

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 23 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE In Consiglio è cominciato il dibattito sul riordino della sanità. Pigliaru: «Meno Asl per ridurre la spesa» Ruggeri (Pd): conti impazziti. Cossa (Riformatori): legge flop**

Le furbate, fa sapere, non gli piacciono. Mai. Certo, sa bene anche lui che sarebbe bastata una leggina-sprint, di un solo articolo per mettere fine e in fretta ai rapporti travagliati con i manager ereditati dal centrodestra. Però niente giochi di prestigio, sulla sanità. Su questo terreno scivoloso sempre zeppo d'insidie, faide e crisi politiche, il governatore del centrosinistra, Francesco Pigliaru ha altre idee: «Non vogliamo imporre nulla. La gente – dice – deve essere coinvolta nel progetto e va rassicurata. Diciamolo subito, a tutti: la chiusura di un ufficio amministrativo non vuol dire perdere servizi, anzi con la razionalizzazione e l'efficienza aumenteranno». Ci hanno provato in molti a farlo, lui vuole riuscirci: «Potrei dire che non abbiamo scampo. Non possiamo più permetterci una sanità che costa quasi 3,5 miliardi, molto oltre il 50 per cento del bilancio della Regione». Per poi continuare: Basta pensare che sia tutto, sempre e solo un gioco di poltrone e potere. No, servono meno Asl, perché una volta ridotto il numero, sarà più facile controllare la spesa e migliorare le prestazioni». La maggioranza. Il concetto espresso dal presidente è semplice e ovvio, persino didascalico, ma se fino a poche ore fa sembrava impossibile da accettare per buona parte della maggioranza, ora pare aver fatto breccia anche fra gli alleati più riottosi. Il primo a dirlo è Daniele Cocco (Sel): «L'ascia di guerra è sotterrata». Persino nel Pd (molto lacerato sul taglio) i possibilisti sono in aumento, mentre in altri partiti, quelli contrari anche a una sola Asl in più, sembrano essersi rasserenati. Dopo ben due vertici di maggioranza, uno alle otto del mattino e l'altro nel tardo pomeriggio, Centro Democratico e Partito dei sardi, ora dicono: «Finalmente è tutto molto più chiaro e tutta la coalizione sa che le Aziende saranno come minimo dimezzate». Il dibattito. In questo clima di nuovo sereno – sintesi perfetta e ottimista dell'assessore alla Sanità, Luigi Arru – è cominciato il dibattito in Consiglio sulla nuova Azienda per le emergenze, passo decisivo verso quello che presto dovrebbe

essere il «sistema regionale», secondo Pigliaru e secondo Arru. «Non possiamo perdere altro tempo», è stato l'esordio in aula del relatore di maggioranza Luigi Ruggeri (Pd). «La bilancia sanitaria ormai è fuori controllo, quest'anno il disavanzo è già intorno ai 400 milioni e purtroppo è peggiorata anche la qualità delle prestazioni. Cioè: abbiamo speso di più e avuto molto meno». Nella proposta di legge del Partito democratico, quella in discussione, per fermare il disastro oltre al 118 regionalizzato, ci sono lo strategico Centro unico di spesa, ad esempio le siringhe non possono avere prezzi diversi a seconda delle Asl che le acquista, e la trasformazione dei piccoli ospedali in centri di prima accoglienza sanitaria. «Non ha più senso avere troppi ospedali dove neanche i residenti vogliono andarci, perché sanno che non offrono qualità», è un altro dei concetti del Pigliaru pensiero. Sempre in aula Ruggeri non ha accennato che alla madre di tutti i problemi, la riduzione delle Aziende appunto: «Questa non è una riforma, ma l'avvio di un nuovo modello per mettere in sicurezza il sistema sanitario regionale». Al resto dovrà pensarci la Giunta, con un disegno di legge atteso per la fine di novembre, mentre di sicuro le Asl verranno commissariate entro la fine del mese. Quante saranno in futuro le Aziende: quattro o al massimo sei, almeno stando al numero delle «strutture amministrative intermedie» ipotizzate da un altro assessorato, quello agli Enti locali. La minoranza. Chi non crede a tutto questo è il centrodestra. Il relatore di minoranza, Michele Cossa dei Riformatori, lo detto: «La proposta del Pd è solo una foglia di fico. Non sono sanno dove andare e cosa fare, ma abbiamo capito eccome la tattica: scaricare le colpe sui manager in carica, per poi occupare il potere con una leggina pasticciata e destinata a peggiorare la situazione almeno nei costi». È così contrario il centrodestra che martedì alla ripresa del dibattito – come annunciato dal capogruppo di Forza Italia, Pietro Pittalis – presenterà 500 emendamenti: «Li vogliamo sfidare in campo aperto e allora sì che salteranno fuori le divisioni». La trappola è pronta, il centrosinistra è avvertito.

L'UNIONE SARDA

## **REGIONE Scatta il piano taglia-Asl Intesa nel vertice di centrosinistra: subito i commissari, slitta l'Azienda 118 Nuovi ticket, maggioranza e opposizione dicono di no**

La dodicesima Azienda sanitaria non ci sarà mai. Almeno questo è chiaro, per il centrosinistra, così come il punto di approdo della riforma: intanto si mandano i commissari al posto degli attuali manager, poi si arriverà a tagliare le Asl. L'impegno, su cui Francesco Pigliaru ha insistito nel vertice di coalizione di ieri, entrerà nella legge che ha mosso in mattinata i primi passi in Consiglio regionale, con le relazioni di maggioranza (Gigi Ruggeri) e minoranza (Michele Cossa). Il testo, tra le altre cose, istituisce la centrale unica per gli acquisti e l'Agenzia regionale dell'emergenza-urgenza (Areu). Ma quest'ultima sarà operativa solo dopo il taglio delle Asl.

RIASSETTO È questo il meccanismo che consentirà di non aggiungere neppure

transitoriamente una nuova poltrona alle undici esistenti: otto Aziende locali, una ospedaliera (Brotzu), due miste. Dodici se si conta anche l'Agenzia della sanità, fin qui poco più di una scatola vuota, e anche per questo sarà riassorbita nell'assessorato. È una delle novità emerse nel confronto di ieri, iniziato alle otto di mattina e finito alle otto di sera: malgrado la lunga pausa per la seduta consiliare, pur sempre sei ore di gioco effettivo. E stamattina si riprende.

Le altre novità sono appunto il rinvio dell'Areu e l'impegno per ridurre le Asl. Di quanto, non si sa: inizialmente l'emendamento parlava di «riduzione significativa», ma qualcuno lo trova pleonastico. Per adesso arriveranno otto commissari. Il nuovo assetto sarà definito insieme a quello degli enti locali.

**I PARTITI** Nel Pd, alcuni consiglieri (Franco Sabatini, Giuseppe Meloni, Rossella Pinna) hanno chiesto di non sguarnire i territori, mentre per il vicecapogruppo Roberto Deriu serve anche una «significativa riduzione» dei costi complessivi della sanità: magari investendo in prevenzione, come prevede la sua proposta di legge sullo sport.

«Stiamo ancora lavorando, ma queste aperture per noi sono molto importanti», confida Anna Maria Busia del Centro democratico, partito che minacciava di non votare la legge sull'Areu.

**CASO TICKET** Nel vertice si è fatto cenno anche all'ipotesi di introdurre nuovi ticket sulle prestazioni sanitarie, ventilata di recente dall'assessore al Bilancio Raffaele Paci. L'ipotesi non piace ai partiti del centrosinistra, che sembrano intenzionati a escluderla. Tra i più espliciti, in tal senso, è Sel: «Siamo assolutamente contrari. Paci indica problemi reali, ma riusciremo a evitare altri balzelli».

Nel frattempo era arrivato, sul punto, il fuoco di sbarramento dell'opposizione. Per Ignazio Locci di Forza Italia «è impensabile resuscitare il ticket, ancorché salvaguardando le fasce deboli, come annunciato da Paci. La cancellazione dell'odioso balzello per le prestazioni mediche è, e deve restare, una conquista ottenuta per tutti i sardi, e non soltanto per chi, nella nuova ipotesi, verrebbe esentato dal pagamento». Ticket o meno, un altro consigliere regionale forzista, Edoardo Tocco, prevede che «i tagli decisi dal governo Renzi incideranno soprattutto sul settore sanitario, con un drastico ridimensionamento dei servizi nei diversi distretti isolani. Ma ci batteremo per evitare il disfacimento della sanità sarda».

**IL SINDACATO** Nettissimo il no della Cisl a eventuali prelievi sulle prestazioni: «L'ipotesi di nuovi ticket - scrive Ignazio Ganga della segreteria regionale - sarebbe una soluzione affrettata e detestabile per una Sardegna che sconta ancora pesanti inefficienze. Non può assolutamente essere la risposta alle difficoltà di una sanità che sembra voler sempre più propendere verso un modello sociale di stampo statunitense, meno pubblico e sempre più oneroso per i cittadini».

## **SAN RAFFAELE San Raffaele, oggi riunione decisiva** **Appuntamento a Palazzo Chigi con Delrio**

«La vedo male, molto male». Lucio Rispo dice la sua, a meno di ventiquattr'ore dall'incontro (decisivo) sul San Raffaele in programma alle 10 di oggi a palazzo

Chigi. Eppure il manager napoletano che lavora con il Qatar con delega piena per gli affari italiani non è un pessimista per natura. L'impressione è che oggi Rashid Al Naimi, il Ceo della Qatar Foundation Endowment che decide dove, quando e come impiegare i soldi dell'Emirato nel campo dell'economia della conoscenza, dica al sottosegretario alla presidenza del Consiglio Graziano Delrio che dell'ospedale di Olbia non se ne fa più nulla. La decisione, del resto, era stata anticipata in una recentissima lettera-ultimatum indirizzata proprio a Delrio in vista del summit odierno (al quale dovrebbe partecipare anche il governatore Francesco Pigliaru), fissato quando i rapporti erano improntati alla cordialità e all'ottimismo.

Cosa può far cambiare idea a Rashid? «Solo la data certa in cui noi possiamo cominciare i lavori», risponde Rispo. E questa certezza può arrivare solo se esiste un segnale da parte dei tre curatori fallimentari del tribunale di Milano, unico ostacolo alla definizione dell'accordo dopo l'ok di Sardaleasing e delle banche.

Ieri intanto Pierpaolo Vargiu, presidente della commissione Affari sociali della Camera ha consegnato personalmente a Matteo Renzi una lettera nella quale chiede un intervento al premier perché la Qfe non abbandoni la Sardegna e l'Italia. «Non possiamo più permetterci passi falsi - scrive l'esponente dei Riformatori sardi - né il rischio di lacrime amare postume per l'ennesima occasione perduta per cui Le chiedo di intervenire personalmente per sostenere l'azione del sottosegretario e per ribadire la valenza strategica dell'operazione».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Ebola. Un vaccino già da gennaio?**

*Il primo vaccino anti-Ebola potrebbe arrivare già a inizio 2015. E ci sono anche altre buone notizie: i Paesi dell'Africa Orientale continuano la lotta contro l'epidemia, vinta dalla Nigeria, le infermiere contagiate dal virus migliorano e quella spagnola viene dichiarata guarita. Ma i 'preppers' americani non si fidano e continuano a prepararsi al peggio*

Continua la serie di buone notizie su Ebola. Dopo la guarigione dell'infermiera spagnola e del cameraman americano della NBC evacuato dalla Liberia, il miglioramento delle condizioni di Nina Pham, la prima infermiera contagiata al 'Presby' di Dallas e l'annuncio della Nigeria 'Ebola-free', arriva la notizia che la Johnson & Johnson sta lavorando al suo vaccino anti-Ebola, per renderlo disponibile già dal prossimo gennaio. A darne notizia è il *Wall Street Journal*, che rivela anche che l'azienda potrebbe approntare 250 mila dosi di questo vaccino per maggio e un milione di dosi per fine 2015, sempre che le autorità sanitarie diano il via libera alla sua distribuzione.

Il vaccino della J&J è sviluppato in collaborazione con l'azienda *biotech* danese Bavarian Nordic ed è stato messo a punto in collaborazione con i *National Institutes of Health* americani. Al momento non è ancora disponibile alcun vaccino anti-Ebola.

Quelli della Glaxo Smith Kline e la New Link Genetics sono infatti ancora in fase sperimentale precoce.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità auspica che già dal mese di gennaio possano essere sottoposti a vaccinazione decina di migliaia di persone nei Paesi dell'Africa Orientale, compresi naturalmente gli operatori sanitari impegnati in queste zone.

La J&J, che ha semplificato e ricevuto il *fast track* dopo l'epidemia di Ebola in corso in Africa, testerà dunque il suo vaccino per *safety* e risposta immunitaria su volontari sani in Europa, Usa e Africa all'inizio del prossimo anno. L'azienda ha anche annunciato che investirà altri 200 milioni di dollari per accelerare il programma.

Inizialmente la J&J stava lavorando ad un vaccino contro i ceppi di Ebola dello Zaire e del Sudan, oltre che contro il virus Marburg. Il vaccino attualmente in sviluppo è diretto solo contro il ceppo Zaire dell'Ebola. I test sui macachi hanno dato buoni risultati; per questo i responsabili dell'azienda sperano di poterne replicare i risultati sull'uomo. Il vettore usato in questo vaccino è un adenovirus, il comune virus del raffreddore.

Intanto l'America si trova a fare i conti anche e soprattutto con il panico, scatenato dai recenti contagi presso il *Presbyterian Hospital* di Dallas. Li chiamo i '*preppers*' e sono le persone che cercano di 'prepararsi' - a modo loro - a fronteggiare un'eventuale epidemia in patria. C'è chi fa incetta di acqua e alimenti a lunga conservazione (surgelati o essiccati), chi disegna strategie da '*day after*' e chi si addestra con corsi di sopravvivenza a fronteggiare l'incombente calamità naturale.

E non mancano gli 'storici' del caso, quelli che si preparano a migrare tra i boschi, ispirandosi ai reali inglesi del '600 che, per sfuggire alla Grande Peste di Londra (1665-66), si rifugiarono appunto in campagna.

Secondo quanto riferito dalla Reuters, che ha intervistato in proposito un antropologo della *University of Southern Illinois*, esperto in '*preppers*', il loro numero negli Usa sarebbe nell'ordine di qualche centinaia di migliaia. I '*preppers*' americani sono una categoria antropologica emersa negli anni della Guerra Fredda.

Vale giusto la pena ricordare che tutto questo allarme è stato scatenato dai 3 casi di Ebola, diagnosticati negli USA, a partire dallo scorso settembre. Casi sicuramente dovuti a leggerezze imperdonabili e a 'buchi' nei protocolli di prevenzione, ma di certo nulla a vedere con quanto sta accadendo nei Paesi dell'Africa orientale, alle prese - loro sì - con una delle peggiori epidemie di Ebola della storia, tutt'altro che sotto controllo al momento.

SOLE 24ORE SANITA'

**Esercizio Onaosi 2013 al vaglio della Corte dei conti:  
buoni i saldi ma calano i contribuenti**

L'Onaosi passa anche quest'anno il vaglio della Corte dei conti, che mette nero su bianco la situazione finanziaria e patrimoniale dell'ente. Cresce l'utile di esercizio, ma diminuisce il numero dei contribuenti. In generale la gestione viene promossa dai giudici.

**La relazione.** «I dati di consuntivo dell'Onaosi» spiega la Corte dei conti «espongono nel 2013 un utile di esercizio di 37.363, in incremento rispetto a quello del precedente esercizio, pari ad € 29.044 (nel 2011 l'analogo saldo era negativo per 3,4 milioni). Questo risultato è peraltro da riferire ai migliori saldi delle partite finanziarie e, soprattutto, di quelle straordinarie».

Nell'esercizio in esame, infatti, la differenza tra valori e costi della produzione «peggiora di 0,969 milioni sul 2012, attestandosi su -13,794 milioni, ancorché questo andamento sconti gli interventi posti in atto dagli amministratori ai fini di rapportare la misura dei contributi alle esigenze di equilibrio della gestione e di stabilità finanziaria dell'Ente».

Nel testo della relazione si spiega però che la gestione finanziaria presenta un lieve miglioramento di 0,305 milioni, mentre il saldo delle partite straordinarie, positivo per 6,576 milioni, è in più deciso aumento sul precedente esercizio per 0,796 milioni. Risultato, quest'ultimo, cui contribuiscono sia le plusvalenze da alienazione di titoli obbligazionari e beni immobili, sia, in maggior misura, le sopravvenienze attive.

**Il patrimonio netto si attesta nel 2013 su 352,919 milioni.** Quanto alla gestione caratteristica è da rilevare, «nel confronto tra gli ultimi cinque anni, la progressiva contrazione del numero dei contribuenti; fenomeno particolarmente accentuato nel 2013, con un dato peggiorativo sul precedente esercizio per 5.660 unità, di cui 4.982 da riferire ai contribuenti obbligatori. In diminuzione anche le correlative entrate che passano dai 24,319 milioni del 2012 ai 23,601 milioni del 2013».

Con riguardo al profilo ordinamentale è da ricordare come già nel precedente esercizio, ha spiegato la Corte dei conti: «L'Onaosi abbia visto approvate dai Ministeri vigilanti le disposizioni recate nei nuovi regolamenti sulla contribuzione, sulle prestazioni e di contabilità, adottati in armonia con le norme recate dallo Statuto 2010».

Quanto alla stabilità finanziaria nel medio-lungo periodo il più recente documento attuariale espone un saldo assistenziale con valori negativi (via via decrescenti) fino al 2019.

**Il saldo totale espone valori sempre positivi.** Passando al capitolo del patrimonio, i giudici specificano che: «Il rapporto tra il patrimonio e cinque annualità di oneri per prestazioni correnti, continua a essere positivo (passando da 2,22 nel 2012 a 5,34 nel 2062), con valori, a partire dal 2046, più favorevoli rispetto al precedente documento attuariale».

Il bilancio tecnico "standard" (predisposto in linea con i parametri macroeconomici nazionali) mostra, nel medesimo arco temporale, valori nell'insieme più favorevoli, «con un saldo assistenziale che, negativo fino al 2017, resta in territorio positivo per tutto il periodo considerato, attestandosi, nel 2062, su €/mgl 69.778,4. Il rapporto tra

patrimonio e cinque annualità di prestazioni correnti passa da 2,22 del 2012 a 10,79 del 2062».

## **Sedentarietà La provocazione dei medici dello sport: «Il Ssn la riconosca come malattia»**

Riconoscere la sedentarietà come una vera e propria malattia, riconosciuta dal Servizio sanitario nazionale. E' la provocazione lanciata dai medici della Federazione medico-sportiva del Coni (Fmsi), riuniti da domani a domenica a Catania per il 34mo congresso nazionale.

La base d'appoggio non manca: l'Italia, infatti, rientra nella top 20 delle nazioni più pigre al mondo con oltre 24 milioni di sedentari, pari a circa il 42% della popolazione e un indice di inattività del 54,7%. Proprio questo tema è al centro del congresso "Sedentarietà: una nuova patologia": l'obiettivo è fare in modo che il ministero della Salute italiana possa essere il primo al mondo a introdurre la sedentarietà come vera e propria malattia riconosciuta dal Servizio sanitario nazionale. Al pari dei disturbi cardiovascolari, del diabete, di tumori e altro.

I motivi, spiegano alla Fmsi, presieduta da Maurizio Casasco, sono tanti. A partire dalle dimensioni del fenomeno: il nostro Paese è la 17esima nazione più pigra al mondo, con un indice di inattività del 54,7%, con un media che si ferma al 31,1%. Se rapportati all'Unione Europea, il quadro è ancora più desolante. Siamo quinti, superati soltanto da Malta, Cipro, Serbia e Regno Unito. L'Istat censiva, nel 2013, oltre 24 milioni di sedentari, pari a circa il 42% della popolazione.

Diversi studi hanno ormai dimostrato che la sedentarietà riduce la neuroplasticità e le dimensioni dell'ippocampo, oltre a favorire l'invecchiamento dei telomeri. L'attività fisica, favorisce al contrario un effetto neuroprotettivo, con risultati di apprendimento migliorati. Ecco perché rimane fortemente indicato pure in terza età.

Secondo l'Oms, i decessi per le 'non communicable diseases' aumenteranno del 17% nei prossimi 10 anni ma, con interventi coordinati, sarà possibile evitare oltre 30 milioni di morti premature nel mondo entro il 2015, delle quali quasi il 50% negli under 70. La Federazione medico sportiva italiana, spiegano dalla stessa organizzazione, ha i mezzi e le competenze per aprire la strada a una rivoluzione, anche economica sulle spese risparmiate per le cure. Ricordando, però, che è il medico sportivo competente per la prescrizione della terapia, al pari di un farmaco, nella giusta dose individuale.

DOCTOR 33.IT

**Ammissione alle specialità, pronte le sedi. Dal ministero**

## una tabella di marcia serrata

L'Associazione Italiana Giovani Medici-Sigm dal suo sito rassicura gli specializzandi attesi dalle prove d'ingresso: entro oggi il Ministero dell'Istruzione dovrebbe assegnare tutte le sedi di prova, anche nelle regioni con tanti candidati. Il concorso parte martedì 28 con la prova generale, il 29 c'è la prova di area medica, il 30 quella di area chirurgica e il 30 quella dei servizi clinici. In alcune località le postazioni disponibili - che avrebbero dovuto essere tutte note entro il 20 ottobre - non sarebbero risultate sufficienti ad "ospitare" l'eccesso di candidati residenti e si è reso necessario reperire nuove sedi. In ogni caso, precisa Sigm, il termine del 20 non è previsto da bando, dunque non è perentorio ma organizzativo e non offre «nessun appiglio per ricorsi». «Stimiamo che i candidati siano di più rispetto all'anno scorso – afferma **Andrea Ziglio**, Dipartimento Specializzandi Sigm – poiché ai neoabilitati, che saranno la maggior parte dei concorrenti, si sommeranno quanti sono rimasti esclusi dal precedente concorso. Nei prossimi anni vi è il rischio poi che la forbice tra concorrenti e posti di specializzazione a disposizione tenderà sempre più ad ampliarsi soprattutto per l'aumento delle immatricolazioni a medicina, segnate nell'ultimo anno dall'accoglimento di numerosi ricorsi. Ciò potrebbe avere gravi conseguenze sulla programmazione futura». Le ipotesi per distribuire i candidati in origine erano due, ricorda il direttivo Sigm: o lontano dalla regione di residenza, utilizzando poche sedi e grandi, o vicino casa per evitare di far pagare agli studenti 4 giorni di soggiorno. «Ci sembra di capire che il Miur nelle ultime settimane abbia lavorato ad una soluzione intermedia, e cercato di ottimizzare le sedi disponibili, riservandosi di evitare l'utilizzo di sedi di piccole dimensioni o periferiche. Questo, però, oggi viene disatteso: alcuni candidati espleteranno alla fine le prove nelle sedi universitarie ove si sono laureati». Sigm attende, «dopo averlo richiesto in tempi non sospetti, che il Miur recluti almeno un commissario vigilante in ciascuna sede di prova». Il Ministero ha peraltro precisato con circolare che tra il personale di sorveglianza non dovranno essere inclusi docenti dei corsi o delle specializzazioni mediche, così da mantenere omogenea in ogni sede la composizione delle commissioni chiamate a vigilare. E dopo le prove? Il bando ministeriale uscito il 9 agosto ha fissato una tabella di marcia serrata, attesa dalla prova dei fatti: il candidato può vedere il punteggio sul terminale già a fine prova, ma può sapere solo il 5 novembre le sue chance, quando sarà pubblicata la graduatoria di posizione. Più alto il punteggio (135 il massimo), più alta la probabilità di vedersi assegnare la specialità e la sede richiesta. La scelta va fatta entro il pomeriggio del 7 novembre e il 10 novembre vengono pubblicate le graduatorie aggiornate, con ciascun ammesso nella sua casella. I ripescaggi verranno comunicati in parallelo dal Miur sulla pagina personale del candidato. Entro il 14 novembre è tassativa l'iscrizione, mentre le attività didattiche partono il 10 dicembre.

## Approvato il Piano nazionale malattie rare, prevenzione e maggiori esenzioni

Si chiamano malattie rare, ma interessano dai 450mila ai 600mila italiani e per affrontare al meglio le problematiche che li riguardano c'è ora un Piano nazionale. Approvato nella Conferenza Stato-Regioni, nella sessione di lavori presieduta dal

sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, il Piano nazionale delle malattie rare (Pnmr) ha validità triennale e verrà probabilmente ufficializzato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin il prossimo 31 ottobre, in occasione della giornata dedicata a queste patologie, organizzata dall'Istituto superiore di sanità (Iss).

Domenica Taruscio, responsabile del Centro nazionale malattie rare dell'Iss, saluta molto favorevolmente il Pnmr: «Finalmente anche l'Italia dispone di un Piano nazionale e si aggiunge ai venti Paesi dell'Unione europea che già se ne sono dotati, ed è particolarmente rilevante che l'approvazione avvenga nell'ambito del semestre di presidenza italiana dell'Ue».

L'esponente dell'Istituto superiore di sanità precisa che non partiamo da zero: «In Italia esiste una Rete nazionale malattie rare fin dal 2001, che si articola in reti regionali molto attive, con registri regionali e il registro nazionale dell'Iss. C'è anche una serie di agevolazioni nell'accesso alla diagnosi e l'esenzione dal ticket per i pazienti. Però il piano ha il merito di inserire in una strategia integrata tutte le iniziative fatte dal 2001 a oggi, dalla rete all'accesso ai farmaci e dà enfasi anche alla prevenzione, alla formazione e alla ricerca».

Per la prima volta si parla infatti di prevenzione primaria e prevenzione secondaria, con potenziamento degli screening neonatali, delle consulenze preconcezionali e prenatali e questo fa sperare non solo in una assistenza migliorata ma anche in una riduzione dei nuovi casi di malattia. La dottoressa Taruscio segnala anche che «si sta lavorando per allargare a un ulteriore centinaio di patologie l'esenzione del ticket, il che permetterà di arrivare a una maggiore tutela di più cittadini».

## **L'esperto: oltre 70% dei mammografi ha più di 10 anni**

Oltre il 70% dei mammografi negli ospedali italiani ha più di dieci anni, e in generale dal punto di vista della tecnologia l'Italia è agli ultimi posti in Ue. Lo ha sottolineato Marco Campione, vicepresidente di Assobiomedica, intervenendo al convegno "Life Science Industry" ieri a Roma. «L'uso di strumenti obsoleti in realtà non fa risparmiare, perché hanno maggiori costi di manutenzione e sono meno sicuri per il paziente - ha spiegato Campione, che è anche Ad di Ge healthcare Italia -. Negli ultimi tre anni abbiamo perso dieci posizioni nella classifica Ue, e ora siamo agli ultimi posti da questo punto di vista». Per rinnovare il "parco macchine" degli ospedali servirebbero degli incentivi, ha proposto l'esperto. «Si potrebbe fare come in Francia, dove si disincentivano con rimborsi più bassi le macchine più obsolete».

## **DIRITTO SANITARIO Legittimo il meccanismo tabellare di risarcimento del danno biologico**

La Corte costituzionale ha affrontato il problema della legittimità costituzionale del meccanismo tabellare di risarcimento del danno biologico (permanente o temporaneo) da lesioni di lieve entità derivanti da sinistro stradale, introdotto dal (censurato) art. 139 del d.lgs. n. 209 del 2005. La norma, secondo la prospettazione sottoposta al vaglio di costituzionalità, darebbe luogo ad un sistema indennitario che

limiterebbe la piena riparazione del danno, ancorandolo a livelli pecuniari riconosciuti normativamente equi, ma che – sia per la rigidità dell’aumento percentuale dell’importo nella misura massima del quinto (20%), sia per la (ritenuta) impossibilità di liquidare l’eventuale, non contemplato, danno morale – non consentirebbe una adeguata personalizzazione del danno e determinerebbe, di conseguenza, una disparità di trattamento in relazione al riconoscimento del diritto al suo integrale ristoro, in base al diverso elemento causativo del danno stesso, oltre che un’ingiustificata prevalenza della tutela dell’esercizio dell’attività assicurativa rispetto alla tutela della lesione del diritto inviolabile alla salute. La Corte costituzionale ha dichiarato non fondata la questione di legittimità. Il controllo di costituzionalità del meccanismo tabellare di risarcimento del danno biologico introdotto dal censurato art. 139 codice delle assicurazioni – per il profilo della prospettata lesione del diritto all’integralità del risarcimento del danno alla persona – va, quindi, condotto non già assumendo quel diritto come valore assoluto e intangibile, bensì verificando la ragionevolezza del suo bilanciamento con altri valori, che sia eventualmente alla base della disciplina censurata. Il meccanismo standard di quantificazione del danno – attinente al solo specifico e limitato settore delle lesioni di lieve entità e coerentemente riferito alle conseguenze pregiudizievoli registrate dalla scienza medica in relazione ai primi (nove) gradi della tabella – lascia, comunque, spazio al giudice per personalizzare l’importo risarcitorio, risultante dalla applicazione delle suddette predisposte tabelle, eventualmente maggiorandolo fino ad un quinto, in considerazione delle condizioni soggettive del danneggiato. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**