

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
31 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Pazienti in farmacia per effettuare le analisi del sangue Un Consorzio si propone di offrire servizi sanitari di base Già ora è possibile sottoporsi al controllo per l'osteoporosi

Già da oggi è possibile sottoporsi a un controllo per la prevenzione dell'osteoporosi. A breve si potranno effettuare i prelievi sanguigni per check-up e analisi varie, un domani i pazienti potranno entrare in un circuito sanitario che alleggerirà il carico degli ospedali. È la nuova strada imboccata da alcune farmacie che si sono riunite in un consorzio nato per offrire nuovi servizi agli utenti partendo da un dato di fatto oggettivo: per sopravvivere alla concorrenza dei centri commerciali e per parare i colpi della crisi era necessario cambiare per sempre il modo di lavorare «tenendo sempre presente – dice il presidente del Consorzio Nazionale Farmacie Giovanni Agostino Tamponi – che prima di essere commercianti siamo professionisti del farmaco e che il nostro obiettivo è sempre il benessere dei nostri clienti i quali si devono affidare a noi con tranquillità». Su queste basi nel 2007 è nato il Consorzio che oggi raccoglie 21 farmacie distribuite soprattutto nel territorio di Sassari (ma ce ne sono anche a Cagliari e in altre province dell'isola). «Lo scopo del Cnf – dice Gianluigi Merella, membro del consiglio di amministrazione – sin dall'inizio è stato quello di dare ai suoi associati supporto gestionale, commerciale e sui servizi alla clientela per adeguare le farmacie alle nuove esigenze della sanità. Ci voleva, insomma un nuovo modello di farmacia capace anche di avere forza contrattuale rispetto all'acquisto dei prodotti. Una forza che si può avere soltanto mettendosi tutti insieme». Le regole sulle trattative con le aziende produttrici o con i distributori sono state in qualche modo sovvertite garantendo introiti e margini economici che il Consorzio reinveste al suo interno per rafforzare alcuni settori come quello dell'offerta di servizi sanitari di prima istanza (ad esempio la verifica della densità ossea attraverso un macchinario chiamato Moc o l'ormai collaudata misurazione della pressione sanguigna). «Sulla scorta di queste esperienze – aggiunge il presidente Tamponi – nel dicembre 2012 il Cnf ha creato il network Farmacia Dinamica. Una rete che si propone di incoraggiare l'evoluzione della farmacia per trasformarla in una "farmacia dei servizi" inserendola in una logica di offerta di salute sul territorio». A supportare l'attività c'è anche la rivista Dinamica che contiene informazioni provenienti dal settore e servizi giornalistici. L'idea è quella di sviluppare un servizio fondamentale per la comunità proponendosi di contribuire anche alla riduzione dei costi del Servizio Sanitario Nazionale migliorando la qualità dell'offerta oltre alla tradizionale consulenza sul farmaco. Così, per adesso in fase sperimentale solo in una farmacia, è possibile sottoporsi al prelievo del sangue per le analisi. Le provette vengono poi portate nei vari laboratori della Asl (o dell'Aou) e il paziente torna in farmacia a ritirare il referto. Il costo aggiuntivo, oltre al ticket, è di 5 euro per il lavoro dell'infermiere che effettua il prelievo. Ma c'è di più: le farmacie consorziate (e i componenti si augurano che siano sempre di più) sperano, in un

futuro non troppo lontano, di creare un archivio con i dati sanitari dei pazienti e convenzioni con medici specialisti (sui quali forniranno garanzie di affidabilità) per costituire una prima barriera che alleggerisca il Sistema Sanitario anche sotto il profilo delle liste d'attesa. «L'intento – conclude Merella – è quello di rafforzare il nostro ruolo di presidi sanitari e di essere in grado di fronteggiare nuovi sistemi di vendita aggressivi e basati solo su criteri commerciali».

SASSARI Chirurgo a processo per danneggiamento *Il medico era stato denunciato dal marito di una donna morta dopo un intervento all'ospedale civile*

Stavolta Giampiero Mastino, chirurgo dell'ospedale civile, sotto processo c'è finito per danneggiamento. A dire il vero la vicenda ha quasi del paradossale. Il medico, infatti, viene preso di mira – con accuse pesanti scritte su striscioni appesi di fronte all'ospedale di viale Italia – da Gian Giacomo Dionisi, ex consigliere comunale di Sassari, marito di una paziente morta nel 2009 dopo un intervento chirurgico (l'uomo ha fatto anche scattare un'inchiesta per omicidio colposo nei confronti dello stesso medico e di altri suoi sei colleghi, tutti ancora sotto processo). Quando Mastino viene a sapere di questi cartelloni che lo diffamano esce dall'ospedale e ne stacca due. Secondo l'accusa – così come riferito da Dionisi – quel cartello il chirurgo lo avrebbe fatto in mille pezzi e poi gettato nel cestino dei rifiuti. Gesto che evidentemente non piacque all'ideatore della manifestazione di protesta che infatti lo denunciò per danneggiamento. Gian Giacomo Dionisi non è mai riuscito a superare il dolore per la morte della moglie Mariolina Vannini Poggi, casalinga di 69 anni: «La battaglia per la verità su mia moglie – aveva detto all'epoca – è l'unica ragione che ho nella vita». E così aveva chiesto alla questura l'autorizzazione per organizzare una manifestazione fuori dal Civile. Autorizzazione concessa. Ieri, nell'aula del tribunale, Dionisi ha raccontato di aver affisso 1720 cartelli in questi anni «per denunciare quell'azione degna di due sarroni» (il riferimento è a una colonscopia cui venne sottoposta la donna e agli interventi successivi che a detta del marito ebbero conseguenze devastanti). Dopo una prima archiviazione i sette camici sono finiti a processo. Secondo le indagini del pm i medici non intervennero in modo tempestivo nel curare la paziente, non avevano previsto la complicazione successiva agli interventi del 3 e del 23 dicembre 2008. Ma quella di ieri è un'altra vicenda processuale, anche se scaturita dalla rabbia dell'uomo per la tragica fine della propria moglie. L'avvocato Nicola Satta che tutela Mastino ritiene che il suo cliente non abbia danneggiato quei manifesti ma li abbia semplicemente «rimossi perché lo infamavano. E avremo modo di dimostrarlo».

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Stamina, Ferrari: frainteso ma buona scienza e compassione non si escludono

«L'Italia è benedetta dalla presenza e attività di molti ottimi scienziati e leader internazionali in cellule staminali e medicina rigenerativa che continuano a fare un lavoro scientifico e clinico eccellente, per il quale sono giustamente lodati. Sarebbe per me un grande privilegio e un vero onore poter lavorare con questi leader scientifici, con i membri della comunità dei pazienti, con il Ministero della Salute, e con il Parlamento per aiutare gli italiani a trovare pace e una soluzione duratura alle controverse questioni ora affrontate sul caso Stamina». Così **Mauro Ferrari**, esperto di biotecnologie e nanotecnologie, chiamato dal ministero a presiedere il Comitato scientifico che dovrà valutare il metodo Stamina, risponde, interpellato da DoctorNews, ai quattro scienziati italiani che hanno trovato inopportune alcune sue dichiarazioni rilasciate alla trasmissione televisiva “Le Iene”. Per i quattro, Giuseppe Remuzzi, Silvio Garattini, Gianluca Vago e Alberto Zangrillo «non serve un nuovo comitato per stabilire che è avvenuta una serie infinita di violazioni delle norme vigenti» e comunque non si può, come ha fatto Ferrari in televisione parlare riferendosi a Stamina di «primo caso importante di medicina rigenerativa in Italia» e di «occasione per l'Italia di permettere alla scienza di arrivare prima di tutti in clinica». Per di più la nomina del nanotecnologo non è ancora ufficiale, mancando ancora il decreto del ministero, ecco perché per Remuzzi è «assurdo» parlare di Stamina senza nomina ufficiale. Ferrari, dal canto suo, si dice dispiaciuto e sottolinea come alcune sue «affermazioni» rilasciate in interviste «siano state fraintese». «Mi sia concesso ribadire» aggiunge Ferrari «che io intraprenderò il lavoro della commissione senza decidere a priori quale dovrà essere il suo esito. Applicherò i più elevati standard scientifici alle nostre discussioni, e istruirò i membri del comitato affinché formulino raccomandazioni scientifiche basate esclusivamente su dati scientifici di alta qualità. La buona scienza e la compassione per i pazienti non si escludono a vicenda, In realtà, è imperativo che pratichiamo entrambi» sottolinea l'esperto. Quanto alle ragioni per cui il ministero ha scelto proprio lui, anche se non direttamente competente, Ferrari spiega che il suo punto di forza potrebbe essere il suo ruolo di «outsider, che può facilmente rimanere imparziale».

Dal medico di base test Hiv più fruibile e con meno pregiudizi

Sono numerosi gli italiani “inconsapevoli”, che non sanno di essere Hiv-positivi. A loro è rivolta un'iniziativa dell'Asl TO2 di Torino, dove i medici di medicina generale del Distretto circoscrizione 5 possono effettuare, ai pazienti che ne facciano richiesta, il test rapido Hiv su essudato gengivale. La proposta potrà arrivare anche dal medico stesso, o perché a conoscenza di esposizioni, o per segni e sintomi sentinella per patologie Hiv correlate notati nel paziente. «Gli inconsapevoli rappresentano un grave problema – spiega **Giancarlo Orofino**, infettivologo dell'Amedeo di Savoia e referente del progetto - perché non sapendo di esser sieropositivi possono trasmettere facilmente la malattia; inoltre se la diagnosi viene fatta troppo tardi rischiano di non usufruire appieno dei benefici della terapia». In passato ci si è orientati soprattutto alla sensibilizzazione delle categorie di cittadini considerati a rischio; ora si tenta di superare questo limite anche perché, come rileva Orofino, «lo zoccolo duro degli inconsapevoli è nella popolazione generale, mentre chi sa di essere a rischio tende a controllarsi e comunque non va dal medico di base ma in circuiti alternativi; per esempio la sieropositività dei tossicodipendenti è spesso intercettata al centro di recupero o al Sert, mentre sono molti i maschi gay che sanno come ci si protegge e che devono fare il test. Invece, chi nella popolazione generale ha rapporti sessuali non protetti è il candidato ideale a essere inconsapevole». Il medico, dice Orofino, non riesce facilmente a cambiare i comportamenti ma può intervenire con la diagnosi

precoce. Il tentativo è di rendere il test Hiv più fruibile e meno gravato da pregiudizi; la possibilità di effettuarlo dal proprio medico di fiducia, in modo rapido e totalmente non invasivo, può costituire una strategia vincente. La conferma sembra arrivare da un piccolo progetto pilota effettuato in un altro distretto dell'Asl TO2 con 16 medici, in cui l'accettazione da parte dei pazienti è stata ottima.

Oncologi, tempi certi per i farmaci salvavita

L'accesso immediato a tutti i farmaci salvavita e non solo a quelli considerati innovativi e l'attivazione di uno stretto monitoraggio sul rispetto del termine dei 100 giorni per l'esame delle terapie innovative da parte dell'Aifa: sono queste le due proposte avanzate ieri al convegno nazionale "Farmaco e sostenibilità nella cura del paziente oncologico", che si è tenuto alla Camera. Se ne sono fatte portatrici l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), la Società italiana di ematologia (Sie) e la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo). Il presidente Aiom **Stefano Cascinu** non si sottrae all'esigenza di contenere i costi e dichiara che «per garantire la sostenibilità del sistema sanitario la parola d'ordine è appropriatezza», ma non accetta l'idea di porre la spesa farmaceutica oncologica come l'origine di tutti i problemi: «l'impatto economico per le terapie antitumorali è rimasto sostanzialmente stabile negli ultimi anni». Inoltre, Cascinu sollecita l'eliminazione del terzo livello di approvazione dei farmaci, costituito dalle varie commissioni regionali. A questo proposito, il presidente Favo **Francesco De Lorenzo**, ricorda che il Decreto Balduzzi avrebbe dovuto eliminare le disparità di trattamento nelle varie Regioni e assicurare ovunque la disponibilità dei farmaci innovativi, riducendo la mobilità interregionale; ma le Regioni continuano a limitare l'accesso alle terapie salvavita, indipendentemente dall'approvazione dell'Aifa. Sullo stesso tema interviene la presidentessa della Commissione Sanità del Senato **Emilia Grazia De Biasi**, sostenendo che la modifica del Titolo V della Costituzione è il primo punto da tener presente. Una risposta al problema dei farmaci mancanti potrebbe venire dal comparto degli equivalenti, ma occorre che sia messo nelle condizioni per sviluppare un'azione ancora più incisiva: è l'opinione di **Francesco Colantuoni**, vicepresidente di AssoGenerici, che chiede anche uno snellimento delle pratiche di autorizzazione all'importazione.

Choosing wisely, i 5 errori da evitare in ambito nefrologico

Anche l'American society of nephrology ha aderito all'iniziativa "Choosing wisely", fornendo una propria lista delle 5 principali procedure comunemente eseguite ma da evitare perché inutili, costose e talvolta pericolose. Ecco. 1) Non eseguire di routine screening per tumori nei pazienti in dialisi con ridotta aspettanza di vita senza segni o sintomi e non candidati a trapianto. Con tali test ed esami non migliora la sopravvivenza, mentre i falsi positivi possono causare procedure inutili, sovratrattamenti, diagnosi errate e maggiore stress. 2) Non somministrare agenti stimolanti l'eritropoiesi (Esa) nei nefropatici cronici (Ckd) con livelli di emoglobina pari o superiori a 10 g/dL senza sintomi di anemia allo scopo di normalizzare l'emoglobinemia. Ciò non produce benefici cardiovascolari né in termini di sopravvivenza. Devono essere invece prescritti per mantenere l'emoglobinemia al livello più basso, ridurre il più possibile le trasfusioni e rispondere al meglio alle esigenze del paziente. 3) Evitare l'uso di Fans, inclusi i Cox-2 selettivi, per trattare il dolore muscolo-scheletrico negli individui ipertesi, con scompenso cardiaco o insufficienza renale cronica di

qualsiasi eziologia, diabete compreso. Tali farmaci possono alzare la pressione arteriosa, rendendo meno efficaci gli antipertensivi, e causare ritenzione di liquidi, peggiorando la funzione renale. 4) Non posizionare cateteri centrali inseriti perifericamente (Picc) in pazienti con Ckd allo stadio III-V senza consultare la Nefrologia. La conservazione venosa è fondamentale in questi soggetti, in cui le fistole arterovenose (Avf) costituiscono il migliore accesso per l'emodialisi, dando meno complicazioni e ridotta mortalità rispetto a innesti (graft) o cateteri. Una precoce consultazione nefrologica all'inizio dell'emodialisi aumenta l'uso dell'Avf e può evitare il ricorso inutile a Picc (potenziale causa di trombosi venosa e stenosi della vena centrale) o eccessive punture venose, in grado di distruggere potenziali siti Avf. 5) Non avviare una dialisi cronica senza garantire un processo decisionale condiviso tra medici, pazienti e loro familiari, per suscitare obiettivi e informare sia sulla prognosi sia sui benefici attesi e i rischi della dialisi.

DIRITTO SANITARIO Paziente ritira querela contro medici, ma processo continua

Il fatto

La Corte costituzionale ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale della norma contenuta nella legge sulla interruzione volontaria della gravidanza recante il sistema delle sanzioni penali a carico di chi cagioni per colpa l'interruzione oppure un parto prematuro [art. 17 L. 198/1978]. La questione era stata sollevata dal Tribunale di Treviso in relazione alla procedibilità d'ufficio nei confronti degli imputati per il reato di interruzione colposa invece che a querela di parte. Il Tribunale era stato investito di un procedimento penale a carico di alcuni medici di un reparto di ostetricia e ginecologia accusati di aver cagionato colposamente l'interruzione della gravidanza e la morte intrauterina del feto in una paziente ormai prossima al parto. Prima dell'emissione del decreto di citazione, la persona offesa dal reato aveva però ritirato la querela presentata nei confronti dei medici essendo stata integralmente risarcita dei danni, ma il processo penale era proseguito comunque in quanto il reato contestato era appunto procedibile d'ufficio.

Profili di diritto

La Corte costituzionale ha riproposto un suo costante orientamento affermando che la scelta del regime di procedibilità dei reati coinvolge la politica legislativa e deve, quindi, rimanere affidata a valutazioni discrezionali del legislatore, presupponendo bilanciamenti di interessi e opzioni di politica criminale spesso assai complessi, sindacabili in sede di giudizio di legittimità costituzionale solo per vizio di manifesta irrazionalità.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

“No alle aziende farmaceutiche nelle riunioni di Ordine”. Il presidente dei medici milanesi, Rossi in polemica con la Fnomceo

In una nota ai presidenti provinciali la Fnomceo ha chiesto di ospitare un rappresentante di una nota azienda farmaceutica. Scopo, quello di promuovere la consegna in omaggio a tutti i neo laureati di una copia di un noto manuale di medicina. "Lodevole iniziativa ma il metodo getta ombre sulla professione. Federazione faccia un passo indietro".

Polemica tra l'Ordine dei medici di Milano e la Fnomceo. Il *casus belli* è [una nota inviata](#) dal segretario della Fnomceo **Luigi Conte** a tutti i presidenti di Ordine in cui si chiede, al fine di omaggiare i neo laureati con una copia del *Manuale Roversi*, la possibilità di ospitare nelle varie riunioni dei Consigli direttivi che procederanno alla ratifica delle nuove iscrizioni, un rappresentante della casa farmaceutica *Sanofi* al fine di illustrare le finalità dell'iniziativa e i contenuti del compendio. Ma al presidente dell'Ordine di Milano **Roberto Carlo Rossi** (che ha [inviato una "controlettera"](#) alla Federazione), l'iniziativa non è piaciuta e in questa intervista ci ha spiegato perché.

Presidente Rossi, cosa non la convince?

Me lo lasci dire, la vicenda ci ha veramente stupito e perplesso. Se dovessi tradurre con una parola direi: triste. Voglio premettere però una cosa, l'iniziativa di omaggiare i neo iscritti con un Manuale importante e utile è lodevole, ma la forma e la metodologia di realizzazione dell'iniziativa sono assolutamente inopportune.

Si riferisce quindi alla richiesta della Fnomceo a ospitare eventualmente un rappresentante della Sanofi nel Consiglio direttivo?

Di tutta la vicenda questo è certamente il fatto che più ci stupisce. Ma come, nel momento in cui proprio dei giovani colleghi entrano a far parte dell'Ordine, si invita un rappresentante di una ditta farmaceutica a presentare un noto Manuale? Che poi diciamocelo, non ha proprio bisogno di presentazioni. E poi come ho scritto anche nella mia nota di replica alla Federazione non risulta che le riunioni di Consiglio siano pubbliche e tanto meno che possa essere invitato un informatore farmaceutico. E soprattutto, ci sembra inopportuno invitare una casa farmaceutica in un momento così importante, dove vengono ratificate le nuove iscrizioni.

Cosa si dovrebbe fare secondo lei?

Ribadendo il tono lodevole dell'iniziativa sarebbe meglio semplicemente distribuire il testo ai vari Ordini secondo i numeri dei nuovi iscritti da loro comunicati. A questo punto ogni Ordine avrebbe la facoltà di informare i nei iscritti dell'omaggio (magari anche solo in digitale visti i tempi), lasciando ad essi la libertà di scelta.

A questo punto cosa chiedete?

Abbiamo già inoltrato le nostre perplessità alla Federazione e abbiamo chiesto di ritirare l'iniziativa. Le ripeto non si contesta la volontà di distribuire un manuale ma il metodo prescelto che lascia adito a dubbi sull'immagine che viene proposta all'esterno e investe l'etica della professione. E di tutto ciò la nostra Federazione non ha proprio bisogno.

Cancro. Ritardi inaccettabili nella disponibilità dei nuovi farmaci. In alcune Regioni si possono attendere anche 50 mesi

La denuncia oggi in un convegno alla Camera promosso da Aiom, Sie e Favo. Di fatti inapplicata la legge dei "100" giorni voluta da Lorenzin per accelerare la messa in commercio dei nuovi medicinali per le patologie gravi. In Italia ogni anno 366mila nuove diagnosi ma la sopravvivenza a 5 anni continua ad aumentare. IL DOCUMENTO.

Sono farmaci salvavita, ma non per tutti i malati di tumore, costretti - in alcune regioni - ad aspettare dai 36-50 mesi prima che una terapia innovativa, già approvata dal'AIFA (Agenzia

Italiana del Farmaco), sia loro accessibile. Servono tempi certi, l'applicazione della legge sui 100 giorni e l'accesso a tutti i farmaci salvavita e non solo a quelli considerati innovativi.

E' quanto chiedono l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), la Società Italiana di Ematologia (SIE) e la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato (FAVO), in [un documento programmatico](#) presentato alla Commissione Igiene e Sanità del Senato e alla Commissione Affari Sociali della Camera, illustrato stamane al convegno nazionale "Farmaco e sostenibilità nella cura del paziente oncologico", che si è svolto alla Camera dei Deputati.

La grave situazione era stata denunciata già due anni fa in una indagine dell'AIOM sui tempi e sulle procedure di accesso ai farmaci, che aveva evidenziato una forte disparità tra le stesse regioni dotate di Prontuario Terapeutico regionale e quelle che ne erano sprovviste. Un farmaco ospedaliero infatti, prima di essere disponibile nelle strutture sul territorio, deve essere valutato da commissioni che se non possono non inserire molecole non autorizzate, ma possono escluderle anche se approvate dall'AIFA o ritardarne l'accesso.

Tempi lunghi anche per l'AIFA che oltre a recepire le autorizzazioni dell'EMA (European Medicines Agency), deve valutare la rimborsabilità della molecola, deciderne il regime di dispensazione (fascia A,C,H) e negoziare il prezzo con il produttore. "Bisogna eliminare - dice a Quotidiano Sanità, **Stefano Cascinu**, presidente AIOM - le varie commissioni regionali che non sono altro che inutili duplicati dell'EMA e dell'AIFA, ma il problema riguarda anche il legislatore che dovrà rimettere mano al decreto Balduzzi per definire meglio quali sono questi farmaci, a quali criteri rispondono e come possono essere somministrati".

"Il problema dell'accesso ai farmaci - ha ricordato **Pierpaolo Vargiu**, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera - chiama in causa la politica che deve fare scelte coraggiose. Nel nostro Paese sta saltando la garanzia dei LEA uguali per tutti ed è a rischio la stessa universalità ed equità del nostro sistema sanitario".

"Bisogna fare uno stretto monitoraggio - ricorda il prof. **Francesco Cognetti**, presidente della Fondazione Insieme contro il cancro - dei famosi 100 giorni per la valutazione dei dossier da parte dell'AIFA. Una norma voluta dal Ministro della Salute **Lorenzin** che attualmente non sembra applicata né applicabile. Chiediamo che il Parlamento si attivi anche attraverso un Sindacato Ispettivo. Altrimenti vanno fissati termini diversi".

Per il prof. **Francesco De Lorenzo**, presidente FAVO, il decreto **Balduzzi** aveva avuto il merito di voler eliminare inaccettabili differenze regionali, ma la sua mancata applicazione dipese anche da una interpretazione limitativa del concetto di innovatività da parte dell'Agenzia Italiana del farmaco che di fatto non attribuiva questo requisito ai farmaci salvavita già in commercio. "Ancora oggi - dice De Lorenzo - esiste molta confusione tra farmaco oncologico salvavita e farmaco oncologico innovativo per questo è necessaria maggiore chiarezza".

Nel nostro Paese 2 milioni e 800mila persone vivono con una diagnosi di tumore, i nuovi casi registrati di tumore maligno, nel 2013 sono stati 366mila, con una incidenza ridotta dal Nord al Sud, ma è aumentata la sopravvivenza a 5 anni per i tumori del colon-retto, mammella femminile e prostata. Nella classe di età adulta (50-69 anni) sono diagnosticati quasi il 39% del totale dei tumori. Tra gli uomini i più frequenti sono il cancro della prostata (23%), del colon retto (15%), del polmone (14%), della vescica e dello stomaco. Tra le donne, al primo posto si trovano le neoplasie della mammella (36%), del colon retto (36%), seguiti dal colon retto, corpo dell'utero, polmone e tiroide.

Ma non si tratta solo di numeri. "Gli oncologi - dice ancora Cascinu - devono fare i conti

con la sostenibilità del sistema sanitario. I farmaci oncologici costano e molto e giustamente l'AIFA ha trovato il modo per ridurre l'impatto economico attraverso valutazioni e criteri molto più appropriati rispetto all'EMA. Noi pensiamo che applicando il criterio dell'appropriatezza si possono ridurre i costi e rendere più efficiente l'organizzazione".

"Come azienda farmaceutica – dice il dott **Luigi Boano**, General Manager Novartis Oncology Italia stiamo concentrando i nostri sforzi sui marcatori biologici che permettano di sapere in anticipo quali pazienti possono trarre giovamento dai nuovi trattamenti. Devo ricordare che l'Italia è la nazione al mondo più evoluta sui costi dei farmaci oncologici in quanto l'azienda farmaceutica viene remunerata solo sul successo di questi farmaci. In caso di fallimento tutti i costi vengono restituiti agli ospedali".

Rapporto Istat. Gli stranieri residenti in Italia si sentono "meglio" degli italiani. Ma c'è qualche difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari

Lo rileva una ricerca dell'Istituto su condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari dei cittadini stranieri residenti nel nostro Paese. L'87,5% dichiara di sentirsi in buona salute contro l'83,5% degli italiani. Ma percentuali variabili tra l'8 e il 16% dichiarano di avere difficoltà di vario genere nel rapportarsi ai nostri servizi sanitari. IL RAPPORTO.

Tra i cittadini stranieri prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, più che tra gli italiani. Per l'87,5% le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani. A sentirsi in buona salute tra i cittadini dei paesi Ue, sono soprattutto i polacchi (88,4%) e, tra i non comunitari, i cinesi (90,2%), i filippini (90,2%) e gli indiani (88,8%). In fondo alla classifica si trovano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%).

Gli indici sintetici di salute fisica e psicologica segnano punteggi medi pari rispettivamente a 54,6 e 53,9. Sul piano psicologico, maggior benessere si osserva tra gli indiani (55,4), mentre più vulnerabili appaiono i tunisini (52,5). L'indice di salute mentale, pari a 78 in media, evidenzia una situazione di maggior svantaggio per tunisini e marocchini.

Le patologie più diffuse sono quelle dell'apparato respiratorio (65,4 stranieri ogni mille). Seguono le malattie dell'apparato digerente e dei denti (20,2 per mille), quelle del sistema nervoso (19,8) - con prevalenza nelle donne (25,7 rispetto al 13 degli uomini) - e quelle del sistema osteomuscolare (15,5).

Il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini (32,4%) che non tra le donne (15,1%). Indiani, filippini, cinesi e marocchini sono più virtuosi per il numero di persone che non hanno mai fumato.

La maggior parte degli stranieri (di 18 anni e più) ha un peso corporeo adeguato (57,8%), soprattutto se donne (62,9%). Quasi un terzo degli stranieri è sovrappeso (30,9%) e l'obesità interessa il 7,8%. Quote simili si osservano nella popolazione italiana a parità di età (58,2% normopeso, 29,8% sovrappeso, 7,8% obeso)

In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, di più le donne (59,6% contro il 53,9% degli uomini) e i giovani under 14 (62,9%), di meno i cinesi (44,1%).

Si rivolgono al pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno i cinesi. Alla guardia medica si recano di più i giovani adulti e chi vive al Mezzogiorno, al consultorio soprattutto

le donne tra i 25 e i 34 anni.

Il 13,8% degli stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano i disturbi al medico e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per le collettività cinesi, indiane, filippine e marocchine.

Il 13% dei cittadini stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto se cinesi o indiani. Gli orari di accesso alle prestazioni sanitarie sono incompatibili con gli impegni familiari o personali per l'8,6% degli stranieri di 14 anni e più, con gli impegni di lavoro per il 16% di quelli di 15 anni e più.

Assistenza transfrontaliera. Parere favorevole dalla Commissione sanità al decreto di recepimento della direttiva Ue

Informare i cittadini dei diritti introdotti dalla direttiva Ue, rimborsare i disabili delle spese di viaggio e di alloggio, il Ministero riferisca periodicamente in Parlamento sullo stato di attuazione della direttiva. Queste alcune condizioni poste dalla Commissione Sanità del Senato sul Dlg che recepisce la direttiva Ue. IL PARERE.

A larghissima maggioranza e quasi sul fil di lana, considerata la scadenza fissata al 4 marzo, la commissione Igiene e Sanità del Senato ha espresso parere positivo seppur con osservazioni e condizioni allo schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Uno schema che insiste molto sul fronte dei diritti e proprio sui diritti dei pazienti si sono concentrate le osservazioni e le condizioni poste dalla Commissione Sanità nel parere positivo.

In particolare i senatori chiedono al governo “la previsione di adeguate misure che tengano conto della circostanza che la cartella clinica informatizzata non risulta ancora a regime in alcune aree del Paese”. Chiedono all'esecutivo adeguate “campagne di informazione in ordine ai diritti introdotti dalla direttiva” e di individuare “con riferimento agli assistiti disabili, di meccanismi di rimborso delle spese di viaggio e di alloggio sostenute per usufruire delle cure e dell'assistenza negli altri Stati membri della Ue”.

Per quanto riguarda invece le condizioni i componenti la XII Commissione auspicano che il Governo introduca “una disposizione finale che preveda l'adozione di linee guida interpretative, o di atti analoghi, finalizzati ad assicurare l'omogeneità dell'applicazione del decreto legislativo sul territorio nazionale, soprattutto con riguardo alle garanzie e ai mezzi di tutela del paziente, nonché a chiarire in quali casi si applichi la direttiva illustrando la differenza dei regimi rispettivamente previsti, con particolare riferimento alla situazione degli italiani residenti all'estero”. Altra condizione “suggerita” il monitoraggio sull'applicazione del decreto legislativo “sia svolto anche mediante audizioni o consultazioni periodiche, da parte del ministero della salute, di Associazioni di cittadini e di pazienti”. Obiettivo adottare eventuali interventi correttivi o migliorativi. In più si chiede che il Ministro della salute fornisca “periodicamente una informativa alle competenti Commissioni parlamentari in ordine allo stato di attuazione del decreto legislativo che recepisce la direttiva 2011/24/UE”.

SOLE24ORE/SANITA'

Abusivismo professionale: pene fino all'arresto e sequestro delle apparecchiature. La commissione Giustizia del Senato approva il Ddl

I falsi medici o i dentisti che esercitano abusivamente la professione rischiano il carcere fino a due anni e la confisca delle attrezzature. E analogo rischio corrono gli eventuali assistenti. La situazione si aggrava se il consenso del paziente è stato ottenuto con artifici o raggiri.

Ma se da questa attività illegale derivano poi la morte di una persona o lesioni personali a qualcuno, andranno applicate ovviamente le norme previste dal codice penale. A stabilirlo è un [disegno di legge](#), primo firmatario Giuseppe Marinello (Ncd), approvato oggi dalla commissione Giustizia del Senato e trasmesso all'aula.

La commissione ha deciso di rimandare all'aula il nodo dell'entità delle multe. Nella versione originaria del disegno di legge la multa, infatti, varia da 10.329 ai 51.646 euro. Ma potrebbe anche diminuire o aumentare. Un'intesa sul punto non è stata ancora raggiunta.

Gli emendamenti approvati stabiliscono anche che la condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle attrezzature e degli strumenti utilizzati.

«Nel testo del provvedimento - spiega il relatore Gabriele Albertini (PI) - si prevedeva anche la confisca dell'immobile in cui veniva esercitata la professione, ma su questo punto abbiamo deciso di spostare il confronto in Aula per valutare meglio come formulare la norma. L'immobile, infatti, potrebbe essere in affitto o di proprietà».

La legge attualmente in vigore prevede, invece, che chi esercita abusivamente una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione "fino a sei mesi o con la multa da 103 euro a 516 euro».

Modifiche anche all'articolo 590 del codice penale sulle lesioni personali colpose con la previsione che se i fatti sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione o di un'arte sanitaria la pena per le lesioni gravi è della reclusione da 6 mesi a 2 anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da 1 anno e 6 mesi a 4 anni.

In caso di omicidio colposo poi la pena prevista dall'articolo 589 del codice penale (reclusione da tre a dieci anni) si applica anche se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione o di un'arte sanitaria"».

Infine, l'ultimo emendamento approvato oggi stabilisce pene da 2.500 (prima 2.582) a 7.500 euro (prima 5.164) per chi «non trovandosi in possesso della licenza prescritta nell'articolo 140 o dell'attestato di abilitazione, esercita un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie».

Fisco: prestazioni ambulatoriali, niente bollo sulle ricevute dei ticket

Le ricevute di pagamento rilasciate agli assistiti a seguito del pagamento del ticket sanitario per prestazioni ambulatoriali rese all'utenza non sono soggette all'imposta di bollo anche se superano l'importo di 77,47 euro.

Lo ha chiarito l'Agenzia delle entrate con la risoluzione 15 gennaio 2014, n. 9/E, stabilendo che tali documenti rientrano fra gli atti esenti, ai sensi dell'articolo 9 della tabella B, allegata

al decreto del Presidente della Repubblica 642/1972.

L'imposta di bollo. L'imposta di bollo è stata istituita ed è tuttora regolamentata dal decreto del Presidente della Repubblica 642/1972, che prevede l'applicazione del tributo relativamente a una serie di atti, documenti e registri, elencati in un'apposita Tariffa allegata al medesimo provvedimento.

Per quanto qui interessa, in particolare, l'articolo 13, n. 1 della Tariffa, parte I, allegata al Dpr 642/1972 stabilisce che le ricevute e le quietanze rilasciate dal creditore o da altri per suo conto, a liberazione totale o parziale di una obbligazione pecuniaria, sono soggette a imposta di bollo nella misura di 2 euro, sempre che siano di importo superiore a euro 77,47, come previsto dalla nota 2 allo stesso articolo 13.

Esistono però varie eccezioni a questa regola, ma nessuna di esse contempla espressamente le ricevute rilasciate agli assistiti per il pagamento del contributo alla spesa sanitaria previsto dalla legge 8/1990 e successive modifiche e integrazioni, attualmente fissato in euro 46,15.

Di qui le incertezze alle quali si faceva cenno in premessa, legate essenzialmente al caso in cui l'Azienda sanitari locale raggruppi le prestazioni presenti nelle varie ricette registrate in un'unica ricevuta di pagamento, che prescinde dal numero di esami prescritti dal medico richiedente.

La risposta dell'Agenzia. Il dubbio viene risolto dalle Entrate facendo riferimento specifico a quanto disposto dall'articolo 9 della tabella B, allegata al Dpr 642/1972, che esenta dal pagamento dell'imposta di bollo gli atti e i documenti in materia di assicurazioni sociali obbligatorie e le ricevute dei contributi.

Secondo l'Agenzia, nell'ambito applicativo di tale disposizione devono essere ricondotte anche le ricevute che attestano il pagamento del ticket sanitario, a motivo del fatto che si tratta di un contributo richiesto obbligatoriamente ai cittadini, a norma di legge, per ottenere l'assistenza sanitaria. Il riferimento specifico è all'articolo 1 del decreto legge 382/1989.

Questa conclusione trova un riscontro anche in precedenti prese di posizione della stessa Amministrazione finanziaria che, per quanto risalenti e riferite al quadro normativo previgente, l'Agenzia ritiene di dover confermare.

Si tratta, in particolare, delle risoluzioni 21 luglio 1990, n. 390755 e 16 maggio 1986, n. 300788.

Ma la pronuncia in rassegna richiama in maniera esplicita la risoluzione 24 giugno 1982, n. 311596 dove è stato precisato che «la partecipazione alla spesa delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio posta a carico degli assistiti deve considerarsi quale versamento integrativo ai contributi obbligatori dovuti a norma di legge per ottenere l'assistenza sanitaria e costituisce l'ineliminabile collegamento strumentale della prestazione in esame all'accertamento diagnostico».

E quindi spetta il beneficio tributario dell'esenzione dal pagamento dell'imposta di bollo per gli atti concernenti strettamente i rapporti tra l'ente cui incombe l'obbligo di fornire le prestazioni e gli assistiti, anche quando le prestazioni stesse sono rese, di fatto, a mezzo dei gabinetti specialistici convenzionati. Il che vale, evidentemente anche nel caso in cui l'importo della ricevuta sia superiore al limite di euro 77,47.

Cure transfrontaliere: Ssn senza colpe per i danni altrui. Rimborso

spese per i parenti dei disabili. *Parere della Igiene e Sanità del Senato*

Cure transfrontaliere ([AG 54](#)): parere favorevole della commissione Igiene e Sanità del Senato. Ma a cinque condizioni.

La prima è una disposizione che precisi che eventuali danni dovuti all'assistenza transfrontaliera autorizzata non possono essere imputati al Ssn.

Poi, la necessità di specificare che se l'autorizzazione preventiva all'assistenza transfrontaliera è negata perché può essere garantita sul territorio nazionale in tempi compatibili con le esigenze cliniche, l'Asl deve individuare e comunicare al paziente la struttura designata e garantire sicurezza e qualità della prestazione.

Ancora la commissione chiede che sia introdotta una disposizione finale per assicurare con linee guida interpretative (senza ledere le prerogative regionali) l'applicazione omogenea del Dlgs su tutto il territorio nazionale, chiarire in quali casi si applica l'assistenza transfrontaliera, anche illustrando le differenze tra i vari regimi.

Per quanto riguarda il monitoraggio sull'applicazione del Dlgs, la commissione chiede sia svolto anche con audizioni o consultazioni di associazioni di cittadini e pazienti da parte della Salute per mettere a punto eventuali interventi correttivi.

E infine la commissione chiede che il Governo provveda «a sostituire ovvero ad affiancare, ovunque ricorra nel testo, la dizione "assicurato" con quella "assistibile", nel rispetto dei principi che regolano il funzionamento del Servizio sanitario nazionale».

Le osservazioni della commissione (otto in tutto) riguardano la possibilità di rendere accessibili ai pazienti gli standard di sicurezza e qualità, sia nazionali che degli altri Paesi, al di sotto dei quali può essere negata l'autorizzazione, l'eventualità che la cartella clinica informatizzata non sia disponibile in alcune aree del Paese e di realizzare campagne di informazione specifica sulla direttiva.

Poi ancora la commissione propone di valutare possibili meccanismi di rimborso di viaggio e alloggio per i disabili.

E nelle relazioni di accompagnamento secondo la commissione si dovrebbe chiarire se chi esegue la prestazione è persona giuridica, fisica o entrambi e a quali registri nazionali o locali si riferisce riguardo ai «prestatori sanitari» indicati nel Dlgs.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584