favorevoli. E dire che la controversia su come si paga il sostituto è partita proprio da un'Asl e da un tribunale romani». Calì si riferisce alla sentenza del 13 luglio 2012 che negava il rimborso per sostituzioni per 120 ore a un medico sindacalista convenzionato a quota capitaria per l'equivalente di un numero di ore inferiore. «La sentenza sanciva due cose: che nel calcolo delle ore di sostituzione da retribuire al medico chiamato a far applicare diritti costituzionali, non è più possibile partire dalle ore dichiarate dal sindacato per ciascun rappresentante e calcolate sulla base di un monte ore prestabilito, ma si deve utilizzare il criterio delle ore effettivamente lavorate. Però la sentenza romana non chiariva se l'Asl non deve rimborsare le ore di sostituzione oltre le ore effettive lavorate, linea da noi sostenuta, oppure non deve rimborsare niente perché è il medico a pagare sempre il sostituto. Quest'ultima linea è stata sostenuta dalle Regioni. La Sisac, ente controparte dei mmg nella trattativa, comunicò a settembre 2012 che il mmg può assentarsi nel limite delle ore per cui presta l'attività di sostituzione comunicata all'Asl ma poi i compensi al sostituto gli sono trattenuti per intero».

Alcune Asl iniziarono a trattenere i costi del sostituto e i sindacati promossero contenziosi a Pavia, Lecce, Ravenna. A settembre 2013 il Tribunale di Lecce ha dato ragione a un medico patrocinato da Smi il medico può essere rimborsato per le sostituzioni fino a 40 ore di trattativa se ha 1500 scelte di carico lavorativo, oltre no. Il Tribunale di Pavia si è spinto a definire antisindacale un comportamento che avalli la linea delle regioni intransigenti. Ora Roma, «altro grande successo dei medici, ma lo Smi continuerà la battaglia per la democrazia sindacale anche alla trattativa per il rinnovo delle convenzioni».

Nuovo giuramento professionale Rossi (Omceo Milano): inutile, dannoso e pericoloso

Le divisioni interne all'Ordine dei medici in relazione al nuovo Codice deontologico non accennano a fermarsi. Una nuova stoccata è arrivata ieri da uno degli Ordini dissidenti, quello di Milano, e riguarda il testo del Giuramento professionale. Sabato scorso, infatti, a Bari, in conclusione del Consiglio nazionale è stato proclamato il nuovo testo del giuramento di Ippocrate, parte integrante del Codice di deontologia medica, un testo che, senza giri di parole, il presidente dell'Omceo milanese Roberto Carlo Rossi definisce «inutile, dannoso e pericoloso». Particolarmente grave, nelle parole di Rossi un passaggio

del testo che, spiega la nota, «taglia drammaticamente il nodo gordiano dell'eventuale dissidio tra norme giuridiche e norme deontologiche» costringendo il medico a “subire” le decisioni dei tribunali anche in casi come le «decine di sentenze dei Tribunali che hanno autorizzato la somministrazione» del trattamento proposto da Stamina. Nel vecchio giuramento, spiega il presidente dell'Ordine milanese «il medico si impegna a: “prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione”, mentre nel nuovo testo è diventato un più rassicurante ma sicuramente meno eticamente vincolante: “di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione”». Salta, perciò, il riferimento alle norme giuridiche, un fatto che, secondo Rossi, rende il «Medico che si opponesse agli ordini palesemente sbagliati di un Giudice o di un funzionario sanzionabile!». È per queste ragioni che il Consiglio direttivo di Milano ha deciso di mantenere il vecchio Giuramento professionale del 2006. «La proposta di Fnomceo, infatti» spiega il comunicato «non è vincolante per i 106 ordini provinciali».

SOLE24ORE/SANITA'

LA GIURISPRUDENZA

Cassazione: il rifiuto alle cure deve essere consapevole. Confermata la condanna per omicidio colposo di un medico

Il medico che sbaglia diagnosi non può difendersi dall'accusa di omicidio colposo sostenendo che il suo assistito ha volontariamente rifiutato le cure. Perché «il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivocabile e attuale». E deve presupporre la consapevolezza, da parte del paziente, della malattia da cui è afflitto.

Lo ha ribadito la quarta sezione penale della Cassazione (sentenza n. 17801/2014), dichiarando infondato il ricorso di un camice bianco condannato dalla Corte d'appello di Firenze per omicidio colposo.

In primo grado, con rito abbreviato, il Gip del tribunale di Firenze aveva ritenuto il medico responsabile del decesso di una sua paziente a causa di un linfoma di Hodgkin giunto a uno stadio avanzatissimo senza che fosse mai stato diagnosticato. Il dottore, ignorando persino i segni fisici esteriori della malattia evidenti nelle ripetute visite effettuate, aveva insistito nell'attribuire a fattori psicologici i sintomi e i disturbi lamentati dalla donna, impedendo alla paziente di curarsi e di guarire. I giudici di secondo grado si sono limitati a confermare la condanna, riducendo però la pena da un anno a otto mesi di reclusione.

A sua discolpa il sanitario aveva affermato che la donna, nelle ultime settimane di vita, avrebbe volontariamente evitato ogni terapia. Ma la Corte d'appello, sulla base delle diverse testimonianze acquisite al processo, ha chiarito come la paziente avesse in realtà rifiutato l'assunzione di antidepressivi. Non pensando però che le proprie condizioni di salute avessero una base organica e confidando nella sostanziale correttezza della diagnosi formulata dal medico, al punto da non ritenere necessario rivolgersi ad altri specialisti.

Il professionista si è allora rivolto alla Cassazione insistendo sulla rilevanza del rifiuto delle cure. La Suprema Corte è però nettissima nel rigettare questa tesi. Il punto centrale è stato giustamente sottolineato dalla sentenza d'appello, dice la Cassazione: «Di un rifiuto si potrebbe parlare se da parte del medico vi fosse stata una corretta ipotesi diagnostica e ciò nonostante la persona offesa avesse continuato a sottrarsi alla prescrizione di accertamenti e a non assumere le terapie prescritte».

I Supremi Giudici riformulano i principi già espressi in passato (si vedano la sentenza n. 23676/2008 della terza sezione e la n. 26446/2002 della prima sezione) arrivando a questo punto fermo: «In tema di colpa medica il rifiuto di cure mediche consiste nel consapevole e volontario comportamento del paziente, il quale manifesti in forma espressa, senza possibilità di fraintendimenti, la deliberata e informata scelta di sottrarsi al trattamento medico. Consapevolezza che può ritenersi sussistente solo ove le sue condizioni di salute gli siano state rappresentate per quel che effettivamente sono, quanto meno sotto il profilo della loro gravità».

Nella fattispecie senza dubbio il medico ha formulato una diagnosi errata e la paziente si è fidata, rifiutando soltanto l'assunzione di antidepressivi «che in nulla - si legge nella sentenza della Cassazione - avrebbero modificato il decorso della grave patologia che la affliggeva». Mai la donna è stata portata a conoscenza dell'effettiva natura e gravità della patologia. E quindi non c'è alcuno spazio per l'ipotizzato rifiuto di cure, che tra l'altro non si può assimilare a «un comportamento meramente passivo, che può trovare anche nelle scadute condizioni di salute la propria causa».

Per il medico un buco nell'acqua e la condanna ulteriore al pagamento di 3mila euro per le spese processuali.

Cassazione: non è punibile il medico che utilizza in intramoenia le strumentazioni dell'Asl

Non è passibile di sanzione penale il medico che in regime di intramoenia utilizza uno strumento diagnostico (nella fattispecie un ecografo), con finalità di "terzo occhio" diagnostico, atto a supportare una diagnosi differenziale e giungere al chiaro inquadramento clinico, non incassando dal cittadino e, conseguentemente non versando, il corrispettivo per l'esame eseguito.

Con questa motivazione la Cassazione penale, sezione VI (sentenza n. 20414/2014 del 9 maggio) ha ritenuto correttamente motivata la decisione del giudice dell'udienza preliminare presso il Tribunale di Grosseto, che ha dichiarato di non doversi procedere per il reato di peculato previsto dall'art. 314 del codice penale, contestato a un chirurgo e all'infermiere che lo aveva assistito.

Il reato di peculato è specifico del pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria. Secondo l'accusa, i due sanitari avevano utilizzato l'ecografo e si erano appropriati delle ecografie realizzate in regime di libera professione senza versare il corrispettivo all'Asl e senza che fossero registrati la prestazione e il compenso.

Ad avviso del Gup, gli inquirenti avrebbero proceduto in base a un grande fraintendimento, avendo ritenuto configurarsi un illecito ogniqualvolta dall'esame delle cartelle, dalle testimonianze dei pazienti o dalle conversazioni intercettate, si era accertata l'effettuazione

di una ecografia. In realtà, come chiarito dal medico coinvolto e come attestato dal verbale di riunione della Commissione paritetica per l'attività libero-professionale intramoenia dell'Asl coinvolta, si doveva distinguere un esame ecografico vero e proprio, che ha esito in un dettagliato referto, da semplici scansioni ecografiche, effettuate nel corso di visite specialistiche, che vengono eseguite abitualmente a completamento di un esame obiettivo o per immediata risoluzione di dubbi diagnostici e diagnosi differenziali.

Ed era in questo quadro che andavano inserite anche le scansioni ecografiche effettuate nel corso della visita di un paziente anche su zone limitrofe all'addome inferiore, necessarie per una diagnosi più compiuta. Ne deriva che la prassi posta in essere dal medico coinvolto era ampiamente giustificata, oltre a essere, per altro, seguita anche da suoi colleghi del medesimo nosocomio. Il fatto che nelle conversazioni registrate si fa cenno a ecografie o scansioni ecografiche da effettuarsi eventualmente in sede di visita non appare risultanza particolarmente significativa, posto che è pacifico che l'imputato era solito avvalersi di tale mezzo come semplice ausilio a fini diagnostici ("terzo occhio") e non come veri esami da supportare con appositi referti.

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