

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
26 MARZO 2014

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Choosing wisely, altre 5 procedure inappropriate in allergoimmunologia**

Aderendo a “Choosing wisely” l'American academy of allergy, asthma & immunology ha realizzato la consueta “Top 5 list” di procedure inappropriate, ma ha steso un elenco in 10 punti. Cinque sono già stati esaminati. Ecco la seconda metà. 6) Non fare affidamento sugli antistaminici come trattamento di prima linea in presenza di gravi reazioni allergiche. In caso di anafilassi, con manifestazioni cardiovascolari e respiratorie, è l'adrenalina da somministrare appena vi sia il sospetto diagnostico. 7) Non eseguire dosaggi di IgE specifiche per alimenti senza una storia compatibile con una potenziale allergia alimentare IgE-mediata, altrimenti la probabilità pre-test di diagnosi di allergia alimentare è bassa e un esame IgE positivo (cutaneo o in vitro) non è probatorio. 8) Non ordinare di routine mezzi di contrasto radioiodati (Mdcri) ipo- o isosmolari e non pretrattare con corticosteroidi e antistaminici i pazienti allergici ai frutti di mare che necessitano di Mdcri. Questi pazienti non sono a elevato rischio di anafilassi da Mdcri. Lo sono invece quei con asma o malattie cardiovascolari, o in terapia con beta-bloccanti, e quelli con pregressa storia di anafilassi a Mdcri. 9) Non evitare di prassi la vaccinazione antinfluenzale nei pazienti allergici alle uova. I vaccini che possono contenere proteine dell'uovo (contro morbillo, parotite, rabbia, influenza, febbre gialla) ne contengono in realtà quantità trascurabili, per cui non occorre seguire particolari precauzioni nella loro somministrazione a soggetti allergici alle proteine dell'uovo (si raccomandano solo 30 minuti di osservazione prima e dopo l'inoculazione nel caso del vaccino contro la febbre gialla). 10) Non eccedere nella prescrizione di antibiotici non beta-lattamici in pazienti con storia di allergia alla penicillina senza un'appropriate valutazione. Circa il 10% della popolazione riporta una storia di allergia alla penicillina, ma gli studi dimostrano che il 90% o più di questi pazienti non sono allergici alle penicilline e sono in grado di assumere questi antibiotici in modo sicuro. I pazienti etichettati come penicillina-allergici hanno più probabilità di andare incontro a maggiori spese mediche, ricoveri in ospedale prolungati, e sviluppo più frequente di complicanze quali infezioni da enterococco resistente alla vancomicina e Clostridium difficile.

#### **DIRITTO SANITARIO Decreto “Balduzzi”, rilevante condotta corretta e virtuosa del medico**

##### **Il fatto**

La Corte d'appello di Roma ha confermato la pronuncia di primo grado con la quale una ginecologa era stata condannata per il reato previsto dalla legge sulla Ivg in quanto per colpa aveva cagionato l'aborto del feto.

Secondo i giudici di merito, l'imputata non aveva per tempo individuato lo stato ipossico cronico pur documentato dai tracciati cgt eseguiti. Gli accertamenti strumentali infatti

evidenziavano una sofferenza fetale. Nonostante ciò la professionista ometteva di intervenire tempestivamente, e quindi non operava, né disponeva, nei tempi necessari, parto cesareo elettivo e cagionava, in tal modo, la morte intrauterina del feto sopravvenuta per insufficienza placentare acuta e conseguente anossia intrauterina.

### **Profili giuridici**

l'imputata ha impugnato il provvedimento d'appello evidenziando anche l'intervenuta innovativa disciplina introdotta dall'art. 3 del cosiddetto "Decreto Balduzzi".

In tema di responsabilità medica, la norma esclude la rilevanza della colpa lieve con riferimento a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica.

Nel caso specifico si è osservato che non può considerarsi corretta o virtuosa una condotta che non abbia tenuto in nessun conto gli allarmanti segnali di pericolo che, anche in seguito ad accertamenti strumentali, si andavano addensando sul capo della gestante, segnali che il medico ignorò o comunque non percepì nella loro effettiva gravità, tanto che, anche immediatamente prima dell'inutile taglio cesareo, la stessa non rappresentò nemmeno alla diretta interessata l'assoluta urgenza del suo ricovero e del conseguente intervento tanto che la donna una volta fatto ingresso nella clinica, si adattò a seguire la normale trafila burocratica, quando ormai, inconsapevolmente, portava in grembo un feto in irreversibile stato preagonico.

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

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Medici. Quasi pronto il nuovo codice deontologico. Il "paziente" diventa "persona" e paletti alla medicina estetica. Ecco il testo**

*Siamo ormai alla vigilia della presentazione ufficiale del nuovo codice dei medici che sostituirà quello in vigore dal 2006. Pronta una nuova bozza, dopo quella di marzo 2013. Confermati 4 nuovi articoli (medicina potenziativa, medicina militare, tecnologie informatiche e organizzazione sanitaria). IL TESTO DELL'ULTIMA BOZZA*

Proseguono i lavori per la stesura del nuovo Codice deontologico dei medici italiani. La versione rinnovata, rispetto a quella datata 2006, dovrebbe definitivamente vedere la luce il prossimo maggio. Rispetto al testo attualmente in vigore, viene confermata la presenza di quattro nuovi articoli riguardanti la medicina potenziativa, quella militare, le tecnologie informatiche e l'innovazione nell'organizzazione sanitaria, oltre ad una più generale revisione dei 75.

Il primo dei quattro articoli aggiuntivi - già comparsi nella [bozza approvata dal Comitato Centrale nel marzo 2013](#) - è l'articolo 76, concernente la "**Medicina potenziativa ed estetica**". Nell'ultima bozza esistono due ipotesi riguardanti il primo comma: nella prima, si indica al medico al quale viene richiesto un intervento finalizzato al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche di operare, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta; nella seconda ipotesi, invece, si suggerisce di non intervenire con atti suscettibili di alterare il naturale equilibrio.

Si passa poi all'articolo 77, riguardante la "**Medicina militare**". Al medico militare viene richiesto, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente, di assicurare il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui. È dovere del medico militare anche quello di segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano deposto le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani.

L'articolo 78 riguarda invece le "**Tecnologie informatiche**". L'uso sempre più intensivo delle tecnologie di informazione pone il medico di fronte ad alcune problematiche delicate riguardanti la privacy dei pazienti. In questo nuovo articolo viene chiesto al medico di garantire l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche.

Infine, l'articolo 79 riguardante "**Innovazione e organizzazione sanitaria**", indica al medico di collaborare con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti. Spetta inoltre al medico favorire la trasparenza e la legalità dei comportamenti e il contrasto ai conflitti di interesse.

Nella più generale revisione dei 75 articoli si segnala un altro tema di stringente attualità, quello legato al **risk management**, laddove, all'articolo 14, viene scritto che il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza della persona assistita e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali, e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico.

Si passa poi all'articolo 16 riguardante "**Trattamenti diagnostico-terapeutici non proporzionati**", che indica al medico il dovere di astenersi dall'intraprendere o insistere in trattamenti diagnostico-terapeutici non proporzionati. Al contrario il controllo efficace del dolore viene a configurarsi, in ogni condizione clinica, come trattamento proporzionato.

Capitolo a parte va dedicato al concetto di "**persona assistita**" che ha preso piede nelle bozze del nuovo codice in sostituzione di "paziente". Una concezione più olistica che prescinde dalla carta d'identità o dal passaporto e in quanto inserita in un contesto socio-economico, nonché ambientale, andrà guardata dal medico e dalle strutture sanitarie. La questione terminologica approcciata in questi ultimi testi sarà comunque ulteriormente definita prima di essere trascritta nel testo definitivo del nuovo Codice.

## **Vaccini. Lorenzin: "Alcune Procure emettono sentenze che vanno contro le evidenze scientifiche"**

*Così il Ministro della Salute ha commentato l'apertura di un'inchiesta contro ignoti della Procura di Trani sul presunto legame tra vaccini e autismo. "Non è il momento di fare allarmismi, servono dati certi perché i rischi per i bambini non vaccinati sono altissimi".*

Vaccini e autismo. Una polemica trentennale che ritorna. E sul tema è intervenuto il

Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che a margine di un incontro con gli studenti dell'Istituto Massimiliano Massimo a Roma ha risposto ad una domanda in merito all'apertura di un'inchiesta della Procura di Trani contro ignoti per lesioni corpose gravissime al fine di accertare che vi sia un nesso di causalità tra la somministrazione del vaccino pediatrico trivalente contro il morbillo, la parotite e la rosolia e l'insorgenza di autismo e diabete mellito. “Sui vaccini non è il momento di fare allarmismi, per evitare che un calo nelle vaccinazioni metta a rischio i bambini”. Ha affermato il ministro alle agenzie di stampa.

“La situazione è complessa - ha specificato Lorenzin - c'è un fascicolo della procura, ma anche una mole di rapporti dell'Oms e un grosso lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità e degli scienziati. Non è il momento di fare allarmismi, servono dati certi perché i rischi per i bambini non vaccinati sono altissimi”. Secondo il ministro non è il caso di fare campagne contro i vaccini. “La vicenda della presunta correlazione tra autismo e vaccini risale ai primi anni '80, se ne è discusso molto - ha aggiunto Lorenzin - l'allarmismo comporta danni alla salute, hanno ragione i pediatri a chiedere chiarezza. Prima di fare campagne contro i vaccini bisogna essere veramente certi”.

E sul fascicolo aperto dalla Procura di Trani il commento del Ministro è laconico: “Alcune procure emettono sentenze che vanno contro le evidenze scientifiche. Purtroppo le evidenze scientifiche non le fanno i tribunali ma gli scienziati con ricerche e approfondimenti, e noi ci atteniamo all'evidenza scientifica. Ricordiamoci che senza vaccinazioni di massa milioni di bambini muoiono”.

## **Tumori. Cognetti: “In Italia cure tra le migliori al mondo, ma spendiamo troppo poco in prevenzione”**

*L'oncologo è intervenuto oggi alla Camera al convegno promosso dalla Fondazione che presiede. In 20 anni la mortalità per cancro in Italia è scesa del 20% contro il 14% della media Ocse. E il 30% dei tumori è prevenibile. Ma l'Italia investe in prevenzione solo lo 0,5% della spesa sanitaria, contro la media Ue del 2,9%.*

Il nostro sistema sanitario funziona ed è uno dei migliori al mondo. Ne è convinta la Fondazione “*Insieme contro il Cancro*”, che per dimostrarlo ha illustrato oggi alla Camera, in occasione del convegno “*L'innovazione e la ricerca farmaceutica in oncologia. Il 'caso Italia', fra confronti internazionali e ruolo delle Istituzioni*”, promosso dalla Fondazione stessa, una serie di indicatori che fanno dell'Italia un modello positivo tra i Paesi Ocse: per aspettativa di vita alla nascita l'Italia si colloca al terzo posto (82,7 anni), dopo Svizzera e Giappone e sopra la media OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico). E il nostro Paese, in un ventennio (1990-2011), ha fatto registrare una diminuzione del tasso di mortalità per cancro pari al 20%, in netto vantaggio rispetto al dato medio OCSE (-14%). Risultati ottimali, soprattutto se considerati in rapporto alla spesa. Infatti la sanità costa agli italiani il 9,2% del Pil (rapporto OCSE, Health at a Glance 2013), molto meno che ai francesi (11,6%), ai tedeschi (11,3%), agli svedesi (9,5%), agli inglesi (9,4%) e quasi la metà che ai cittadini statunitensi (17,7%).

“Ma, nei programmi di prevenzione, l'Italia è ultima in Europa”, ha denunciato **Francesco Cognetti**, oncologo e presidente della Fondazione ‘Insieme contro il Cancro’. “In queste iniziative – ha spiegato Cognetti - investiamo solo lo 0,5% della spesa sanitaria complessiva, contro una media Ue del 2,9%. Ben al di sopra si collocano Paesi come

Germania (3,2), Svezia (3,6), Olanda (4,8) e Romania (6,2). Alla vigilia del semestre di presidenza del Consiglio dell'Unione europea, è necessario che le Istituzioni diano un segnale forte: servono più fondi da destinare in campagne di prevenzione", è l'appello di Cognetti.

Anche per la Presidente della Camera dei Deputati, **Laura Boldrini**, "l'impegno della comunità scientifica nella lotta contro tale patologia, con la costante ricerca di nuove strategie di diagnosi e cura, deve essere dunque efficacemente affiancato e supportato con politiche coraggiose e lungimiranti che riconoscano, come punto qualificante e irrinunciabile, il valore della prevenzione e della ricerca", si legge nel messaggio inviato al convegno. In cui Boldrini aggiunge: "In questo settore, dobbiamo purtroppo registrare carenze e ritardi dell'Italia rispetto a molti altri Paesi. Aspirare, inoltre, ad elevati standard di prevenzione e di cura non risponde soltanto ad ambizioni di progresso tecnologico e scientifico ma anche di civiltà e di democrazia".

"Il Presidente Hollande ha recentemente presentato un piano quinquennale, stanziando 1,5 miliardi di euro per promuovere programmi di prevenzione oncologica – ha dichiarato ancora **Francesco Cognetti** -. Deve essere seguito l'esempio francese. Studi scientifici evidenziano che, seguendo semplici regole (no al fumo, dieta equilibrata, esercizio fisico costante), il 30% dei tumori è prevenibile. Ma ancora troppe persone non ne sono consapevoli. È necessario più impegno nel sensibilizzare i cittadini non solo sugli stili di vita corretti, ma anche sull'importanza della diagnosi precoce. Ad esempio, in Italia la diffusione degli screening per il tumore alla cervice e al seno è inferiore rispetto alla media OCSE. Ricordiamo che, nei Paesi occidentali, stanno diventando sempre più pressanti le esigenze di sostenibilità economica determinate dalla crescente domanda di salute, in particolare in Italia, dove la popolazione è fra le più vecchie del mondo e si prevede che entro il 2030 il 30% dei cittadini avrà più di 65 anni".

Ma l'allungamento della vita è garantito anche da farmaci antitumorali innovativi sempre più efficaci. "Si tratta quindi di un circolo virtuoso, ma con un'inevitabile serie di costi da affrontare – ha sottolineato **Stefano Cascinu**, presidente AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) -. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato ridotto e portato all'11,35% del Fondo sanitario nazionale, il tetto di quella ospedaliera è al 3,5%. La maggior parte delle terapie anticancro rientra fra quelle nosocomiali, per cui è prevedibile che quest'ultima percentuale sarà superata e dovrà essere rivista. Ma le esigenze di contenimento dei costi non possono frenare la spinta verso l'innovazione. I nuovi farmaci hanno cambiato la storia naturale di alcune neoplasie. È necessario mantenere costante il rapporto tra spesa farmaceutica e Pil ed investire le risorse liberate dalla scadenza dei brevetti e dall'uso dei farmaci generici e biosimilari. Così sarà possibile attuare politiche in grado di premiare l'innovazione".

Secondo gli esperti riuniti al Convegno, "in Europa alcune scelte hanno ridotto fortemente la scoperta di farmaci innovativi: negli anni '70 il 55% delle nuove molecole era targato EU, oggi solo il 31%".

"In Italia, le associazioni dei pazienti non sono a nessun livello coinvolte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nonostante una specifica norma prevista da una legge dello Stato – ha affermato **Francesco De Lorenzo**, presidente European Cancer Patient Coalition (ECPC) -. In Europa invece, all'EMA (European Medicines Agency), la voce dei malati è costantemente ascoltata nel Patient Consumer Working Group. Pazienti e società scientifiche non intendono intervenire nei processi decisionali dell'AIFA, ma rivendicano il diritto di essere convocati ed ascoltati per quanto attiene alle questioni regolatorie, come

sancito nella legge di conversione del Decreto Legge Balduzzi (art. 10, legge 8 novembre 2012 n.189). Il provvedimento prevede l'istituzione di un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri presso l'Agenzia regolatoria italiana, cui le associazioni dei pazienti devono partecipare attraverso audizioni periodiche. E questa norma, ad oggi, non è stata applicata”.

La Fondazione ha quindi sottolineato come “nell'utilizzo di strumenti sofisticati di analisi sanitaria viene smentita l'opinione negativa che troppo spesso caratterizza il nostro Paese: infatti, le statistiche collocano l'Italia al terzo posto fra le nazioni OCSE per la disponibilità di macchine per la risonanza magnetica e all'ottavo per la tomografia assiale computerizzata (TAC). Un aspetto critico riguarda invece la diminuzione complessiva dei finanziamenti pubblici per la ricerca corrente, da circa 200 milioni a 150 all'anno in un quinquennio”. “È necessario – ha sottolineato **Francesco Cognetti** –, attraverso azioni coese e sinergiche fra Istituzioni, associazioni di pazienti, opinion leader e industria, porre attenzione al problema della ricerca innovativa in oncologia e alla necessità di uniformità nell'accesso alle cure per i pazienti colpiti da tumore nel nostro Paese, dove permangono intollerabili ritardi e discriminazioni. Inoltre i tempi e l'entità del rimborso dei farmaci innovativi devono essere correlati al reale beneficio arrecato ai pazienti, anche in relazione all'efficacia clinica di altri farmaci già in commercio. È un passo in avanti fondamentale per razionalizzare e migliorare l'efficienza del sistema. È necessaria e non più rinviabile una riforma del sistema che renda il nostro Paese attrattivo per gli investimenti, da parte delle aziende farmaceutiche e degli enti di ricerca pubblici e privati. A tutto vantaggio soprattutto dei pazienti, che potranno accedere con maggiore facilità alle molecole più innovative”.

“L'Italia – ha concluso **Antonio Tajani**, Vice Presidente Commissione europea - non deve essere terreno di delocalizzazione, visto che è leader nella ricerca di molecole efficaci, che poi però vengono spesso prodotte all'estero. Il settore farmaceutico rappresenta il crocevia di tre questioni centrali ma non facilmente conciliabili: la ricerca scientifica, la sostenibilità del servizio sanitario e l'attrattività degli investimenti esteri. Se l'Italia sarà capace di definire con chiarezza come intende incentivare l'innovazione, molte aziende, che non hanno investito in Italia negli ultimi anni, potranno rivedere le loro strategie di investimento”

Nel nostro Paese 2 milioni e 800mila persone vivono con una diagnosi di tumore (erano quasi 1.500.000 nel 1993 e 2.250.000 nel 2006). I nuovi casi registrati nel 2013 sono stati 366mila.

## **Università. 69.603 iscritti al test di ingresso a Medicina e Odontoiatria. Il 17% in meno dello scorso anno**

*Sono invece 8.041 gli iscritti al test di accesso a Veterinaria secondo i dati forniti dal Miur. I posti disponibili in totale sono 9.983, sono 949 per Odontoiatria e 774 per Veterinaria. In pratica, per Medicina e Odontoiatria uno ogni sette candidati e per Veterinaria uno ogni dieci. Le prove l'8 e il 9 aprile.*

Perde appeal la professione di Medico e Odontoiatra. Diminuisce infatti del 17% rispetto allo scorso anno il numero di ragazzi che si preparano ad affrontare tra pochi giorni (l'8 aprile) il test di accesso per il corso di Laurea in Medicina e Odontoiatria (il test è unico). Secondo i dati forniti dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, infatti, gli aspiranti medici quest'anno sono 69.603, contro gli oltre 84 mila dello scorso anno e a fronte dei 9.983 posti disponibili in Medicina e dei 949 per Odontoiatria. In pratica, solo un posto ogni



7 candidati circa.

Iscritti invece in 8.041 ai test per Veterinaria in programma il 9 aprile, a fronte dei 774 posti disponibili. Uno ogni 10 aspiranti veterinari circa.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **L'anteprima esclusiva del Rapporto Gimbe che sarà presentato il prossimo 5 maggio Ecco il salvagente per il Ssn Stop a frammentazione delle competenze, iniquità e disuguaglianze**

Qualche ora dopo la conclusione della 9a Conferenza nazionale Gimbe, dal salotto di "Porta a Porta" Matteo Renzi comunicava agli italiani che «i risparmi della spending review in sanità saranno reinvestiti nella sanità». Nei giorni successivi Cottarelli conferma quanto la Fondazione Gimbe sostiene da oltre due anni, ovvero che «il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile» e il ministro Lorenzin afferma che «ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni». Indubbiamente la strada è ancora lunga, ma dopo l'inquietante, prolungato silenzio del Presidente del Consiglio sul tema Sanità, queste affermazioni rassicurano, seppur a parole, sulla volontà della politica di voler salvare il nostro Ssn.

Sarà vera gloria? Ai posteri l'ardua sentenza. E proprio il 5 maggio la Fondazione Gimbe presenterà la versione integrale del Rapporto Gimbe sul Ssn, di cui questo speciale fornisce un'anteprima esclusiva.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e della legge 833/1978 che conferma la «globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Infatti, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni. Per risolvere questa inaccettabile situazione, due le azioni proposte dal Rapporto Gimbe: da un lato, il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione, articolo 117, per porre fine all'eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale; dall'altro lato, il potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

(ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica;

(ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza dettagliando, oltre ai livelli e sottolivelli, anche i servizi, le prestazioni e le procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza;

definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse “unità di misura”;

produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, strumenti decisionali per i pazienti) che sintetizzino con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili al fine di guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Se queste azioni non saranno rapidamente programmate e attuate, è necessario che la politica si interroghi sull’opportunità di riformulare l’articolo 32 sostituendo la frase «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo» con «La Repubblica contribuisce a tutelare la salute come fondamentale diritto dell’individuo». Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il Rapporto Gimbe richiama i principi dell’Health care needs assessment, secondo i quali a guidare la programmazione sanitaria devono essere sostanzialmente tre elementi (figura 1): l’epidemiologia di malattie e condizioni, il value degli interventi sanitari e i servizi esistenti, una elementare “triangolazione” mai applicata nel Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, l’epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata sia dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, sia dalla scarsa rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malati terminali). In secondo luogo, il value di servizi e prestazioni sanitarie non viene quasi mai valutato per decidere la loro introduzione/soppressione; infine, i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell’offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesistente, oggi risulta particolarmente complessa qualunque forma di riorganizzazione dei servizi sanitari, come testimoniano la mancata attuazione della riforma delle cure primarie e lo stallo in Conferenza Stato-Regioni della bozza di riordino della rete ospedaliera.

Tra le innovazioni di rottura del Rapporto Gimbe, la proposta di (ri)programmare l’assistenza secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 2) e quella di ripensare alla governance dei rapporti tra fornitori e committenti, in particolare attraverso strumenti efficaci a ridurre le prestazioni inappropriate. Uno dei capisaldi del Rapporto Gimbe è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli con la collaborazione di tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick (Jama 2012) che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di euro/anno (vedi tabella). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al lean management: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali, perché l’incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un “efficientismo produttivo”.

La revisione dei livelli essenziali di assistenza, ormai indifferibile, deve essere in grado di ripartire dai tre fondamentali principi di evidence-based policymaking enunciati dal Dm 29 novembre 2001 e mai attuati: ovvero i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-



appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la sperimentazione per interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 3). A tal proposito una delle azioni proposte è che almeno l'1% della quota di risorse destinata alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari per fornire risposte al Ssn su priorità di salute che mancano di evidenze.

È inaccettabile che un Paese che spende 110 mld/anno per la Sanità investa in ricerca poco più dell'uno per mille (130 mln), fondi peraltro destinati prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta, relativa alle modalità di finanziamento, riguarda i fondi integrativi che devono essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: il "salvadanaio unico" dove confluiscono denaro pubblico, spesa out-of-pocket e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e diseguaglianze.

Cruciale il ruolo dei professionisti sanitari, chiamati a collaborare con le Istituzioni e con le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e dal low-value che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica. Questo da un lato presuppone la consapevolezza che in sanità l'imperativo dominante deve essere less is more, dall'altro richiede una nuova stagione di collaborazione, mettendo da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentito alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del dividi et impera.

Cittadini e pazienti, dal canto loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una "medicina mitica", ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati dalle Istituzioni sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso.

Last not but least, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi, interventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avvistato solo da un esecutivo in grado di "volare alto" innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, uscendo dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Nino Cartabellotta  
presidente Fondazione Gimbe

## **Cambia la deontologia medica: ecco il nuovo Codice della FnomCeo**

La deontologia medica è pronta per l'ennesima revisione: il 16-17 maggio, il Codice datato 2006 andrà definitivamente in soffitta e il Consiglio nazionale FnomCeo varerà il nuovo Codice che lo sostituirà. Fino all'ultimo tuttavia sarà possibile apportare modifiche, sulla base delle osservazioni che società scientifiche e sindacati esprimeranno il 4-5 aprile sempre a Torino e degli ulteriori emendamenti che i presidenti locali potranno inviare fino al 28 dello stesso mese.

L'ultima versione del nuovo Codice - anticipata in esclusiva su [\*\*Il Sole-24 Ore Sanità n. 11/2014\*\*](#) - tiene conto del lavoro svolto dalla Consulta deontologica e degli emendamenti inviati dagli OmCeo provinciali.

Quattro gli articoli in più. E le novità riguardano la medicina potenziativa ed estetica, la medicina militare, le tecnologie informatiche e l'innovazione e l'organizzazione sanitaria. Se cybermedicina, medicina con le stelletto, hi-tech e aziendalizzazione sono titoli che insieme ad altri meritavano un approfondimento a parte, visto anche il dibattito che li ha accompagnati, del nuovo Codice è doveroso ricordare innanzitutto l'introduzione del concetto di "persona".

Persona che non è più né soltanto paziente, né soltanto cittadino-individuo, ma che va riguardata nella sua interezza di soggetto portatore di diritti, capace di autodeterminarsi e di partecipare attivamente alla relazione terapeutica, fuori dal ruolo passivo cui era relegato appena una manciata d'anni fa. La "persona" o "persona assistita" prescinde dalla carta d'identità o dal passaporto e in quanto inserita in un contesto socio-economico, nonché ambientale, andrà guardata dal medico e dalle strutture sanitarie.

Poiché tema chiama tema, la responsabilizzazione del camice bianco nei confronti dell'ambiente gli impone, in un'ottica globale, di partecipare all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione, di contrasto alle disuguaglianze di salute e anche di promuovere stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

E - passando a tutt'altro concetto di rischio - sul clinical risk management entra più nel dettaglio la nuova versione dell'articolo 14, dedicato a "Prevenzione e gestione degli eventi avversi e sicurezza delle cure". Il medico è tenuto a promuovere le più idonee condizioni di sicurezza contribuendo con: «L'adesione alle buone pratiche cliniche, l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, segnalazione e valutazione di eventi-sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni coinvolte».

Il «primum non nocere» richiesto da Ippocrate è più che mai attuale e va riempito di contenuti concreti, che passano anche per un adeguato flusso informatico. Informazioni che sempre più vanno condivise, nel pieno rispetto del consenso informato e della privacy, nei Pdta, i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che implicano l'integrazione professionale e lo scambio e la messa in rete delle competenze. E qui il nuovo Codice fa "esplodere" il vecchio articolo 66 ("Rapporto con le altre professioni sanitarie"). Sta al

medico, protagonista delle scelte di cura, adoperarsi «per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità». E sta ancora al medico sostenere la formazione interprofessionale, per lo sviluppo delle «distinte competenze tecniche e non tecniche», il miglioramento delle organizzazioni e la valutazione integrata dei processi e degli esiti, l'ottimizzazione della comunicazione e l'osservanza dei principi deontologici comuni.

Un compito non da poco, che parte dal presupposto del "lifelong learning", in molte realtà ancora lontano dall'essere assimilato. Così come, e qui si entra in tutt'altro campo, il concetto del controllo del dolore: dal momento che l'ippocratico «sedare dolorem» pare non essere ancora del tutto recepito, l'articolo 16 ("Trattamenti diagnostico-terapeutici non proporzionati") ricorda al medico il dovere di astenersi dall'intraprendere o insistere in trattamenti diagnostico-terapeutici «non proporzionati» e che - al contrario - «il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento proporzionato».

Infine, una nota doverosa sul consenso informato e le direttive anticipate:

il Codice 2014 ne precisa contenuti e valore, confermandone «la libertà e la consapevolezza della scelta sui trattamenti diagnostico-terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuale».

## **Siti (igienisti): nessuna correlazione tra vaccini e autismo**

La Procura di Trani ha avviato un'indagine conoscitiva, quindi senza indagati, sulla somministrazione del cosiddetto vaccino "raccomandato" (contro il morbillo, rosolia, parotite). L'inchiesta, condotta dal pm Michele Ruggiero, è stata delegata ai carabinieri del Nas. Gli accertamenti sono partiti dopo la denuncia dei genitori di due bambini ai quali è stata diagnosticata dai medici una sindrome autistica che, secondo le denunce, potrebbe essere stata causata proprio dai vaccini.

L'ipotesi di reato contro ignoti è di lesioni colpose gravissime. Lo scopo dell'inchiesta è capire se esiste una correlazione tra l'insorgere della sindrome e la vaccinazione. I bimbi interessati hanno circa tre anni. In Italia ci sono state diverse sentenze di condanna da parte di tribunali che hanno riconosciuto il nesso di causalità.

E dalla comunità scientifica sono arrivate a stretto giro dichiarazioni sul fatto che la medicina ha già decretato l'infondatezza di simili teorie. Lo sottolinea la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità pubblica (SItI) in una nota.

Anche l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha recentemente ricordato, attraverso un vademecum pubblicato sul suo sito internet, che non esiste un legame tra vaccini e disordini dello spettro autistico. Se è vero che la scienza concorda, sulla base di dati epidemiologici disponibili, sul fatto che non vi sia alcuna correlazione tra vaccini e autismo è altrettanto vero che l'opinione pubblica e in particolare le famiglie sono oggi più che mai disorientate di fronte alle molteplici informazioni, non sempre fondate, che girano soprattutto in internet sui vaccini.

A complicare il quadro ci sono anche alcune pronunce giudiziarie. Già nel 2012 una sentenza emessa dal tribunale di Rimini aveva condannato il ministero della Salute a risarcire una famiglia riconoscendo un nesso di causalità tra il vaccino MPR inoculato ad un

figlio e l'autismo insorto successivamente. Eppure, riguardo a un'eventuale responsabilità dei vaccini, l'Oms ha già chiarito che "i dati epidemiologici disponibili mostrano che non c'è evidenza di una connessione tra il vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (MPR) e i disordini dello spettro autistico". E non c'è nemmeno un'evidenza che suggerisca come gli altri vaccini dell'infanzia aumentino il rischio dei disordini dello spettro autistico. Studi che in passato hanno indicato una connessione causale sono risultati seriamente viziati da errori. Come quello datato 1998 del medico inglese Andrew Wakefield, poi radiato dall'albo dei medici britannico, nel quale si sosteneva che il vaccino trivalente fosse causa di infezioni intestinali, a loro volta legate alla sindrome di Kanner, meglio nota come autismo; con una pubblicazione sulla rivista scientifica Lancet dello studio del medico inglese in cui descrivevano alcuni casi in cui sarebbe insorto tale legame.

La nota rivista medica ha successivamente ufficialmente ritirato lo studio sui possibili collegamenti tra autismo e vaccino trivalente MPR. Non solo. Due studi scientifici pubblicati nel 2011 su una delle più prestigiose riviste mediche, il British Medical Journal, hanno sancito l'infondatezza dell'associazione tra vaccino MPR e autismo, sottolineando che lo studio di Wakefield è stato viziato anche da pregiudizi ideologici, interessi economici e realizzato con pazienti reclutati attraverso gruppi di anti vaccinatori. Quindi, ha scritto il British Medical Journal, si è trattato di "una frode deliberata".

Se la scienza ha fatto chiarezza lo stesso non si può purtroppo dire per la società civile che è spesso vittima di messaggi fuorvianti. SItI ricorda che i vaccini sono una delle maggiori conquiste della medicina e hanno cambiato la storia dell'umanità, rappresentando la maggiore scoperta di salute pubblica dopo l'acqua potabile. Se alcune malattie sono state eradiccate lo si deve alla pratica vaccinale. Ma occorre tenere alta l'attenzione come dimostra la recrudescenza di malattie come morbillo, poliomelite e tubercolosi. Non a caso, SItI è promotrice di un portale internet di informazione - [www.vaccinarsi.org](http://www.vaccinarsi.org) - che ha ottenuto l'HON CODE da parte dell'ente certificatore internazionale Health On Net Foundation (HON), che dal 1995, anno della sua istituzione, si occupa di qualità dei contenuti medico-scientifici in Internet.

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584