

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 22 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE L'assessorato alla Sanità cambierà nome Oggi in Consiglio regionale comincia il confronto sul riordino delle Asl. Tensioni in maggioranza

Tre ore buone di confronto, in Giunta, almeno altrettante, molto più riservate, nei corridoi del Consiglio regionale. È stata questa l'anteprima della legge di riordino del sistema sanitario regionale, a cominciare dal commissariamento delle Asl. Oggi la proposta del Pd dovrebbe essere discussa in aula, con le relazioni introduttive della maggioranza (Luigi Ruggeri) e della minoranza (Michele Cossa). Però si sa già che non sarà un percorso facile: ci sono frizioni nel centrosinistra (Centro Democratico e Partito dei sardi sono contrari all'aumento del numero delle Asl) e anche all'interno del Pd non ci sarebbe l'accordo sulla riorganizzazione delle Aziende e la nascita di quella nuova che si dovrà occupare di 118 ed emergenze. Proprio per evitare contraccolpi nel dibattito, per questa mattina, alle 8, il presidente della Regione, Francesco Pigliaru, ha convocato un vertice di maggioranza, il patto del blocco unico sulla proposta del Pd dovrebbe essere consolidato con l'ormai famosa clausola: «Sarà la Giunta, con un suo disegno di legge, a decidere una significativa riduzione delle Asl». Proprio di questo si è parlato ieri nella riunione dell'esecutivo, con la conferma che l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, presenterà almeno quattro emendamenti al testo approvato poche settimane fa dalla commissione del Consiglio regionale. Fra gli emendamenti della Giunta potrebbe esserci anche questa sorpresa: l'assessorato cambierà nome, o comunque sarà aggiornato con l'aggiunta di «salute» che si affiancherà all'attuale «sanità», mentre dovrebbero scomparire «igiene» e «assistenza sociale», mutuato in «politiche sociali». Secondo fonti della maggioranza, non sarà solo un cambio di livrea, ma «sarà diverso l'approccio nella spesa e nella riorganizzazione dei servizi sanitari sul territorio». In estrema sintesi, dovrebbe esserci molto più spazio per la prevenzione. A parte il nuovo possibile nome dell'assessorato, le novità – come si sa da tempo – saranno la costituzione dell'Azienda per le emergenze e del Centro unico per acquisti e appalti, cambierà anche il ruolo degli ospedali di periferia. Il tutto servirà da apripista alla vera riforma della sanità. Dovrebbe arrivare a fine novembre (con la riduzione a sole quattro Asl,

più il Brotzu, quella per le emergenze e i policlinici di Sassari e Cagliari) ma soprattutto con il licenziamento dei manager nominati anni fa dal centrodestra. Al di là di quella che sarà la nuova mappa della sanità, l'obiettivo può essere uno solo: ridurre la spesa (oggi oltre i 3 miliardi) e soprattutto il disavanzo che ha superato i 400 milioni.

SAN RAFFAELE Scoppia la polemica sui terreni **L'investimento da 1,2 miliardi appeso all'accordo sulle** **aree tra Qf e commissari. La politica litiga sulle possibili** **soluzioni**

Le lancette del San Raffaele girano velocissime. Il successo dell'operazione o il baratro sembrano essere determinati dai dettagli. Domani mattina intorno a un tavolo a Palazzo Chigi ci saranno il sottosegretario Graziano Del Rio e il Ceo della Qatar foundation Rashid Al Naimi. In teoria ci dovrebbe essere l'accordo finale, ma resta ancora il nodo dei terreni. In queste ore la cordata guidata da Qf continua a trattare con i commissari liquidatori, proprietari dei 60 ettari di terreni vicino all'ospedale, indispensabili per costruire le strutture intorno all'edificio. La Qf è pronta a investire 1,2 miliardi di euro nell'operazione San Raffaele. Però serve il via libera. Per acquistare i terreni la Qatar foundation ha messo sul piatto oltre 4 milioni di euro. Ma i commissari sembrano non voler accettare l'offerta. Come sempre accade il contrasto dal pianeta economico si è spostato sui banchi della politica. L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru con una nota fa sapere che la Regione non può scendere in campo per fare pressioni all'interno di una controversia economica tra privati. «Chi parla di interventi risolutivi da parte della Regione nei confronti dei curatori fallimentari – dice Arru –, per la cessione dei terreni dell'ex San Raffaele alla Qatar foundation, non conosce le norme di legge, precise in materia di competenze poteri e prerogative delle procedure fallimentari. La Giunta ha agito in tempi rapidissimi per dare una risposta certa contrariamente a quanto fatto per diversi anni dal precedente governo di centrodestra, ovvero nulla. Al contrario c'è una produzione datata al dicembre 2013 di mezza pagina, mai protocollata, su un generico impegno alla trattativa per il nuovo ospedale». A sollecitare l'intervento della Regione era stato il capogruppo dei Riformatori, Attilio Dedoni: «Il governatore e l'assessore non possono guardare in silenzio». Identico il tenore della replica dell'ex governatore Ugo Cappellacci ad Arru: «Questo comportamento pilatesco dell'assessore sembra il tentativo di mettere le mani avanti rispetto al danno che la Sardegna rischia di subire per manifesta incapacità. Non si spiega altrimenti la sua dichiarazione scomposta e irresponsabile a due giorni da un vertice decisivo. Delle due è l'una: o Arru non ha compreso il ruolo che gli è stato assegnato in Giunta, che non certo quello del burocrate, oppure volontariamente manda all'aria il progetto San Raffaele, che dà molto fastidio a un fronte della conservazione bene individuato o bene individuabile». E nella mischia entra anche il senatore Pd Silvio Lai. «Diventa preoccupante questo tentativo di attribuire alle istituzioni regionali la responsabilità

di fare pressioni improprie nei confronti di chi ha compiti dettati dal codice civile – afferma Lai – Tra gli investitori internazionali e il governo c'è la massima sintonia, come da parte delle istituzioni regionali c'è stata una indiscussa rapidità nel gestire una partita così importante. Chiedere oggi pressioni su privati, banche o liquidatori, che sono guidati dalle regole del codice civile e da leggi nazionali diventa imbarazzante, per non dire che rasenti l'illegalità».

L'UNIONE SARDA

San Raffaele: veleni alla vigilia della decisione

Ancora polemiche tra maggioranza e opposizione sullo stallo nella trattativa per la cessione dell'ospedale San Raffaele, dopo il via libera delle banche per l'acquisto dell'edificio da parte della Qatar Foundation Endowment che prevede un investimento di 1,2 miliardi per 246 posti letto, a regime dal 2016. Polemiche che arrivano a 48 ore dall'incontro a Palazzo Chigi tra il ceo della Qfe, Rashid Al Naimi, e il sottosegretario della presidenza del Consiglio Graziano Del Rio, che domani alle 10 dovrà dare una risposta definitiva sul progetto. Altrimenti gli investitori lasceranno l'Italia.

I Riformatori, con il capogruppo Attilio Dedoni, chiedono alla Giunta «un intervento risolutore nei confronti dei curatori fallimentari, con cui pare non si riesca a trovare un accordo sul prezzo per la cessione dei terreni. In viale Trento tutto tace».

Immediata la replica dell'assessore alla Sanità Luigi Arru: «Chi parla di interventi risolutivi da parte della Regione non conosce la legge. La Regione infatti non ha alcuna competenza sui curatori fallimentari». Non si è fatta attendere la controreplica dell'ex governatore Ugo Cappellacci. «Il comportamento pilatesco dell'assessore Midimettoanzinò - attacca l'esponente di Forza Italia - sembra il tentativo di mettere le mani avanti rispetto al danno che la Sardegna rischia di subire a causa della sua incapacità.

In serata c'è stato anche l'intervento del senatore Silvio Lai (Pd). «Diventa davvero preoccupante - osserva il parlamentare - questo tentativo di attribuire alle istituzioni regionali, che devono essere regolatrici e garanti, la responsabilità di fare pressioni improprie nei confronti di chi ha compiti dettati dal codice civile, non solo da leggi ordinarie. Tra investitori internazionali e l'attuale governo italiano c'è stata la massima sintonia».

GALLURA I sindaci in difesa della Asl 2: «No ai tagli» Lettera a Pigliaru

La Asl non va soppressa ma potenziata: i presidenti dei due distretti sanitari di Olbia e Tempio, Antonio Satta e Romeo Frediani, in rappresentanza dei sindaci galluresi, tornano alla carica e scrivono al governatore Pigliaru. La legge sul riordino della

sanità in Sardegna è ormai in dirittura d'arrivo e le indiscrezioni che circolano non sono incoraggianti. Satta e Frediani ricordano la crescita costante della Gallura, la presenza di porto e aeroporto, dell'unico collegamento con l'Europa, attraverso i porti di Santa Teresa e Bonifacio, di un'industria turistica di interesse mondiale. Tutti elementi da cui nasce l'esigenza di un servizio sanitario efficiente. «Nel recente incontro fra l'assessore regionale della sanità, Luigi Arru, i sindaci del distretto e le forze sociali, era emersa la certezza che questa Azienda non avrebbe subito i tagli nell'ambito dell'imminente riforma e che, comunque, gli attuali servizi sarebbero stati garantiti, se non rafforzati», si legge nella lettera: «Al momento, non è dato conoscere quale sarà la nuova geografia delle Asl ma, trattandosi di una fase particolarmente delicata e, ancora, tutta da definire, le preoccupazioni fra gli amministratori ed i cittadini è, ovviamente, legittima. La Gallura non può, in alcun modo, perdere la sede dell'Asl. In caso contrario, si assesterebbe un altro colpo mortale, immotivato ed inaccettabile, alla già precaria economia del territorio e le conseguenze interesserebbero, inevitabilmente, tutto il centro nord della Sardegna». I sindaci chiedono garanzie per Olbia, Tempio e La Maddalena «già penalizzata dalla sua insularità».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cure palliative, Cabina di regia personale Ssn e farmacovigilanza. I documenti all'attenzione dei tecnici della Stato Regioni

Nei tre documenti vengono proposti i criteri per la certificazione delle esperienze professionali per operare nella rete delle cure palliative, si stabiliscono compiti e composizione della cabina di regia per gli operatori sanitari e si affronta il tema della farmacovigilanza a 360°, dai compiti assegnati ad Aifa fino alle procedure ispettive. CURE PALLIATIVE, CABINA DI REGIA, FARMACOVIGILANZA

Cure palliative, Cabina di regia e farmacovigilanza. Saranno queste le tematiche che verranno affrontate dai tecnici della Conferenza Stato Regioni nei prossimi giorni. Sono, infatti, già stati inviati alla loro attenzione i documenti riguardanti queste tematiche.

Per quanto riguarda le **cure palliative**, vengono proposti i criteri per la certificazione delle esperienze professionali. Si spiega che i medici privi di specializzazione e quelli con una specializzazione diversa da quelle definite dal D.M. del 28 marzo 2013, per operare nella rete delle cure palliative devono essere attualmente in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate che erogano servizi assistenziali di cure palliative nell'ambito della rete locale di riferimento, in sede ospedaliera, residenziale in hospice, domiciliare e in strutture residenziali.

Devono, inoltre, aver svolto attività clinica nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso strutture pubbliche e private accreditate o

strutture private autorizzate.

L'attività dovrà essere attestata dal direttore sanitario della struttura che avrà il compito di trasmetterla alla Regione per il rilascio della certificazione di idoneità ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative.

Si passa poi alla **Cabina di regia**. Qui si stabilisce che verrà istituita presso il Ministero della salute, ed avrà un compito di coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario. Sarà composta da rappresentanti istituzionali e da un rappresentante per ogni organizzazione sindacale rappresentativa del comparto, delle aree dirigenziali e dell'area convenzionata, nominati con decreto del Ministero della salute.

All'art. 2 si spiegano anche i presupposti sui quali dovrà basarsi l'attività della Cabina di regia.

Presente anche una clausola di invarianza finanziaria che sottolinea come per la partecipazione all'attività della Cabina di regia non sia previsto alcun compenso o rimborso spese.

Infine, quanto alla **farmacovigilanza**, si passa ad un documento composto da 45 articoli che va dal rapporto di valutazione agli studi dopo l'autorizzazione, dai compiti assegnati ad Aifa fino alle procedure ispettive e ai monitoraggi addizionali.

Roma. Ospedale Bambino Gesù: al via il nuovo Polo per la ricerca pediatrica. Sarà tra i più grandi d'Europa

Cinquemila mq attrezzati con le più moderne tecnologie per le indagini genetiche e cellulari. Un'Officina Farmaceutica per la produzione di terapie avanzate. 150 ricercatori impegnati nei laboratori diagnostici e di ricerca. Profiti: "Un progetto che nasce dalle esigenze dei bambini e guarda al futuro".

Cinquemila metri quadrati attrezzati con le più moderne tecnologie per le indagini genetiche e cellulari. Un investimento infrastrutturale e tecnologico di 26 milioni di euro. Con i nuovi laboratori dell'Ospedale Bambino Gesù, collocati nella struttura di San Paolo Fuori le Mura e inaugurati ieri dal cardinale Segretario di Stato vaticano **Pietro Parolin**, Roma e l'Italia diventano la sede del più importante polo pediatrico integrato di ricerca e assistenza in Europa, nonché uno dei principali al mondo.

150 i ricercatori impiegati che si occuperanno di genetica e malattie rare, malattie multifattoriali e caratteri complessi, onco-ematologia, immunoterapia e farmacoterapia. La struttura ospita i laboratori diagnostici di genetica medica e citogenetica, diagnostica integrata oncoematologica e biobanche. Al suo interno, un'Officina Farmaceutica (Cell Factory) unica nel Centro-Sud Italia per dimensioni – oltre 1000 metri quadrati – e capacità di sviluppo, interamente dedicata alla produzione su larga scala di terapie avanzate.

"È un progetto che nasce dalle esigenze dei bambini e guarda al futuro – afferma **Giuseppe Profiti**, presidente dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - consapevoli che solo la ricerca farà compiere nei prossimi anni passi in avanti all'assistenza

sanitaria, impensabili fino a qualche tempo fa".

Il 50-70% dei ricoveri dovuto a malattie genetiche

Con oltre quaranta specializzazioni, l'Ospedale Bambino Gesù risponde a quasi il 45% della domanda ospedaliera pediatrica nazionale. Come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), da 30 anni l'Ospedale è impegnato nella "ricerca clinica traslazionale", quella cioè che ha immediate ricadute nella pratica clinica. Negli ultimi 5 anni la produzione scientifica è raddoppiata, avviandosi a raggiungere – entro la fine del 2014 – il traguardo dei 2200 punti di impact factor (IF).

Ogni anno nel mondo il 50-70% dei ricoveri pediatrici è dovuto a malattie genetiche o a larga componente genetica. Per questo la comprensione delle loro basi e dei loro meccanismi biologici rappresenta una discriminante fondamentale nel riuscire a fornire la risposta corretta a questa crescente domanda di salute.

"Il nuovo Polo di ricerca – spiega il direttore scientifico **Bruno Dallapiccola** - sarà in grado di potenziare le attività scientifiche dell'Ospedale, finalizzandole proprio allo studio delle basi biologiche delle malattie e alla loro terapia. È dotato di piattaforme tecnologiche di ultima generazione (Next Generation Sequencing e indagini exomiche) appositamente dedicate a questi tipi di studi grazie ai quali si potranno avere nuovi strumenti per classificare malattie "orfane", disegnare programmi personalizzati di presa in carico e di terapia".

Il più grande investimento diretto nella ricerca degli ultimi anni in Italia

L'investimento dell'Ospedale per la parte infrastrutturale e tecnologica dei nuovi laboratori ha superato i 26 milioni di euro, a cui si aggiungono 15 milioni di euro di budget annuo frutto dei progetti di ricerca e dei servizi scientifici prodotti. "Si tratta probabilmente del più grande investimento diretto nella ricerca fatto in Italia negli ultimi anni - commenta il presidente del Bambino Gesù, Giuseppe Profiti -. Un investimento destinato ad avere nei prossimi anni un elevato tasso di rendimento, non solo sul piano scientifico. La ricerca scientifica, infatti, rappresenta un volano per l'economia del territorio e dell'intero Paese con benefici tangibili sul piano sociale".

I laboratori di San Paolo Fuori le Mura, nei quali a regime saranno impiegati circa 200 ricercatori, favorirà l'attrazione dei ricercatori nazionali e stranieri, contribuendo a contenere il fenomeno della "fuga di cervelli" e potenziando l'interazione con le Università e gli altri centri di ricerca a livello nazionale e internazionale. Sul piano economico, l'obiettivo è quello di catalizzare gli investimenti nazionali e internazionali sulla ricerca, favorendo lo sviluppo di un indotto industriale per le funzioni di supporto alle attività di ricerca scientifica biomedica, al fine di incrementare le possibilità occupazionali.

Gli scenari futuri: un balzo in avanti verso la "Medicina personalizzata"

I progetti di ricerca realizzati nei nuovi laboratori si concentreranno sull'identificazione delle basi biologiche delle malattie e sulla ricerca di terapie innovative e più efficaci in particolare per le leucemie, i tumori solidi, le malattie rare e ultrarare, le patologie metaboliche.

"Nell'ultimo decennio si è consolidata una nuova dimensione della medicina – spiega il direttore scientifico del Bambino Gesù, Bruno Dallapiccola - che fa sempre

più riferimento ai meccanismi biologici delle malattie e si focalizza sulle caratteristiche genomiche individuali intese come fattori di suscettibilità o di resistenza nei loro confronti".

Grazie ai progressi tecnologici negli ultimi 14 anni le analisi genetiche sono diventate 100.000 volte più veloci e i loro costi si sono abbattuti 100.000 volte. Questo ha permesso di ottenere dei risultati che hanno prodotto una vera e propria rivoluzione nel campo della biomedicina.

"L'utilizzo di queste tecnologie e l'applicazione delle recenti conoscenze genetiche – aggiunge Dallapiccola – consentiranno un balzo in avanti anche in campo pediatrico verso la "medicina predittiva e personalizzata", fondata sulle informazioni presenti nel genoma individuale che, una volta deciptate, renderanno possibile anticipare la probabilità di sviluppare nel corso della vita specifiche malattie. In questo modo sarà possibile orientare gli stili di vita e adottare misure utili a prevenirle ed impedirne o rallentarne l'insorgenza".

L'Officina farmaceutica

L'Officina Farmaceutica XellBioGene - 1.200 mq di superficie con 13 locali asettici – nasce dalla collaborazione tra Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e Policlinico Universitario Agostino Gemelli finalizzata allo sviluppo, produzione e rilascio di nuove terapie in ambito clinico per malattie per le quali non esiste ancora una cura certa.

I farmaci biologici sviluppati dalla Cell Factory saranno impiegati sia nella sperimentazione clinica di terapie avanzate (genica, cellulare, ingegneria tissutale, produzione di vettori virali e anticorpi) sia nelle terapie consolidate in ambito oncoematologico. Queste attività verranno svolte sia per gli ospedali fondatori che per enti di ricerca, aziende farmaceutiche, ospedali e charity. Una struttura unica nel Centro-Sud Italia e tra le più grandi d'Europa.

Programma esiti. Aiom: "Sviluppare reti oncologiche per curare meglio e spendere meno"

Il presidente della società scientifica, Stefano Cascinu, osserva: "Una delle criticità è legata allo scarso numero di interventi chirurgici in alcune strutture. I network sono utile vettore per condividere esperienze e risparmiare risorse". Sinora, tuttavia, "ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali".

“I risultati del ‘Rapporto nazionale esiti’ non ci stupiscono. Sappiamo da tempo che uno dei problemi oncologici è legato allo scarso numero di interventi chirurgici in alcuni centri. Solo il 20% delle strutture rispetta gli standard minimi di volume”. E’ il commento di **Stefano Cascinu**, presidente dell’Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), di fronte ai dati del Programma nazionale esiti (Pne) 2014 sviluppato dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) per conto del Ministero della Salute.

“Preoccupa che questo dato – aggiunge - si riferisca a tumori molto frequenti come quelli del seno, del colon, del polmone e dello stomaco. Questo vale per la chirurgia,

ma non è trasferibile alle terapie mediche, che non possono essere centralizzate. Altrimenti i pazienti sarebbero costretti a spostarsi frequentemente per lunghe distanze. La soluzione è rappresentata dalle reti oncologiche. In questo modo gli ospedali possono ‘parlare fra loro’ permettendo la circolazione delle esperienze e un risparmio di risorse. Finora però ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network”.

Secondo Cascinu la responsabilità deve essere ricondotta “alle scelte delle istituzioni, a livello nazionale e regionale”. E sottolinea la necessità di distinguere le criticità rappresentate dalla chirurgia dalle terapie mediche e ribadisce l’assoluta necessità delle reti oncologiche. “È necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che nel 2013 in Italia ha fatto registrare 366mila nuovi casi e 173mila decessi – continua - Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Solo così potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi. Il problema della realizzazione di questi network è stato affrontato nel precedente piano oncologico, ma è rimasto lettera morta”.

Le reti risultano quindi fondamentali ed è necessario definire regole uniformi che possano essere seguite da tutte le Regioni, cui spetta l’organizzazione sanitaria, al fine di dotarsi di network omogenei sul territorio nazionale. “È chiaro che le realtà locali sono diverse, ma bisogna evitare discrepanze eccessive, altrimenti rischiamo di aggiungere disparità e iniquità nell’accesso alle cure. Se non garantiamo un’assistenza omogenea su tutto il territorio, i pazienti sono costretti a migrare. A cercare soluzioni altrove. E questo rappresenta una sconfitta del sistema”.

Alla definizione delle reti oncologiche, conclude Cascinu, si deve accompagnare un nuovo modello di assistenza, meno centrato sull’ospedale e più orientato a forme alternative. “Il 30% dei pazienti con cancro muore in strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute, generando gravi sofferenze umane e familiari. È chiara l’inappropriatezza di questi ricoveri. Vanno poi considerati gli alti costi pro-die delle degenze in centri complessi e ad alto tasso tecnologico, con il rischio aggiuntivo di sottrarre posti letto a malati oncologici in fase acuta, sicuramente recuperabili con interventi tempestivi ed appropriati, rispetto a quelli, notevolmente minori, dell’assistenza domiciliare e dell’accoglienza negli hospice”.

Per cercare di superare questi problemi, è in corso un progetto che vede coinvolti Agenas, Aiom e Cipomo (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Ospedalieri) che permetterà di definire un modello di rete.

SOLE 24ORE SANITA'

Patto Salute: nasce Cabina di regia per il personale Ssn

Procede a passo spedito il cammino concordato tra Governo e Regioni verso la creazione della Cabina di regia per il personale della sanità pubblica. È pronto infatti a essere discusso, domani 22 ottobre, alla Stato-Regioni il documento che imposta il tracciato entro cui bisognerà disegnare questo nuovo strumento di coordinamento, che avrà sede presso il ministero della Salute. Del resto, la tabella di marcia è prevista espressamente dall'articolo 22 del Patto della Salute. La Cabina di regia è chiamata a diventare il fulcro operativo della riorganizzazione del personale. Il luogo primario di confronto intorno a un unico tavolo tra il ministero, le Regioni e tutti i sindacati rappresentativi del personale sanitario.

Obiettivo legge-delega.

Il Tavolo di confronto istituito allo scopo dovrà concludere i lavori entro il 31 ottobre. Alla fine del cammino insomma ci sarà il testo del disegno di legge-delega, che dovrà indicare la concreta realizzazione, come indicato dal Patto. La cabina sarà una nuova sede di confronto per dare più valore e portare all'attenzione delle istituzioni il "lavoro" della Sanità, valorizzando il peso delle risorse umane all'interno di ogni cambiamento che interverrà nel Ssn di oggi e, soprattutto, di domani. Il testo all'esame della conferenza parte da un breve articolato in tre punti: l'istituzione della Cabina; le attività in capo alla stessa e infine, la clausola di invarianza finanziaria.

Riepiloghiamo i punti chiave:

- a) valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
- b) accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e , per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
- c) disciplina della formazione di base e specialistica per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- d) disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- e) introduzione di standard di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- f) applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Ebola: Ema, farmaci in studio priorità come per malattie rare

Trovare al più presto una cura o un vaccino contro Ebola: è questo l'obiettivo con cui l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) invita ricercatori e aziende, che stanno sviluppando farmaci contro questo virus, a chiedere la designazione di farmaco orfano, normalmente usata per i farmaci realizzati per le malattie rare, e che consente di avere una corsia preferenziale e più veloce, consulenza scientifica gratuita dall'Ema, esenzione

dalle tasse ed esclusività sul mercato per 10 anni una volta che il farmaco sia approvato.

La designazione di farmaco orfano, spiega l'Ema sul suo sito, viene rilasciata allo sviluppo di farmaci pensati per prevenire o trattare malattie che mettono a rischio la vita e colpiscono non più di 5 persone su 10mila nell'Unione europea, come è attualmente il caso di Ebola. Qualsiasi trattamento in sviluppo per Ebola, per cui sia richiesto lo status di farmaco orfano, avrà dunque la priorità. L'Ema collabora da anni con la Food and drug administration (Fda), il suo equivalente americano, sui farmaci orfani, e le aziende che stanno sviluppando trattamenti per Ebola sono invitate a richiedere lo status di orfano ad entrambe le agenzie in parallelo, in modo da velocizzare il processo di sviluppo a livello globale. Sia l'Ema che l'Fda condivideranno le informazioni ricevute e le loro valutazioni.

DOCTOR 33.IT

Certificati sportivi. Ecco il decreto: Ecg per tutti ma annuale solo se si è a rischio

Parola fine, forse, per la diatriba sui certificati sportivi non agonistici. È in gazzetta ufficiale serie generale 243 del 18/10 il decreto 8 agosto 2014 sui certificati sportivi che recepisce la semplificazione varata con il decreto del fare l'anno scorso. D'ora in poi sarà richiesto di presentare un certificato medico annuale a tutti i bambini e ragazzi che praticano sport a livello non agonistico e anche per gli adulti "amatori" che hanno superato l'età dell'agonismo, in genere posta intorno a 45 anni. Per le attività agonistiche, invece, resta il certificato rilasciato dalle federazioni competenti in base al decreto ministeriale 18/2/1982. Sono interessate dal controllo annuale: le attività sportive parascolastiche; i giochi della gioventù (escluso il livello nazionale); gli sport praticati nell'ambito delle federazioni affiliate Coni al di sotto delle età "agonistiche" stabilite dalle stesse – per iniziare il tennis ci vogliono 8 anni, per il pugilato 14 – e al di sopra.

Il certificato è rilasciato dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta per i propri assistiti, dai medici sportivi specializzati e della Federazione Fmsi in ogni caso. La visita si compone in pratica di tre momenti: anamnesi/visita, rilevazione della pressione ed elettrocardiogramma, da effettuare in apposita struttura. L'ecg è in pratica obbligatorio per tutti ma con diverse cadenze. Dovranno presentare referto annuale gli ultrasessantenni con fattori di rischio cardiovascolari e gli affetti da patologie croniche conclamate a rischio cardiovascolare, mentre basta un elettrocardiogramma fatto una volta nella vita per i più giovani a meno di specifiche indicazioni del medico.

Tutti i medici certificatori – sportivi e non - devono conservare copia dei referti delle indagini diagnostiche eseguite per il certificato; medici di famiglia e pediatri poi ne

devono registrare i dati nella scheda informatizzata che tengono per ciascun assistito. L'onere è a fini di tutela medico legale, e non è di convenzione; tra l'altro, la certificazione è gratuita solo per l'idoneità ad attività parascolastiche e giochi della gioventù, mentre è a pagamento – quindi eseguita in regime libero-professionale - negli altri casi.

Punti nascita sotto soglia di sicurezza. Troiano (Aogoi): non chiuderli ma trasformarli

Sono ancora 133 su 521 i punti nascita in Italia che effettuano meno di 500 parti l'anno: è uno dei dati che emergono dal Programma nazionale esiti 2014, sviluppato dall'Agenas per conto del ministero della Salute, presentato lunedì a Roma.

Come spiega **Vito Troiano**, presidente dell'Associazione dei ginecologi italiani (Aogoi), queste strutture non rispondono in modo ottimale all'esigenza di mettere in sicurezza madre, bambino e gli stessi operatori: «Ne scaturisce tra l'altro una gran quantità di situazioni medico-legali. Molto spesso, non per incapacità dell'operatore ma per una serie di situazioni carenziali strutturali, si scatena un contenzioso che è arrivato a costi elevatissimi e a un numero altissimo di procedimenti annuali, anche se abbiamo dimostrato che il 98% dei processi penali finisce in archiviazione o assoluzione, essendo dunque un'inutile spesa per lo Stato».

Troiano ricorda che già nel 2012 l'Aogoi aveva condotto uno studio, in collaborazione con la Commissione parlamentare d'inchiesta della Camera, che aveva evidenziato le criticità legate agli ospedali con un numero di parti troppo esiguo per dare sufficienti garanzie di sicurezza: «con il ministro Fazio individuammo dieci requisiti fondamentali perché un punto nascita possa essere aperto, tra cui la guardia ostetrica ematologica e anestesiologicala 24 ore su 24 e una formazione particolare del personale». Tuttora, molti piccoli punti nascita non soddisfano questi requisiti ma Troiano non pensa che dovrebbero essere chiusi, bensì trasformati: «Sono da chiudere come sala parto, ma possono rimanere come ambulatori per la gravidanza fisiologica, per i controlli ecografici e per le prestazioni di diagnosi prenatale, rimandando invece la nascita vera e propria o la gravidanza complessa a ospedali meglio attrezzati».

Purtroppo molto spesso la politica non ci è vicina in queste cose, lamenta il presidente Aogoi, che ritiene opportuna «una rivisitazione dell'articolo V soprattutto sulla Sanità, per porre dei paletti e delle linee da seguire affinché ciascuna specialità possa essere praticata in strutture adeguate».

Ebola. Emergency: c'è bisogno di medici ma la burocrazia li blocca

«Qui abbiamo bisogno di tanti medici, tanti infermieri, tanti tecnici perché non riusciamo a curare tutta questa gente. Dobbiamo fare uno sforzo per contribuire a questa emergenza internazionale». A lanciare l'allarme nei giorni scorsi dalla Sierra

Leone, dove si è recato per prestare aiuto ai malati di Ebola, è stato **Gino Strada**, fondatore di Emergency, che ha chiesto al ministro della Salute **Lorenzin** di intervenire per consentire agli operatori sanitari, medici e infermieri, che lavorano in strutture pubbliche o convenzionate e si offrono per andare in Africa per l'emergenza, di partire senza che questo interferisca su contributi, assicurazioni e pensioni. Il ministro ha risposto di aver «chiesto alla Conferenza delle Regioni di poter aiutare questi medici a partire, perché lì c'è un problema di aspettative e di chi paga chi». Un'apertura che per ora non ha dato ancora prodotto alcun frutto, con uno stallo quanto mai dannoso come conferma il coordinatore dell'ufficio umanitario di Emergency **Pietro Parrino**. «Siamo di fronte a un'emergenza mondiale e ci arrivano molte segnalazioni di personale disposto a partire, eppure i “problemi burocratici” evocati dal ministro Lorenzin, di fatto impediscono di partire con le necessarie tutele». E Parrino spiega anche perché. «Una richiesta di aspettativa per venire accolta e per garantire la continuità previdenziale deve riguardare un'emergenza umanitaria che abbia ricevuto la conformità dal ministero degli Esteri, in alternativa il responsabile può negare la partenza e quindi» continua il rappresentante di Emergency «ci troviamo nella situazione di singoli partenti per iniziativa personale che non sono tutelati e al loro ritorno rischiano addirittura di essere vessati sul lavoro. Il tutto di fronte a un'emergenza, come quella di Ebola, che deve essere fermata in Africa e non ai nostri confini». Dove tra l'altro, come conferma lo stesso ministro, non si sono verificati casi. «Dalla Gran Bretagna» continua Parrino «abbiamo ricevuto un elenco di possibili partenti autorizzato dal Governo, da noi, invece, anche di fronte alla nostra offerta di accollarci le spese per chi volesse partire, il ministro è stato solo in grado di parlare di problemi burocratici». Che per il momento non sono stati risolti, spiegano da Emergency. E intanto l'emergenza continua.

DIRITTO SANITARIO **Diffamazione del medico ed esimente per stato d'ira**

Il figlio di un paziente, ricoverato presso una struttura ospedaliera, venuto a conoscenza del fatto che il medico, dopo averlo visitato, aveva avuto un comportamento scortese nei confronti degli altri parenti presenti e definito il padre un "rincoglionito", ha scritto una lettera non riservata al Direttore Sanitario dell'Ospedale lamentando l'accaduto. Nella missiva ha definito il sanitario "rincoglionito" (rispedendo al mittente l'offesa arrecata al padre) ed "incompetente".

All'esito del giudizio penale per diffamazione, il giudice ha chiarito che sussistono tutti i presupposti necessari per la concretizzazione del reato, ma appare ricorrere anche la causa di giustificazione prevista dall'art. 599 2 comma c.p, che richiede i due presupposti del fatto ingiusto altrui e dello stato d'ira conseguente.

Il fatto ingiusto è ravvisabile nell'aver il medico definito il padre dell'imputato con un termine offensivo per cui, anche se fosse stato utilizzato solo a fini “descrittivi” e non offensivi, è sicuramente da qualificare come scortese e poco conveniente date le circostanze del caso (padre anziano e, in quel momento, sofferente). Tale circostanza ha determinato lo sfato d'ira, pur non essendo egli stesso destinatario dell'offesa ma

un terzo soggetto, legato però da vincoli moralmente e giuridicamente apprezzabili, con conseguente sussistenza del nesso causale tra il fatto ingiusto e l'alterazione psichica cui consegue la perdita del controllo.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584