

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDI' 25 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

San Raffaele, vendita dell'edificio: il Cda della Sardaleasing dà l'ok I dirigenti della società finanziaria: non abbiamo mai ostacolato l'operazione della Qatar foundation

Non chiamateli speculatori. Nella vicenda del super-ospedale San Raffaele di Olbia, i dirigenti della Sardaleasing (società finanziaria del Banco di Sardegna, capo-pool della cordata di banche che hanno in pugno il debito milionario acceso a suo tempo dalla fondazione Monte Tabor di don Luigi Verzè per costruire la struttura) non ci stanno a essere indicati dalla politica come i responsabili dei ritardi nella conclusione della trattativa con i magnati arabi. «Non abbiamo mai avuto l'intenzione né di speculare, né di mettere ostacoli nelle operazioni con la Qatar foundation per l'acquisizione del San Raffaele», precisa il presidente di Sardaleasing, Franco Rabitti. «Noi siamo gli unici attori di questa vicenda che hanno dato un'accelerata alle pratiche. I primi di agosto il nostro consiglio di amministrazione ha approvato la delibera per la cessione dell'immobile che ospiterà l'ospedale, pur in mancanza dell'accordo con la procedura concorsuale aperta presso il Tribunale di Milano. E tutto questo proprio per non compromettere il buon esito dell'iniziativa avviata dal Qatar, e che porterà benefici a tutto il territorio», continua Rabitti, affiancato dall'amministratore delegato della Sardaleasing, Stefano Esposito, che annuisce silenzioso. In soldoni, l'offerta della Qatar foundation endowment per acquistare il complesso del San Raffaele, è molto più bassa dei 53 milioni di euro che una perizia del tribunale di Milano, tre anni fa, attribuiva come valore all'edificio. Valore che allo stesso tempo è inferiore al credito che le banche vantano nei confronti della Monte Tabor. La differenza, per intero o quasi, dovrebbe essere colmata dai commissari liquidatori del tribunale di Milano, attraverso un accordo con la Sardalesing. «Noi siamo disponibili a chiudere una transazione, anche rinunciando a una fetta del credito, ma finora la proposta avanzata dai liquidatori è troppo lontana dalle nostre esigenze», spiega ancora il presidente di Sardaleasing. «Tuttavia, siccome ci rendiamo conto dell'importanza che l'investimento del Qatar rappresenta per il territorio, sia in termini di servizi, sia in termini di ricaduta occupazionale, abbiamo deciso di superare tale ostacolo accettando di cedere comunque l'immobile,

e riservandoci di definire successivamente l'accordo con la procedura concorsuale». Al puzzle manca però un altro tassello, senza il quale rischia di crollare tutto l'affaire San Raffaele: «La Qatar foundation ha posto come condizione necessaria per l'acquisizione dell'edificio, il possesso dei terreni circostanti. E quei terreni non sono di proprietà di Sardalesing e del pool di banche, ma sono in mano ai commissari», spiega ancora Rabitti. «Non vogliamo entrare in polemica con nessuno e tantomeno puntare il dito contro i commissari, anche perché capiamo benissimo che loro devono seguire un iter procedurale ben preciso. Ma allo stesso tempo vogliamo che sia chiaro a tutti che Sardalesing non è responsabile né di ritardi né di eventuali fallimenti della trattativa con il Qatar. Noi abbiamo fatto quello che potevamo e dovevamo fare. I terreni che circondano l'ospedale non sono di nostra proprietà e non siamo noi che dobbiamo o possiamo cederli agli offerenti. Noi non possiamo entrare in quella trattativa».

OLBIA Arru: «Nessun ospedale sarà chiuso» Luigi Arru Bisogna uscire dalla logica dei Comuni Il diritto alla salute va garantito a tutti Discussiamo nell'ottica di Laboratorio Sardegna

Usa le armi della diplomazia con i sindaci in assetto di guerra per difendere la Asl gallurese. L'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru, affronta le fasce tricolori preoccupate per le forbici cagliaritanee sui servizi sanitari. Arru chiarisce che non esistono atti ufficiali che confermino le voci della chiusura di uno degli ospedali del territorio. È illustra il metodo che intende seguire nel mettere a punto la riforma del settore. Non tagli lineari per attuare la politica del risparmio imposta dalla legge. Ma ascolto delle esigenze dei territori. Politica del dialogo. «La mia politica è quella dell'ascolto – esordisce l'assessore dopo aver ascoltato 19 sindaci della Gallura –. Sono orgoglioso di essere gallurese per metà, ma devo ascoltare le esigenze di tutta la Sardegna. Prima di tutto il mio compito è garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, così come prevede la Costituzione. Ma serve uno sforzo di tutti, che non significa venire meno all'esigenza della identità di questo territorio. Usciamo dalle logiche dei Comuni. Quando avrò delle risposte ritornerò a illustrarvele. Ma iniziamo a pensare in una ottica di «Laboratorio Sardegna». L'equazione imperfetta. Arru non sembra convinto dell'equazione: tagli della Asl uguale risparmio. Di fronte ai sindaci che dicono no all'ipotesi di accorpamento della Azienda sanitaria locale con Nuoro o Sassari spiega la sua filosofia. «Sul numero delle Asl sono agnostico – afferma –. Ce ne sono 22 nel Veneto, una sola nelle Marche, ma lì la Regione ha deciso di ritornare alle Asl provinciali. Non esiste un modello comparativo per cui possiamo affermare che sia meglio la prima o la seconda soluzione. Ma non possiamo non tenero conto che abbiamo 260 milioni di euro bloccati perché non esiste una rete ospedaliera. La legge ci impone di risparmiare e siamo tenuti a rispettare le norme nazionali. Nessuna legge di riforma però, nemmeno per la fretta, si può fare senza ascoltare prima i territori». Non solo San Raffaele. L'assessore Arru respinge le critiche di chi lo ha dipinto come ostile alla nascita del San Raffaele. «Ho solo chiesto di vedere le carte

prima di fare delle scelte perché la deroga dei posti letto non fosse a discapito di altri territori. Come Regione abbiamo lavorato perché la nascita del San Raffaele fosse una opportunità. Non solo per la Gallura, ma per tutta la Sardegna. Sono stato io a far sedere al tavolo le università sarde. Il Qatar ha una storia di importanti rapporti con le più importanti università del mondo, un canale che va utilizzato». Arru ribadisce l'impegno per il pubblico. «Ci sarà la massima integrazione gestionale. Esiste una qualità dell'ospedale pubblico che non deve venire meno, ma va integrata con il privato». La carica dei 19. Il sindaco di Olbia, Gianni Giovannelli, invita all'unità. «Non ci sono alternative al mantenimento della Asl 2 – dice –. Non ci interessano fantasiosi accorpamenti con Sassari o Nuoro. E nel caso in cui si attuasse questa ipotesi scellerata creerebbe uno scontro senza eguali. Sconsiglio sommessamente funamboliche rivendicazioni di nuove Asl. La rivendicazione deve essere unica e unitaria per conservare la Asl 2». Sulla stessa linea decisa il presidente del distretto sanitario di Olbia Antonio Satta. «Bisogna garantire il diritto alla salute dei cittadini di un territorio che in questo momento è anche toccato da mille problemi. E si deve salvaguardare la sanità pubblica. È impensabile che possa essere sacrificato l'ospedale di Tempio o di La Maddalena perché è in arrivo il polo privato».

TEMPIO Sindaci e assessori incatenati per protesta Il gesto di otto amministratori all'ingresso del Paolo Dettori contro l'ipotesi dei tagli regionali

Un benvenuto in catene. Ieri mattina alcuni amministratori dell'Alta Gallura hanno accolto l'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru, con le catene ai polsi all'ingresso dell'ospedale Paolo Dettori. A inscenare la clamorosa protesta due sindaci dell'Alta Gallura: Giomartino Loddo di Calangianus e Marisa Careddu di Luras, l'assessore tempiese Nicola Luciano e cinque consiglieri comunali (Peppino Manconi, Salvatore Sassu, Tonina Manca, Marcello Doneddu e Vanni Bionda), componenti bipartisan della Commissione comunale alla sanità. All'assessore, che non ha esitato a fermarsi di fronte agli amministratori incatenati, il sindaco Loddo ha spiegato il senso della protesta. «Questa catena – ha detto il primo cittadino di Calangianus – vuole rappresentare simbolicamente la sanità gallurese. I lucchetti attaccati rappresentano invece i servizi che abbiamo e non funzionano, i servizi promessi per il «Paolo Dettori» e mai realizzati. A lei assessore consegniamo le chiavi di questi lucchetti perché si impegni ad aprirli, e a rendere operativi e funzionanti tutti i servizi sanitari». Una protesta altamente simbolica per far giungere alla Regione, con un gesto anche eclatante, la preoccupazione e la paura del territorio, dei suoi amministratori e delle comunità per un riordino della Rete sanitaria che lo stesso sindaco Romeo Frediani, qualche giorno fa – paventando la chiusura dell'ospedale tempiese in favore di Ozieri – aveva definito «asteroide vagante, principio di un'era glaciale per l'alta Gallura». Eppure la protesta degli otto amministratori non è piaciuta al primo cittadino tempiese che giunto sul posto, senza sapere nulla dell'iniziativa, prima stupefatto poi indignato, ha apostrofato definito il gesto «una buffonata indegna». Di fronte ai primi cittadini, preoccupati per una possibile chiusura del Dettori l'assessore Arru ha rassicurato. «Non c'è alcun atto

ufficiale in cui si parla di chiusura di nessun ospedale – ha detto –. Sono qui per garantire il diritto alla salute dei cittadini, consapevoli però che oltre all'assistenza degli acuti si debba garantire una rete assistenziale diffusa sul territorio. Niente sarà deciso dalla giunta e dalla commissione regionale alla Sanità senza una consultazione con il territorio». Il sindaco Frediani, che è anche presidente del distretto di Tempio, ha quindi usato toni categorici. «I presidi devono restare e devono restare i servizi per garantire il diritto alla salute ai cittadini. Dobbiamo fare in modo di salvaguardare quanto sancito dalla costituzione. Non vorrei che si innescassero delle dinamiche che prevedano la soppressione dei posti letto nella sanità pubblica o di altri servizi in favore del San Raffaele»

OZIERI Ospedale, riaprono le sale operatorie Il tavolo tecnico tra Asl e Comune trova una soluzione temporanea in attesa del completamento dei lavori nel 2015

Riprende a pieno regime l'attività chirurgica nell'ospedale di Ozieri dopo la chiusura della sala operatoria decretata qualche giorno fa per motivi di sicurezza, che aveva bloccato gli interventi nei reparti di Ortopedia, Chirurgia e Ginecologia. La soluzione è arrivata grazie alla sinergia tra Asl e Comune anche in seguito a un tavolo tecnico tra il direttore generale Marcello Giannico, il sindaco di Ozieri Leonardo Ladu, l'assessore comunale alla Sanità Gigi Sarobba, il direttore del presidio ospedaliero Antonio Cossu, i direttori delle unità operative Silverio Zanetti di Ortopedia, Leonardo Delogu di Chirurgia, Salvatore Cossu di Ginecologia e Salvatore Pala di Anestesia, i dirigenti dei servizi Tecnici e Logistica Asl e i consulenti in materia prevenzionistica Danilo Cannas ed Elisabetta Mallocci. Si tratta di una soluzione temporanea, in attesa del completamento dei lavori di adeguamento del miniblocco operatorio (atteso per giugno 2015), che consentirà la ripresa delle attività grazie a misure straordinarie di sicurezza che risolvono le "emergenze" riscontrate dal servizio di Prevenzione che aveva ordinato la chiusura della sala di Ortopedia e Chirurgia. Si tratta in sostanza di una riorganizzazione degli ambienti di lavoro: Chirurgia sarà trasferita dal padiglione A al B, dove condividerà gli spazi riservati alle degenze e l'utilizzo della sala operatoria con la Ginecologia; Ortopedia continuerà invece ad utilizzare in via esclusiva la sala operatoria del padiglione A e le aree di degenza, con una conseguente riduzione del numero di persone contemporaneamente presenti. Contestualmente alla riorganizzazione logistica verrà disposta anche la riassegnazione del personale infermieristico Oss e ausiliario per far fronte alle mutate esigenze di servizio. Finisce quindi il lungo periodo di accorpamento delle degenze e delle attività interventistiche di Ortopedia e Chirurgia, che come si sa aveva provocato tantissimi disagi negli anni scorsi, e si riconosce, di fatto, la necessità di assegnare spazi esclusivi all'Ortopedia visti gli elevati "numeri" ottenuti in questi ultimi anni: circa 1100 interventi all'anno, con pazienti provenienti da molte altre Asl più o meno vicine al distretto di Ozieri. «Si tratta di una soluzione tampone che durerà non più di 8 mesi - ha detto il dg Giannico - ma che consentirà all'ospedale di evitare la chiusura delle attività chirurgiche. Un segnale importante

che vogliamo dare non solo alla comunità di Ozieri ma anche a tutti gli operatori del presidio, che ogni giorno, nonostante le tante difficoltà del sistema sanitario, sono in prima linea per garantire assistenza di alto livello a chi ha bisogno di cure».

«Ringrazio la direzione generale e i responsabili della Asl per la fattiva collaborazione resa nello studio e nella definizione di questa soluzione - ha detto il sindaco Ladu - il cui raggiungimento dimostra una grande sensibilità verso le esigenze di un intero territorio».

Lavori da un milione, risorse da rimodulare

«Provvederemo immediatamente a richiedere all'assessorato regionale alla Sanità la rimodulazione delle risorse già stanziata e destinata alla realizzazione del nuovo blocco operatorio del Segni per circa 1 milione di euro». Questa la presa d'impegno dell'Asl per risolvere in via definitiva il problema dell'affollamento delle sale operatorie dell'ospedale di Ozieri. La direzione ha già stabilito un preciso crono programma, sulla cui celerità e puntualità di esecuzione supervisionerà il direttore del presidio Antonio Cossu, incaricato anche di vigilare sulla riorganizzazione logistica. Dal 1 giugno del 2015, data prevista per il completamento collaudo e messa in esercizio del mini blocco, partirà una seconda fase, che prevede la ristrutturazione della sala di Ginecologia e il trasferimento dell'attività di degenza dell'Ortopedia dal padiglione A al primo piano del padiglione B. Nel 2016, una volta messa in esercizio la sala di Ginecologia, ognuna delle unità potrà quindi finalmente contare su propri spazi autonomi.

L'UNIONE SARDA

OLBIA Ieri visita in Gallura del responsabile della Sanità Luigi Arru I sindaci all'assessore: «Non tagliate l'Asl due»

La spesa sanitaria è fuori controllo ma non è detto che tagliare le Asl sia la soluzione. L'assessore Luigi Arru, alla conclusione di una mattinata dedicata alle istanze sanitarie della Gallura, non dà proprio certezze sul mantenimento dell'azienda sanitaria gallurese ma si dichiara «agnostico» sul tema. I sindaci si sono riuniti nella sala consiliare della defunta provincia per ricordare che la Gallura è il territorio con il più basso tasso di posti letto ospedalieri con un costo di mobilità passiva di circa trenta milioni. Malgrado una popolazione in crescita e le esigenze estive. Numeri messi nero su bianco in una cartellina consegnata all'assessore.

I SINDACI Ha esordito Antonio Satta, presidente del distretto olbiese: «Per noi sarebbe un passo importante l'approvazione dell'atto aziendale unitario che raccoglieva le esigenze del territorio. Olbia, con il progetto dell'ex San Raffaele, ha avuto un riconoscimento ma vogliamo garanzie sul fatto che sia salvaguardata la sanità pubblica». Concetto ribadito dal sindaco Giovannelli che ha ricordato i troppi viaggi della speranza. «Questo territorio non può perdere la Asl, lo dicono i numeri»,

ha spiegato Giuseppe Meloni, consigliere regionale Pd: «È un territorio che cresce, l'accorpamento sarebbe la fine». Giuseppe Fasolino, consigliere regionale di Forza Italia, ha ricordato quanto i servizi siano vitali nel comprensorio turistico gallurese. Il sindaco Angelo Comiti ha centrato invece il suo discorso sull'ospedale di La Maddalena, vissuto come perennemente in bilico, malgrado la tutela di una legge nazionale.

LA REGIONE A favore del mantenimento della Asl si è espresso il presidente della commissione Sanità Raimondo Perra: «La spesa sanitaria è fuori controllo ma non sono così convinto che la riduzione delle Asl debba essere l'obiettivo principale. Tra l'altro la soppressione della Asl gallurese lascerebbe da solo il polo privato che non avrebbe ragione di esistere». L'assessore Luigi Arru ha spiegato che il disavanzo è attualmente di 400 milioni e se ne aggiungeranno altri 200 entro la fine dell'anno. «Noi abbiamo il dovere di guardare alla Sardegna tutta e gli atti aziendali sono stati congelati per avere questa visione di insieme ma nessuno ha mai parlato di tagli all'ospedale di Tempio». Una battuta anche sui viaggi della speranza: «Si eliminano puntando sull'eccellenza ma ci vogliono i numeri».

Contestazione a Tempio: si teme per l'ospedale

«Assessore, questa è la catena della sanità, è la prova di quanto noi teniamo al nostro territorio e a questo ospedale»: è il sindaco di Calangianus, Giommartino Loddo, ad accogliere, a Tempio, l'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru. E, ieri mattina, davanti all'ingresso dell'ospedale Paolo Dettori, con il primo cittadino calangianese incatenato a doppia mandata, è scoppiato il putiferio. Perché il sindaco di Tempio non ha gradito la manifestazione di protesta, le parole di Romeo Frediani hanno acceso la polemica proseguita anche durante l'incontro ufficiale: «Non è questo il modo, avreste dovuto avvertire e concordare qualsiasi iniziativa. Siamo venuti meno al dovere di ospitalità nei confronti dell'assessore». Il battibecco è andato avanti per qualche minuto davanti ad Arru e a molte persone che passavano vicino agli “incatenati”. Insieme a Loddo c'erano anche diversi componenti della commissione Sanità del Consiglio comunale. «Ogni lucchetto della catena - ha detto Loddo, consegnando le chiavi ad Arru - è uno dei reparti del Paolo Dettori».

Il sindaco di Calangianus accusa l'Asl 2 e la Regione di preparare la chiusura del “Paolo Dettori” e chiede la creazione di un nuovo distretto sanitario rurale.

L'assessore Luigi Arru: «Non ci sono atti ufficiali su ipotesi di tagli o chiusure di ospedali». Concetto ribadito dal direttore generale dell'Asl, Giovanni Antonio Fadda. I medici, invece, hanno chiesto un intervento urgente di adeguamento degli organici.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Fecondazione. De Biasi presenta Ddl: “Uno strumento che

metto a disposizione del Senato”

Ieri la presidente della Commissione Sanità del Senato ha depositato un disegno di legge in materia di Pma. Si tratta, ha spiegato De Biasi di “uno strumento che metto a disposizione del Senato per dare risposta alla sentenza della Corte costituzionale sulla fecondazione eterologa e che recepisce le linee di indirizzo in materia della Conferenza delle Regioni”.

Ieri mattina la presidente della Commissione sanità del Senato, **Emilia Grazia De Biasi (Pd)**, ha depositato un Disegno di legge in materia di procreazione medicalmente assistita che rivede la Legge 40 / 2004 alla luce della sentenza della Corte costituzionale. Ad annunciarlo è la stessa Presidente della Commissione sottolineando che il Ddl è stato sottoscritto dai vice presidenti del gruppo Pd a Palazzo Madama, **Giuseppina Maturani** e **Giorgio Tonini** e da **Nerina Dirindin**, Capogruppo Pd in Commissione sanità.

“Un passaggio importante – ha sottolineato De Biasi – e mi auguro che si associno altri senatori”. Aggiunge la Senatrice Pd: si tratta di “uno strumento che metto a disposizione del Senato per dare risposta alla sentenza della Corte costituzionale sulla fecondazione eterologa e che recepisce le linee di indirizzo in materia della Conferenza delle Regioni”. Quanto al recepimento della direttiva europea, De Biasi ricorda che pochi giorni fa, nell'ambito della discussione sulla Legge europea, il Governo ha accolto un ordine del giorno che lo impegna a recepire la direttiva per via regolamentare. Con questo Ddl "il Parlamento, come sempre, farà la sua parte".

In sintesi il disegno di legge consta di 20 articoli. Tra l'altro, prevede che possano accedere alla tecniche di procreazione medicalmente assistita “coppie di maggiorenni, coniugate o conviventi, entrambi viventi, in età potenzialmente fertile e comunque non oltre il limite di 50 anni per la donna”. Nella proposta si sottolinea (all'articolo 1 comma 2) che le tecniche di procreazione "non possono costituire mezzo per la selezione eugenetica dei nascituri". Tali interventi sono “realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni”.

Il Ddl propone l'istituzione da parte del Ministero della salute “presso l'Istituto superiore di sanità” di un “registro nazionale”, con “iscrizione obbligatoria”, delle strutture “autorizzate all'applicazione delle tecniche” di procreazione, degli “embrioni formati” e dei “nati a seguito delle tecniche medesime”. Per quel che riguarda i “divieti”, la proposta prevede che “chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro”.

Quanto all'articolo sulla ricerca, nel Ddl si legge che “l'attività di ricerca scientifica sugli embrioni umani è consentita nel caso in cui vengano utilizzati gli embrioni crioconservati, che non siano destinati al trasferimento in utero nonché in situazioni di abbandono”. Per quanto riguarda gli aspetti applicativi della procreazione, la legge dispone che “la donazione di gamete è libera, volontaria e gratuita”; che i centri di procreazione assistita garantiscano la “tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dalla donazione all'eventuale nascita”; che i “dati clinici del donatore

potranno essere noti al personale sanitario solo in casi straordinari, dietro specifica richiesta e con procedure istituzionalizzate, per eventuali problemi medici della coppia, ma in nessun caso alla coppia ricevente".

I donatori, inoltre, "non hanno diritto di conoscere l'identità del soggetto nato" e "il nato non potrà conoscere l'identità del donatore" le cui "cellule riproduttive non potranno determinare più di dieci nascite". Infine, il Ddl recita anche che il i Ministro della salute definisca "con proprio decreto, linee guida" con "l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita" che siano "vincolanti per tutte le strutture autorizzate" e che vengano "aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni in rapporto con l'evoluzione tecnico-scientifica e sulla base delle buone pratiche cliniche".

Nell'ultimo articolo si prevede che "tutte le tecniche consentite dalla legge" siano "inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza".

Concorso Medicina Generale. Fnomceo: "Chiediamo alle Regioni un'assunzione di responsabilità"

Questa la richiesta da parte del presidente, Amedeo Bianco. La Federazione punta il dito contro quell'effetto "massa" che non è stato affrontato con misure organizzative appropriate. Più in generale il presidente Bianco ha parlato di un problema riguardante la formazione del medico, sul quale la Fnomceo avvierà "iniziative specifiche".

In riferimento a più segnalazioni su carenze organizzative e presunte irregolarità procedurali in alcune sedi di svolgimento della selezione pubblica per l'accesso alla formazione specifica in Medicina Generale, il Presidente della Fnomceo, **Amedeo Bianco**, ha rilasciato le seguenti dichiarazioni. "Nello specifico dei fatti segnalati in alcune sedi di selezione pubblica per l'accesso alla formazione specifica in Medicina Generale, chiediamo alle Regioni coinvolte immediati e puntuali chiarimenti e la piena assunzione di tutte quelle responsabilità connesse alla diretta gestione di un modello formativo che mette in campo risorse e competenze del Servizio sanitario nazionale. Il valore di questo modello non è in discussione, va invece motivata l'infelice scelta di disallineare temporalmente le procedure di selezione per l'accesso ai corsi di formazione in Medicina Generale (di competenza delle Regioni) e quelle di accesso alle scuole di specialità (di competenza universitaria)".

"Si è dunque concretizzato - ha proseguito il presidente Fnomceo - quel prevedibile effetto "massa" al quale, in alcuni casi, non sono corrisposte misure organizzative appropriate, anche al fine di garantire correttezza e trasparenza delle procedure selettive. In generale, assistiamo da alcuni anni ad una sorta di abbandono di una questione sempre più critica e cioè la formazione del medico, dall'accesso alle scuole di medicina alle specializzazioni. Sono circa centomila i giovani impegnati in questo lungo percorso formativo e stimiamo ad oggi in circa trentamila, ma in crescita tendenziale, quelli oggettivamente fuori dal circuito formativo post laurea, prigionieri in un limbo professionale e occupazionale".

"Questa criticità va affrontata e risolta con determinazione e coraggio, superando

schematismi autoreferenziali e ideologici, essendo in gioco non solo le aspirazioni e i sacrifici di tanti giovani e delle loro famiglie ma anche il futuro stesso del nostro Sistema Salute e con esso i diritti fondamentali dei cittadini. La Fnomceo - ha concluso Bianco - avvierà nelle prossime settimane iniziative specifiche su questo obiettivo”.

Influenza. Assosalute: "Previsti circa 10 milioni di italiani a letto"

Quattro milioni si ammaleranno a causa della vera influenza, caratterizzata da tre virus. Altri sei saranno colpiti da sindromi para-influenzali. I farmaci di automedicazione si confermano il rimedio principale cui si affida il 56% della popolazione.

C'è chi si improvvisa meteorologo e cerca di fare di tutto per non ammalarsi (47%) e chi, invece, vista l'imprevedibilità delle previsioni del tempo di questi ultimi mesi, ormai si affida al fato e ha cercato piuttosto di godersi gli ultimi giorni di estate (17%). È quanto emerge da **una indagine condotta su un campione di italiani tra i 18 e i 64 anni commissionata da Assosalute (Associazione nazionale farmaci di automedicazione).**

“Tecnicamente si può parlare di ‘vera influenza’ solo quando ci sono tre condizioni presenti contemporaneamente: febbre elevata >38 ad insorgenza brusca; sintomi sistemici come i dolori muscolari/articolari; sintomi respiratori come la tosse, il naso che cola, la congestione/secrezione nasale e mal di gola. In tutti gli altri casi si parla di infezioni respiratorie acute o sindromi para-influenzali – spiega **Fabrizio Pregliasco**, ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano - La prossima stagione influenzale sarà, infatti, caratterizzata da tre virus: A/H1N1/ California, A/H3N2/Texas e B/Massachussets. Non si tratterà in ogni caso di un'influenza aggressiva, e per l'inverno 2014-2015 si prevedono circa 4 milioni di casi. Non va sottovalutata poi, la stima di coloro che verranno contagiati dai virus “cugini” (ce ne sono oltre 200), responsabili delle sindromi simil-influenzali, che potrebbero raggiungere altri 6 milioni di italiani”.

In questo scenario, **i farmaci di automedicazione** (quelli senza prescrizione medica e riconoscibili grazie al bollino rosso sorridente posto sulla confezione) si confermano il rimedio principale **a cui si affidano il 56% degli italiani** per il trattamento delle sindromi influenzali e para-influenzali. Tra questi farmaci si possono trovare dai farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans) sia per uso sistemico che locale, agli sciroppi per la tosse, ai mucolitici e ai decongestionanti. Si tratta di farmaci a cui i cittadini si affidano con sicurezza, certi che in caso di necessità si può facilmente far ricorso al consiglio del farmacista o del medico di famiglia, come dichiarano di fare già il 68% degli italiani.

Va ricordato, infatti, che l'uso responsabile dei farmaci di automedicazione, sia in termini di dosaggio che di durata della terapia, secondo le indicazioni del foglietto illustrativo, è fondamentale per un corretto decorso della malattia. È importante anche concedersi qualche giorno di riposo e, se poi le cose non migliorano dopo 3-4 giorni, allora è bene certamente consultare il proprio medico, soprattutto se, dopo

un'apparente guarigione (fine della malattia virale) si evidenzia un ritorno della febbre e l'aggiunta di altri sintomi tra cui catarro (segno di sovra infezione batterica). E come fare per prevenire l'influenza? Secondo l'indagine, per preparare il proprio fisico all'inverno:

- oltre il 50% degli italiani fa attenzione all'abbigliamento e si veste 'a cipolla'
- il 31,3% sta più attento all'alimentazione cercando di assumere cibi con un maggior apporto di vitamine (spremute d'arancia, etc.)
- oltre il 25% verifica di avere in casa i farmaci di automedicazione che possono essergli utili
- lo sport, soprattutto tra i più giovani, è visto come un'arma di prevenzione (2,6%)
- il 12% farà il vaccino antinfluenzale.

“Oltre ad affidarsi ad una corretta automedicazione – aggiunge Pregliasco - esistono poi dei piccoli accorgimenti da mettere in atto nella vita quotidiana che possono diminuire/evitare il contagio: alcuni esempi possono essere lavarsi spesso le mani, coprirsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce ed evitare luoghi chiusi e affollati”.

SOLE 24ORE SANITA'

Farmaci, le "reazioni avverse" dei medici alle gare di acquisto

Si possono tranquillamente definire le reazioni avverse dei mmg alle gare di acquisto. Quelle che in alcune Regioni si stanno già facendo sui farmaci della diretta/dpc e che nel prossimo futuro potrebbero abbracciare un'intera categoria terapeutica, come ammette (a determinate condizioni) il nuovo Patto per la salute.

Il risultato di queste gare è che per ogni molecola messa a bando, i medici di famiglia devono prescrivere il farmaco prodotto dall'azienda che ha vinto l'appalto. Sono consentite eccezioni, ma soltanto per casistiche limitate come la prosecuzione della terapia. Nelle altre, assessorati o servizi farmaceutici di alcune Regioni hanno cominciato a chiedere la "certificazione": se il medico non vuole prescrivere il prodotto "appaltato" perché il paziente non lo tollera, riempia una scheda di segnalazione ADR e la trasmetta attraverso la rete nazionale di farmacovigilanza; la ricetta con accluso il numero della scheda non gli sarà contestata.

Ed ecco gli effetti avversi di cui si diceva: nel primo semestre di quest'anno, le Regioni che hanno messo in piedi il sistema hanno registrato un boom sproporzionato di segnalazioni. Tutte riguardanti principi attivi senza copertura brevettuale e sospette reazioni avverse di lieve entità, come disturbi gastrointestinali o reazioni allergiche lievi. In numero talmente elevato che nei giorni scorsi l'Aifa ha diramato una comunicazione nella quale si invitano «tutti gli operatori sanitari a una segnalazione responsabile non focalizzata soltanto su alcune specifiche tipologie di medicinali».

Anche se l'Aifa non dà riferimenti precisi, i due "focolai" che hanno fatto scattare l'allarme sarebbero la Sicilia e un'Area vasta dell'Emilia Romagna che copre il Ferrarese. Due aree dove, guarda caso, è in vigore una diretta-dpc che prevede gare di acquisto e impone ai medici la compilazione di una scheda Adr quando il farmaco prescritto non è quello "appaltato".

«Su alcuni medicinali» spiega Achille Caputi, docente di farmacologia all'università di Messina, tra i responsabili della rete regionale di farmacovigilanza «abbiamo registrato in Sicilia un numero di segnalazioni pari al 60% del totale nazionale. E' evidente che si tratta di una cifra abnorme. Addirittura, abbiamo farmaci che sono diventati oggetto di segnalazione soltanto da quando è scaduto il brevetto».

In ogni caso, che le cause del fenomeno sia la dpc sui senza brevetto parrebbe dimostrato: «Nell'esaminare i dati» prosegue Caputi «abbiamo riscontrato picchi analoghi in un'Area vasta dell'Emilia Romagna: abbiamo telefonato, abbiamo chiesto se anche lì ai medici che sostituivano era chiesta la segnalazione Adr e la risposta è stata affermativa».

Impossibile non mettere questi dati in relazione con le regole volute dalla Regione per governare la dpc. «L'idea messa in piedi dagli esperti dell'Assessorato è in sé brillante: se il medico non prescrive un generico perché sa di effetti avversi, è suo dovere fare una segnalazione. L'idea però ha finito per introdurre una rigidità che ai mmg non è piaciuta, da cui la reazione. Che innescherà però un bel contenzioso. Alcune Asl, infatti, stanno iniziando a chiedere ai medici spiegazioni per quelle schede di Adr: se non hanno mai prescritto al paziente quel farmaco, come fanno a conoscere in anticipo le reazioni?». E' la stessa domanda che a questi generalisti potrebbero porre i Nas, come minacciato l'altro ieri dal direttore generale dell'Aifa, Luca Pani.

Strascichi giudiziari a parte, la vicenda riporta a galla l'annosa questione dei rapporti tra medici di famiglia e generici.

«Il fatto è che per convincere i medici a fidarsi del generico servono altri strumenti» continua Caputi «e occorre anche un'amministrazione sanitaria più presente e credibile, come dimostra il fatto che al Nord i mmg sono più inclini a prescrivere generici dei loro colleghi al Sud. Quali strumenti? Se l'Aifa adottasse l'orange book dell'americana Fda, la sostituzione guadagnerebbe in credibilità e coerenza».

Ma c'è anche un altro fattore da considerare: una diretta/dpc limitata soltanto ai farmaci coperti da brevetto – come vorrebbe lo spirito originario della 405/2001 – eliminerebbe ogni polemica su generici e sostituibilità.

Trapianti, la ricetta Sito: «Reinvestire i risparmi ottenuti dai trapianti per salvare altre vite umane»

Reinvestire i risparmi ottenuti privilegiando la scelta del trapianto piuttosto che quella di un'assistenza a vita, per salvare altre vite umane. E' questa la via indicata dal 38mo Congresso nazionale inaugurato a Siena dalla Sito, la Società italiana trapianti

d'organo, con il titolo "Trapianti e donazione d'organi: scienza e consapevolezza al servizio della salute".

«I trapianti hanno un importante risvolto sociale in termini di sopravvivenza e qualità della vita del trapiantato rispetto a chi non lo è e deve sottoporsi a continue gravose terapie. Anche i costi sociali a carico del Ssn sono a vantaggio del trapianto. Un paziente trapiantato costa, infatti, circa 250 mila euro per un arco di tempo stimato di vent'anni contro i 700 mila di un malato in dialisi», spiega Franco Citterio, presidente della Sito. Per Citterio, dunque, i risparmi possibili con l'incremento dei trapianti potrebbero «essere investiti per salvare altre vite umane. Ecco perché è importante impegnarsi anche per far crescere la cultura della donazione degli organi. È necessario un maggiore coinvolgimento da parte del Ssn di medici, infermieri, pazienti e familiari nella diffusione di una cultura della donazione in ogni ambiente, dalla scuola al lavoro. In particolare una corretta informazione da parte dei media è fondamentale per la crescita del numero dei trapianti».

Il congresso è stato inaugurato da un intervento di Reginald Green - che nel 1994 vide uccidere il figlio Nicholas di soli 8 anni sulla Salerno-Reggio Calabria e decise di donare gli organi del bambino ad altri 7 in attesa di trapianto. «All'epoca - ha dichiara Green - l'Italia aveva il tasso di donazione degli organi tra i più bassi rispetto alle principali nazioni in Europa occidentale. Subito dopo la morte di Nicholas le donazioni si impennarono e, nei successivi dieci anni, sono cresciute anno dopo anno fino a triplicare. Non conosco nessun'altra nazione che abbia raggiunto un tale tasso di crescita. Così migliaia di persone, molte delle quali giovani, che sarebbero morte, sono invece, oggi vive».

Malattie rare, il ministero promette il Piano entro ottobre.

Focus sui pazienti pediatrici

La notizia è di quelle che - a parere degli stessi esperti - se confermata meriterebbe di essere festeggiata a champagne. Perché dopo tanti rinvii il Piano nazionale malattie rare dovrebbe andare in porto nelle prossime settimane.

«Il nostro obiettivo è arrivare alla Conferenza internazionale del 31 ottobre sulle malattie orfane in programma alla Camera dei deputati, con il Piano finalmente in mano», ha annunciato il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo in occasione dell'incontro "Rare ma non rari" organizzato dai pediatri Fimp al ministero per fare il punto su un tema che sarà al centro del congresso scientifico del sindacato, il 2-3 ottobre a Milano (v. anche intervento in basso). Il Piano vedrà la luce, dunque, dopo il parere del ministero dell'Economia e il varo della Conferenza Stato-Regioni. Ma le novità non si fermano qui: «In sede di aggiornamento dei Lea, entro fine anno, sarà ampliato anche l'elenco delle patologie rare, con l'inserimento di 110 malattie in più», ha spiegato ancora De Filippo. Che ha annunciato pure altri provvedimenti, mirati a garantire ovunque la gratuità dell'accesso ai farmaci di fascia C per i malati rari, «che oggi avviene con modalità differenziate nelle diverse Regioni, e l'aggiornamento dei nomenclatori su protesica e specialistica ambulatoriale».

Un cambio di passo importante, quello annunciato dal ministero. La strada da fare perché la piena dignità d'accesso a cure e assistenza sia tutelata e concretamente perseguita è però ancora in salita. Ne è convinto il genetista Bruno Dallapiccola, coordinatore di Orphanet Italia, membro del Gruppo di esperti Ue sulle malattie rare e direttore scientifico del Bambino Gesù di Roma: «L'articolo 32 della Costituzione è messo a dura prova dalla stessa previsione di un «elenco blindato che rappresenta un non-senso in Europa se si pensa che, contrariamente a quanto avviene in altri Paesi, non include neppure i tumori rari. L'elenco invece dev'essere aperto a tutti i pazienti "rari", anche ai fini del riconoscimento di esenzioni e ticket». Per non parlare dell'urgenza di selezionare, sulla base di criteri standard e univoci, i centri d'eccellenza che possano entrare nel network Ue delle strutture "con il bollino" che partirà nel 2015. Un tassello importantissimo, insieme alla concreta attuazione di tutte le strategie possibili, e «oggi disponibili con costi assolutamente sostenibili», sul fronte della prevenzione e della diagnosi, aggiunge la coordinatrice del Centro nazionale malattie rare (Iss) Domenica Taruscio. Che ricorda come la semplice assunzione di acido folico nei tre mesi precedenti l'inizio della gravidanza e nei 90 giorni successivi abbatta del 70% il rischio di difetti del tubo neurale. Riducendo drasticamente i costi imposti dalla cura e dall'assistenza a soggetti nati con gravi malformazioni. Quanto alla diagnosi, oggi «tra il 10 e il 30% delle persone con malattie rare sono "senza etichetta"». Per questo, l'Iss «sta promuovendo un progetto con gli Usa e con altri Paesi».

Ma perché prevenzione e diagnosi funzionino, affinché le disparità regionali non relegino più i pazienti rari in categorie di serie A o di serie B, arrivando purtroppo fino alla "serie Z", serve che oltre a una rete nazionale funzionante e alle reti regionali (alcune tutte da implementare), siano fornite ai professionisti sul territorio linee guida diagnostico-terapeutiche. Tanto più necessarie quando si guarda ai bambini. I quali, appunto, possono essere portatori di malattie rare ma non sono certo rari, come hanno voluto ricordare i pediatri Fimp. «Secondo le stime internazionali - spiega ancora Dallapiccola - su un totale di 2 milioni di pazienti in Italia i bambini sono il 70%, cioè circa 1,4 milioni. Mentre al mondo nel complesso si parla di 250 milioni». Anche solo a guardare i numeri, il problema di una presa in carico effettiva ed efficace sul territorio non è rinviabile. «La diagnosi è difficile, progressiva e di sistema», afferma Giampietro Chiamenti, che in qualità di presidente Fimp e di professionista attivo da 35 anni è alle prese da sempre con la voragine che si apre alle famiglie al momento della diagnosi. La parola d'ordine è allora "fare rete": «Il pediatra di famiglia, lo specialista, le strutture assistenziali, le famiglie e le associazioni devono operare in sinergia per garantire ai piccoli pazienti affetti da malattie rare le migliori condizioni di assistenza - continua -. Il pediatra, in particolare, può senz'altro orientare le scelte dei genitori».

Invito raccolto a pieno da Renza Barbon Galluppi, presidente di Uniamo, la Federazione italiana malattie rare, che indica «la necessità di mettere a sistema le malattie rare per una presa in carico globale e multidisciplinare, dalla diagnosi alla transizione dall'età pediatrica all'età adulta, all'intero percorso di vita con l'attenzione particolare per la ricerca. Queste sono le aspettative dei pazienti e dei loro familiari che - sottolinea la presidente di Uniamo - da anni sono attivi nel promuovere una

politica partecipativa e nella formulazione di interventi e programmi, dove l'esperienza della vita quotidiana diventi quella conoscenza indispensabile, utile per una programmazione condivisa che si traduca in interventi sistematici e valutati nelle loro diverse implicanze storiche».

Ben venga, quindi, il proposito di «fare meglio» annunciato da De Filippo, conclude Barbon Galluppi. «Un proposito che auspichiamo preveda anche una diversa composizione dei tavoli istituzionali, che dovrebbe mettere a sistema le diverse competenze che da anni, sia sotto il profilo della ricerca che sotto quello dell'assistenza, del volontariato e delle famiglie, si spendono per garantire la piena tutela dei diritti dei malati rari. Ai medici, intanto, noi forniamo una bussola per orientarsi in caso di sospetto diagnostico: è il sito www.malattirari.it. Al ministero, se e quando vorrà ascoltarci, mettiamo a disposizione un modello, pronto, di monitoraggio e di valutazione partecipata della qualità erogata dai servizi»

DOCTOR 33.IT

Turni eccessivi, direttiva Ue disattesa ma medici non lo sanno

I medici italiani si vedono privati dal 2008 di un diritto riconosciuto dall'Unione europea, quello di lavorare entro il limite di 48 ore stabilito per l'orario lavorativo settimanale medio e di usufruire di periodi minimi giornalieri di 11 ore consecutive. Una vicenda per la quale la Commissione europea ha proceduto al deferimento dell'Italia alla Corte di giustizia Ue nel febbraio scorso. La situazione da allora non sembra essere molto cambiata e la conferma arriva da un sondaggio realizzato da Consulcesi da cui si evince che, oltre ad avere turni massacranti i medici, non conoscono i loro diritti. Secondo il sondaggio condotto su un campione di 4.600 medici, infatti, il 70% dei professionisti non sa di essere privato di una garanzia riconosciuta a tutti. Ma il dato più significativo, sottolinea la nota Consulcesi, è dato dal 78% di intervistati che è all'oscuro della possibilità di far ricorso per vedersi riconosciuto questo diritto violato.

Snami: Regioni vogliono medici dipendenti a capo Mmg nelle Uccp

L'allarme lo lancia il sindacato Snami: nelle Aggregazioni funzionali territoriali-Aft dei medici di famiglia il referente sarà nominato dal direttore di distretto. In realtà, la piattaforma della Sisac, la rappresentanza interregionale di parte pubblica che sta trattando con i medici del territorio il rinnovo delle convenzioni, afferma che l'esponente Asl nominerebbe il suo interlocutore pescandolo da una terna presentatagli dai medici dell'Aft. Ma **Angelo Testa** leader Snami non vuole «coordinatori» o apicali nominate dall'Azienda sanitaria. «Intendiamo eleggerli noi e

a noi dovranno rispondere». La situazione resta difficile, alcune regioni vorrebbero spendere sul territorio anche professionisti di estrazione ospedaliera. «Oggi Sisac ci ha illustrato l'articolo sulle unità complesse di cure primarie (dove operano mmg con altri professionisti, ndr) ed è anche peggio. La piattaforma - sottolinea Testa - propone una figura di coordinamento che "può anche essere un medico di medicina generale", ma non necessariamente. Ci sono i margini perché l'Asl possa scegliere come tramite con noi un suo dipendente, medico ospedaliero o persino un infermiere». Sottostante a tutto questo, «c'è l'intenzione di redistribuire su tutte le voci delle Aft e delle Uccp le indennità di associazionismo, informatica e di personale dello studio, facendole in sostanza riacquisire alle aziende sanitarie». Ma c'è di più. «Il medico potrebbe concorrere per ambiti di scelta diversi dal suo; se ci sono due centri vicini ma l'Uccp sorge in uno dei due, il medico operante nell'altro dovendo garantire ore nella sede centrale potrebbe essere spinto a chiudere il suo studio, visti anche i costi di gestione e la redistribuzione delle indennità, e a sguarnire così la sua zona. Il primo pensiero va al rapporto fiduciario: che fine fa?» Le asperità della convenzione saranno valutate al congresso Snami in programma dal 2 al 4 ottobre a Roma. Nella stessa sede s'incontrano il 4/10 i medici fiscali delle sigle Snami, Fimmg, Anmefi, Sinmevico. Cgil-Cisl-Uil, per stabilire una strategia comune dopo la perdita stipendiale generata dalla sospensione al 90% delle visite d'ufficio da parte dell'Inps. «Speriamo tutti in uno sblocco, la loro situazione è drammatica e in nome di ciò hanno superato le diversità di vedute. Difficile accada lo stesso tra noi sindacati della medicina generale: siamo uniti su alcune difficoltà ma non sui programmi, i rapporti non sono brillanti. Bene però che i colleghi delle altre sigle vengano, è il momento del confronto».

Rimborsabilità incretine, Fand: bene, ma si può fare di più

La Gazzetta ufficiale del 29 agosto ha pubblicato il decreto che modifica il piano terapeutico delle incretine, con l'estensione della rimborsabilità ai farmaci appartenenti alla classe degli inibitori del Dpp4 in caso di prescrizione in associazione all'insulina.

La questione aveva visto per tutto lo scorso anno una forte contrapposizione tra l'Aifa e le associazioni che si occupano di diabete, che avevano segnalato contraddizioni nelle restrizioni imposte sulle terapie innovative per i diabetici e denunciato pesanti conseguenze per i pazienti.

Ora Fand-Associazione italiana diabetici, pur rammaricandosi per la mancata inclusione nel decreto degli agonisti del Glp-1, esprime soddisfazione e rivendica il proprio ruolo nel risultato ottenuto: «La decisione che era stata presa, e che abbiamo duramente contestato, limitava prescrizione e rimborsabilità delle incretine, comportando un peggioramento della qualità della cura, esposizione a complicanze e limitazione della capacità lavorativa di molte persone con diabete. – dichiara il presidente Fand Egidio Archero – Grazie anche al nostro sollecito intervento e a quello di Diabete Italia e delle Società scientifiche dei medici diabetologi, che hanno puntualmente confutato scientificamente le motivazioni addotte da Aifa circa la loro precedente decisione, è stato possibile giungere a questo primo positivo risultato». I diabetologi avevano in passato accusato l'Aifa di miopia, in quanto le limitazioni

alla prescrivibilità non ridurrebbe affatto la spesa sanitaria, e ora chiedono un'estensione della rimborsabilità agli agonisti del Glp-1.

«Stando ai dati economici resi noti la scorsa settimana in occasione del congresso europeo di diabetologia Easd, - dice Archero - la terapia con l'utilizzo di queste due classi di farmaci unisce alla sicura appropriatezza terapeutica risparmi considerevoli: con i Dpp4 600mila euro annui ogni mille persone con diabete rispetto alla terapia convenzionale, mentre l'impiego dei Glp-1 garantirebbe un risparmio di 200mila euro ogni mille persone con diabete».

DIRITTO SANITARIO Consenso informato è fondamentale elemento di protezione del paziente

Il fondamento del consenso informato viene ad essere configurato come elemento strutturale dei contratti di protezione, quali sono quelli che si concludono nel settore sanitario. In questi gli interessi da realizzare attengono alla sfera della salute in senso ampio. Di conseguenza, l'inadempimento del debitore della prestazione di garanzia è idonea a ledere diritti inviolabili della persona, cagionando anche pregiudizi non patrimoniali.

L'informazione esatta sulle condizioni e sui rischi prevedibili di un intervento chirurgico o su un trattamento sanitario per accertamenti in prevenzione o in preparazione, se costituisce di per sé un obbligo o dovere che attiene alla buona fede nella formazione del contratto ed è elemento indispensabile per la validità del consenso che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, è inoltre un elemento costitutivo della protezione del paziente con rilievo costituzionale.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584