

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 31 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE/SANITA' I medici. Sussarellu: «Vedo mappe e confini ma non i contenuti»

«Gestire la sanità partendo dalla riforma delle ex Province equivale a dimenticare su che cosa si fonda l'assistenza moderna». Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine dei medici per il Nord Sardegna, segue con una certa preoccupazione i riassetto alle porte. «La questione di fondo non è far coincidere gli spazi territoriali tra Asl e Distretti, quanto avviare il cambiamento sulla base di esigenze effettive». «Perché due sono le priorità inderogabili – prosegue – Una, è garantire il funzionamento ottimale di poli d'eccellenza accentrati e destinati alle patologie gravi. L'altra, permettere l'efficienza dei servizi sanitari in ogni area, anche periferica, col compito di curare malattie meno complesse». «Oggi invece scorgo i confini di Aziende e Distretti, ma non capisco che cosa c'è dentro perché nessuno lo dice con chiarezza», prosegue. E fa subito un esempio: «Si parla di un'Asl per l'Ogliastra, ma qual è il centro di riferimento?». Ma entrando nel merito della riforma appena delineata, che cosa può dire dei contenuti emersi fin qui? «Olbia è l'unica realtà dell'isola che cresce da ogni punto di vista. Così non ha senso accorpate la Gallura col Nuorese. Mi sembra quasi che facendo così si voglia ammazzare la sanità pubblica, dare il colpo di grazia all'ospedale di Olbia che pure è un'istituzione emergente, al di là delle attese sull'ex San Raffaele». «È vero che in Sardegna si dice "in camminu s'acconza barriu", e cioè che il carico può essere risistemato sulla groppa del cavallo pure in viaggio – conclude – Ma non noto attenzione su aspetti non trascurabili, Quali? Faccio un altro esempio per tutti. Tra le righe del progetto di riordino, si sostiene che dovrà essere realizzata una stretta correlazione fra l'ospedale civile di Sassari e l'azienda mista universitaria. Un complesso che, unito, vuol dire oltre mille posti letto. Eppure, nella rivisitazione avviata alla Regione mancano riferimenti ai compiti di ciascuno. E tutto ciò mentre da una parte e dall'altra ci sono professionalità da salvaguardare».

I pazienti. Riformare le Asl solo per migliorare le cure I rappresentanti delle associazioni hanno paura di nuove

carenze nell'assistenza «Con i commissari i ritardi crescerebbero, no a spoil system nei servizi essenziali»

Attenzione e critiche. Dai pazienti sardi arrivano segnali precisi: «Anziché perdere tempo su come redistribuire le poltrone di comando e coordinare le riforme tra Asl ed Enti locali, i politici dovrebbero occuparsi molto di più delle esigenze dei malati, delle nostre necessità primarie, delle priorità per garantire sempre un'assistenza efficiente», dicono in tanti. E sono gli stessi che in questi giorni seguono le discussioni sui riassetto della sanità in consiglio regionale. Michele Calvisi è nato a Bitti, ma da anni vive a Sassari, dov'è presidente per l'isola dell'associazione che s'interessa di chi soffre di celiachia e diabete. «Per un malato è intollerabile doversi fare carico della mala-burocrazia – sostiene – Il 14 novembre è la giornata mondiale del diabete. E noi saremo in prima fila davanti ai presidi sanitari. Per protestare. I medici di base prescrivono per noi i microinfusori, strumenti che nelle 24 ore consentono la distribuzione dell'insulina nell'organismo. Ma le Asl non ce li forniscono o ce li danno con gravi ritardi», incalza. «Questa e altre sono le vergogne che fanno arretrare la nostra terra, altro che parlare delle mappe per ridisegnare i confini delle Asl», conclude con amarezza. Quando si toccano certi tasti, nell'isola, c'è un fattore di valutazione da tenere sempre presente: questi sono temi che in ogni famiglia interessano tutti, Perché, prima o poi, chiunque avrà a che fare con i servizi sanitari. Specie in una regione segnata da una serie di patologie più diffuse che altrove: dal diabete al favismo, dalla sclerosi alla Sla. Durissimo, in difesa degli ultimi, Aldo Meloni. A Sassari è promotore e motore della Casa della fraterna solidarietà, oltre che presidente regionale dell'associazione Alice per la lotta all'ictus cerebrale. «La rivoluzione in un settore così delicato deve partire dalle grida di dolore della gente – attacca – Di che cosa credete si preoccupino gli ammalati? I pazienti e le loro famiglie sono terrorizzati all'idea che adesso in tutte le Asl possano subentrare i commissari. Perché questo significa rallentare le procedure. Mentre la programmazione degli interventi dovrebbe sempre essere assicurata in maniera costante. Senza tempi morti e senza... persone morte». Almeno nel caso della sanità, poi, secondo Meloni si dovrebbero evitare le logiche da spoil system: «I dirigenti dovrebbero essere scelti da tutti perché sono bravi e onesti, non perché fanno riferimento a qualche partito». «E i soldi per le cose importanti devono esserci sempre», continua. «Com'è possibile che in una realtà come Sassari ci sia un'unica unità operativa per il recupero dopo gli ictus da 6 posti letto e non 10?», si domanda Meloni. «Ecco, per riformare la sanità, bisognerebbe partire da queste cose – afferma ancora – Il resto? Questioni secondarie: agli ammalati non interessano. Per niente».

OLBIA/ RIFORMA SANITA' Mela: accorpate le Asl, i perché del “no” Parla il primario di chirurgia dell'ospedale Giovanni Paolo II: «Ci sarebbero risvolti negativi anche per il nuovo Mater Olbia»

Il paventato accorpamento dell'Asl di Olbia a quella di Nuoro nel quadro della riorganizzazione della sanità regionale avrebbe effetti disastrosi per un settore che nei decenni è stato ampiamente penalizzato per quanto riguarda le strutture cittadine. Lo sostiene Peppino Mela, direttore del reparto di Ortopedia all'ospedale Giovanni Paolo II, che si inserisce nella grande discussione in atto e spiega il motivo per cui si deve assolutamente impedire una "unione a freddo" come quella ipotizzata. E argomenta: «La città di Olbia (unica sarda in crescita: porto, aeroporto, attività turistiche rilevanti, industrie produttive, distretti del granito e del sughero, pesca, diportismo, cantieri navali, cantine vinicole) e il suo territorio presentano delle peculiarità in grado di offrire lavoro a tutta l'isola. Naturalmente – dice –, tutte quelle prerogative di lavoro richiedono sostegno e collaborazione di vario genere, ma necessitano soprattutto della garanzia di servizi efficienti che, in questo momento, Olbia e in generale il territorio, non sono in grado di garantire esaustivamente».

Sottodimensionato. Mela afferma che «l'ospedale Giovanni Paolo II si trova infatti nella condizione di erogare solamente i servizi di un normale, semplice, ospedale di base. Le unità operative sono meno di quelle di altri ospedali della Sardegna che danno servizi a un numero minore di abitanti, dove i flussi sono di misura insignificante (si pensi che San Teodoro e Porto San Paolo per un terzo dell'anno hanno il doppio degli abitanti di Nuoro o Oristano), localizzati in territori che non possiedono certamente le caratteristiche distintive e le aspettative di crescita, un valore reale per tutti i sardi, della città di Olbia». E ricorda che «l'ex San Raffaele venne infatti a suo tempo programmato per sopperire a una intollerabile mancanza di posti letto (con 1.7/mille Olbia risulta ancora oggi la più povera d'Italia) e a una carenza, inaccettabile per le specificità locali, di servizi sanitari». Disegno politico. La sanità di Olbia – prosegue Mela – è stata, per tanto tempo, «tenuta ai margini per un disegno politico inequivocabile. Anche la politica regionale ha sempre deciso percorsi, programmatici ed organizzativi, che sancivano il fatto che ad Olbia, oltre le specialità di base, non spettasse niente altro. Se mai si fosse programmato un reparto di neurologia, di oculistica, di otorino o di urologia, naturalmente si sarebbe reso necessario ridimensionare quelli di altri ospedali, per cui si riteneva più conveniente soprassedere. Altrove si poteva, per decenni, realizzare quello che si voleva, a Olbia, solamente quelle parti di sanità che non potessero danneggiare minimamente altri ospedali. E infatti, per 30 anni, gli olbiesi sono anche nati altrove». Vantaggi dalle inefficienze. Ancora: «Anche solo ipotizzando, come successo, un'ortopedia o una pediatria al Mater Olbia, se ne discute animatamente in tutti i consessi politici ed amministrativi, si riempiono colonne giornalistiche di rabbiosi e preventivi dissensi. Si può facilmente immaginare – dice Mela – quante negatività si realizzerebbero per la sanità olbiese se la Asl venisse accorpata a quella di Nuoro o di Sassari, come prospettato. Naturalmente, non si legge di allarmismi che impensieriscano i cittadini o gli operatori sanitari di Nuoro, o Sassari. La verità è che diversi ospedali traevano enormi vantaggi dalle inefficienze della sanità di Olbia. Gli stessi ospedali presentavano, e presentano, esuberanti di personale e di strumenti giustificati solamente dalle esiguità delle disponibilità nell'ospedale di Olbia. Inefficienze e deficienze che servivano, in pratica, a sanare le sovradotazioni altrui». Autonomia necessaria. Oggi, il Giovanni Paolo II, per le caratteristiche strutturali, per la funzione che svolge, per i

numeri che eroga, «può essere considerato, finalmente, un ospedale di tutto rispetto – dice Mela – . La fuga di malati è notevolmente diminuita e alcuni reparti possono anche vantare importanti indici di attrazione di pazienti provenienti da altri territori della Sardegna. I termini di collaborazione che si instaureranno, si spera nel breve periodo, con il Mater Olbia, serviranno a garantire tutti i servizi necessari al territorio e, naturalmente, a determinare l'innalzamento di tutti gli standard, fino all'eccellenza promessa dai responsabili della nuova struttura. Perché questo programma continui il naturale percorso, si ritiene assolutamente necessaria la conservazione dell'autonomia della Asl di Olbia». I rischi. «Se questo non avvenisse – conclude Mela – , si verificherebbero inevitabili risvolti negativi riguardanti non solo la funzionalità dell'ospedale pubblico, ma anche quella del Mater Olbia. Ed è per questo che tutta la classe politica locale, di qualsiasi appartenenza, unitariamente, dovrebbe pretendere, con tutte le sue forze e con estrema determinazione, la sua riconferma. L'accorpamento a un'altra Asl rappresenterebbe la fine indubbia di un sogno che sembrava stesse per avverarsi».

Ebola. La Regione crea tre unità di crisi Istituiti i centri di riferimento, uno regionale e due locali a Cagliari e Sassari.

Il virus Ebola minaccia il mondo e occorre far fronte al pericolo di diffusione del contagio e gestire la paura delle popolazioni. Per affrontare una possibile emergenza sanitaria e eventuali casi sospetti di malattia, la Regione ha approvato un protocollo operativo e istituito tre unità di crisi, una regionale all'assessorato alla Sanità, con funzione di coordinamento, e due locali una a Cagliari e una a Sassari. La direttiva regionale individua nei reparti per le malattie infettive dell'Università di Sassari, a cui faranno riferimento anche le Asl di Olbia, Nuoro e Lanusei, e dell'ospedale Santissima Trinità della Asl 8 di Cagliari, a cui faranno riferimento le Asl di Oristano, Sanluri e Carbonia, i poli specialistici che, insieme alle centrali operative del 118 di Sassari e Cagliari, i Dipartimenti di Prevenzione con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Asl, garantiranno la sorveglianza e il monitoraggio delle diverse possibili situazioni di rischio. «Il protocollo – spiega l'assessore della Sanità Luigi Arru – è stato redatto da un apposito gruppo di esperti nell'ambito delle malattie infettive, della prevenzione e sanità pubblica e dell'emergenza-urgenza dell'Università e delle Asl della Regione, che già dal mese di agosto è stato impegnato nell'analisi scientifica dei protocolli sanitari e di specifici percorsi finalizzati a far fronte alla gestione di eventuali casi sospetti di malattia da virus Ebola nel territorio regionale. Le unità di crisi – prosegue l'assessore – rappresentano i tre organismi di riferimento attraverso i quali si dovranno articolare le possibili azioni di risposta ed è di particolare rilievo la sinergia prevista con la Prefettura, grazie alla quale si potrà assicurare il completo monitoraggio di eventuali situazioni di emergenza. La formazione e la corretta comunicazione – conclude Arru – sono gli strumenti centrali nella strategia regionale, indispensabili a garantire le adeguate

competenze e l'univocità delle azioni nel rispetto dei reciproci ruoli assunti dai servizi e da tutti gli operatori coinvolti nella rete organizzativa». Di come affrontare il problema Ebola, si è parlato nel corso del dibattito, organizzato, ieri, dai Riformatori, al quale hanno partecipato Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Sanità della Camera, Ilaria Capua, virologa e vice presidente della Commissione cultura della Camera, e Silvana Tilocca, igienista, e membro del gruppo di lavoro sull'Ebola, istituito dalla Regione. «L'Ebola – dice Pierpaolo Vargiu – esiste da 35 anni e non è mai stato investito un soldo nella ricerca, perché il virus interessava pochi paesi marginali dell'Africa Centrale. Oggi, l'Occidente non può più ragionare su problemi sanitari come se riguardassero solo alcune specifiche nazioni. Non ci sono epidemie in Guinea, ci sono epidemie che dalla Guinea minacciano il mondo. La risposta sanitaria deve essere globale». Ebola, sottolinea Ilaria Capua, è solo la punta dell'iceberg di una serie di fenomeni sanitari che riguardano la globalizzazione. «Ebola – spiega la parlamentare – come altri virus, si trasmette dagli animali all'uomo e si sta espandendo perché la malattia è passata dai villaggi alle grandi città africane, dove più difficile è il controllo del contagio. Ebola – aggiunge – è scappata di mano all'Oms che ha sottovalutato determinate dinamiche, pensando che il virus non sarebbe mai arrivato dalle campagne alle città. Così non è stato». La Sardegna, come il resto d'Italia è a rischio limitato, ma non esente da pericoli. «Pensare di occuparci della salute con azioni circoscritte al nostro territorio è un errore – afferma Silvana Tilocca –. Ebola ci costringe a ragionare in termini globali. Dobbiamo occuparci delle diseguaglianze di salute nel mondo, non possiamo più ignorare le condizioni sanitarie delle altre popolazioni. Ma non esiste solo Ebola e altre patologie stanno riemergendo anche da noi, in un contesto di impoverimento progressivo. Per quanto riguarda l'aspetto specifico di Ebola, la Regione ha elaborato un protocollo che prevede otto diversi codici, distinti da diversi colori, con otto possibilità di risposte in base alla specificità e gravità delle possibili situazioni. Il protocollo, inoltre, stabilisce i criteri del trasporto di eventuali malati, le misure di decontaminazione, l'utilizzo delle protezioni individuali, la formazione degli operatori sanitari e la corretta comunicazione, strumento, quest'ultimo, indispensabile per contenere la paura e arginare il panico».

SASSARI Stipsi, chirurghi riuniti per discutere di diagnosi e cure

Un momento di confronto e riflessione su due patologie diffuse in Sardegna e nel Sassarese molto più di quanto si immagini: si tratta della stipsi e dell'incontinenza fecale. Per questo alcuni giorni fa a Sassari si è tenuto un importante congresso tri-regionale (Sardegna, Calabria, Sicilia) patrocinato dalla Società italiana di Chirurgia colo-rettale (Siccr) e sponsorizzato dall'Azienda ospedaliero universitaria di Sassari. Organizzatore il professor Claudio Feo, rappresentante Siccr per la Sardegna, ma all'iniziativa hanno collaborato anche i colleghi Salvatore Bracchitta e Vincenzo James Greco, che sono rispettivamente i rappresentanti Siccr della Sicilia e della Calabria. Era inoltre presente il presidente nazionale Antonio Amato. «La stipsi e

l'incontinenza fecale sono patologie frequenti – hanno spiegato gli organizzatori – e possono essere molto invalidanti con gravi ripercussioni sulla vita sociale, lavorativa e familiare delle persone che ne sono affette». Il congresso ha visto coinvolti chirurghi esperti in chirurgia colo-rettale, gastroenterologi e radiologi provenienti dalla Sardegna, dalla Sicilia e dalla Calabria che hanno cercato di individuare in maniera multidisciplinare le migliori strategie per la diagnosi e per il trattamento dei pazienti affetti da stipsi e incontinenza fecale. In Sardegna esistono fortunatamente specialisti esperti nel trattamento di queste patologie e il congresso che si è svolto nell'hotel Leonardo Da Vinci ha rappresentato un'importante occasione per confrontarsi sulle sempre più moderne tecniche di inquadramento diagnostico, di cura e anche di riabilitazione specifica che potranno essere di grande aiuto per i pazienti

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Stabilità. Regioni chiedono un Tavolo tecnico per loro proposte. Chiamparino: "Si mira a rendere sostenibile la manovra"

Come ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni, queste proposte puntano a rendere "più stringente" il Patto per la salute e si muoveranno su alcune direttrici: avere risorse e gli investimenti nel campo dell'edilizia sanitaria, costi standard per tutti, razionalizzazione del fondo per il trasporto pubblico locale.

“Abbiamo rimesso in fila tutte le nostre proposte, arricchendole anche rispetto alle ipotesi già delineate dopo l'incontro con il Presidente del Consiglio”. Così il presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**, ha sintetizzato l'esito dell'incontro della Stato-Regioni di oggi che aveva all'ordine del giorno, fra l'altro, la "verifica sul confronto in atto sulla Legge di Stabilità 2015”.

“Ho buone ragioni per ritenere che nei prossimi giorni, per non dire nelle prossime ore, partiranno i gruppi di lavoro e il tavolo tecnico su queste proposte - ha aggiunto il Presidente della Conferenza delle Regioni -. Si tratterà di importanti momenti di confronto che “mi auguro possano arrivare a farci condividere con il governo proposte utili a rendere sostenibile la manovra per tutti”.

“Si punta - ha chiarito - a rendere più stringente il Patto per la salute già firmato, ad avere risorse per gli investimenti nel campo dell'edilizia sanitaria, costi standard per tutti, razionalizzazione del fondo per il trasporto pubblico locale. Ognuna di queste si articola in sei proposte tecniche che richiedono un lavoro comune con il ministero dell'Economia sul piano tecnico”.

Legge Comunitaria 2013: riposi standard per i dirigenti Ssn

Tra circa un anno scadrà la deroga in merito all'orario di lavoro e ai riposi del personale delle aree dirigenziali degli enti e delle Asl del servizio sanitario nazionale. L'articolo 14 della legge comunitaria, in attesa di pubblicazione sulla «Gazzetta ufficiale», ha previsto che decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore della norma stessa, sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto legge 112/2008 e il comma 6 bis dell'articolo 17 del Dlgs 66/2003.

Il comma 6 bis stabilisce che le undici ore consecutive di riposo giornaliero non si applicano al personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale (Ssn), per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della salute e sicurezza. Successivamente l'articolo 41, comma 13 del Dl 112/2008 ha rimodulato il Dlgs 66/2003 e stabilito che al personale delle aree dirigenziali degli enti e delle Asl, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 (durata massima dell'orario di lavoro) e 7 del Dlgs 66/2003, demandando ancora una volta alla disciplina contrattuale le idonee modalità atte a garantire la tutela psicofisica di tali categorie di lavoratori.

La scelta del legislatore italiano non è però passata inosservata alla Commissione europea che, già nell'aprile 2012, aveva richiamato il governo italiano a uniformarsi alla direttiva 88/2003/Ce, la quale disciplina le tutele di tutti i lavoratori e, quindi, anche se dipendenti del Ssn. Del resto, come si è fatto rilevare, la legislazione italiana non poteva demandare alla contrattazione collettiva la disciplina di una disposizione stabilita con apposita direttiva comunitaria.

Per far fronte alle conseguenze derivanti dall'abrogazione delle deroghe, lo stesso articolo 14 della legge comunitaria stabilisce che le Regioni e Province autonome vi provvederanno attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili attuando appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi.

Al fine poi di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi essenziali delle prestazioni, saranno ancora una volta i contratti collettivi nazionali di comparto a disciplinare le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Ssn preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo equivalenti periodi di riposo compensativo immediatamente successivi al lavoro, ovvero, in caso di impossibilità, adeguate misure di protezione del personale stesso. Nelle more di rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero, attuative dell'articolo 41, comma 13, del Dl 112/2008 cessano di avere applicazione 12 mesi dopo dall'entrata in vigore della legge comunitaria.

Privacy. Continuano i controlli Gdf negli studi Mmg. Vademecum per prevenire le sanzioni

La ricetta del dottore lasciata nella busta sul tavolino in sala d'attesa? Forse non la vedremo più. La Guardia di Finanza sta intensificando i controlli sulle strutture sanitarie per verificare il rispetto delle regole sulla riservatezza, e in Liguria ha sanzionato medici di famiglia, per ricette non consegnate ai pazienti a mano, ma lasciate alla mercé degli "attenders". In un caso, il medico avrebbe lasciato le ricette in consegna in farmacia e qui, oltre a configurarsi un possibile rapporto economico tra i due professionisti, si entra nel campo della comunicazione di dati a persona non titolata, un atto che potrebbe rilevare anche sul piano deontologico, e che il Codice della privacy del 2003 sanziona con pene pecuniarie di varie decine di migliaia di euro. **Paola Ferrari** avvocato, da anni attiva nella difesa dei medici di famiglia, ha approntato un [vademecum](#) (L'importanza del trattamento dati nello studio del mmg) con Frequently Asked Questions e suggerimenti legge alla mano. «L'omissione delle misure di sicurezza è uno dei motivi per cui la visita della GdF può creare problemi a un medico che non s'è adeguato ancora al Codice. L'altro frequente motivo di sanzione –osserva Ferrari – è la mancata affissione del cartello con l'informativa prevista dall'art. 13 del codice. Infine, ci sono l'abbandono di documentazione in luoghi visibili e la poca riservatezza delle conversazioni». In genere la visita della GdF, continua Ferrari, «è tesa a verificare che i pazienti sappiano chi tratta i loro dati e che i collaboratori di studio "incaricati" di gestire questi dati abbiano lettere d'incarico e se il medico si sia curato di dare specifiche indicazioni di sicurezza e di non utilizzabilità dei dati gestiti da parte delle società esterne che forniscono servizi in cloud». Per tornare al rilascio delle ricette le stesse devono essere consegnate al paziente interessato o ad un suo incaricato munito di delega. L'articolo 31 del Codice infatti chiede di proteggere i dati sensibili da perdite ed accessi non autorizzati. Mettere in condizione chicchessia di prendere una busta non sua, anche solo per distrazione, è una violazione». Altre regole da seguire? «Insonorizzare gli ambienti, per evitare che dalla sala di attesa qualcuno ascolti informazioni sulla salute derivanti dalla conversazione medico. In particolare, è fondamentale che il personale sappia che non deve mai comunicare patologie o informazioni, anche telefoniche, a persone diverse dal paziente il quale ha diritto alla riservatezza delle sue informazioni».

Equivalenti Tra i medici restano sacche di "freddezza"

Aumentano (dal 36 al 44%) gli italiani convinti che i farmaci equivalenti non presentino minor tollerabilità degli originator, e cresce dal 77 al 79% la parte di

pubblico che ha avuto un'esperienza positiva con questi prodotti, che in sei anni hanno fatto risparmiare un miliardo e mezzo di euro al servizio sanitario. Per contro, la diffusione percepita dell'unbranded è molto inferiore e resta un 47% di connazionali convinti di assumere medicinali poco usati. I dati emergono dal sondaggio Doxa "la sostenibilità della cura" condotto per il secondo anno su un campione di 600 italiani intervistati online e un altro di medici di famiglia e farmacisti. Resta poi un 36% (lieve diminuzione per complessivamente un decimo delle segnalazioni) di medici di famiglia che non appaiono né favorevoli né contrari al farmaco non di marca. Accanto a un 26% di cittadini i cui curanti non parlano del tema farmaci equivalenti, emerge che solo il 46% dei mmg è veramente favorevole mentre un 21% non prende posizione e un 7% è decisamente contrario. Tre i motivi della contrarietà: primo il fatto che si tolleri un range troppo ampio di "equivalenza biologica", pari al 20%, rispetto al farmaco di marca; secondo, a parità o quasi di prezzo si consiglia l'originator perché lo si conosce meglio; terzo, in alcune aree delicate (neurologia, psichiatria, cardiovascolare) l'oscillazione in basso o in alto del 20% della disponibilità del principio attivo può creare problemi. Presente all'incontro, il farmacologo **Silvio Garattini** denuncia che ancora molti medici risentono dello stimolo della pubblicità delle industrie del farmaco, «non efficacemente contrastato da Agenzia del farmaco e governo né da una campagna informativa nazionale sui mezzi radiotelevisivi». **Giuseppe Nielfi** presidente del sindacato degli specialisti Asl Sumai, sottolinea le carenze formative nel mondo medico. «Dallo stato dovrebbe arrivare un'iniziativa per una Fad comune dei medici del territorio su questi temi; sappiamo quanto il dare informazioni confliggenti tra medici non giovi al rapporto di fiducia e al Servizio sanitario». Non del tutto soddisfatto dell'indagine **Enrique Hausermann** presidente di Assogenerici: «Da 15 anni i discorsi in materia di equivalenti non sono cambiati, ancora nel 2013 – come rileva il rapporto Osmed - gli italiani hanno speso un miliardo di euro per procurarsi il farmaco di marca. Le prime normative del '96 sulla commercializzazione degli equivalenti imponevano studi di bioequivalenza ma con la prima vera rivoluzione del 2001 fu possibile rendere equivalenti farmaci registrati come copie, cioè sulla base di studi clinici propri. Quei farmaci erano meno di cinque, ma c'era la nimesulide». Proprio lì si osservarono differenze marcate rispetto all'originator, il cui ricordo tuttora pesa.

DIRITTO SANITARIO **Rischio radiologico, criteri di valutazione dell'indennità**

La Commissione procede all'accertamento basandosi su dati formali, che siano al contempo certi quanto alla rilevazione ed all'interpretazione, nonché idonei a rappresentare con continuità il concreto svolgimento dell'opera degli interessati. Tale accertamento non va per forza compiuto con l'analisi d'ogni singola vicenda d'ogni singolo lavoratore, ben potendo pure avvenire sulla scorta di congrue, razionali e seriamente rappresentative rilevazioni a campione di tipo dosimetrico ed esposimetrico. Queste ultime servono appunto a giudicare il grado di concreto

assorbimento delle radiazioni ionizzanti, affinché la predetta Commissione sia messa in grado di verificare se il dipendente sia di fatto esposto al rischio radiologico e in qual misura. Sicché ben può la Commissione esprimere il proprio oggettivo convincimento, sulla scorta dei dati lavorativi dei dipendenti per ciascun anno, pure grazie alla predetta rilevazione a campione effettuata da soggetto esperto in valutazioni dosimetriche. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584