

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Bancaria morta al Civile, in aula la difesa dei medici Uno degli ortopedici imputati riferisce: «In quei giorni non ero in reparto»

«Lamentava un dolore al fianco, stava male, era affaticata. In quel momento un'infermiera mi disse che la stavano preparando per una trasfusione perché aveva l'emoglobina molto bassa». Giuseppina Ledda, bancaria di Bessude di 45 anni, morì poco tempo dopo, 14 giorni dopo il ricovero: era il 20 ottobre del 2010. Ieri, in aula, c'è stata la testimonianza della sua più cara amica che ogni giorno andava a trovarla in ospedale. Per la morte della donna sono finiti a processo per omicidio colposo alcuni medici dell'ospedale civile (altri cinque sono stati assolti con rito abbreviato). La donna, madre di tre figli, era stata ricoverata con la frattura di entrambi i femori in seguito a un incidente stradale, ed era stata operata. La morte però fu causata da un'emorragia interna provocata da una lesione al fegato. Secondo il pm Carlo Scalas i medici non avrebbero approfondito con esami specifici il quadro clinico della paziente. Sul banco degli imputati sono rimasti Sandra Puggioni, 47 anni; Tonino Zirattu, 49; Giorgio Patta, 56; Daniela Pistidda, 42; Pier Paolo Porqueddu, 41 (difesi dagli avvocati Antonio Meloni, Gian Comida Ragnedda, Sara Migliore, Paolo Vinci, Marina Canu, Giorgio Murino e Marcello Masia). I familiari della vittima si sono costituiti parte civile con l'avvocato Giuseppe Conti. Nell'udienza davanti al giudice Salvatore Marinaro, ieri sono stati sentiti due dei medici imputati che hanno voluto chiarire in aula la propria posizione per dimostrare che nulla avrebbero potuto fare per salvare la vita alla donna. In particolare, Daniela Pistidda, lavorava sì nel reparto di Ortopedia ma non nella sezione (B) in cui era ricoverata la Ledda, e infatti ha precisato di non aver mai visitato la paziente in quei giorni: «La mattina del suo ricovero io smontavo dalla notte – ha spiegato – e quindi non l'ho nemmeno vista, i due giorni successivi ero di turno per le consulenze del pronto soccorso e per l'ambulatorio addirittura in un altro padiglione. E invece dal 15 al 20 (giorno del decesso della bancaria ndr) ero in ferie». Una posizione, dunque, molto chiara: la dottoressa Pistidda non ha mai visitato la paziente semplicemente perché in quei giorni aveva altri incarichi e poi era addirittura andata in ferie. In aula ha parlato anche il suo collega Pier Paolo Porqueddu. Anche lui lavora nella sezione A del reparto: «Fu ricoverata il 6 e la rividi l'8. Aveva una discreta anemizzazione ma era del tutto asintomatica. Come vuole la prassi, soprattutto nei pazienti che hanno subito un intervento, disponemmo una trasfusione». Alla contestazione della parte civile sul perché non fu disposta ad esempio una Tac, Porqueddu ha risposto: «Non presentava segni clinici e quindi non potevo richiedere quell'esame. Se la paziente avesse riferito sintomi avremmo certo indagato di più».

SASSARI Il segretario del Nursing Up replica all'accusa di «interessi di bottega» lanciata dal dirigente Giannico Nasone: «La Sanità merita

più riguardo»

«Accuse infamanti», così il Nursing Up replica a Marcello Giannico, direttore generale della Asl, che rispondendo a sua volta alle accuse delle organizzazioni sindacali, aveva scritto che «i sindacati inseguono interessi di bottega». Così, mentre lo scontro prosegue a suon di comunicati, ecco che il Nursing Up chiede l'accesso agli atti (in base alla legge) sui dati della performance 2012 e sugli obiettivi dello stesso anno. Il Nursing Up, in un comunicato stampa dal tono piuttosto marcato, ritorna sulla vicenda della nomina delle Posizioni Organizzative, contestate nel metodo di assegnazione e nel numero, soprattutto di quelle facenti capo all'ambito amministrativo. Numero adeguato - dice il sindacato degli infermieri - per le posizioni sanitarie rispetto ai dipartimenti, ma ingiusto in Amministrazione: ben 32 Posizioni assegnate ai soli sei dipartimenti. Il sindacato sottolinea che più volte si è chiesto alla direzione di redigere un nuovo regolamento che «anteponesse il merito a tutto il resto, che venisse data la giusta valorizzazione a chi, in azienda in questi anni, ha conseguito lauree specialistiche e master - si legge in una nota -. Invece, è stato dato un punteggio elevato a chi ha già ricoperto il ruolo». Così, colleghi più meritevoli e con titoli elevati, sarebbero rimasti al palo. Il segretario territoriale Alessandro Nasone, entra poi nel merito dell'organizzazione del lavoro, citando i reparti di Medicina di Alghero e Sassari che viaggiano ogni giorno con un carico di pazienti ben al di sopra dei posti letto assegnati, con personale ridotto all'osso, molti pazienti nelle barelle, con grave danno della dignità e della privacy dei degenti. E ancora, «mai si è discusso di riorganizzazione territoriale in maniera da decongestionare i Pronto soccorso. Il carico di pazienti è talmente alto che le barelle vengono utilizzate per i ricoveri ordinari dei pazienti, tenendo in stand by le ambulanze dell'emergenza territoriale». Inoltre, sono stati spesi 300mila euro dell'1,4 milioni erogati nel 2013 dalla Regione per un progetto per l'abbattimento delle liste d'attesa ma ancora oggi occorrono 8 mesi per prenotare una risonanza magnetica e circa un anno per una visita oculistica. E a proposito di Risonanza, quella installata al Marino di Alghero due anni fa è ancora inattiva: «Sarà forse perché la Direzione Aziendale - scrive Nursing Up - ha preferito assumere amministrativi anziché tecnici di radiologia?». Per quanto riguarda i dirigenti provenienti dalla Penisola, «sono persone volute e nominate personalmente dall'attuale management - scrive Nasone - senza concorso, che dovevano riorganizzare la sanità sassarese, ma è evidente, sotto gli occhi di tutti, il contrario. Le nostre richieste - dice infine Nasone - non sono interessi di bottega ma riguardano una popolazione che sicuramente meritava un po' più di riguardo da chi doveva gestire un così delicato settore».

SASSARI Il Lucentis per le maculopatie Il farmaco si continua a utilizzare per questo tipo di patologie

L'Unità operativa di oculistica dell'Azienda ospedaliero universitaria spiega nel dettaglio l'utilizzo dei farmaci Avastin e Lucentis nel trattamento delle patologie oculari. Ad integrazione dell'articolo pubblicato sul nostro giornale sulla base di un comunicato dell'Aou, e in riferimento alla terapia delle maculopatie, l'Unità operativa di Oculistica, diretta dal professor Francesco Boscia, precisa che «utilizza il farmaco Lucentis quale farmaco di scelta in tutti i casi on-label in quanto è l'unico farmaco approvato e registrato dall'EmA (Agenzia Europea per la registrazione dei farmaci) e dall'Aifa (associazione italiana dei farmaci) per la terapia delle neovascolarizzazioni coroideali conseguenti alla

maculopatia senile e miopica, ad edema maculare cistoide secondario ad occlusione venosa retinica e a retinopatia diabetica». «La Clinica Oculistica utilizza Avastin – prosegue la nota – in tutti i casi nei quali entrambe le molecole (Avastin e Lucentis) sono off-label come per esempio glaucoma neovascolare, retinopatia diabetica con emovetro, neovascolarizzazioni legate a patologie rare al fine di ottenere una riduzione della spesa farmaceutica garantendo pari tutela della salute dei pazienti». Alla Clinica preme tranquillizzare i pazienti che possono contare sempre su farmaci sicuri per le loro patologie. Farmaci arrivati alla ribalta delle cronache dopo che le case produttrici Roche e Novartis sono state multate dall'Antitrust per essersi accordate a fine di far prevalere sul mercato il medicinale più caro tra i due.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Fascicolo sanitario elettronico, tabellino irrealistico e anagrafi Asl da aggiornare

«Il Fascicolo sanitario elettronico previsto da fine 2014 in realtà andrà a rilento. Per farlo occorre che ogni regione abbia un'anagrafe centralizzata ed aggiornata degli assistiti, e così non è. La mancanza di finanziamenti è un fatto. Inoltre è tutta da vedere la disponibilità di medici, farmacisti etc ad alimentare i database. Infine, al cittadino serve qualcosa in più che ricevere il referto online: magari chi non ha tempo di andare in farmacia vorrebbe ricevere le medicine a casa... Simili processi richiedono cambi rapidi di mentalità, però se non pensiamo a servizi per la gente accanto al Fse a fine processo avremo solo raccoglitori di dati poco usati che ci saranno costati tanto». Con queste parole Sara Luisa Mintrone direttore marketing di Engineering calamita l'attenzione all'incontro "Health.it" organizzato a Milano (Humanitas) dall'Istituto Internazionale di Ricerca. Temi, Fse ed e-Health. Come riportano le esperienze in Trentino, Veneto ed Emilia Romagna, il Fascicolo decolla grazie ai cittadini. A Trento l'adesione è balzata al 93% quando è stata aggiunta una piattaforma di servizi "collaterale". A Bologna, riporta Roberto Negrini direttore sanitario dell'Ausl, anche grazie alla possibilità di prenotare esami e visite da casa senza recarsi al punto Cup, ha attivato il Fse fino al 45% dei residenti fra 36 e 45 anni. Molte Regioni ora prevedono un "taccuino" dove il paziente inserisce esiti di esami svolti fuori Ssn. Altro tema, il ritardo incolmabile di alcune regioni, come testimonia Mario Fregonara, Dirigente Servizi informativi in Piemonte. «Siamo in piano di rientro e non bastano i 15 milioni annui stanziati dal decreto del Fare; in attesa di 4 milioni di tessere sanitarie da Roma, abbiamo attivato per ogni cittadino credenziali forti (username e password) con cui accede ai suoi dati sanitari online, ma -come altre realtà -avremo problemi nel mettere in rete gli operatori».

Il tabellino di marcia del Fse prevede l'uscita entro questo mese del decreto ad hoc e delle linee guida per le regioni. Per giugno le giunte dovranno presentare i loro progetti al ministero della Salute. Roma ha tempo fino al 31 agosto per approvarli e per fine 2015 medici e cittadini dovrebbero poter consultare, senza differenze di leggibilità tra una regione e l'altra, almeno referti di laboratorio, set di emergenza e patient summary. Ma quest'ultimo – sottolineano i relatori - va compilato dai medici di famiglia. E, con una convenzione senza aumenti, sarà più facile che sia il cittadino a compilarsi il summary da solo.

#medicisenza futuro, Sigm lancia petizione online per programmazione sanitaria

Programmazione delle risorse umane in sanità? Questa volta il Segretariato italiano giovani medici è ricorso a una petizione, perché, come dice il vice presidente **Andrea Silenzi**, «cerchiamo di fare massa d'urto, con il supporto della professione in primis, dell'università, della sanità, ma anche dei cittadini che aderiranno a questo appello per evitare che il sistema sanitario bruci le proprie risorse».

Il nodo, già denunciato con numerose iniziative negli ultimi mesi, è la sproporzione tra gli almeno 9.000 candidati che si presenteranno al concorso per accedere alle specializzazioni mediche e il numero di contratti attualmente finanziabili dal governo, che non raggiungerà nella migliore delle ipotesi le 3.500 unità, a cui devono aggiungersi circa 900 borse di studio per la formazione specifica di medicina generale.

Silenzi spiega che l'idea ha preso le mosse dagli studenti del Coordinamento nazionale studenti in medicina per la Ri-FORMAZIONE e dai laureati in medicina del Comitato aspiranti specializzandi, a cui hanno dato un contributo fondamentale il Coordinamento liste per il diritto allo studio e, appunto, la Sigm.

Fin dalle prime ore, la petizione ha raccolto migliaia di adesioni, a conferma di un'esigenza sentita da molti. «Negli ultimi tempi – rileva Silenzi - si sono mossi in tanti, dalla medicina d'urgenza all'Aaroi, per convincere il governo a compiere scelte politiche: qui si parla di qualche decina di milioni per un Paese che brucia oltre due miliardi in infrazioni non seguendo le indicazioni comunitarie e non riesce a garantire un'adeguata formazione post laurea ai medici».

È su questi presupposti che la petizione, rivolta al presidente della Repubblica, al premier e ai ministri competenti, chiede di investire i fondi necessari a finanziare dal 2014 in avanti la formazione specialistica e di medicina generale di almeno 6.000 laureati in medicina per ogni anno accademico. Più in generale, occorre «dotare il sistema di strumenti utili a programmare correttamente il fabbisogno di medici e professionisti sanitari, sia a livello centrale che periferico».

Medici e dentisti svecchiano procedimenti disciplinari in attesa della riforma

Sentenze della Cassazione sempre più critiche verso gli ordini e la Commissione Esercenti Professioni sanitarie, con medici e dentisti sanzionati dagli organi deontologici e poi riabilitati dai magistrati:

è il primo ma non unico motivo che ha spinto la Federazione degli Ordini a creare un gruppo di lavoro coordinato dal segretario **Luigi Conte**. Il gruppo, che deve riunirsi a breve, conta su Giuseppe Renzo, Presidente nazionale Commissione albo odontoiatri, **Giovanni Maria Righetti** (Omceo Latina) Roberto Stella (Varese), Giovanni Morrocchesi (Firenze) e Giovanni Natoli (Udine). Il problema delle condanne ribaltate è pressante: i medici riabilitati possono chiedere risarcimento al consiglio che li ha condannati o alla Cceps che li ha giudicati in appello. Da 12 anni l'ordine di Latina pubblica un vademecum dei procedimenti disciplinari e Righetti, che lo coordina, non parlerebbe di conflitto tra ordine e magistratura. «A volte la Suprema Corte conferma le decisioni Cceps; di recente però - ammette Righetti - ci sono state sentenze d'ordine contrario perché su alcuni punti chiave come il divieto di esercitare, la giurisprudenza è cambiata. Non tutte le pronunce degli ordini però tengono in debito conto le novità; d'altra parte, muta linea pure la

Cassazione: ricordo una sentenza di 20 anni fa che puniva il medico per non aver espletato atti che solo in un caso su un milione avrebbero salvato la vita al paziente e una più recente che alza al 40% il margine entro cui l'omissione di un atto non è collegata al decesso del malato». Righetti vede alcune possibili urgenze per il gruppo di lavoro. «Intanto, uniformare i procedimenti dei medici e quelli degli odontoiatri dal punto di vista procedurale; ci chiediamo poi se debba sempre presenziare un funzionario al dibattito. Per i tribunali e per la stessa Cceps conta molto la forma, ma noi ordini, specie piccoli, in qualche caso abbiamo persino carenza di funzionari e sarebbe utile ottimizzare le risorse appoggiandosi a ordini più grandi. In merito ci potrebbero aiutare i cinque ddl di riforma degli ordini introdotti in Parlamento un anno fa (Fucci, due, Bianco, Silvestro e Lettieri ndr) e poi sintetizzati dal ddl Lorenzin, che –chi più chi meno– sottraggono i procedimenti giurisdizionali ai consigli provinciali per affidarli a uffici istruttori regionali misti con funzionari, medici, magistrati». Delle Mini-Cceps? «Volendo. La regionalizzazione dei procedimenti, credo, consente di essere più preparati rispetto a sentenze d'appello che ribaltano le nostre sanzioni. E nelle piccole province magari toglie a un presidente Omceo il peso di giudicare amici d'infanzia».

DIRITTO SANITARIO **Prelievo ematico e delle urine: quando serve consenso conducente?**

In tema di accertamenti concernenti la verifica delle condizioni psico - fisiche dei conducenti di autoveicoli coinvolti in incidenti stradali e della loro utilizzabilità processuale, con riguardo alle ipotesi di guida in stato di ebbrezza alcolica, si è affermato che i risultati del prelievo ematico, non preordinato ai fini di prova della responsabilità penale ma effettuato, secondo i normali protocolli medici di pronto soccorso, durante il ricovero in una struttura ospedaliera a seguito di incidente stradale, sono certamente utilizzabili ai fini dell'accertamento del reato di guida in stato di ebbrezza alcolica, trattandosi di elementi di prova acquisiti attraverso la documentazione medica, irrilevante dovendo ritenersi, in tali casi, la mancanza del consenso dell'interessato.

E' stato, quindi, anche affermato che i prelievi non necessari a fini terapeutici, effettuati in assenza di consenso dell'interessato, sono inutilizzabili, per violazione del diritto, costituzionalmente garantito, di inviolabilità della persona.

Applicando tali principi alla ipotesi di guida in stato di alterazione psico - fisica determinata dall'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, cioè un'ipotesi di reato del tutto simile a quella della guida in stato di ebbrezza alcolica, deve osservarsi che, non risultando, nel caso specifico esaminato, che il prelievo delle urine fosse necessario a fini terapeutici, legittimamente l'imputato lo ha rifiutato. Tra l'altro il prelievo avrebbe dovuto eseguirsi tramite cateterizzazione vescicale, cioè con un metodo invasivo e doloroso al quale egli aveva tutto il diritto di opporsi.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Vaccini e autismo. Istituto superiore di sanità: "Nessuna correlazione"

Il Direttore del Centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Stefania Salmaso interviene con una nota sulla trentennale querelle. "La presenza di una possibile associazione causale

tra vaccinazioni e autismo è stata estensivamente studiata e non è stata evidenziata alcuna correlazione”.

La presenza di una possibile associazione causale tra vaccinazioni e autismo è stata estensivamente studiata e non è stata evidenziata alcuna correlazione. Anche l'ultima ricerca pubblicata nel marzo 2013 sul [Journal of Pediatrics](#) (Increasing Exposure to Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines Is Not Associated with Risk of Autism) conferma tale conclusione in linea con le altre numerose evidenze scientifiche disponibili in materia.

Nella ricerca, condotta dai Centers for disease control (Cdc) di Atlanta (Usa), sono stati studiati 256 bambini con disturbi dello spettro autistico e confrontati con 752 bambini non autistici, quantificando la loro esposizione totale cumulativa, nei primi due anni di vita, ad antigeni contenuti nei vaccini, come pure il numero massimo di antigeni a cui i bambini erano stati esposti nelle singole sedute vaccinali. I risultati hanno mostrato che:

- il numero totale di antigeni ricevuti entro i due anni di età non differiva nei due gruppi di bambini (con e senza autismo);
- il numero massimo di antigeni ricevuto dai bambini autistici nelle singole sedute vaccinali era simile a quello ricevuto dai bambini senza autismo;
- i bambini affetti da autismo con regressione non avevano ricevuto un numero maggiore di vaccini rispetto ai bambini autistici senza regressione;
- anche se l'attuale calendario prevede la somministrazione di un numero più elevato di vaccini rispetto al passato, grazie al miglioramento delle tecniche di produzione, il numero totale di antigeni somministrati risulta diminuito.

Quest'ultima ricerca conferma le conclusioni del [rapporto](#) (2004) dell'Institute of Medicine (Iom) (Immunization Safety Review: Vaccines and Autism), basato su una approfondita revisione degli studi clinici ed epidemiologici disponibili sul nesso tra vaccini e autismo, effettuata da un gruppo indipendente di esperti negli Usa.

Vaccino Mpr e autismo

L'ipotesi che la vaccinazione antimorbillo-parotite e rosolia (Mpr) in particolare possa essere associata ad autismo è stata sollevata negli anni Novanta da uno studio inglese pubblicato nel 1998 su The Lancet. L'ipotesi è stata successivamente valutata da numerosi studi condotti sia in Europa che negli Usa, ma nessuno di questi ha confermato che possa esserci una relazione causale tra vaccino Mpr e autismo. Gli stessi autori dello studio inglese hanno successivamente ritirato le loro conclusioni e nel 2010 la rivista The Lancet ha formalmente ritirato tale articolo. Oltretutto è stato riportato che, oltre ai difetti epidemiologici di questo studio, numerosi fatti circa la storia anamnestica dei pazienti fossero stati falsificati dall'autore Andrew Wakefield (radiato dall'Ordine dei medici) per supportare i risultati e che l'intero studio fosse distorto da interessi economici. L'Autore è stato radiato dall'Ordine dei medici per il suo comportamento.

Successivamente la revisione dello Iom, gli studi dei Cdc statunitensi e di altre organizzazioni inclusa l'American Academy of Pediatrics, un'organizzazione professionale con 60 mila membri, come pure una revisione di numerosi studi epidemiologici condotti in diversi Paesi europei, hanno raggiunto le medesime conclusioni, respingendo perciò l'ipotesi di una relazione causale tra vaccino Mpr e autismo.

L'Istituto Superiore di Sanità promuove, attraverso la diffusione di informazioni scientificamente corrette, un'adesione consapevole alle vaccinazioni.

Precisazione

Infine, in riferimento a quanto riportato sul quotidiano La Stampa il 26 marzo 2014 nell'articolo a pag. 13 La strana intesa fra il pm pugliese e il medico "eretico" anti-vaccini, in cui il Dott. Massimo Montinari si definisce "esperto di autismo con nomina dell'Istituto Superiore della Sanità", l'ISS precisa che il Dott. Montinari nel 2010 è stato chiamato dall'ISS stesso, su indicazione di associazioni di pazienti, a partecipare al gruppo di lavoro per la stesura delle Linee guida "Trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" pubblicata nel 2011. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro è mirata a offrire opportunità di partecipazione e spazio a molteplici posizioni. Tuttavia il Dott. Montinari non ha condiviso i criteri e la metodologia usata e non ha sottoscritto il documento finale. Nessuno dei partecipanti al gruppo di lavoro può essere qualificato come "esperto" o "consulente" dell'ISS. In particolare fin dal 2010 è stato richiesto al Dott. Montinari di modificare quanto riportato su il proprio curriculum in diversi siti web.

A cura di Stefania Salmaso, Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'ISS

Spending Review. Le Regioni puntano semplicemente a rifinanziarsi *di Ivan Cavicchi*

Il nostro dramma non è solo quello che le Regioni spendono male i soldi pubblici, ma è soprattutto quello di non avere nessun progetto credibile di cambiamento per spenderli meglio. Per loro si tratta semplicemente di riprendersi quello che perderanno con la Spending review.

“Elogio dell'imbecille”, è un pamphlet che un arguto archiatra, mio amico, mi ha regalato. Il suo sottotitolo mi sembra perfetto per la sanità: “Gli intelligenti hanno fatto il mondo gli stupidi ci vivono alla grande”. In alto sul frontespizio la dedica riferita all'autore scritta con la biro “E se non avesse torto?”. Un dubbio cartesiano, iperbolico, quindi, come il mio, quando penso alle persone che a vario titolo governano la sanità.

Giorni fa Cottarelli, il commissario alla spending review, ha avuto una [audizione](#) con la V commissione Bilancio del Senato e in quella occasione gli hanno chiesto se la sanità fosse sostenibile. Cottarelli ha risposto “Il Ssn è sostenibile, non serve un cambiamento radicale del sistema, ci vuole un'azione di risparmio e di efficientamento dei servizi”. Chiedo agli onorevoli senatori: ma non siete stati voi che insieme ai vostri colleghi della sanità avete istituito una commissione sulla sostenibilità del sistema sanitario? Ma allora perché, dopo aver convocato mezzo mondo, chiedete a Cottarelli se la sanità è sostenibile? Che ne sa il “cacciatore di tagli” (Crozza) della nostra sostenibilità? Siete voi che dovrete dire se la sanità è o no sostenibile. E ora che Cottarelli ha bruciato il lavoro della commissione del Senato, che dirà la commissione sulla sostenibilità della Camera? E già, perché non ci bastava una commissione sul niente, ne abbiamo voluto fare due.... senza che a tutt'oggi nessuno, compreso Cottarelli, ci spiegasse in modo non banale cosa fosse la sostenibilità.

Sempre un po' di giorni fa [Errani ci ha informati che il presidente del Consiglio](#), dopo aver dichiarato grande comprensione verso la sanità, intende approfondire meglio la Spending review. Che Renzi abbia cominciato a mangiare la foglia? Non mi sorprenderebbe se penso ai Patti per la salute sottoscritti sino ad ora con le Regioni. Chi per continuare a spendere a modo suo, toglie i diritti alle persone, impoverisce i servizi, massacra gli operatori, e ti dice che è disposto a risparmiare, allora è possibile che da qualche parte ci sia una fregatura. Come i muratori, le Regioni propongono il principio del “vuoto per pieno”, cioè i risparmi della spending review devono restare nella sanità, e Errani ci spiega il perché: [“Se i risparmi non rimanessero in sanità \(...\) non ci sarebbe sostenibilità”](#). E che c'entra la sostenibilità? Non si era detto che [con i risparmi reinvestiti avremmo curato i malati di Alzheimer?](#) o affrontato [“sfide importantissime, tecnologiche, di gestione, di investimento sui farmaci innovativi”](#)? Quindi che c'entra la sostenibilità?

Sbaglierò, ma a me sembra che con il “vuoto per pieno” le Regioni vogliano semplicemente non avere riduzioni del fondo sanitario, e quindi aggirare la spending review, per non essere costrette a intervenire su quelle diseconomie che sino ad ora a molte di loro hanno permesso di alimentare il proprio potere clientelare. Se a questa finta spending review aggiungiamo le richieste circa i nuovi criteri di riparto del fondo, l'adeguamento dei Lea, la revisione dei ticket e delle esenzioni e, alla faccia dei ricoveri impropri e delle politiche per la salute, la costruzione di nuovi ospedali, il gioco è fatto.

Il Patto per la salute non cambierebbe sostanzialmente niente continuando a lasciar decadere il sistema sanitario a spese dei diritti. Con il “vuoto per pieno” le Regioni, a mio parere, puntano semplicemente a rifinanziarsi. Il nostro dramma, caro presidente del Consiglio, non è solo quello che le Regioni spendono male i soldi pubblici, ma è soprattutto quello di non avere nessun progetto credibile di cambiamento per spenderli meglio. Per loro si tratta semplicemente di riprendersi quello che perderanno con la spending review.

Errani non è cattivo ma, poveretto, non sa immaginare nulla di diverso dal “vuoto per pieno” e nulla che sia possibile in altro modo. Caro presidente del Consiglio, mi creda, il risparmio che le hanno promesso è ridicolo ed incerto. E poi se si rammenta i numeri dell'Istat sulle varie forme di estromissione dei cittadini dalle tutele pubbliche, quelli della corte dei conti sugli sprechi e gli abusi, quelli delle fiamme gialle sui reati amministrativi e ancora la spesa privata, i lavoratori della sanità spremuti come limoni vedrà che il dubbio iperbolico verrà anche a Lei: e se davvero avessimo a che fare con degli imbecilli? A questo punto non troverei niente di male se da parte sua vi fossero delle cautele per contenere l'imbecillità:

- stabilisca in ragione del principio del “vuoto per pieno” che i soldi da reinvestire in sanità siano vincolati a cose precise e se alla verifica risultassero spesi per obiettivi diversi da quelli stabiliti siano tagliati ;
- se le Regioni per mantenere le loro clientele fanno la spending review sui diritti dei malati, degli operatori, dei servizi, ma non sulle diseconomie allora che siano commissariate.

Farmaci. Dall'Ema un progetto di “Licenza adattiva” per accelerare

l'accesso a quelli in via di sviluppo

Il processo, detto anche “approvazione sfalsata” o “licenza progressiva”, inizia con l'autorizzazione precoce di un farmaco in una popolazione ristretta di pazienti e prosegue con una serie di fasi iterative di raccolta di evidenze e di adattamento dell'autorizzazione in commercio per ampliare le popolazioni di pazienti.

L'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema) ha avviato un progetto pilota di “licenza adattiva” per accelerare l'accesso ai farmaci in via di sviluppo. A darne notizia è l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) nel bollettino *Pillole dal Mondo*, rilanciando l'annuncio diffuso dall'Ema nei giorni scorsi con un [comunicato stampa](#).

“L'approccio ‘adaptive licensing’, noto anche come ‘approvazione sfalsata’ o ‘licenza progressiva’, è un processo di autorizzazione prospettico, che inizia con l'autorizzazione precoce di un medicinale in una popolazione ristretta di pazienti e prosegue con una serie di fasi iterative di raccolta di evidenze e di adattamento dell'autorizzazione all'immissione in commercio per ampliare l'accesso al farmaco a popolazioni di pazienti più ampie”, spiega l'Aifa. Lo scopo, come affermato da **Hans Georg Eichler**, Senior Medical Officer dell'Agenzia europea, è “massimizzare l'impatto positivo dei nuovi farmaci sulla salute pubblica, bilanciando l'accesso tempestivo per i pazienti con la necessità di fornire adeguate informazioni in continua evoluzione sui rischi e benefici”.

In particolare, spiega l'Ema nella nota, “l'adaptive licensing si basa sui processi normativi esistenti e intende estendere l'uso di elementi che sono già in atto, inclusa la consulenza scientifica, l'uso compassionevole centralizzato, l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata (per i farmaci che trattano patologie a rischio di vita), i registri dei pazienti e gli strumenti di farmacovigilanza che consentono la raccolta di dati reali e lo sviluppo di piani di gestione del rischio”.

L'Ema ha quindi invitato le aziende a partecipare al progetto pilota sottoponendo all'attenzione dell'Agenzia i programmi di sviluppo dei farmaci in corso. Le aziende dovrebbero presentare programmi di sviluppo di farmaci sperimentali in fase iniziale di sviluppo clinico, quindi prima dell'inizio degli studi di conferma, per consentire il coinvolgimento dei principali stakeholder.

“Le licenze adattive richiedono il coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno un ruolo nel determinare l'accesso dei pazienti ai farmaci, tra cui l'Agenzia regolatoria, l'Industria, gli organismi di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA), le organizzazioni che emettono linee guida sui trattamenti clinici e le associazioni dei pazienti”, spiega infatti l'Aifa riportando quanto contenuto nel comunicato dell'Ema anche sul fatto che “tutte le discussioni avranno luogo in un ambiente protetto (‘porto sicuro’) che consentirà la libera esplorazione dei punti di forza e di debolezza di tutte le opzioni di sviluppo, valutazione, autorizzazione, rimborso monitoraggio, in modo riservato e senza impegno”.

“L'Ema – prosegue la nota - intende includere il maggior numero di programmi come necessario in questa fase pilota al fine di acquisire una conoscenza sufficiente, affrontare una serie di questioni tecniche e scientifiche e affinare ulteriormente i modelli di adaptive licensing per diversi tipi di farmaci e indicazioni”.

Intanto, riferisce infine l'Aifa, “la Commissione europea esaminerà gli aspetti giuridici e di policy relativi alle licenze adattive, in collaborazione con gli Stati membri dell'UE e consultando, se necessario, i soggetti interessati”.

SOLE24ORE/SANITA'

Relazione sulla situazione economica del Paese 2012. Nel Ssn trasporti e consulenze al top tra le spese per acquisti

Rallenta la crescita per l'acquisto dei «beni», dai farmaci alle convenzioni alle alte tecnologie. Ma sale, e anche vistosamente, la spesa per comprare i «servizi», sia sanitari che non sanitari: dai trasporti alle consulenze alla formazione. E aumentano del 400% le uscite per leasing e service. Mentre Matteo Renzi e Carlo Cottarelli si preparano a limare la spending review per l'intero corpaccione della Pa, puntando l'indice anche sugli acquisti da parte della burocrazia, ecco che dalla spesa di asl e ospedali per B&S arrivano conferme di un universo da tenere sotto osservazione, ma allo stesso tempo anche segnali che qualcosa, in questi anni, in fondo è stato quanto meno modificato negli atteggiamenti del Servizio sanitario nazionale. Qualcosa, ma certo non basterà.

In fondo sono qualcosa più di un indizio gli ultimissimi dati appena sfornati dal ministero dell'Economia nella «Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2012». Dati di un anno fa, ma i più freschi a disposizione visto che il rapporto consegnato alle Camere arriva con ben dodici mesi di ritardo rispetto al timing naturale.

Dati, dunque, che costituiscono anche per la sanità pubblica previsti punti di riferimento. Senza scordare appunto che l'acquisto di beni e servizi da parte del Ssn continua a restare in cima all'agenda delle misure di contenimento dei costi che il Governo s'è dato. Misure su cui anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, s'è più volte espressa, a cominciare dalle prime note dolenti del sistema degli acquisti: la necessità di gare trasparenti e di centrali d'acquisto il più "uniche" possibile. Un tema, questo, che del resto dovrebbe entrare in qualche modo anche nell'ormai mitico «Patto per la salute» in discussione con i governatori.

Il rapporto dell'Economia ([VEDI](#)) evidenzia intanto una novità in assoluto per la sanità pubblica: per la prima volta infatti, nel 2012, s'è registrato il sorpasso della spesa per l'acquisto di beni e servizi rispetto a quella del personale, tradizionalmente la "prima" delle voci di uscita del Ssn. La spesa per il personale dipendente – dopo i blocchi contrattuali e del turn over – era pari a 35,6 mld, in calo dell'1,4% sul 2011, mentre al contrario per B&S la spesa è stata di 36,1 mld con una crescita totale dell'1,7 per cento.

Ma attenzione, perché a tenere alta l'asticella dei costi delle uscite per beni e servizi è stata la voce «servizi»: un aumento che ha fatto segnare +7,5% in un anno, dopo il decremento del 4,3% registrato tra il 2011 e il 2010. A incidere, segnala la relazione, sono state in particolare le spese per i trasporti sanitari, per le consulenze e la formazione del personale, per le collaborazioni, il lavoro interinale e «altre prestazioni di lavoro non sanitarie». Altra voce in salita, quella per manutenzioni e riparazioni, in aumento del 3,7% (+2,6% nel 2011) con la punta massima del +8,1% per l'acquisto dei materiali per le manutenzioni. Mentre addirittura quadruplica - dal +1% del 2011 al +4,1% del 2012 - l'incremento delle spese di leasing e service, e crescono invece più lentamente rispetto al 2011 (+2,1%) quelle per i servizi sanitari appaltati come lavanderia, pulizia, mensa, e riscaldamento.

Uniche voci a calare tra i beni e servizi sono state le spese riferite a interessi passivi e oneri finanziari, in riduzione del 7,9% (+6,7% nel 2011). E diminuiscono, ma solo dello 0,9%, imposte e tasse: meno personale, meno Irap, è l'equazione "vincente".

Altra sorpresa che emerge dalla relazione 2012 dell'Economia, sono i dati riferiti all'attività intramoenia dei medici pubblici. Spese a carico degli italiani, che nel 2012 hanno sborsato di tasca propria 1,2 mld. E che per la prima volta vedono un calo del 2,17% (24,6 mln in meno). Anche questo un segnale della crisi per gli italiani. E per i medici: che hanno "perso" 119 mln (-11,3%) dei loro guadagni extra. Mentre il Ssn ha realizzato 94,5 mln in più nel giro di dodici mesi. Più del doppio di un anno prima. A carico dei cittadini, vale ripeterlo.

GIURISPRUDENZA Tar Brescia: iscrizione possibile a medicina senza test per chi (italiano) viene dall'estero

Iscriversi a medicina ha una strada in più grazie al Tar Brescia. Ma per farlo è necessario, pur essendo italiani, essere iscritti a Università straniere che chiedano il trasferimento a sedi nazionali (ordinanza 20 marzo 2014 n. 1066).

Un iscritto in un ateneo della Repubblica Slovacca aveva chiesto a Brescia l'iscrizione attraverso trasferimento, con accesso a un anno successivo al primo di laurea in medicina. Brescia opponeva che il ragazzo non aveva superato le prove d'accesso previste dalla legge 264/1999. Il provvedimento del Tar, pur non essendo definitivo (è un'ordinanza in via di urgenza, che verrà riesaminata a ottobre) ordina il riesame della vicenda secondo principi innovativi. Il giudice infatti parte dal presupposto che mancano disposizioni specifiche sul trasferimento.

Richiama quindi norme del 1933 (articolo 147 Rd 1592) e del 1934 (articolo 12 Rd 1269), che subordinano il trasferimento solo alla prova della conoscenza della lingua italiana e all'accertamento dell'effettivo valore degli studi già compiuti: in base a ciò si determina l'ulteriore svolgimento della carriera scolastica e l'anno di corso cui i richiedenti si possono iscrivere. La legge 264/1999 sul numero chiuso resta comunque applicabile, nella parte in cui stabilisce limiti: ad esempio, per alcuni corsi di laurea - fra cui medicina - ci può essere una soglia di posti disponibili.

Nel caso specifico, lo studente aveva chiesto il trasferimento per un posto vacante in anni successivi al primo, senza porre in discussione il "numero chiuso", e l'originalità della pronuncia del Tar Brescia sta nel ritenere non necessaria la prova di accesso (articolo 4 comma 1 legge 264/1999), in dissenso da quanto ritenuto dal Consiglio di Stato (10 aprile 2012 n. 2063) secondo il quale occorre il test d'ingresso anche per anni successivi al primo.

Il percorso individuato dal Tar impone quindi all'Università di provvedere, in fretta, ai seguenti adempimenti: 1) fissare criteri generali di ponderazione degli esami sostenuti all'estero e dei crediti formativi; 2) esaminare in concreto il percorso formativo del ricorrente; 3) non imporre test di ingresso o misure equivalenti a quelle del primo anno di corso; 4) se la valutazione dia esito favorevole, iscrivere lo studente all'anno di corso successivo a quello frequentato all'estero, a condizione che (nel rispetto del numero chiuso) vi siano posti residui in conseguenza di trasferimenti o abbandoni. L'ateneo può anche

dotarsi di criteri di comparazione non discriminatori per stabilire una graduatoria di merito se le domande fossero superiori ai posti. Rimangono quindi forti limitazioni, ma a Brescia viene superato il test d'ingresso.

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