

RASSEGNA STAMPA

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

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Asl, scontro in commissione Sanità Il capogruppo di Forza Italia Pittalis accusa il Pd: «Vuole tutte le poltrone senza rispettare neanche la sua maggioranza»

La sanità è roba che scotta, ancora una volta. È sempre così sia che all'ordine del giorno, come in questi giorni, ci sia il riordino delle Asl o il futuro dei piccoli ospedali. Solo il San Raffaele è sfuggito alla regola dello scontro in campo aperto, ma era scontato che sul Qatar nessuno avesse volesse litigare. Il litigio è stato forte invece quando i partiti hanno ripreso a parlare della «sanità nostrana». È accaduto nell'aula della commissione Salute del Consiglio regionale prima e nei corridoi del Palazzo poi dopo appena due giorni dall'inizio della discussione sulla proposta di riorganizzazione presentata dal Pd. L'inizio dello scontro è stato fra Raimondo Perra, presidente della commissione, e Pietro Pittalis, capogruppo di Forza Italia. Al termine dell'audizione dei sindacati, che sulla riforma hanno detto di essere molto perplessi, Pietro Pittalis voleva alcuni chiarimenti dagli ospiti. La risposta di Perra è stata: «Non è possibile, i tempi sono stretti e così eravamo d'accordo». A quel punto Pittalis si è alzato, ha denunciato «l'atteggiamento arrogante della maggioranza che ha fretta di prendersi le poltrone» e subito dopo sono volati un bel po' di fogli. Lanciati da Pittalis, che ha subito infilato la porta, «Vado via indignato», seguito dagli altri partiti dell'opposizione (Riformatori, Udc e Sardisti) al grido: «Abbandoniamo i lavori in segno di protesta». L'incidente non si è chiuso: lo scontro è proseguito nel corridoio del Palazzo. A scontrarsi a muso duro sono stati Pittalis e il capogruppo del Pd, Pietro Cocco, che gli ha contestato: «Voi volete fermare la riforma e fate i reazionari solo perché difendete i manager che avete nominato, ma sono loro ad aver portato allo sfascio il sistema». E l'altro di rimando, in un crescendo ormai senza limiti: «Macché è il Pd che vuole tutto e subito senza rispettare neanche la sua maggioranza». Ci sono voluti diversi pacieri e anche alcune camomille per riportare la calma. Alla fine l'accordo è stato raggiunto su questa mediazione: i sindacati saranno riconvocati per rispondere alle domande. I sindacati. Erano e sono rimasti perplessi. La bozza di riforma non li ha entusiasmata, anche se «può essere un discreto punto di partenza». L'importante, come ha detto Ignazio Ganga della Cisl, che «tutti i partiti si liberino dalle solite logiche di spartizione altrimenti non si va da nessuna parte».

L'assessore. In commissione è stato ascoltato anche l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, che nei giorni scorsi proprio sulla riforma era stato protagonista di un faccia a faccia in Giunta col presidente Pigliaru. Chiarito quello che c'era da chiarire in via Trento, Arru ha detto: «La riforma del sistema sanitario è urgente perché la spesa ormai è fuori controllo e quindi serve un intervento deciso». Intervento che potrebbe arrivare a settembre proprio con una proposta della Giunta (riduzione delle Asl da 11 a massimo 6), mentre la bozza del Pd che prevede l'avvio di una nuova azienda sanitaria per le emergenze potrebbe essere usata entro agosto per aprire la strada al commissariamento delle Asl. E nel frattempo non a caso lo stesso assessore ha riaperto i termini per l'iscrizione di nuovi possibili manager Asl nell'elenco regionale. L'opposizione. Giorgio Oppi dell'Udc ha detto: «Altro che ridurre i costi, il centrosinistra crea nuove sovrastrutture». Christian Solinas del Psd'Az ha aggiunto:

«Continuano a presentare leggi senza copertura finanziaria, ma dove vogliono andare?». Lo scontro andrà avanti ancora per giorni.

San Raffaele, ministro in audizione alla Camera: svolta col decreto Sblocca Italia Lorenzin: una deroga dal Governo

Da Montecitorio rimbalzano notizie che dicono ancora tutto e allo stesso tempo niente sul futuro del San Raffaele di Olbia. Dal confronto fra la commissione Sanità della Camera e il ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, in molti si aspettavano una svolta, a parte il solito entusiasmo manifestato per «un progetto eccezionale per la Sardegna». Invece il ministro ha confermato quello che già era noto: «Sarà necessaria una deroga del Governo per far entrare l'ospedale privato finanziato dalla Qatar Foundation nella rete sanitaria sarda». L'unica novità è che le deroghe all'obbligo di ridurre i posti letto e a contenere la spesa potrebbero essere inserite nel decreto «Sblocca Italia», atteso al Senato. Lorenzin ha assicurato al presidente della commissione, Pierpaolo Vargiu, che «il Governo manterrà gli impegni». Il ministro ha rinviato invece ad altra data la risposta alle domande dei commissari. A cominciare da quella di Roberto Capelli (Centro Democratico) che ha chiesto «a quel punto fossero le trattative fra la Qatar Foundation e i curatori fallimentari della Monte Tabor (ex proprietaria) per l'acquisizione della struttura». Pare siano a buon punto ma non c'è ancora nulla di ufficiale e se la Fondazione qatarina non entrerà in possesso della «casa bianca» alle porte di Olbia, non ci può essere neanche una data su quando verrà firmato il contratto-sanitario con la Regione e tanto meno sulla riapertura del cantiere. Un'altra domanda rimasta senza risposta è stata quella del deputato Enrico Baroni (Cinque Stelle): «L'ingresso del San Raffaele potrebbe portare la Sardegna a sconfinare in un pericoloso accentramento della riabilitazione post-ricovero negli ospedali, mentre proprio nell'isola l'assistenza domiciliare è un'eccellenza».

SASSARI Giallo in corsia Troppi i punti oscuri nella biopsia Da qui l'accusa di soppressione di cadavere

La contestazione del reato di soppressione di parti di cadavere associata all'omicidio colposo e al falso ideologico e materiale in ambito medico è quasi una novità assoluta nel panorama giudiziario isolano. Ecco perché la decisione del pubblico ministero Elisa Loris – che alcuni giorni fa ha chiesto il rinvio a giudizio dei due chirurghi sassaresi Alberto Porcu e Luca Pilo in seguito alla morte di un paziente – è apparsa certamente clamorosa. C'è un caso in Sardegna che risale al 2013: il primario di Anatomia patologica del Santissima Trinità di Cagliari era stato assolto in primo grado e condannato in appello a tre anni e tre mesi per soppressione di parti di cadavere, frode processuale, favoreggiamento e falso con l'accusa di aver fatto “sparire” i reperti dell'autopsia di un paziente probabilmente, era il sospetto, con l'intenzione di favorire la diagnosi di 2 colleghi a loro volta imputati di omicidio colposo (poi assolti). Lo scorso giugno la Cassazione ha annullato senza rinvio la sentenza di condanna del primario. Nuovo caso a Sassari. Ora, sotto un profilo differente, l'ipotesi di reato si presenta a Sassari. Una decisione, quella del sostituto procuratore Elisa Loris, nata dopo che il medico legale che eseguì l'autopsia sul corpo di un pensionato sessantenne di Tresnuraghes (morto alle cliniche universitarie il 17 maggio del 2012 dopo una toracotomia eseguita per la diagnosi di un tumore al mediastino) segnalò l'assenza del pericardio, la membrana che avvolge il cuore. Quell'organo era (anzi: è) misteriosamente

sparito e i chirurghi che eseguirono l'intervento nulla scrissero in merito sulla cartella clinica. Questo reato è stato "aggiunto" dal pm ai due precedenti in sede di udienza preliminare davanti al gup che ora dovrà decidere se rinviare o meno a giudizio i due imputati per tutti e tre i reati. Una cosa è certa: i familiari di Tullio Coratza andranno avanti e per questo si sono affidati all'avvocato di Macomer Giuseppe Longheu che li tutela nella battaglia per stabilire la verità sulla morte del loro caro. L'inchiesta. La ricostruzione di quanto accaduto in sala operatoria non aveva convinto i familiari della vittima che avevano subito bussato alle porte della Procura della Repubblica di Sassari. Il pm Loris aveva affidato la consulenza di parte alla dottoressa Rita Celli dell'università di Torino che, rispondendo ai quesiti del pm, ha rilevato una serie di incongruenze nella condotta dei medici che hanno convinto il pubblico ministero a chiederne il rinvio a giudizio. I punti oscuri. Dalla relazione della consulente emergono in particolari alcuni punti oscuri. Innanzitutto si sofferma sulla diagnosi: «Imprecisa – scrive la Celli – formulata in termini diversi all'interno dello stesso documento clinico al momento dell'ingresso del paziente e nelle fasi di raccolta del consenso informato». Dubbi, poi, emergono anche sul consenso informato espresso dal paziente che «dimostra – sostiene la consulente – che Coratza non era a conoscenza dei reali programmi operatori, parrebbe esserne divenuto cosciente solo in un tempo successivo. La stessa anestesista scrisse: "Il paziente è perplesso riguardo a ciò che dovrà fare (sapeva una biopsia!)". Ad ogni buon conto – continua Celli – il signor Coratza veniva sottoposto a intervento di toracotomia esplorativa». E qui entra nel merito la specialista di Torino: «Un atteggiamento chirurgico ingiustificatamente aggressivo laddove la letteratura specialistica da molti anni suggerisce e raccomanda in caso di lesioni mediastiniche da identificare, di procedere secondo uno schema diverso da quello posto in atto per il paziente Coratza. Dapprima l'indagine doveva seguire un percorso radiologico e in seguito l'atteggiamento corretto prevede l'esecuzione di un'agobiopsia Eco o Tc guidata. La toracotomia esplorativa è da considerarsi un intervento a elevato rischio». E spiega perché: «La difficoltà di localizzazione del tumore, per la natura complessa della regione anatomica, deve indurre l'operatore a procedere per gradi nell'aggressione della massa sospetta e l'ago-biopsia Eco o Tac guidata rappresenta la manovra più cauta e di prima scelta». Oltretutto i dati di letteratura parlano chiaro a proposito e fanno dedurre che «una toracotomia esplorativa, per effettuare la biopsia di una massa mediastinica sconosciuta, è atteggiamento da definirsi ormai desueto e ingiustificato oltre che decisamente e inutilmente rischioso». Il falso. La Loris contesta anche il falso ai due chirurghi. «Perché in concorso tra loro – si legge nel capo di imputazione – formando, nell'esercizio delle loro funzioni l'atto, attestavano falsamente fatti dei quali l'atto era destinato a provare la verità. Nel registro operatorio affermavano contrariamente al vero che la lacerazione dell'arteria polmonare ebbe luogo in corrispondenza della lesione cancerosa che avrebbe minato la consistenza della parete arteriosa. Dichiaravano inoltre, contrariamente al vero, di aver apposto punti di sutura, non rinvenuti in sede di esame autoptico. Non facevano infine menzione né dell'eliminazione del pericardio, palesatosi assente all'esame autoptico, né delle ragioni della stessa».

L'UNIONE SARDA

REGIONE /SANITA' Riforma, c'è il no dei sindacati Tensione tra i Poli: rissa sfiorata tra Pittalis (Fi) e Cocco (Pd)

Asl: la Giunta accelera sui manager

Urla, pugni battuti sul tavolo, fogli che volano. Il centrodestra che abbandona l'aula della commissione perché il presidente socialista Raimondo Perra nega la parola al capogruppo di Forza Italia Pietro Pittalis che poco dopo ha un violento scontro verbale con il leader consiliare del Pd Pietro Cocco.

La giornata delle audizioni sulla proposta di legge di riforma del sistema sanitario inizia così, tesa, difficile, come ogni questione che riguardi la sanità. Poi il clima si stempera (Pittalis chiarisce sia con Cocco che con Perra) ma restano le molte perplessità dei sindacati, compresi quelli dei medici, e degli ordini professionali oltre alla netta contrarietà dell'opposizione (critica sia nel merito della norma che sulla conduzione dei lavori da parte del presidente) e alle divergenze in maggioranza. Tanto che Cocco a fine serata ribadisce che «ferma restando l'esigenza di abbattere i costi, ormai insostenibili, il testo è aperto alle modifiche».

I DUBBI A suscitare i dubbi sono soprattutto la Centrale regionale di committenza prevista dal testo per rendere più efficienti gli acquisti delle Asl, che non dovrebbe essere inserita all'interno dell'Agenzia regionale della Sanità, e l'istituzione dell'Areu, l'Azienda sanitaria di emergenza e urgenza. Secondo i sindacati di categoria, basterebbe istituire un dipartimento che coordini le due centrali del 118 di Cagliari e Sassari, certamente meno costoso e più agile. A giudizio della Federazione degli ordini dei medici della Sardegna, invece, «un centro di controllo unico, in una Regione come la Sardegna, sarebbe utile per rendere più efficiente la rete di assistenza e migliorare la qualità del servizio per gli utenti purché non sia una sovrastruttura». Anche sull'Agenzia regionale della sanità, spiegano i medici, occorre evitare sovrapposizioni.

E se un teso assessore alla Sanità Luigi Arru dà il suo parere favorevole, com'era scontato, al testo il segretario regionale della Cisl Ignazio Ganga picchia duro. «Occorre procedere superando logiche spartitorie poco utili al sistema e mettendo al centro della riflessione politica sarda la necessità di porre rimedio alle gestioni inadeguate, alle disomogeneità tra le aziende ospedaliere dell'Isola, finalizzando una maggiore attenzione rispetto a una spesa scarsamente controllata che da tempo indebolisce il sistema», attacca Ganga. Che, come gli altri confederali, rimbrota il presidente della commissione per la mancata convocazione. «Se avesse voluto audire il sindacato, la Cisl avrebbe insistito sulla necessità di porre all'interno dell'eventuale processo di riforma il problema di una sanità meno oggetto d'interessi di parte e più operativa in termini di processi decisionali». Perra si scusa e chiama i segretari chiedendo la loro disponibilità ad essere sentiti oggi. Ma oggi i leader di Cgil, Cisl e Uil sono a Roma e non possono. Si vedrà.

LA RIUNIONE Nel pomeriggio la maggioranza si incontra per fare il punto sulle emergenze, dall'Alcoa alla Sanità. Il testo sulla riforma continua a non convincere tutti - nel Pd ma anche in Sel e Cd - ma la garanzia che potrà essere emendato per ora stempera sul nascere le tensioni. «Le audizioni servono per conoscere il parere di tutti, soprattutto di chi vive tutti i giorni i problemi», chiarisce Cocco. «Le Asl? Non le aumenteranno, anzi sarà il contrario. L'Agenzia per l'emergenza? Abbiamo una priorità: adeguare alle esigenze attuali il sistema del 118 istituito nel '99 e ora obsoleto. Noi proponiamo un'agenzia, ma se si vuol fare un dipartimento, come sostengono alcuni ne discutiamo».

E se la priorità del centrosinistra è tagliare i costi e ridurre un disavanzo «disastroso», per il centrodestra l'obiettivo che si raggiungerebbe se passasse la proposta così com'è è esattamente il contrario: «Il costo nel medio e lungo periodo è destinato ad aumentare», tuona Edoardo Tocco (Fi). Christian Solinas (Psd'Az) quantifica l'incremento in 93 milioni di euro.

I VERTICI DELLE ASL Intanto la Giunta accelera sul ricambio dei vertici della Asl, in scadenza a settembre. Ieri è stata deliberata la riapertura dell'elenco «già costituito» degli idonei da cui attingere per la nomina dei direttori generali delle Asl. Un passaggio voluto da Francesco Pigliaru che preferisce questa strada ai commissariamenti sollecitati da parte del Pd, Cocco compreso. «I manager in sella hanno sposato il programma del centrodestra, noi ne abbiamo uno completamente diverso e vogliamo attuarlo prima possibile con nuovi manager».

San Raffaele, 55 milioni all'anno Lorenzin: «Sì alla deroga urgente» L'esponente del Governo conferma gli impegni presi da Matteo Renzi

Per dare il via libera all'apertura del San Raffaele servono due deroghe: una alla norma che stabilisce il numero di posti letto per abitante, l'altra al tetto per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica da erogatori privati. E il Governo le darà entrambe, approvando leggi ad hoc «da inserire in uno dei provvedimenti di urgenza in corso di perfezionamento».

Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, conferma l'impegno assunto da Matteo Renzi sull'ospedale olbiese. Compresa la tempistica, sulla quale gli investitori della Qatar foundation hanno posto precise condizioni: l'ospedale dovrà aprire entro marzo 2015. Le deroghe potrebbero essere inserite nel cosiddetto decreto "sblocca Italia", che dovrebbe arrivare sul tavolo di Palazzo Chigi e poi in Parlamento prima della pausa estiva. Sentita ieri in Commissione Affari sociali (presieduta dal Riformatore Pierpaolo Vargiu), Lorenzin ha ripercorso la storia della grande struttura ospedaliera la cui costruzione è stata avviata nel '91 e non si è mai conclusa a causa del crac dalla Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, oggi in concordato preventivo.

Si è capito che non sarebbe rimasta un'incompiuta quando, a fine 2013, la giunta Cappellacci siglò un protocollo d'intesa con gli investitori qatarioti che hanno manifestato l'intenzione di rilevare la struttura per rilanciarla come polo sanitario e di ricerca d'eccellenza investendo oltre un miliardo di euro in dieci anni. Ma per il rilancio occorreva la deroga al decreto Balduzzi, sulla quale Renzi ha funto da garante firmando il 21 maggio scorso il protocollo d'intesa tra Governo, Regione e Qatar Foundation endowment.

Il ministro ha ricordato quali sono le condizioni perché siano concesse le deroghe: nessuna duplicazione di attività specialistiche con gli altri ospedali, accordi di collaborazione con le due università, integrazione di attività didattica e di ricerca. Nel centro olbiese ci saranno, tra le altre, la riabilitazione neurologica, neuromotoria e cardiorespiratoria, un centro d'eccellenza per la medicina sportiva. Sul fronte della ricerca si occuperà anche di genetica, genetica di popolazione e di malattie, immunogenetica, epigenetica, genetica epidemiologica, malattie neurodegenerative, malattie autoimmuni, malattie rare e complesse dell'età pediatrica, malattie metaboliche.

Le attività saranno avviate in modo graduale: da marzo 2015 si partirà con 178 posti letto, dopo 12 mesi si arriverà allo standard di 242. «Il tetto di spesa annuale massimo tutto incluso, da definire con provvedimento della Giunta regionale, non dovrà comunque essere superiore a 55,6 milioni di euro all'anno», ha spiegato il ministro.

Soddisfatto Vargiu: «Quella del San Raffaele è una vicenda che va oltre la dimensione regionale giacché il Governo centrale interviene sulla programmazione sanitaria che normalmente è di competenza regionale», ha commentato il presidente della Commissione.

Per Vargiu «l'operazione non si limita alla qualificazione dell'offerta sanitaria sarda, ma apre straordinari scenari di collaborazione con la fondazione qatarina, nei settori della ricerca, dell'Ict, dell'energia, della tutela ambientale».

L'ospedale apre a marzo: 242 i posti per le degenze

Il nuovo San Raffaele (ma il nome sarà un altro) sarà inaugurato entro marzo 2015. Avrà 242 posti letto, di cui 142 per acuti e 100 per i post-acuti: 50 posti saranno riservati ai cosiddetti solventi, quelli che pagano. Nel primo anno di attività i posti letto saranno 178 (108 per acuti). Dell'area chirurgica fanno parte: oculistica, ortopedia, urologia, chirurgia oncologica, terapia intensiva e il day surgery. Dell'area internistica: cardiologia, neurologia, stroke unit. Poi, cardiocirurgia (2 posti letto), neurochirurgia (2 posti letto), chirurgia vascolare, C'è poi il settore della riabilitazione, oltre emodinamica, radiologia interventistica, medicina nucleare. Le aree tematiche saranno dieci: genetica, malattie neurodegenerative, malattie autoimmuni, malattie rare, oncologia della mammella, malattie correlate allo stile di vita, riabilitazione, medicina dello sport e invecchiamento.

Venerdì il ministro della Salute a Cagliari

Il ministero della Salute Beatrice Lorenzin sarà venerdì a Cagliari. L'occasione della visita dell'esponente del governo Renzi è una tavola rotonda organizzata dal presidente della commissione Affari sociali della Camera Pierpaolo Vargiu (Riformatori) dal titolo "Il malato più difficile? La nostra sanità?".

Nell'occasione sarà presentata l'indagine conoscitiva della commissione sulla sostenibilità del Welfare sanitario che, partendo da un'analisi rigorosa della situazione attuale, con dati e proiezioni, criticità e punti di forza, delinea i possibili scenari futuri anche alla luce delle necessità di bilancio. A intervistare il ministro, il deputato e l'assessore alla Sanità Luigi Arru e moderare il dibattito saranno i giornalisti Fabio Manca (L'Unione Sarda) e Alfredo Franchini (La Nuova Sardegna). L'appuntamento è alle 10 al T-Hotel di Cagliari.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Intervista a Francesco Ripa di Meana (Fiaso): "Stato e Regioni ci dicano se vogliono ancora puntare su di noi"

Il neopresidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere sottolinea: "Siamo vivi e vegeti, mi do un anno per capire se all'esterno la nostra esistenza è ancora percepita come essenziale". E ricorda: "Nel Patto indicata una strada che noi abbiamo già intrapreso da anni"

Il Patto per la Salute rappresenta "un messaggio importante, perché garantisce certezza delle risorse in un contesto di pianificazione. Ma a noi non spetta giudicarlo bensì applicarlo". **Francesco Ripa Di Meana**, neopresidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), che aveva già diretto dal 2006 al 2009, analizza a 360 gradi sfide e novità che attendono la sanità italiana. E sottolinea con orgoglio come il Patto "declini un percorso operativo che le aziende hanno già intrapreso da molto tempo, con una forte accelerazione negli ultimi due anni". Ora però è anche tempo di verifiche e Ripa di

Meana avverte: “Stato e Regioni ci facciano capire se vogliono puntare o meno su di noi, se la nostra esistenza ha ancora senso. Mi do un anno di tempo per verificarlo”.

Il Patto per la Salute prevede che entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni stipulino un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Quale ruolo possono svolgere le Aziende sanitarie o ospedaliere all'interno di questo quadro?

Il Patto per la Salute individua precisi impegni reciproci tra Stato e Regioni. Il fatto che le aziende siano citate solo per quanto riguarda la possibile rimozione dei direttori generali mi spiace ma non mi sconvolge, e ritengo che sia sottinteso che proprio alle Aziende spetti metterlo in atto. Particolare attenzione è dedicata al tema della revisione delle reti ospedaliere e dell'assistenza territoriale, sia a livello organizzativo che in relazione al modello di presa in carico della cronicità. In questo senso il Patto declina un percorso operativo che alcune aziende hanno già intrapreso da molto tempo, con una forte accelerazione negli ultimi due anni. Molte regioni dal 2013 hanno affrontato prima la riduzione dei finanziamenti e poi tagli veri e propri. Ciò è stato fatto anche attraverso importanti modifiche organizzative che possono essere effettuate esclusivamente a livello aziendale.

Può fare un esempio?

Quello della riorganizzazione delle reti chirurgiche, chiudendo le Unità Operative con basso numero di interventi, che rappresentavano un fattore di rischio, oltre che di diseconomicità. Abbiamo quindi la consapevolezza di aver già imboccato da tempo la strada tracciata dal Patto, operando una spending review non incentrata soltanto sul livello degli acquisti, ma anche sulla lotta alla inappropriata e sull'alleggerimento dei servizi obsoleti. Le esperienze delle aziende possono quindi rappresentare modelli ai quali fare riferimento: è per questo che ci aspettiamo di essere chiamati a interloquire su come rendere operativo il Patto.

Siete soddisfatti dell'art. 14 del Patto che fissa gli investimenti per l'edilizia sanitaria?

Il punto di partenza essenziale è la certezza dei fondi contenuta nel Patto. Si tratta già di un segnale importante, perché riconosce la necessità di risorse per gli investimenti. Questo ci permette di garantire almeno la manutenzione del sistema, sia come rinnovamento del parco tecnologico che a livello di adeguamenti strutturali. E' un importante miglioramento se si considera che negli ultimi anni molte aziende sono state costrette a ridimensionare le risorse destinate alla spesa corrente per effettuare interventi infrastrutturali. Il messaggio di fondo del Patto è quindi positivo.

Il sistema di revisione dei ticket tracciato nell'art 8 del Patto riuscirà a garantire l'equità e a contenere la spesa?

Per garantire la piena attuazione di questo sistema sarà necessario uno sforzo importante da parte delle aziende, poiché si tratta di procedure complesse ma pienamente realizzabili. In questo senso sono assolutamente ottimista. Bisogna però stare attenti a un passaggio nodale: le esenzioni sono molto ampie e i ticket gravano, quindi, su una parte ristretta della popolazione, che si accolla tutto il peso. Nella fascia dei non esenti sono però incluse, spesso, prestazioni inappropriate, e questo è un altro aspetto sul quale intervenire con decisione. Va pure sottolineato che l'aggravamento ulteriore dei ticket avrebbe fatto uscire dal mercato molte delle nostre aziende per alcune prestazioni e in molti si sarebbero così dovuti rivolgere al privato. Ciò non è ovviamente auspicabile.

Quali interventi bisognerebbe mettere in campo per rinvigorire la schiera dei professionisti della sanità pubblica, da anni logorata dal blocco del turn over?

Un sistema basato su prestazioni professionali non può essere costantemente impossibilitato

a sostituire gli operatori che vanno via. Alla lunga viene messa a repentaglio, infatti, la tenuta di tutto l'impianto. Il blocco del turn over è un taglio di tipo orizzontale e noi abbiamo sempre criticato questa dinamica. D'altra parte solo noi delle aziende a poter dimostrare che è possibile effettuare tagli verticali, attraverso razionalizzazioni selettive, che incidono sulla parte obsoleta e inadeguata del sistema.

Un altro esempio?

Se accorpo delle chirurgie che fanno un basso numero di interventi, libero personale che può andare a sostituire altrove professionisti che vanno in pensione. Diciamo che le riorganizzazioni, se ben fatte, possono diventare un buon ammortizzatore dei ripetuti blocchi del turn over. Anche perché credo sia assodato che in questa fase il turn over non possa riprendere al 100%. Per questo è utilissimo analizzare le esperienze delle aziende e non limitarsi a guardare l'operato basandosi su dati aggregati per macroregioni.

Spesso la Fiaso ha sottolineato la necessità di ammodernare gli ospedali italiani. Da dove bisognerebbe iniziare?

Innanzitutto bisognerebbe valorizzare le tecnologie piccole e medie, che consentono un più agevole passaggio dal ricovero ordinario al day hospital e al regime ambulatoriale. Il governo delle alte tecnologie deve essere centralizzato. Investire sull'innovazione significa, sempre, migliorare l'appropriatezza e garantire efficaci processi di razionalizzazione. Il pericolo da combattere è, invece, quello di rendere le tecnologie una sorta di mantra, come spesso avviene per esempio con la telemedicina, che serve se si cambia l'approccio alla presa in carico. Sforzi importanti servono soprattutto per i sistemi di condivisione dei dati, potenziando le reti informatiche. Ciò consente di assistere un maggior numero di pazienti con la stessa quantità di risorse, oppure di migliorare i sistemi di self control. La funzionalità delle tecnologie è comunque legata alla validità di una governance che sappia distinguere dove e come investire: anche la risorsa tecnologica deve essere ottimizzata.

Centrali d'acquisto e aziende. Come costruire un efficace raccordo per incidere positivamente sui prezzi?

La concentrazione degli acquisti, nonostante i dubbi iniziali, alla fine è stata un bene per tutti. Soltanto pochi prodotti necessitano di essere comprati singolarmente da un'azienda, quindi ben vengano gli aggregati. Per esempio, l'acquisto di un farmaco può essere organizzato su scala regionale. L'importante è garantire diversi livelli nelle aggregazioni per gli acquisti. Ricordandosi che alcuni beni, come i dispositivi medici, sono difficilmente standardizzabili. Per questo le scelte vanno condivise anche con i professionisti. Il principio guida deve essere sempre l'appropriatezza, che va affermata per orientare le gare d'appalto. Ai professionisti bisogna garantire la possibilità di scegliere il meglio, con l'offerta di più opportunità. E se nel mio ospedale faccio protesi d'anca soprattutto ad ultraottantenni, è inutile acquistare grandi quantitativi di protesi ultra costose perché destinate a durare 40 anni.

Medicina difensiva e responsabilità professionale. Da dove ripartire?

Purtroppo si tratta di temi sui quali non si trova mai una quadratura definitiva. Basti pensare che molti punti contenuti nel Decreto Balduzzi sono poi rimasti lettera morta. L'espansione della medicina difensiva è dovuta fondamentalmente a una radicalizzazione del rapporto medico-paziente a ad atteggiamenti opportunistici messi in campo da soggetti ben precisi. E' un argomento che nelle aziende sentiamo molto, ma bisogna anche ricordare che alla fine delle controversie i professionisti e le Aziende vincono quasi sempre. I nervi scoperti restano comunque numerosi, come la mancanza di tetti ai risarcimenti e le enormi difficoltà a trovare coperture assicurative. Gli strumenti per invertire la tendenza sono già stati identificati dalle normative, alle quali bisogna però dare attuazione. Da parte nostra, le

aziende devono mostrare la capacità di mettere in campo adeguate politiche a sostegno del risk management.

Lei si è appena insediato. Quali sono i primi nodi che si è trovato ad affrontare?

Ovviamente, come già sottolineato, tutte le questioni relative alla applicazione del Patto per la Salute. Adesso però inizia una partita decisiva: bisogna capire se per rendere attuativo il Patto c'è la volontà o meno di far leva sulle aziende. Questo è l'aspetto per noi più urgente da chiarire. Dopo tanti anni in cui si è parlato spesso male dei direttori generali, e nella maggior parte dei casi in maniera ingiustificata, è arrivato il momento della verità. Regioni e Stato devono capire se vogliono o meno puntare su di noi, investendo sulla qualità delle aziende, riconoscendole come utili al sistema e valorizzando la centralità del management. Voglio evidenziare che ho ritrovato una Fiaso molto sana e viva, con un inserimento nelle aziende che è notevolmente migliorato negli anni. Ci facciano capire se vogliono puntare su questo enorme patrimonio, in caso contrario ce lo dicano chiaramente e ne trarremo le conseguenze anche per Fiaso. Io penso che sia essenziale continuare a valorizzare l'aziendalizzazione e il management: mi do il tempo di un anno e quindi entro il 2015 voglio capire se effettivamente la nostra esistenza ha ancora senso. All'interno siamo pieni di vitalità, ora la sfida è verificare quale percezione si ha di noi all'esterno.

Ambiente e salute. Report Istat: nelle città italiane migliora qualità aria per polveri sottili

Nel 2013, rispetto all'anno precedente, diminuisce da 52 a 44 il numero di capoluoghi dove il valore limite per la protezione della salute umana previsto per il PM10 viene superato per più di 35 giorni. Migliorano anche i riscontri relativi all'inquinamento acustico. IL REPORT

Nel corso del 2013 si è confermato il trend di miglioramento della qualità dell'aria per le **polveri sottili**: rispetto al 2012, diminuisce da 52 a 44 il numero di capoluoghi dove il valore limite per la protezione della salute umana previsto per il PM10 viene superato per più di 35 giorni. Miglioramenti si riscontrano al Nord (da 37 a 32) e, in proporzione, soprattutto al Centro (da 9 a 6). Nel Mezzogiorno si evidenzia un peggioramento in Campania (da 2 a 4 dei capoluoghi della regione). E' quanto emerge dal Report Istat 2013 sulla qualità dell'ambiente urbano.

In 17 capoluoghi sono state attuate **politiche di limitazione della circolazione del traffico privato** di tipo sia emergenziale (a seguito di superamenti dei valori limite di un inquinante), sia programmato (a scopo preventivo o di riduzione progressiva delle emissioni). Sono 28 i capoluoghi che hanno limitato la circolazione solo con blocchi programmati. Sono 88 i comuni che nel 2013 hanno effettuato attività di **misurazione del rumore** finalizzate alla verifica del rispetto dei valori limite imposti dalla normativa (erano 91 nel 2012).

Nel 47,9% dei controlli è stato riscontrato almeno un **superamento dei limiti dell'inquinamento acustico** (-5,1 punti percentuali rispetto al 2012). Nel 2013, il verde urbano pubblico rappresenta il 2,7% del territorio dei comuni capoluogo di provincia, oltre 577 milioni di m² (+0,7% rispetto all'anno precedente) che corrispondono ad una disponibilità media di 32,2 m² per abitante.

Ricadono in "**aree naturali protette**" oltre 3.200 km² del territorio dei capoluoghi (pari al 15,8%). In 43 comuni è stata individuata una rete ecologica, a tutela del mantenimento della biodiversità anche in ambito urbano. Sono 57 le amministrazioni che hanno attivato orti

urbani da dare in gestione ai cittadini.

HIV, malaria e TB. *The Lancet* pubblica la più ampia analisi sui traguardi del nuovo millennio

Negli ultimi anni diminuisce del 25% il numero di decessi legati ad HIV e dal 1996 gli antiretrovirali hanno salvato oltre 19 milioni di vite. Anche l'incidenza della malaria e della TB è scesa globalmente. In alcuni paesi però la presenza di queste malattie è ancora elevata e la malaria continua a colpire una popolazione più ampia di quella prevista. Ecco lo studio su *The Lancet**

Dal 2000 ad oggi, numerosi passi sono stati compiuti per combattere l'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi, e a livello globale si assiste ad una riduzione significativa sia dell'incidenza di nuovi casi che del numero di decessi legati a queste malattie. Tuttavia, in alcuni paesi la loro presenza è ancora elevata - in 101 paesi l'infezione da HIV è in aumento - ed altri sforzi devono essere compiuti per combatterle. A riferirlo, oggi, è la prestigiosa rivista *The Lancet*, che effettua una nuova analisi* sistematica del "Global Burden of Disease Study 2013", studio pubblicato sulla rivista, in cui vengono presentati i risultati degli sforzi compiuti dal 1990 al 2013 nella lotta contro queste malattie.

I casi di malattia e decesso legati ad HIV diminuiscono di circa il 25% dal 2005 ad oggi e gli antiretrovirali hanno salvato a livello globale 19,1 milioni di vite a partire dal 1996. Il numero di decessi da TB scende di alcuni punti percentuali e l'incidenza di nuovi casi di malaria si abbassa del 29% dal 2003 al 2013, anche se questa malattia continua a mietere più vittime di quanto stimato in precedenza dall'OMS.

I progressi sono stati effettuati fin dal 2000, quando a livello globale i governi hanno adottato Millennium Development Goal (MDG) 6 (Obiettivi di Sviluppo del Millennio), formulati nel 2000 nella Millennium Declaration (Dichiarazione del Millennio) delle Nazioni Unite. Lo studio è stato condotto da **Christopher Murray**, Professore di Salute Globale all'Università di Washington negli Stati Uniti.

"Nel corso degli ultimi 13 anni, abbiamo osservato un enorme aumento sia nei finanziamenti che nell'attenzione alle politiche sull'HIV/AIDS, sulla malaria e sulla tubercolosi, ed i nostri risultati mostrano che un focus su queste specifiche malattie ha avuto un impatto reale", ha affermato Murray. "Tuttavia, molte azioni devono ancora essere messe in atto e tutte e tre le malattie continuano ad essere le principali sfide sanitarie nel 2013"*

HIV/AIDS

Le persone con HIV sono aumentate costantemente fino a raggiungere i 29 milioni nel 2012. L'epidemia di HIV però risulta meno diffusa di quanto stimato in precedenza, con una quantità complessiva di malati e di casi di decesso legati ad HIV bruscamente diminuita del 25% rispetto alle ultime stime fornite da UNAIDS nel 2012. Nel 2005, si registrano 1,7 milioni di decessi causati dal virus, numero che scende a 1,3 milioni nel 2013. Trattamenti come gli antiretrovirali hanno salvato a livello globale 19,1 milioni di persone dal 1996, di cui 5,7 milioni nei paesi sviluppati e 13,4 milioni (il 70%) nei paesi in via di sviluppo. Anche se l'incidenza delle nuove infezioni è diminuita costantemente a partire dal picco del 1997 (anno in cui si contarono 2,8 milioni di casi), ci sono ogni anno circa 1,8 milioni di persone che contraggono il virus. Inoltre, in 101 paesi al mondo, l'incidenza è ancora in aumento (tra cui alcune regioni asiatiche sul Pacifico ad alto reddito, alcune regioni

dell'Asia centrale ed orientale, Europa centrale ed orientale, Nord Africa e Medio Oriente ed Africa sub-sahariana orientale e nelle zone a Sud. In tutte queste regioni, un'ampia proporzione dei casi di infezione avviene attraverso l'uso di droghe per via intravenosa.

Malaria

Secondo i dati, la malaria uccide un numero maggiore di persone rispetto a quello stimato precedentemente, tuttavia i decessi dovuti a questa malattia sono diminuiti rapidamente da dieci anni a questa parte. Infatti, se nel 2004 si è registrato il picco di decessi (1,2 milioni di persone a livello globale), nel 2013 i casi di decesso sono scesi a 855 mila. Tuttavia, si tratta di un numero di vittime superiore ai numeri stimati (l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva stimato un numero pari a 627 mila decessi per il 2013). I tre paesi che da soli contano quasi la metà dei casi di decesso legati alla malaria sono: Nigeria, Repubblica Democratica del Congo e India.

Anche l'incidenza dei nuovi casi di questa malattia è diminuita bruscamente: nel 2003 si ha un picco, con 232 milioni di persone che hanno contratto la malaria, nel 2013 si passa a 165 milioni.

Tra i paesi che hanno visto il calo più brusco dell'incidenza, raggiungendo notevoli progressi, l'Asia Centrale (-38% dal 2000) e l'Africa sub-sahariana (-31,5% dal 2004).

In generale, tutti i risultati riportati sono frutto di uno sforzo anche economico (11,3 miliardi di dollari stanziati dal 2000 al 2011 per combattere la malaria e 8,3 miliardi per combattere la TB).

TB

Riguardo alla tubercolosi, secondo gli scienziati i progressi complessivi sembrano promettenti: nel periodo 2000-2013 si osserva un calo dell'incidenza della malattia in 12 paesi al mondo, che risulta più rapido rispetto a quello della decade 1990-2000. Il numero di persone in vita con la TB è aumentato da 8,5 milioni nel 1990 a circa 12 milioni nel 2013. Al contrario il numero di decessi è diminuito da 1,8 milioni di casi al mondo a 1,4 milioni (1,3 milioni se si contano i casi di TB negativi all'HIV). La più alta incidenza (il 35% di tutti i nuovi casi) e il maggior numero di decessi (circa il 48% di tutti i casi) vengono registrati nell'Asia meridionale e sud-orientale, nonostante si sia osservata una diminuzione costante ogni anno (prevalenza -2,4%, incidenza -1,1% e mortalità - 4,2%).

La maggior parte di nuovi casi (64% del totale) e di decessi (65%) di TB in persone HIV-negative riguarda individui di sesso maschile, ragazzi e adulti.

Lo studio è stato finanziato da Bill & Melinda Gates Foundation.

* C JL Murray et al., "Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet*, 22 July 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60844-8

DOCTORNEWS33

Test medicina, Conte (Fnomceo): numero programmato e progress test

Mantenere il numero programmato e introdurre un “progress test” con il quale valutare gli studenti lungo tutto il percorso accademico, dal primo al quinto e sesto anno. Potrebbe essere questo, secondo il segretario generale Fnomceo Luigi Conte, il giusto approccio alle attuali difficoltà nel meccanismo di selezione per l’Università. «Non c’è dubbio» premette Conte «così com’è strutturata attualmente, la prova a quiz va rivista. Il “progress test” cui sottoporre gli studenti al termine di ogni anno permetterebbe sia di valutare le conoscenze dello studente sia le capacità formative delle Facoltà di medicina». I test, precisa Conte, non avrebbero un criterio selettivo perché «il fine dell’Università non deve essere quello di bocciare ma di formare dei grandi professionisti». Che il numero programmato funzioni, del resto lo dicono i numeri elaborati dal Sole 24Ore sui dati del ministero dell’Istruzione, relativi agli esami di abilitazione per l’accesso all’Ordine professionale. I dati per i medici parlano di un calo del 34,6% tra i candidati, da 10.535 a 6.947, nel periodo compreso tra il 2003 e il 2012. A incidere pesantemente sulla stima, l’introduzione del numero programmato, entrato in vigore in Italia dal 1999. «I numeri» conferma il segretario Fnomceo «rispondono all’esigenza che negli anni ’90 si era manifestata per uscire dalla plethora medica, che ci aveva resi il primo paese al mondo per numero di medici. La programmazione ha dato, perciò, i risultati sperati e ha migliorato sia la qualità sia l’organizzazione didattica». Il fatto che si sia ristretta anche la via d’accesso, ossia che diminuiscano i candidati che superano gli esami di abilitazione è, invece, per Conte più preoccupante. «Il pass rating in diminuzione» spiega «è indice che anche le capacità mnemoniche degli studenti, ossia il principale bersaglio del sistema a quiz attualmente in uso, sono in calo». Ora, però, è urgente superare questa fase che il segretario Fnomceo definisce di «imperante irresponsabilità». Il riferimento è alla valanga di ricorsi da parte degli studenti che non avevano superato il test di aprile. «Una situazione intollerabile nella quale si dà spazio ai peggiori istinti invece di ragionare» conclude.

Primi ricorsi al Tar contro il nuovo Codice: «Rende medico succube di leggi e manager»

Gli ordini dei medici di Milano e Bologna fanno ricorso al Tar contro il nuovo codice deontologico, approvato dalla Federazione nazionale degli ordini a fine maggio a Torino con una decina di voti contrari. Altri due ordini seguiranno entro pochi giorni. Il ricorso era stato ipotizzato dal presidente dell’Ordine di Milano Roberto Carlo Rossi, «e a Milano mi risulta sia stato depositato nei giorni scorsi, mentre a Bologna vedremo di depositarlo oggi, 23 luglio», spiega il Presidente Omceo Bologna **Giancarlo Pizza**. «Altri due ordini, Potenza e Ferrara, hanno annunciato una misura analoga in tempi rapidi», continua Pizza. «Il ricorso ai giudici amministrativi si è reso necessario, anche se in origine avevamo ipotizzato di disapplicare semplicemente il nuovo codice a livello locale. Il Comitato centrale Fnomceo, dopo l’approvazione in Consiglio nazionale a Torino, ha diramato una nota di indirizzo e coordinamento: un termine tecnico che sottende impositività, affinché i 106 ordini provinciali lo facciano proprio. Disapplicare una “nota di indirizzo” sarebbe problematico, e si è reso necessario impugnare l’atto al Tar». L’impugnazione «è stata chiesta su tutto il codice nuovo e non su specifici articoli: da una parte il testo contiene una disposizione finale che fa obbligo agli Omceo di adottare il codice in blocco, dall’altra l’intero documento ha contenuti farraginosi, con molteplici punti oscuri. Gravi dal nostro punto di vista soprattutto l’articolo 3, che rende il medico succube delle modifiche organizzative disposte dalle aziende sanitarie, e l’imposizione al medico dell’obbligo di legge di assicurarsi, con il risultato – sottolinea Pizza - che se un medico è disdettato da

un'assicurazione può essere deferito e sospeso dal proprio ordine».

Vittadini (Crisp Bicocca): per migliorare scelte pazienti informati come i vertici

Nello scegliere la struttura dove ricoverarsi, eccettuati i consigli del medico curante, spesso il paziente è abbandonato al passaparola e alla percezione della propria malattia che –tanto se grave quanto se leggera - lo spinge verso la struttura più vicina e “comoda”. Lo conferma una ricerca presentata al Workshop di econometria a Padova, promosso dal Centro ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'Università Milano Bicocca. L'indagine condotta da **Giorgio Vittadini** e **Paolo Berta** (Bicocca) **Francesco Moscone** (Brunel University Uk) e **Gianmaria Martini** (Bergamo) rileva che la distanza è un fattore rilevante nella scelta indipendentemente dalla malattia e dalla gravità. «Più si è anziani – spiega Vittadini - meno ci si sposta, l'80% delle scelte avviene nel raggio di 20 km. Lo studio mira a valutare se si possa modificare il grado di competitività delle strutture avvicinando i criteri di scelta oggi usati dai pazienti a parametri più oggettivi quali i 75 indicatori dei questionari somministrati ai manager per valutare il ranking delle Aziende sanitarie lombarde». Di tali indicatori, 50 sono di efficacia (tra cui mortalità durante il ricovero e in sala operatoria, trasferimento da e in quella struttura, ricovero nella struttura o in altra dopo un anno) e 25 di efficienza (dai tempi d'attesa all'aderenza delle schede di dimissione alle valutazioni dei nuclei ispettivi Nocs). I pazienti dovrebbero conoscere 75 dati? «In parte basterebbero gli attuali indicatori- civetta del Piano Nazionale Esiti: percentuale di interventi riusciti, quanti cesarei sui parti totali, mortalità a 30 giorni dal ricovero, che ci hanno fatto conoscere le differenze tra un'Asl e l'altra della stessa regione. Ma occorrerebbe estenderli a tutte le strutture italiane e per farlo ci vorrebbe un afflusso di dati uniforme e maggiore. Purtroppo ci sono regioni che ancora non raccolgono dati. E' comunque fondamentale estendere a tutti la conoscenza di indici oggettivi: in Gran Bretagna ciò avviene, i cittadini scelgono più informati, crescono i dati in possesso del National Health Service per decidere, e il NHS diventa meno vulnerabile rispetto alla prospettiva di tagli lineari». Come? Vittadini (statistico, fondatore della Fondazione per la Sussidiarietà) torna all'indagine Crisp e fa l'esempio della Lombardia, regione dove a standard elevati ed indicatori d'esito omogenei corrisponde un'offerta abnorme: solo nei 180 Km² di Milano ci sono sette cardiocirurgie. «Il 32% dei ricoverati lombardi sono pazienti cronici, non dovrebbero andare nell'ospedale per acuti ma è vicino, ci vanno e occupano letti. I loro problemi sono risolti in contesti che dovrebbero offrire il meglio dell'alta specialità, della chirurgia di elezione, dell'emergenza. Inappropriatezze che i “decisori” non risolvono facilmente anche perché, non rilevando grandi spostamenti verso le strutture più idonee, non investono sulle eccellenze e sulle carenze, non rispecializzano le reti ospedaliere in rapporto ai bisogni dei cronici. E subiscono i tagli lineari che vanno a colpire l'offerta assistenziale, sia dove va bene sia dove non va».

Neoplasie ematologiche migliora la sopravvivenza in nord Europa

Nell'Eurozona la sopravvivenza per i principali tumori ematologici è aumentata dal 10 al 20% nel corso degli ultimi 11 anni, a seconda del tipo di neoplasia: ecco i dati di Eurocare-5, uno studio pubblicato su The Lancet Oncology e svolto dai ricercatori dell'Istituto dei tumori di Milano e dell'Istituto superiore di sanità a Roma. Eurocare-5 ha analizzato i dati

di 30 registri tumori in 20 stati d'Europa, confrontando la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi in oltre 560mila pazienti di età superiore ai 15 anni con una neoplasia del sangue diagnosticata tra il 1997 e il 2008, seguiti fino alla fine del 2008. Ebbene, gli incrementi maggiori di sopravvivenza si sono avuti in particolare per i linfomi di tipo diffuso, dal 42 al 55%, per la leucemia mieloide cronica, dal 32 al 54% e per quella promielocitica acuta, dal 50 al 62%. Aumenti anche per il linfoma di Hodgkin, la leucemia linfatica cronica, il mieloma multiplo e la leucemia linfatica acuta. Ma nonostante il miglioramento generalizzato persistono notevoli differenze fra aree geografiche, con un divario a carico soprattutto delle regioni dell'est europeo. Ma come si colloca l'Italia in questo scenario? «Nel nostro Paese la sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore ematologico diagnosticato nel periodo di studio è soddisfacente rispetto agli altri stati europei» spiega **Milena Sant**, direttore della struttura complessa di Epidemiologia analitica e impatto sanitario dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, aggiungendo che nel resto d'Europa Islanda e Norvegia hanno la sopravvivenza più alta della media, mentre Bulgaria, Estonia, Lituania, Polonia, e Slovacchia hanno tassi inferiori alla media nonostante il forte incremento rispetto al passato. Prosegue Sant: «Il miglioramento coincide con l'approvazione dei nuovi farmaci a bersaglio molecolare, in particolare rituximab e imatinib, impiegati a partire dal 2000 in Europa e negli Usa. E conclude: «Le differenze fra aree geografiche sono in larga parte ascrivibili a disuguaglianze nella disponibilità di cure appropriate e nell'utilizzo di nuovi trattamenti. Altri fattori potrebbero però contribuire a spiegarle: diagnosi tardiva, sottostima dei sintomi soprattutto nei pazienti anziani o presenza di altre patologie concomitanti alla neoplasia».

Lancet Oncol. 2014 Jul 11. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70282-7

Eurocare-5

DIRITTO SANITARIO Danno d'immagine secondo riforma Brunetta al medico convenzionato interno

La Procura regionale presso la Corte dei conti ha convenuto in giudizio un medico nei confronti del quale, a seguito di accertamenti effettuati dai Nas di Genova, veniva aperto un procedimento penale che si era concluso, in sede di "patteggiamento", con l'applicazione della pena di anni 1 e mesi sei di reclusione ed euro 400 di multa. Il sanitario era stato rinviato a giudizio con rito immediato perché, in qualità di Dirigente medico dell'Azienda sanitaria, assegnato in regime convenzionato ad una struttura sanitaria, attraverso falsa attestazione a mezzo timbratura elettronica della presenza in servizio, ovvero ricorrendo alla cd. postuma "timbratura manuale" (da utilizzare normalmente in casi di erroneo funzionamento del dispositivo elettronico ovvero di dimenticanza), induceva in errore l'Asl datrice di lavoro sull'effettiva quantificazione del servizio prestato e della relativa retribuzione; in particolare, dopo la timbratura in entrata si allontanava dal luogo del servizio per ragioni private, rientrando nel luogo di lavoro in prossimità dell'orario di uscita, documentato a mezzo cartellino elettronico, ovvero procedeva a documentare la sua presenza in servizio a mezzo di sistema postumo di "timbratura manuale", non avendo per nulla fatto accesso al luogo di lavoro; con tali condotte si procurava l'ingiusto profitto corrispondente alle retribuzioni corrisposte e non spettanti, con corrispondente danno della Asl. Il medico è stato condannato anche al risarcimento del danno all'immagine, tenuto conto della specifica previsione di cui alla legge di riforma in materia di pubblico impiego intervenuta nel 2009; (articolo 55-quinquies, commi 1 e 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 27ottobre 2009, n. 150). La difesa aveva contestato

l'applicabilità della nuova norma in quanto il medico era in realtà a rapporto di convenzione con l'azienda. La Corte dei conti, nel caso concreto, ha osservato innanzitutto che il medico non è un professionista privato che svolge anche attività per la Asl sulla base di convenzione (c.d. convenzionato esterno), venendo remunerato in relazione al numero delle prestazioni effettuate, ma è un convenzionato interno, il quale è un medico che svolge la propria attività esclusivamente per la Asl, fruendo di una retribuzione mensile, con un orario di lavoro da osservare, essendo soggetto, in caso di malattia, ai controlli dell'Inps; per cui lo stesso risulta legato alla Asl da un rapporto c.d. parasubordinato. Di conseguenza, la natura di tale rapporto rende completamente sovrapponibile la categoria dei medici convenzionati c.d. interni ai medici dipendenti, tranne che per la fonte del rapporto di lavoro, e comporta certamente l'applicabilità di una disposizione - l'art. 55-quinquies -, che è diretta a scoraggiare comportamenti fraudolenti da parte dei titolari di una remunerazione pubblica tenuti ad osservare un orario di lavoro, la cui effettuazione è certificata da sistemi di rilevazione automatica. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Intramoenia 2012: tutti conti. Meno incassi per i medici, più guadagni per le aziende. E il cittadino continua a pagare. Ecco la relazione di Lorenzin IN ANTEPRIMA I VOLUMI DELLA RELAZIONE 2012 SULL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Quasi ventuno euro pro-capite l'anno in media di spesa per ogni italiano per un totale di 1,257 mld, fino a 17.100 euro a testa andati a ciascun medico che ha fatto la libera professione dentro le mura del Ssn (e nei propri studi). La crisi morde e gli italiani rinviando le cure, l'assistenza sotto il marchio Ssn si riduce soprattutto al Sud, ma (o proprio per questa ragione) l'attività libero professionale dei medici pubblici resta gettonatissima. Anche se in calo.

Dove più, dove meno, è chiaro: in Lombardia ogni medico ha incassato in media oltre 24mila euro (-5mila euro in dodici mesi) contro i 6.154 di un dottore in Calabria. Mentre in gli assistiti pagano di più in Toscana ed Emilia (32 e 31 euro l'anno), di meno a Bolzano e ancora in Calabria (3,41 e 5,35 euro). L'Italia delle ventuno sanità, appunto.

Non è sicuramente una fotografia ingiallita dal tempo quella che ci consegna il rapporto appena depositato in Parlamento dal ministro Beatrice Lorenzin sull'attività libero professionale dei medici pubblici. È anzi – come si legge nel rapporto anticipato su www.24oresanita.com - un check fedele della crisi che attraversa l'Italia. Uno scatto nitido degli alti e bassi del Ssn e del suo non essere un sistema uguale a sé stesso da un capo all'altro del Paese. Tanto più che il rapporto nulla dice – perché non in vigore all'epoca – della "rivoluzione intramoenia" anche per i sistemi di pagamento dei dottori d'Italia previsto dal "decreto Balduzzi" di due anni fa. E che due anni dopo, è ancora lettera morta.

La spesa totale dell'intramoenia ha fatto segnare nel 2012 1,228 mld pagati dagli italiani, 29 mln in meno del 2011 (e ancora - nel 2013). Un calo che ha inciso più sulle tasche dei medici, ma non sugli incassi del Ssn balzati a 218,2 mln (+42 mln sul 2011). Le prestazioni più gettonate sono state le viste specialistiche (il 65,5% del totale), mentre calano quelle in

ospedale (dal 24 al 21%). Con la punta delle visite ginecologiche (17,8%), poi delle visite ortopediche (13% circa); in controtendenza tac ed rnm, costose e dunque tra le prime spese a pagamento ad essere evitate, quando (e se) è possibile.

La media dei medici che svolgono l'intramoenia è del 52%, ma ancora una volta con le debite differenze. Superano il 60% tra Lazio, Liguria e Piemonte, scendono al 36% in Sardegna (e al 13% nella piccola Bolzano), con tutto il Sud attestato alle soglie minime. In calo (dal 26,2 al 24,3%) l'intramoenia negli studi, che però non a caso va al top al Sud dove il Ssn è più lacunoso: Campania (66%), Calabria (49%), Basilicata (41%), Lazio e Abruzzo (40%) sono le regine dell'intramoenia negli studi privati. Mentre – segno che il Ssn è più presente – manca quasi completamente in Toscana, Emilia, Veneto e Friuli Venezia Giulia, ed è invece del tutto assente a Trento e a Bolzano.

Aifa: «Farmaci C e "100 giorni": sempre impegnati a rispettare i tempi»

L'Aifa interviene sul ruolo delle agenzie regolatorie, in partiolare per quanto riguarda la sua attività per quanto riguarda i farmaci in classe C non negoziata (Cnn) e sul rispetto dei "100 giorni" per la conclusione del procedimento negoziale.

«La parola d'ordine - sottolinea l'Agenzia in un comunicato - ormai sembra essere deregolamentazione. Da Stamina ad Avastin-Lucentis passando per i farmaci di Fascia C in parafarmacia molti portatori di interessi diversi chiedono alle Agenzie regolatorie di farsi da parte, di rinunciare al loro ruolo di approfondimento e di vigilanza dell'appropriatezza prescrittiva (quindi clinica) ed economica (quindi finanziaria). Sebbene le liberalizzazioni alla base di una concorrenza trasparente e competitiva siano uno dei motori dell'accesso al mercato e, in un'ultima analisi, uno stimolo all'innovazione, nel caso specifico dei farmaci la velocizzazione delle procedure, senza i necessari approfondimenti, rischia di produrre più danni che vantaggi proprio per i pazienti che dovrebbero invece essere tutelati».

L'Aifa ricorda di essere da sempre impegnata per garantire a tutti i cittadini l'accesso ai farmaci e, grazie all'abilità tecnico-scientifica (CTS) e negoziale (CPR) dei suoi organismi consultivi, sottolinea, è stata in questi anni in grado di garantire, com'è noto, prezzi dei farmaci tra i più bassi dell'Unione Europea.

Rispetto al procedimento negoziale relativo ai farmaci particolarmente rilevanti per la salute pubblica, anche se il Legislatore ha previsto che il termine di conclusione del procedimento negoziale sia di 100 giorni, «è doveroso sottolineare che il rispetto dello stesso è spesso strettamente correlato al comportamento dell'azienda farmaceutica (vedi ad esempio il più recente caso del sofosbuvir per l'epatite C), ciò anche in considerazione della tipologia del farmaco oppure della proposta di prezzo spesso eccessivamente onerosa per il Ssn. L'aspetto economico non va infatti sottovalutato perché è improbabile che la Legge sia da applicare come un'accettazione in quanto tale del prezzo proposto dall'Azienda, perché ciò significherebbe rapidamente portare al collasso il nostro Ssn cosa che certamente non è nelle intenzioni del Parlamento».

«Nella serie storica a nostra disposizione - scrive l'Aifa nel comunicato - sappiamo con certezza che esiste un divario significativo tra il prezzo iniziale richiesto dall'azienda e quello approvato all'esito finale della procedura, a testimonianza della complessità e difficoltà dell'iter negoziale che impone alle Commissioni e Comitati competenti (CTS e CPR), chiamate a valutare il farmaco non solo dal punto di vista scientifico ma anche

economico, di compiere accertamenti tecnici approfonditi.

Inoltre occorre tenere presente che spesso, al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva di determinate specialità medicinali, per tutelare i pazienti ed evitare aggravii di spesa per il Ssn, si rende necessario predisporre degli appositi registri di monitoraggio che vanno preventivamente collaudati per evitare gravi disservizi nella successiva erogazione dei medicinali. Si tratta di un'attività aggiuntiva che può incidere sui tempi finali di conclusione dell'iter procedurale».

I dati, aggiunge l'Aifa, dimostrano che, per quanto riguarda i farmaci orfani, la procedura dei 100 giorni è stata richiesta per 6 prodotti, per 3 dei quali la domanda è pervenuta rispettivamente il 12 maggio 2014, il 15 maggio e il 5 giugno, sono stati già trasmessi alla CTS appena completata la valutazione dei dossier da parte dei Segretariati scientifici, rispettivamente il 9 giugno per i primi due e il 21 luglio per il terzo. Per quanto riguarda gli altri farmaci orfani per cui è pervenuta la richiesta di accesso alla procedura dei 100 giorni, si segnala che uno, la cui domanda è stata presentata il 6 marzo 2014, è attualmente in istruttoria CPR; il secondo prodotto, la cui domanda è pervenuta il 3 febbraio 2014, è stato trasmesso alla CTS il 10 febbraio; il terzo prodotto, la cui domanda è pervenuta il 25 febbraio 2014 è stato discusso in CTS il 7 aprile. Va ricordato che le differenze temporali (\pm 10 giorni circa) di avvio della procedura accelerata dei farmaci sopra indicati sono dipese esclusivamente dalla calendarizzazione, già fissata, delle riunioni della CTS e del CPR che si riuniscono una volta al mese.

«È rilevante in questa sede notare - prosegue l'Aifa - che, in accordo al regolamento di funzionamento degli organismi collegiali dell'Agenzia secondo quanto previsto dalla normativa attuale, una procedura viene discussa in una riunione della CTS e, nel mese successivo, da quella del CPR evidenziando la non più procrastinabile necessità di riformare e potenziare l'Agenzia come segnalato dal ministro della Salute nei suoi più recenti interventi a tale proposito».

Per quanto riguarda l'accesso alla procedura dei 100 giorni, richiesta o perché il farmaco è ospedaliero o perché l'azienda ha ritenuto che la propria specialità fosse di eccezionale rilevanza terapeutica - spiega ancora l'Aifa - nell'ultimo anno sono pervenute domande per 7 prodotti.

La procedura si è già conclusa per un prodotto (trastuzumab emtansine – registro da sviluppare), un prodotto ha richiesto il clock stop (sofosbuvir), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 4 dicembre 2013 è in fase avanzata di negoziazione (alemtuzumab), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 26 febbraio 2014 è anch'esso in fase di negoziazione (Ra 223 dicloruro), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 18 aprile 2014 è già in valutazione (simeprevir). Per i restanti due prodotti, la cui domanda è pervenuta rispettivamente il 22 maggio 2014 (immunoglobuline, umane normali) e il 26 giugno (vedolizumab), la fase istruttoria ha rilevato delle irregolarità su cui che hanno concordato di proseguire con la negoziazione ordinaria, rinunciando a quella accelerata.

L'Aifa conclude di aver «ben presente le problematiche emerse dall'applicazione della normativa» e di essersi «attivata anche da questo punto di vista, offrendo il proprio contributo alla discussione in atto, con l'obiettivo ultimo di assicurare il contemperamento tra l'interesse a garantire il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale e quello della sostenibilità della spesa farmaceutica».

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