

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
23 GENNAIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSARI** *Caso Alzheimer, il pm ricusa un perito Secondo la Procura l'esperto nominato dal gip per studiare la terapia Dore avrebbe ricevuto "raccomandazioni"*

Inatteso colpo di scena, ieri mattina, davanti al gip del tribunale di Sassari e agli avvocati dei 23 indagati nell'ambito dell'inchiesta che vuole far luce sulla Psiconeuroanalisi, ossia quella che il medico di Ittiri Giuseppe Dore (arrestato ad agosto del 2012 e scarcerato dopo un mese) considera una miracolosa terapia che eliminerebbe le demenze senza l'utilizzo di farmaci, con esercizi linguistici e vitamine. Ieri era il giorno dedicato alla discussione delle perizie affidate dal gip Carla Altieri ai due esperti super partes Stefano Montanari (ospedale di Chiari) e Luca Rozzini (Spedali Civili di Brescia). A loro era stato affidato il compito di stabilire quali fossero le condizioni dei pazienti prima di essere seguiti dal neurologo Dore. Ma, inaspettatamente, il pubblico ministero Gianni Caria ha chiesto la riconsunzione (sostituzione) del perito Montanari. La ragione? Da un'intercettazione che riguarda un altro procedimento penale sarebbe emerso che il perito avrebbe ricevuto una telefonata da una persona che gli avrebbe in qualche modo "raccomandato" la posizione della dottoressa Marinella D'Onofrio, collaboratrice di Dore (anche lei tra gli indagati). Il sospetto della Procura in sostanza è che ci sia stato da parte di terzi il tentativo di orientare il lavoro del perito. Questo ovviamente non significa che Montanari abbia accordato eventuali richieste ma per il pm Caria quella telefonata basta per revocare l'incarico al responsabile dell'Unità di valutazione Alzheimer dell'ospedale di Chiari. Il giudice si pronuncerà su questa richiesta il 4 marzo. Lo scorso ottobre i due esperti avevano chiesto una proroga di novanta giorni per studiare gli effetti della terapia e ieri mattina era prevista la discussione della perizia. Il tribunale infatti vuole sapere se le condizioni di quei malati fragili, alcuni arrivati a Ittiri da altre regioni, non siano in realtà peggiorate. Il pubblico ministero aveva chiesto la valutazione di esperti sopra le parti, nell'ambito di un incidente probatorio, per cristallizzare un parere sulla validità o meno della terapia sulla quale Dore basa la propria attività sostenendo di poter guarire alcune forme di demenze, come l'Alzheimer, nonostante la medicina ufficiale non abbia mai trovato una cura. Solo a quel punto la Procura potrà tirare le somme su un'inchiesta che aveva portato, ad agosto di due anni fa, all'arresto di quindici persone per associazione a delinquere, tra le quali Dore e molti dei suoi più stretti collaboratori.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Rc medica, mercato non quantificabile. Maggiorotti (Amami): l'obbligo di assicurarsi slitterà ancora**

Ben sopra il miliardo di euro: ma è impossibile quantificare il mercato assicurativo Rc medica in Italia tra risarcimenti delle compagnie, premi pagati da medici e strutture pubbliche e private, nonché autoassicurazioni degli ospedali, franchigie e indennizzi diretti per danni minori (quest'ultimo gruppo di "rimedi" coprirebbe l'85% dei sinistri). La riflessione arriva leggendo l'indagine sui sistemi di gestione sinistri regionali dell'Osservatorio nazionale Agenas. Lo studio rivela un trend stabile negli ultimi 3 anni delle denunce per sinistri sanitari: restano oltre 12.000 nel 2012 nelle sole strutture pubbliche. E il valore del mercato pare destinato ad aumentare con l'obbligo imposto ai medici di assicurarsi entro il 13 agosto. «Scommetterei che l'obbligo slitterà ancora», dice **Maurizio Maggiorotti** presidente di Amami, l'Associazione dei medici accusati ingiustamente di malpractice. «Ma la situazione di stallo fa crescere il mercato assicurativo, che non ha convenienza a parificare questo campo alla Rc auto, dove c'è l'obbligo di coprire tutti e i premi devono rispettare certi livelli. I premi l'ultimo anno sono aumentati di quattro volte, ortopedici e chirurghi plastici non sborsano meno di 10 mila euro, i ginecologi di più. Tra franchigia e premio in caso di sinistro un medico di aree a rischio spende in media 27 mila euro/anno: per assurdo, se i suoi sinistri sono sotto quella cifra assicurarsi non conviene». In parlamento si discutono vari ddl, uno del presidente Fnomceo Amedeo Bianco. Davvero nessuno andrà in porto per agosto? «Qualcosa si muove, siamo stati chiamati in audizione alla commissione affari sociali della Camera e hanno sposato le nostre posizioni: esclusione della perseguibilità penale d'ufficio; Rc solo per dolo e colpa grave e il resto è alea; prescrizione a 5 anni dell'azione risarcitoria e no a 10. Ma poi tutto si è fermato. In molti non capiscono che continuare così vuol dire obbligarci a fare medicina difensiva creando costi sociali immensi. Se dopo un banchetto il mal di pancia di un ragazzo è al 99% dovuto a indigestione, per l'1% non lo è..., e nemmeno a un figlio prescriveri la Tac; ma se a seguito di contenzioso il Ctù dice al giudice che per quell'1% di alea si sarebbe potuto "capire" un aneurisma, per me medico scatta l'omicidio colposo».

#### **Lorenzin, Patto Salute entro Febbraio. Budget certo per 4 anni**

Il nuovo Patto per la salute sarà pronto «entro febbraio». Lo ha assicurato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, in audizione in commissione Affari sociali alla Camera, spiegando che si è conclusa la «fase consultiva di lavoro delle dieci commissioni messe in campo dalla Conferenza Stato-Regioni» e che dopo l'incontro politico della scorsa settimana con le otto Regioni si è stabilito un «timing di incontri, due volte a settimana, di qui a San Valentino, sui 10 capitoli. Capitolo per capitolo si andrà avanti a oltranza fino a che si chiude». Le Regioni, ha ricordato «hanno finalmente l'opportunità di fare pianificazione a budget certo fino al 2017» che è di «109,902 miliardi per il 2014, 113,452 per il 2015, 117,563 per il 2016 e 122 per il 2017».

Nel Patto, ha garantito, «a Titolo V invariato ci saranno elementi autovincolanti per le Regioni, con impegni e tempistica precisa, ci sarà un nuovo modello per i piani di rientro,

dando più forza all'intervento del ministero della Salute, con delle "task force" che interverranno direttamente nelle aziende ai primi segnali di allarme e in tempi circoscritti» e si affronterà anche il problema della governance, non con interventi normativi ma puntando «sulla formazione e la selezione del management». In via di soluzione, ha assicurato, anche la ristrutturazione della rete ospedaliera, dopo che il decreto con i nuovi standard «è stato bloccato in Conferenza» per diversi mesi. Nel Patto si dovranno anche «rivedere i Lea». L'audizione è stata anche l'occasione per il ministro per affrontare l'argomento ticket. «Non c'è una proposta da parte del governo ma le Regioni porteranno una loro proposta sulla compartecipazione della spesa». ha detto il ministro. Infine un cenno alla questione Stamina. «La composizione del nuovo comitato che dovrà valutare il metodo Stamina» ha sottolineato Lorenzin «potrebbe subire delle variazioni. Stiamo facendo il vaglio dei nomi per essere sicuri di non dare adito ad altri ricorsi».

### **Iss. Del Favero nuovo direttore generale. Attesa l'ufficialità**

**Lino Del Favero** è il nuovo direttore generale dell'Istituto superiore di Sanità. Ad annunciarlo il Sole-24 Ore Sanità che rivela come il decreto di nomina sia stato firmato dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** mercoledì scorso e andrà a fine settimana alla Corte dei conti. In attesa dell'ufficialità all'Iss c'è un "vuoto" di reggenza visto che il precedente direttore generale Monica Bettoni ha interrotto il suo mandato a fine 2013. Lino Del Favero è attualmente direttore generale dell'Ao Città della salute e della scienza di Torino e di Federsanità Anci dopo che dal 2003 è stato direttore generale dell'Ulss 7 del Veneto. Il nuovo statuto dell'Iss in via di approvazione prevede un presidente e un direttore generale forti che accentrano programmazione, gestione e anche valutazione.

### **Infermieri replicano ai medici: per le nuove competenze non serve legge**

Non ci vuole una nuova legge per attribuire all'infermiere see and treat, triage avanzato e cateterismo venoso centrale. Arriva su facebook, dal profilo della leader Ipasvi **Annalisa Silvestro**, la risposta degli infermieri ai medici dell'Intersindacale che lamentano sconfinamenti nelle nuove competenze dei "colleghi". Le novità, previste dalla bozza in conferenza stato-regioni, sono analizzate dal giurista **Luca Benci**, già direttore della Rivista di Diritto delle Professioni sanitarie. Benci sottolinea come la legge 42 del '99, innovando sul dpr 225 del 74 che faceva riferimento al mansionario degli infermieri (dove al di là delle specifiche mansioni gli altri compiti erano dei medici) abbia attribuito all'infermiere un campo proprio di responsabilità definito da tre fonti: profilo, codice deontologico, formazione. Con il limite del rispetto delle competenze mediche –solo vagamente definite (diagnosi e terapia) - al posto di mansioni modificabili per legge, nel '99 arrivano funzioni destinate a evolversi con la legge 251/01 che attribuisce alle regioni la valorizzazione delle professioni sanitarie e con la 43/06 che riconosce l'infermiere specialista. Benci si chiede se per un profilo che ieri poteva cambiare per legge oggi basti l'attuale trattativa stato-regioni, e la risposta è sì: troppo il tempo per far pronunciare il Parlamento, troppi i rischi che il governo indichi per decreto vecchie mansioni e sia contestato. Benci sottolinea come le competenze contese con i medici siano una minima parte. Inoltre come argine alla "fantasia", in tema di accordi tra singole regioni e atenei per formare i nuovi infermieri, i

medici nella bozza sono tutelati dall'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative composto da rappresentanze professionali e sindacali loro e di infermieri: guarda caso la stessa composizione della Cabina di Regia poi ottenuta dai medici come sede naturale per discutere la bozza sulle nuove competenze. Una sede che forse fa a pugni con la riforma Brunetta, la quale in tema di organizzazione del lavoro non prevede simili organismi.

## **Telemedicina, Russo (Sit): imminente pubblicazione linee di indirizzo**

«Ci sono voluti quasi quattro anni, ma finalmente le linee di indirizzo nazionali per la telemedicina sono in fase di approvazione e la loro pubblicazione è imminente»: la soddisfazione di **Giancarmine Russo**, segretario generale della Sit, Società italiana di telemedicina, è notevole anche se non manca di far notare «la lungaggine, tipica del sistema italiano, che ha caratterizzato il loro iter». Del resto, è stato proprio in occasione del primo congresso nazionale Sit a Firenze, nell'aprile 2010, che fu avanzata la richiesta di un documento di indirizzo che permettesse il decollo della telemedicina anche nel nostro Paese. «Solo dieci mesi dopo, il ministro Fazio istituì il tavolo di lavoro che doveva redigere le linee; - ricorda Russo – l'attività ha richiesto un anno e mezzo e i lavori, coordinati dalla professoressa Maria Carla Gilardi, sono terminati a luglio 2012, da allora sono andate alla Conferenza Stato-Regioni dove sono rimaste per un altro anno e mezzo tra elezioni nazionali e regionali». Il ritardo, rispetto a un Paese come la Francia, è di circa quattro anni; «nel frattempo, in Italia sono state condotte sperimentazioni e progetti pilota, tante esperienze importanti, ma c'era la necessità di avere una cornice legislativa in cui incardinare questi servizi». Qualche passo avanti era stato compiuto da Regioni come la Lombardia, che ha introdotto un tariffario regionale per rimborsare alcune prestazioni di telemedicina, «ora però non ci sono più scuse – afferma il segretario Sit – e in tutte le regioni potranno essere messi a regime servizi di teleassistenza e di telemonitoraggio. Noi puntiamo molto su questo, in particolare sulla cura delle patologie croniche, per poter curare a casa pazienti costretti altrimenti ad andare in ospedale: questo è il valore aggiunto della telemedicina». Sono le stesse linee di indirizzo a individuare le principali motivazioni e i benefici attesi: una maggiore equità di accesso all'assistenza sanitaria; una migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure; più efficacia, efficienza e appropriatezza e infine, quanto mai importante in questo periodo, un contributo al contenimento della spesa.

## **DIRITTO SANITARIO Procedimento disciplinare a carico dell'odontoiatra**

### **Il fatto**

La Commissione albo odontoiatri provinciale ha irrogato all'iscritto la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione per tre mesi avendo ritenuto il professionista responsabile di taluni fatti addebitati e, tra essi, la violazione dell'art. 1 codice deontologico per non aver prestato la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine, non presentandosi per ben due volte a una convocazione del presidente della Commissione odontoiatri disposta per ottenere chiarimenti in ordine alla pubblicità sanitaria posta in essere da una società di cui il sanitario è socio accomandatario.

## **Profili giuridici**

Non può dirsi che il sanitario, convocato in sede istruttoria per rispondere a domande in ordine a un esposto presentato nei suoi confronti con riguardo a fatti integranti ipotesi di illecito disciplinare, sia tenuto a osservare il dovere di verità e a dare risposta a richieste di chiarimenti. Se così fosse, sarebbe vulnerata la regola, basilare di ogni procedimento disciplinare, abbia esso movenze giurisdizionali o amministrative, del nemo tenetur contra se edere, espressione del diritto di difesa costituzionalmente garantito e prevalente sull'esigenza del pieno e corretto esercizio delle funzioni istituzionali degli ordini professionali.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Patto per la Salute. Lorenzin dà le cifre: “Fondo sanitario 2014 a 109,902 miliardi. E poi saliremo fino ai 122 mld del 2017”**

*Budget sanitario certo da qui fino al 2017, con una quota destinata alla revsione dei Lea che sarà completata in tre anni; scuola di formazione nazionale per il management sanitario; un decreto a breve per gli investimenti in sanità. Nuove politiche per i Piani di rientro. Sono solo una parte dei temi toccati dal ministro che è tornata in audizione all'Affari Sociali sul Patto per la salute, che si prevede di chiudere per San Valentino.*

Poco meno di un'ora. Tanto è durata la seconda parte dell'audizione della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, in Commissione Affari Sociali, per completare l'illustrazione delle iniziative messe in atto dal ministero per la definizione del nuovo Patto per la salute ([vedi prima audizione](#)).

E in questo arco di tempo, stimolata anche dalle domande dei componenti la Commissione, Lorenzin ha detto che il Patto prevede “un budget certo fino al 2017”. Più precisamente (mostrando una tabella inedita ai parlamentari) per il 2014, la cifra stanziata è di 109,902 miliardi; per il 2015 la cifra è di 113,452 miliardi; per il 2016 la cifra è di 117,563 miliardi e per il 2017 è di 122 miliardi”.

Poi ha dato il timing del Patto. Ovvero: “Da qui a San Valentino (14 febbraio ndr.) si dovrebbero chiudere i vari capitoli che erano stati definiti”. Ha annunciato un decreto a brevissimo, già concordato con il ministro Carlo Trigilia, sugli investimenti nelle strutture sanitarie. Sul tema della Governance, la ministra ha fatto sapere che “il problema non è solo dei direttori generali ma anche dei direttori sanitari e spesso le strutture non vanno perché non vanno i Direttori sanitari della struttura”. Questo comporta un problema di “capacità di selezione del management sanitario” che si sta immaginando di affrontare anche con la creazione di una scuola ad hoc.

### **Tempistica per il Patto per la salute**

“Rispetto all'ultima audizione – ha detto Lorenzin – sono accadute alcune cose. E' finita la fase consultiva del lavoro delle 10 commissioni messe in campo dalla Conferenza Stato-Regioni. Abbiamo avuto un incontro programmatico ma anche di indirizzo condiviso con le

otto regioni che sono state selezionate per fare una trattativa ristretta sul Patto e abbiamo concordato un timing di date più o meno in dieci capitoli, quindi dieci gironi, divisi in due/tre appuntamenti per settimana da qui a San Valentino per cercare di chiudere il Patto nei vari capitoli che erano stati definiti”.

### **Certezza economica fino al 2017**

Lorenzin poi ha spiegato le ragioni del perché i precedenti Patti sono stati per larga parte disapplicati. “I motivi sono diversi: dalle difficoltà dei territori a realizzare i programmi di rete, a problemi di tipo sindacale, di tipo economico, però è chiaro che così non si può andare avanti. Il patto non riesce a svolgere la funzione di raccordo tra la conferenza e il governo e di uniformare verso il meglio il Sistema sanitario eliminando le criticità che ci sono e sono molto forti. Le regioni oggi invece hanno l’opportunità di poter fare un’azione di pianificazione a budget certo. La mancanza di certezza economica in passato è servita da scusa o da giustificazione per non fare. Oggi invece abbiamo un budget certo fino al 2017. Per il 2014, 109,902 miliardi; per il 2015 la cifra è di 113,452; per il 2016 la cifra è di 117,563 e per il 2017 è di 122. Questo è il bilancio certo per il Ssn fino al 2017”.

“A differenza quindi degli altri anni – ha aggiunto Lorenzin – abbiamo dei budget vincolati. Questo in passato non è successo per una serie di motivi per i tagli, per la spending review che è tutt’ora operante, per il momento sociale che stiamo vivendo. Con le regioni la proposta di base del Piano pone dei punti. Il primo è che il piano va scritto in modo tale che ci siano degli elementi auto vincolanti per le regioni e a titolo V invariato questo è un fatto che le regioni hanno accettato”.

Il secondo punto, aggiunge Lorenzin è un “nuovo modello di commissariamento, di piani di rientro. Il ministero della Salute interviene con maggiore forza dal punto di vista della gestione dei Lea con una task force che va direttamente nelle aziende non quando la crisi è già conclamata ma prima. Dai primi allarmi che abbiamo. Dopodiché arriva un gruppo che entra nell’azienda, per un tempo molto circoscritto al fine di correggere quei processi che hanno dato vita ad una disfunzione”.

### **Maggior controllo della Salute sulle regioni commissariate**

Quindi il Patto prevede una ri-centralizzazione del controllo da parte del Ministero sul livello dei Lea. Ruolo che negli anni è venuto meno a favore di un maggior controllo del Mef. “Ma oggi, dopo quel modello di commissariamento che è stato rozzo, abbiamo bisogno di un’azione più raffinata. Le regioni devono porsi degli obiettivi di revisione della spesa interna che prevedono una centrale unica di acquisti, beni e servizi e anche la quantificazione dei costi standard, al fine di reinvestire risorse necessarie al Ssn”.

### **Governance**

Per quanto riguarda la governance Lorenzin ha detto che il “problema non è solo dei Direttori generali ma anche dei Direttori sanitari. Spesso le strutture non vanno perché non vanno i Direttori sanitari della struttura. Quindi c’è un problema grande quanto una casa e su questo bisogno operare con un sistema di controllo puntuale. Non possiamo agire sul sistema di reclutamento delle regioni a legge vigente perché la norma prevede una selezione. Se però uno degli elementi di valutazione della *performance* è il raggiungimento degli obiettivi, si può pensare di dare degli obiettivi e remunerare gli obiettivi ottenuti. Se avviene nelle aziende non si comprende perché non si possa applicare anche all’interno di un’azienda ospedaliera”.

### **Selezione del management sanitario**

Altra questione “la capacità di selezione del management sanitario”. Su questo Lorenzin ha detto che “c’è un deficit formativo, per rispondere a questo e al fatto che si ritiene che tutti possano fare i manager sanitari abbiamo immaginato la realizzazione di strutture di qualificazione e di selezione del management sanitario come avviene per altre professioni. Questo attraverso il centro di formazione che lo Stato ha già e gli accordi con le Università.

### **Investimenti nelle strutture sanitarie**

La ministra ha riconosciuto la “necessità di affrontare investimenti nelle strutture sanitarie. La richiesta l’ho fatta a Carlo Trigilia, Ministro per la Coesione territoriale, nell’ambito dei fondi per interventi di sviluppo e coesione per quanto riguarda l’ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico anche del settore ospedaliero. Questo dovrebbe far parte del prossimo decreto in quanto le infrastrutture ospedaliere sono infrastrutture tecnologiche come le altre”.

### **La questione degli ospedali e della riconversione e chiusura**

Su questo ha spiegato Lorenzin, il decreto Balduzzi si è fermato in Conferenza delle regioni. “Il problema però è in via di soluzione anche perché non possiamo uscire dal Patto senza aver risolto il problema dell’assegnazione dei posti letto”. Il patto affida anche “un ruolo centrale al piano sanitario, che diventa – ha riferito la ministra – lo strumento principe per l’azione delle regioni. Oltre al piano ruolo centrale anche alle linee guida nazionali che dovranno avere un impatto più stringente all’interno delle regioni”.

### **Fiscal compact**

Quello del fiscal compact ha detto Lorenzin “è un tema di politica generale ma che ha un impatto sulla spesa del welfare e sanitaria che non possiamo non calcolare. Le misure che stiamo immaginando di porre in essere attraverso il patto e una razionalizzazione dell’efficientamento della spesa devono tener conto del fatto che dovremo ridurre di 50 miliardi l’anno il debito. E questo inciderà molto sulla spesa pubblica italiana. Il tema vero è come mantenere la sostenibilità del sistema per le generazioni future. Dobbiamo capire tutti che siamo in una fase dirimente di grandi trasformazioni e, come accadde per il sistema previdenziale 15 anni fa, o capiamo ora che dobbiamo mettere in sicurezza il sistema o è difficile che questo regga”. Anche perché “stanno cambiando i modelli di cura. E questo tema non è veramente affrontato. Lo si fa solo in piccoli tavoli tecnici ma non è ancora diventato patrimonio di tutti. La medicina personalizzata è il futuro, tutti vorranno avere accesso a modelli di cura *one to one* che non costeranno alcune migliaia di euro come i farmaci chemioterapici ma 150/200mila euro. Quindi un sistema universalistico come il nostro dovrà porsi il problema di come e in quale misura garantirsi l’accesso ai farmaci. Da qui anche il tema della compartecipazione della spesa per garantire a tutti i cittadini e non soltanto a chi ha un’assicurazione la possibilità di avere il meglio. Anche il mondo industriale si sta interrogando su queste tematiche, ben cosciente che lo Stato non potrà pagare tutto. È una questione su cui noi dobbiamo cominciare a riflettere da subito”.

### **Spesa farmaceutica**

Dopo i modelli di cura personalizzati Lorenzin ha parlato della spesa farmaceutica dicendo che “è stata abbattuta di diversi miliardi di euro con una serie di manovre. E oggi la spesa farmaceutica italiana è la più bassa rispetto ai livelli europei. Bassa al punto che i nostri farmaci hanno costruito un mercato parallelo. Questione che non possiamo ignorare: i

farmaci vengono venduti all'estero su un mercato parallelo e le farmacie non sono rifornite. Quindi se da un lato la riduzione della spesa farmaceutica ha prodotto un risparmio dall'altro abbiamo un mercato parallelo e un problema sulla tenuta dei sistemi industriali".  
"La spesa farmaceutica ospedaliera – ha concluso su questo punto – continua ad essere fuori controllo dell'8%. E occorre capire se la spesa ha sfondato perché i tetti sono troppo bassi o perché qualcuno ha sbagliato. Probabilmente le due cose vanno insieme, ma ciò non toglie che gli squilibri alla fine vanno poi sanati".

### **Trasparenza**

"Il portale della salute è in dirittura d'arrivo. Il portale darà l'accesso a tutti i dati in modo integrato. Obiettivo è avere accesso alle informazioni". La ministra ha poi annunciato di aver visto "la prova del Trip advisor della salute funziona ed è piuttosto d'impatto. A breve sarà sul sito del ministero almeno per quanto riguarda gli Ircss. Lì attraverso un controllo semplificato dei dati, nel massimo rispetto della privacy, l'utente per ogni singola struttura, vede e valuta".

### **Ddl Lorenzin**

"Io sarei più fiduciosa sulla capacità del Parlamento di legiferare. Il Ddl non è solo sugli ordini professionali e sarà un'occasione importante per vedere nel complessivo alcune norme a cui potremo agganciare a questo vagone alcune questioni che sono state sollevate. Spero che il Parlamento lo gestisca in modo veloce in modo tale da avere presto questa norma attesa".

### **Decreti Lea**

Ultimo punto affrontato da Lorenzin la questione Lea. "Il patto – ha concluso – deve rifare i Lea. Una delle ragioni della stabilizzazione è proprio questa. Abbiamo stabilizzato il budget per poter assegnare una quota e in tre anni revisionare i Lea, che verranno sfoltiti e aggiornati. La nuova fase del Ssn dovrà focalizzarsi sui Lea, sulla qualità della cura e sulla sostenibilità finanziaria".

### **Ospedali. Vargiu: "Aperti di notte? Meglio potenziare territorio"**

*Per il presidente della commissione Affari Sociali gli ospedali dovrebbero lavorare per risolvere le acuzie e dar risposte alle urgenze, "per il resto bisogna potenziare il territorio e investire 3-4 mld". Quanto ai costi standard, "il principio di valorizzare le best practices è validissimo per gli acquisti dei beni, ma non per l'erogazione dei servizi".*

"Sugli ospedali che lavorano di notte per sgrassare le liste di attesa ho qualche perplessità e predicherei prudenza. Gli ospedali dovrebbero lavorare per risolvere le acuzie e devono rappresentare un punto di riferimento per l'urgenza. Per il resto bisogna potenziare il territorio e investire 3-4 miliardi per far fronte al bisogno di risposte su temi come la presa in carico del paziente cronico". Lo ha dichiarato **Pierpaolo Vargiu**, presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, in un confronto col presidente della Regione Veneto, **Luca Zaia**, durante il "*Filo Diretto*" di Rai Tg Parlamento.

"Abbiamo molta fiducia sul progetto dei costi standard, ma dobbiamo essere consapevoli che non basterà", ha proseguito Vargiu. "Il principio di valorizzare le best practices è validissimo per gli acquisti dei beni, ma non per l'erogazione dei servizi come il 118. Occorre un cambio di passo e di mentalità, dobbiamo stare attenti al rischio di un'Italia che



garantisce la salute in modo totalmente diverso nelle 21 regioni italiane - in alcune Svizzera, in altre Africa - ha concluso Vargiu -. Sarebbe la certificazione della fine del nostro sistema sanitario”.

## **Aderenza terapeutica. Il supporto del farmacista è gradito da medico e paziente**

*Lo evidenzia la seconda fase del progetto pilota patrocinato dalla Fofi che ha valutato il gradimento dei pazienti sottoposti alla revisione dell'uso dei medicinali da parte del farmacista e ha presentato i dati della sperimentazione ai medici di medicina generale, ottenendo in entrambi i casi un risultato estremamente positivo.*

Quando il farmacista si fa carico dell'aderenza alla terapia riscuote il consenso del paziente, ma anche del medico curante. Questa la conclusione cui è giunta la seconda fase del Progetto pilota sull'MUR (Medicine Use Review, revisione dell'uso dei medicinali) patrocinata dalla FOFI, che ha coinvolto circa 900 pazienti affetti da asma. Con l'ausilio di un questionario molto articolato, la ricerca ha analizzato il feedback dei pazienti che sono stati sottoposti alla revisione, ma ha altresì registrato i commenti ai dati del progetto pilota di un gruppo di medici di medicina generale della SIMG, grazie a un focus group organizzato nel corso dell'ultimo congresso della società scientifica.

“Voglio ringraziare il presidente della SIMG, **Claudio Cricelli**, il vicepresidente **Ovido Brignoli** e il responsabile nazionale dell'area Farmaco **Ettore Saffi Giustini** per averci aiutato nella realizzazione di questa parte dello studio” dice **Andrea Manfrin**, clinical lecturer della Medway School of Pharmacy dell'Università del Kent e Principal Investigator dello studio. “Complessivamente”, prosegue Manfrin, “i cittadini hanno confermato un elevatissimo gradimento per questa prestazione, e una percentuale molto significativa – il 75% - ha dichiarato di avere tratto beneficio dall'intervento del farmacista, tanto che è stata una richiesta comune potersi sottoporre all'MUR periodicamente (ogni tre mesi). Ma anche i medici di medicina generale sono stati concordi nel giudicare l'MUR uno strumento importante per migliorare l'aderenza alla terapia e anche per creare un percorso condiviso per migliorare l'assistenza ai pazienti”.

“Siamo soddisfatti che da questa seconda fase della nostra sperimentazione sia emerso un dato fondamentale: l'intervento del farmacista a supporto dell'aderenza alla terapia è apprezzato sia dai cittadini sia dai medici di medicina generale, che sono nostri fondamentali interlocutori sul territorio” dice il presidente della FOFI, Senatore **Andrea Mandelli**, unendosi al ringraziamento alla dirigenza della SIMG.

“E' evidente che i tempi sono maturi per sviluppare un nuovo modello di assistenza che veda una collaborazione concreta tra i professionisti della salute mettendo al centro, come emerge anche da questa ricerca, il paziente e le sue necessità. La Federazione”, prosegue Mandelli, “in questi anni ha operato per mettere a disposizione dei farmacisti italiani tutti gli strumenti necessari per avere un ruolo nel processo di cura che sia all'altezza dei tempi: dalla Legge sui servizi in farmacia al Dossier farmaceutico, provvedendo anche a sperimentare sul territorio le nuove prestazioni del farmacista. Il nostro percorso, comunque, non finisce qui: a breve inizierà uno studio controllato volto a dimostrare i benefici

dell'MUR anche sul piano clinico ed economico. Ci auguriamo che, evidenze scientifiche alla mano, si passi finalmente a implementare il nuovo modello di servizio farmaceutico di cui il paese ha bisogno per una tutela della salute migliore e sostenibile” conclude il presidente della FOFI

## **I dati in sintesi:**

### **Il feedback dei Pazienti**

I ricercatori delle quattro province coinvolte, Brescia, Pistoia, Torino e Treviso, hanno ottenuto complessivamente le risposte a un questionario articolato di 274 pazienti, più di un quarto di quelli che avevano partecipato alla sperimentazione (895). Molti gli aspetti indagati, a cominciare dalle aspettative che il paziente nutriva nei confronti dell'MUR: le prime tre risposte indicate (era possibile la scelta multipla) sono state: 1) “assicurami di stare usando correttamente i farmaci prescritti” (62,9%); 2) “avere maggiori informazioni sui medicinali prescritti” (60,8%); 3) “avere maggiori informazioni sulla mia condizione clinica” (50%). All'ultimo posto si è piazzata “discutere i problemi o le preoccupazioni relative ai farmaci prescritti” (29%), dato coerente con quelli raccolti durante la prima fase del progetto, nella quale i pazienti avevano dichiarato in larga maggioranza di non avere difficoltà con la terapia o la gestione della malattia, ma successivamente è emerso che il 60% dei pazienti sottoposti all'MUR presentava almeno un problema.

Il secondo aspetto indagato era il gradimento della prestazione ricevuta. Qui i pazienti dovevano dichiarare il loro accordo con una serie di affermazioni. Alcune riguardavano la capacità del farmacista di interagire con il paziente (per esempio: “il farmacista mi ha messo a mio agio”; “ho avuto piena attenzione da parte del farmacista”; “il farmacista mostrava di volermi aiutare a risolvere le mie difficoltà con la terapia”), che hanno ottenuto risposte positive al di sopra del 93%. Ma particolarmente significativo è che oltre il 75% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto dei benefici dall'MUR, l'84% ha dichiarato di trovarsi più a suo agio con la terapia prescritta e solo il 17% circa ha indicato di avere ancora dei dubbi che non sono stati chiariti. Particolarmente interessante il fatto che il 36% concordava che l'MUR aveva messo in luce problemi reali con la terapia, e il 27% che dopo l'MUR il medico aveva modificato la prescrizione.

Il 51% dei pazienti ha dichiarato che vorrebbe ripetere l'esperienza, e oltre l'85% consiglierebbe l'esperienza ad altri. Tra i suggerimenti per migliorare il servizio, il campione ha indicato l'allargamento ad altre patologie, la generalizzazione del servizio ad altre farmacie e addirittura l'esecuzione dell'MUR con frequenza trimestrale.

### **Il giudizio del medico curante**

Nel corso del focus group – che ha coinvolto quattro medici di medicina generale – è stato dato un giudizio positivo sull'esperienza condotta, e l'MUR è considerato uno strumento importante per migliorare l'aderenza alla terapia. I MMG hanno indicato i pazienti fragili, gli anziani e quelli soggetti a poliprescrizione come i destinatari preferenziali della prestazione. E' stata anche indicata la necessità di sviluppare un protocollo condiviso tra MMG e farmacisti. Un altro punto sottolineato è la necessità di alimentare un flusso di informazioni costante tra medico e farmacista, soprattutto al fine di rivolgere al paziente un messaggio univoco. E a questo scopo, sarebbero auspicabili sessioni di training comuni per medici e farmacisti. Un'iniziativa che servirebbe anche a rimuovere le barriere alla comunicazione tra i due professionisti, dovute in massima parte, secondo i medici interpellati, al carico burocratico. In questo senso, tutti i partecipanti hanno individuato nella

condivisione di una piattaforma informatica un passo fondamentale (da notare che il focus group si è tenuto a ridosso dell'approvazione del "Decreto del fare" che ha previsto in seno al Fascicolo sanitario elettronico un Dossier farmaceutico aggiornato dal farmacista e ovviamente consultabile dal medico).

### **Che cos'è il progetto pilota sull'MUR**

Lo studio pilota dell'MUR patrocinato dalla FOFI ha come obiettivo valutare la trasposizione nella farmacia italiana di una prestazione, la Medicine Use Review (revisione dell'uso dei farmaci) introdotta in Inghilterra nell'aprile 2005. Lo scopo dell'MUR è migliorare la conoscenza da parte del paziente dei medicinali che sta assumendo, identificare eventuali effetti collaterali e, se possibile, indicare delle soluzioni; migliorare l'aderenza del paziente alle indicazioni del medico e ridurre gli sprechi che inevitabilmente si producono quando i farmaci vengono usati male. Si tratta, dunque, di un'attività specifica del farmacista quale esperto del farmaco, e non di uno sconfinamento nelle competenze del medico, dal momento che non si interviene sulle scelte del curante (scelta del medicinale, della via di somministrazione, dei dosaggi eccetera) ma gli si segnalano le eventuali anomalie. Il farmacista, invece, interviene invece su eventuali errori commessi dal paziente nella gestione del farmaco (dimenticanza delle dosi, eccessivo ricorso ai farmaci al bisogno, uso di medicinali da banco che interferiscono con la cura prescritta).

### **Salute e sicurezza sul lavoro. Ecco le linee d'indirizzo all'esame dell'Unificata**

*Arrivano in Conferenza Unificata le indicazioni per prevenire, nei luoghi di lavoro, malattie e infortuni. Ed anche per mitigare i rischi legati alle differenze di genere, all'età, con la conseguente insorgenza di malattie muscolo-scheletriche, e alle esposizioni a cancerogeni. Il documento.*

Interventi di vigilanza realmente efficaci per privilegiare la sicurezza e la salute nei comparti dell'edilizia, dell'agricoltura e di tutti quelli comunque a rischio. Attività di vigilanza che devono rispondere ad una programmazione atta a prevenire malattie e infortuni mortali e gravi. Ed anche a mitigare i rischi legati alle differenze di genere, all'età, con la conseguente insorgenza di malattie muscolo-scheletriche, e alle esposizioni a cancerogeni. Sicurezza e tutela della salute dei lavoratori che passano attraverso l'attivazione di sistemi informativi per la realizzazione di una banca dati.

Sono questi in estrema sintesi gli obiettivi a cui punta la bozza d'Intesa sugli "Indirizzi 2013 fissati dal Comitato ex art. 5 del D.lgs n 81 per la realizzazione nel 2014 di linee comuni delle politiche nazionali e per il coordinamento della vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro" inviata alla Conferenza Unificata.

Un provvedimento che mette nero su bianco le azioni a livello centrale e territoriale da sviluppare per "perseguire linee comuni delle politiche nazionali di prevenzione, assicurare un migliore coordinamento nella programmazione delle azioni di vigilanza, conseguire migliori conoscenze per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con una più funzionale individuazione di priorità di ricerca".

In particolare il provvedimento stabilisce che una quota non inferiore al 22% dei cantieri

edili notificati in ciascuna Regione deve essere oggetto di controllo coordinato da parte degli organi di competenza; mentre per quanto riguarda l'agricoltura, Asl e direzioni territoriali del lavoro (Dtl) dovranno realizzare azioni congiunte nelle aziende dove siano presenti "ambienti confinati" (ad esempio autoclavi per la vinificazione nel settore vitivinicolo) "con particolare riguardo a quelli la cui manutenzione o pulizia sia affidata a terzi, in regime di appalto o simili".

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Stamina. Brescia nell'occhio del ciclone: la Corte dei conti della Lombardia avvia inchiesta. L'Unione medici italiani: «Stop ai trattamenti»**

Agli Spedali Civili di Brescia non si dormono sonni tranquilli. Sul caso Stamina adesso indaga anche la Corte dei conti. «Abbiamo aperto un fascicolo per presunto danno erariale e avviato la fase istruttoria», ha detto il procuratore regionale lombardo Antonio Caruso, confermando le anticipazioni del Corriere della sera. «Per il momento abbiamo chiesto informazioni sia alla Regione Lombardia che agli Spedali Civili di Brescia». L'ipotesi è il possibile sperpero di soldi pubblici (si parla di oltre un milione di euro) legato all'ingresso del metodo Stamina in una struttura ospedaliera pubblica, e l'inchiesta punta a chiarire eventuali responsabilità.

#### **Appello dell'Umi ai medici di Brescia**

Difficile la posizione dei camici bianchi. L'Unione medici italiani ha consigliato ai propri iscritti e non, dirigenti dell'Ao Spedali Civili di Brescia, di astenersi dal praticare ulteriori trattamenti con il metodo Stamina proposti dalla direzione aziendale e sanitaria dai propri diretti superiori, ancorché giustificate dagli accordi tra l'azienda e Stamina o dalle ordinanze della magistratura. Il consiglio è motivato «dalla novità che i medici ora sono informati sul metodo Stamina e sono, quindi, consapevoli della mancanza di una sicura validazione scientifica». Insistere nel praticare il trattamento avendo acquisito le attuali notizie e con l'andamento delle indagini «è fortemente rischioso - afferma l'Umi - perché in contrasto con le norme di legge e deontologiche».

Il presidente Umi, **Francesco Falsetti**, «auspica che l'Ordine provinciale dei medici di Brescia assuma, anche per i nuovi elementi venuti alla luce, un ruolo più attivo nel rispetto del proprio ordinamento istitutivo». Ricorda che la magistratura non ha mai ordinato a nessun medico singolarmente di praticare il trattamento a base di cellule staminali mesenchimali messo a punto da Stamina e che la non conoscenza dell'efficacia e degli effetti collaterali «non consente al medico di ottenere da parte del paziente o dei parenti un corretto consenso informato secondo le norme di legge».

#### **In nove chiedono di uscire dall'Internal Audit Stamina**

In una lettera inviata il 20 gennaio al commissario straordinario dell'azienda ospedaliera, **Ezio Belleri**, nove medici degli Spedali Civili hanno chiesto di «uscire dal gruppo ristretto Internal Audit Stamina». Parlano di «difficile scelta» e precisano di non voler «sottrarsi ai doveri istituzionali per cui siamo obbligati quali medici di questo ospedale», ma di voler tutelare la propria «dignità personale». Nel rimettere il mandato, i sanitari affermano di «eventualmente procedere ai trattamenti Stamina su formale disposizione del legale rappresentante per ogni singolo caso ordinato dai giudici».

Una decisione che è valsa loro il plauso del presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici. «Condivido totalmente la posizione assunta dal gruppo di medici degli Spedali Civili di Brescia», ha commentato **Amedeo Bianco**. «La considero una posizione estremamente responsabile e che tiene conto della vicenda nelle sue condizioni date. Affiancheremo le decisioni di questi colleghi con tutti i mezzi e gli spazi che ci sono dati».

Quanto all'Umi, Bianco sostiene che «esprime un'opinione rispetto alla quale sono note alcune perplessità di metodo». I medici degli Spedali Civili di Brescia - aggiunge - «sono già stati improvvidamente mandati allo sbaraglio. Non è il caso di mandarli ancora allo sbaraglio».

### **Comitato ministeriale da rivedere**

Intanto si allungano i tempi per la nomina del nuovo comitato scientifico, come denunciato nei giorni scorsi dal presidente **Mauro Ferrari**. La composizione - ha detto la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, a margine di un'audizione alla Camera - «potrebbe subire delle variazioni: stiamo facendo il vaglio dei nomi per essere sicuri di non dare adito ad altri ricorsi».

### **La Svizzera chiude la porta a Vannoni**

Ha escluso ogni collaborazione con Stamina Foundation il Cardiocentro Ticino in Svizzera, che nel 2011 fu contattato da **Davide Vannoni** e il suo team. Le ragioni? «Opacità del protocollo di ricerca», «inconsistenza scientifica», assenza di pubblicazioni e «dubbia reputazione dei ricercatori coinvolti». A ricordarlo, in un comunicato, è la direzione della clinica ticinese. Come da prassi, due anni fa fu attivata la rete di collaboratori e di conoscenze all'interno della comunità scientifica. Ma il direttore scientifico Tiziano Moccetti «non ha mai avuto alcun contatto diretto con il signor Davide Vannoni o con persone in qualche modo riconducibili al gruppo Stamina», precisa la nota, smentendo le voci diffuse sulla stampa locale di una presunta collaborazione.

## **Medici di base/ L'eliminazione delle scorie della campagna antinfluenzale Serve una norma perché i Mmg possano utilizzare i depositi temporanei delle Asl**

È possibile o vietato che il medico di medicina generale convenzionato col Ssn smaltisca nei depositi temporanei dell'azienda sanitaria i rifiuti sanitari derivanti dalla campagna di vaccinazione antinfluenzale che esegue per conto dell'azienda sanitaria?

La disciplina dello smaltimento dei rifiuti, riguardando il tema della tutela dell'ambiente, è di esclusiva competenza statale, secondo la Corte costituzionale con la sentenza n. 244 del 25 luglio 2011.

Le procedure di smaltimento dei rifiuti sanitari e la loro classificazione al fine della diversa modalità di smaltimento sono contenute nel Dpr 15 luglio 2003 n. 254 e nei Dlgs 152/2006 e 101/2013, articolo 11. La circolare esplicativa del ministero dell'Ambiente riguardo all'articolo 11 del Dlgs 101/2013 esclude i medici come singoli professionisti dall'adesione obbligatoria al sistema di tracciabilità dello smaltimento dei rifiuti, che è proprio di enti e imprese, denominato Sistri ([www.sistri.it](http://www.sistri.it)).

La circolare del ministero dell'Ambiente del 14 dicembre 1999 riconosce i medici titolari di

studio medico di medicina generale come possibili produttori iniziali di rifiuti sanitari nel corso della loro attività professionale, ma pone la distinzione tra ambulatorio medico inteso come struttura aziendale (articoli 2082 e 2555 del codice civile) tenuta agli obblighi predetti in quanto impresa (articoli 11 e 12 del Dlgs 22/1997) e studio medico (articolo 2229 del Codice civile) in cui il professionista potrebbe svolgere solo attività di consulenza che non implica necessariamente la produzione di rifiuti sanitari.

Tuttavia, la notulazione all'Asl di prestazioni aggiuntive (allegato D dell'Acn 2005 per la medicina generale) quali medicazioni, vaccinazioni, operazioni di piccola chirurgia, documenta la produzione di rifiuti sanitari e pertanto necessita ai sensi del Dpr 254/2003 dell'utilizzo in studio di un apparecchio sterilizzatore (articolo 7) oppure di un sistema di smaltimento dei rifiuti sanitari conforme alle disposizioni di legge (articolo 10). Infatti i rifiuti sanitari devono comunque essere gestiti in modo separato dagli altri rifiuti anche se prodotti dallo studio medico, come ha affermato la Direttiva del Consiglio Ue n. 91/689/Cee.

Il Dpr 254/2003 afferma all'articolo 1 che le strutture sanitarie devono incentivare l'organizzazione di corsi di formazione del personale sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari (comma 3, lettera a) e che i rifiuti sanitari devono essere smaltiti secondo criteri di economicità (comma 4).

Secondo l'articolo 4, commi 2 e 3, del Dpr 254/2003, nel caso in cui l'attività del personale sanitario sia svolta al di fuori delle strutture sanitarie, si considerano luogo di produzione dei rifiuti sanitari le strutture medesime e il conferimento dei rifiuti dal luogo ove è stata effettuata la prestazione sanitaria alla struttura sanitaria avviene sotto la responsabilità dell'operatore sanitario. Si considerano prodotti presso le strutture sanitarie di riferimento i rifiuti sanitari prodotti presso gli ambulatori decentrati dell'Asl di riferimento, con esclusione dei rifiuti assimilati agli urbani.

Poiché gli studi dei medici di medicina generale sono definiti presidi del Ssn (Dpr 270/2000 e articolo 36, comma 1, dell'Acn 2005) e i medici di medicina generale sono incaricati di pubblico servizio che svolgono tale attività per conto dell'Asl, per cui sono definiti «lavoratori parasubordinati pubblici» (sentenza n.78/27/13 della XXVII Commissione tributaria della Lombardia), le Asl di riferimento potrebbero farsi carico del servizio di smaltimento dei loro rifiuti sanitari provenienti dagli studi medici convenzionati ai sensi del predetto articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 254/2004.

Va peraltro rilevato che l'Acn per la medicina generale non prevede alcun rimborso specifico per l'onere dello smaltimento dei rifiuti sanitari dello studio medico. Inoltre va considerato che le Asl di norma già provvedono senza alcuna obiezione allo smaltimento dei rifiuti sanitari degli ambulatori di continuità assistenziale (ex-guardia medica) che sono gestiti da medici che non sono dipendenti aziendali ma incaricati del pubblico servizio attraverso lo stesso contratto collettivo dei medici di assistenza primaria e che operano spesso in strutture che non sono di proprietà delle Asl, ma di enti locali come a esempio i Comuni.

È quindi auspicabile che il ministero definisca espressamente la legittimità del conferimento ai depositi temporanei delle aziende sanitarie dei rifiuti sanitari prodotti nel corso di attività

svolte per conto dell'Asl da parte dei medici operanti negli studi di medico di medicina generale.

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