

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2015

---

## LA NUOVA SARDEGNA

**SASSARI I retroscena dell'inchiesta Dore. Il Pm: spinsero il giovane al suicidio La Procura indaga 4 medici per omicidio colposo: non curarono una depressione avanzata Al ragazzo fu proibito di scrivere poesie e di prendere farmaci Venne convinto di essere un narcisista negativo con una doppia personalità**

«Omessa cura di uno stato depressivo che peggiorava progressivamente fino a cronicizzarsi e a spingere il giovane Luca Scognamillo al suicidio». Non ha dubbi il pubblico ministero Gianni Caria quando descrive – nell'avviso di chiusura indagini della famosa inchiesta sull'Alzheimer – i comportamenti dei medici Mario Piredda, Giuseppe Dore, Marinella D'Onofrio e Massimo Lai ai quali attribuisce la nuova ipotesi di reato di omicidio colposo. Il sostituto procuratore Caria dal 2012 a oggi ha cercato di far luce sulla "Psiconeuroanalisi", terapia che il medico di Ittiri (arrestato ad agosto di due anni fa e scarcerato dopo un mese) considera una miracolosa cura che eliminerebbe le demenze senza l'utilizzo di farmaci, semplicemente con esercizi linguistici e vitamine. Ventisei persone – tra medici, familiari di pazienti, politici – sono indagati per associazione a delinquere, truffa, maltrattamenti, lesioni e (novità delle ultime settimane) abuso d'ufficio e omicidio colposo. La vicenda che ha convinto il pm a indagare quattro medici per quest'ultimo reato è molto complessa e delicata. I retroscena sono contenuti proprio nel 415bis dove Caria ricostruisce la storia del ragazzo di Alghero «affetto da forti dolori articolari causati da tenosinovite e borsite, oltre che da uno stato depressivo derivante dall'impossibilità di fare sport e dalla convinzione di non poterlo più fare, tale da renderlo particolarmente vulnerabile e suggestionabile». Il giovane a un certo punto andò in cura dal fisiatra Mario Piredda «che anziché indirizzarlo alle cure di uno specialista affidabile, convinse lo Scognamillo che i suoi dolori erano di origine psicosomatica e che pertanto avrebbe

dovuto seguire il percorso terapeutico della Psiconeuroanalisi dal dottor Dore». Ci fu un colloquio successivo con Dore, D'Onofrio e Lai durante il quale, scrive il pm, «furono fatti fare allo Scognamillo degli esercizi di coordinazione delle mani che lui non riuscì a compiere bene e Dore gli disse che “era tornato allo stadio della scimmia”». Secondo l'accusa, in quell'occasione Dore, «in contrasto con ogni conoscenza scientifica in materia e senza alcun tipo di riscontro obiettivo e strumentale, spiegò al giovane che l'emisfero sinistro del cervello, quello della logica, era bloccato in quanto aveva sviluppato eccessivamente la parte destra emozionale, quindi i problemi fisici erano dovuti a questo blocco». Il giovane fu seguito inizialmente solo da Piredda che «vietò al ragazzo di scrivere poesie e di prendere farmaci non accorgendosi che il suo stato depressivo peggiorava». Ma nelle sedute successive accadde ben altro: «Il giovane venne convinto – scrive Caria – di essere un narcisista negativo, di avere una doppia personalità, identificandola come quella del killer seriale o del killer emozionale». «Scognamillo pensava inoltre di avere la personalità dell'Arcangelo Michele e che tale figura era destinata per natura a non avere legami con nessuno». Da qui, secondo la Procura, cominciò il percorso di allontanamento del ragazzo dagli affetti. «La madre, viste le gravi condizioni del figlio che le aveva detto più volte di avere pensieri brutti, cioè che voleva togliersi la vita o anche che aveva il pensiero di uccidere la madre, comunicò al Piredda la situazione e alla richiesta che il figlio venisse seguito anche da uno psichiatra, lui rispose che era meglio fosse seguito da una persona sola». In seguito i genitori portarono il proprio figlio da un neuropsichiatra che riconobbe il grave stato psichico del giovane. «Il medico gli prescrisse subito dei farmaci che non fecero effetto visto il rifiuto iniziale di prendere medicinali e lo stato cronico». Fino alla “riunione conviviale” nel corso della quale «Dore si rivolse a Luca Scognamillo dicendogli: “Tu vuoi morire”. Alla risposta affermativa del ragazzo, Dore rispose: “E allora fallo”». Chiude, Caria, con il tragico epilogo: «Scognamillo, ormai affetto da uno stato depressivo cronico, si tolse la vita gettandosi dal ponte stradale di Calabona il 15 giugno 2012».

## **Ventisei indagati aspettano ora la decisione del Gip**

Sono ventisei le persone indagate dal sostituto procuratore Gianni Caria. Si tratta di: Giuseppe Dore, Marinella D'Onofrio, Massimo Lai, Gianfranco Dettori, Davide Casu, Salvatore Fadda, Maria Giuseppa Irde, Stefania Serra, Salvatore Dore, Luisa Cossu, Elena Cossu, Antonia Cossu, Antonello Peru, Ornelia Bombardieri, Andrea Di Carlo, Alfonso Di Stavolo, Carolina Greco, Verusca Panara, Cosimo Sarra, Maria Trusca, Federico Belli, Maria Luigia Cani, Mario Piredda, Luigi Infante, Marcello Giannico e Nicolò Licheri. Del collegio difensivo fanno parte gli avvocati Gabriele Satta, Mario e Gianmichele Pavone, Elias Vacca, Fabio Bruno, Franco Luigi Satta, Luigi Esposito, Marco Enrico, Francesca Vizzini, Elisabetta Udassi, Roberto Olla, Antonello Pais, Pietro Paolo Callà, Silvia Allai, Carmine Fierimonte, Amelia Montequollo, Ruggero Tomasi, Marco Feminella, Alessio Palladino, Maurilio Pioreschi e Carlo Pellegrini di Nadia Cossu.

## **L'accusa: «Giannico fornì i locali per le attività legate alla Psiconeuroanalisi» Il manager Asl e l'abuso d'ufficio**

Due nomi nuovi sono stati iscritti di recente nel registro degli indagati: si tratta dell'ex manager della Asl di Sassari Marcello Giannico e dell'allora direttore sanitario Nicolò Licheri. L'ipotesi di reato che il pubblico ministero Gianni Caria individua a loro carico è l'abuso d'ufficio per aver ceduto in comodato d'uso un'ala dell'ex ospedale Alivesi di Ittiri che avrebbe consentito al neurologo Giuseppe Dore e ai suoi collaboratori di portare avanti le attività legate all'Aion (l'associazione italiana operativa neuropsichiatria onlus) che avrebbe dovuto divulgare la terapia Dore. «Giannico – scrive il pm – contattato dal consigliere regionale Antonello Peru emise la deliberazione con cui si concedevano in comodato d'uso alcuni locali ubicati al primo piano dell'ospedale Alivesi di Ittiri a favore dell'Aion, ente privo dei requisiti di legge». Scende nel dettaglio Caria: «Il Peru, anche grazie alla posizione derivantegli dalla carica politica ricoperta, prese contatto con Giannico perché venisse assegnata all'Aion parte dell'Alivesi...Giannico sollecitò il direttore sanitario Licheri al disbrigo della pratica che veniva girata all'architetto per l'istruttoria tecnica. Il Licheri – scrive sempre Caria – non obiettò alcunché esprimendo un parere favorevole a Giannico tramite e-mail in cui diceva “parere favorevole a condizione che non sia intralciato il processo di riconversione della struttura e l'attività assistenziale in atto”». Nessuno, secondo il pm, dubitò dell'affermazione secondo cui con la Psiconeuroanalisi “c'era stata la guarigione di qualsiasi forma di demenza”. Giannico e Peru, secondo il pm, si diedero quindi da fare «in prima persona sollecitando il disbrigo della pratica». «La proposta venne recepita nella deliberazione che Giannico sottoscrisse anche in vece del direttore amministrativo Cavazzuti, in quel momento in malattia, ma non precedentemente informata della pratica in atto. Così intenzionalmente procuravano all'Aion (ente costituito ad hoc poco tempo prima con finalità prive di rilievo scientifico e con palesi scopi di lucro) e a Dore un ingiusto vantaggio patrimoniale costituito dall'uso indebito di locali pubblici».

## **REGIONE Sla, i fondi non saranno tagliati L'assessore Arru ha garantito uguali risorse all'associazione**

No alla riduzione dei fondi destinati ai malati di Sla e all'assistenza prevista nel programma “Ritornare a casa”: sono queste le due richieste rivolte all'assessore alla Sanità Luigi Arru da Giuseppe Lo Giudice, presidente della sezione sarda di Aisla (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica). Durante l'incontro in assessorato, Arru ha preso l'impegno formale di mantenere inalterate le risorse nel 2015. Aisla ha denunciato inoltre, ritardi, anche di sei mesi, e mancati pagamenti da

parte dei Comuni sardi degli assegni di cura dal Fondo per le non autosufficienze (Fna) che la Regione ha messo a disposizione alle amministrazioni comunali, attingendo dalle risorse Fna 2013. Lo Giudice ha chiesto all'assessore Arru di riconvocare subito la "Commissione regionale Sla", ferma da un anno, e di nominare al suo interno un delegato dell'Anci che verifichi la corretta erogazione degli assegni di cura da parte delle amministrazioni comunali. Nata nel 2008, la Commissione è composta da medici, rappresentanti delle associazioni e referenti della Regione. I membri della Commissione, tra cui il delegato Anci, saranno nominati entro la settimana prossima. Il presidente di Aisla ha fatto inoltre presente che molti malati di Sla gravi, non stanno ricevendo i contributi del programma di assistenza "Ritornare a casa" oltre ad essere stati ingiustamente esclusi anche dai contributi ulteriori che la Regione assegna agli operatori (caregiver) impegnati nell'assistenza domiciliare.

## **REGIONE Sanità, in attesa della riforma, una torta da 2,9 miliardi**

La sanità sarda può contare su 2 miliardi 899 milioni di euro: una cifra ancora insufficiente a coprire tutte le esigenze, come evidenziato durante l'audizione dell'assessore Arru in commissione. «Siamo molto preoccupati per la situazione: mancano sicuramente 40 milioni per il sociale», ha detto il presidente della commissione Raimondo Perra (Sardegna Vera). L'assessore ha illustrato la delibera 53/20 sulla ripartizione delle risorse, in attesa della riforma delle Aziende sanitarie ospedaliere. Per il 2015 la ripartizione dovrebbe essere questa: Asl di Sassari 486.542.633,44 euro, Asl di Olbia 210.304.567,63, Asl di Nuoro 258.925.193,25, Asl Lanusei 89.358.011,68, Asl Oristano 257.511.383,70, Asl Sanluri 142.025.170,21, Asl Carbonia 193.483.183,70, Asl Cagliari 856.353.036,87, Azienda Brotzu 154.957.256,37, Aou Sassari 115.907.626,67 euro, Aou Cagliari 133.846.442,83 euro. L'assessore Arru ha affermato di aver ricevuto notizie poco confortanti sui conti delle Aziende: se fossero confermate, gli ex direttori generali, che hanno disatteso la direttiva di marzo che imponeva loro di non andare oltre l'ordinaria amministrazione, dovranno rispondere del loro operato davanti alla Corte dei Conti.

## **L'UNIONE SARDA**

### **SASSARI Il neurologo santone Centro anti Alzheimer, il pm chiude l'inchiesta Fra i 26 indagati un consigliere regionale e l'ex manager Asl**

Fare soldi proponendo una terapia fasulla per l'Alzheimer, lucrando sulle pseudo prestazioni professionali, incassando donazioni dei parenti dei malati, con l'obiettivo finale di «stipulare convenzioni con la Asl di Sassari». E per i pazienti, non c'erano le terapie farmacologiche, ma condotte punitive come pugni nello stomaco, acqua gelida in faccia, pressione sui testicoli, strizzate dei capezzoli, schiaffi e violenze

psicologiche. Questa è soltanto una sintesi parziale dell'avviso di concluse indagini, firmato dal pm Gianni Caria, per la vicenda della "psiconeuroanalisi" (definita dal magistrato, una pseudo terapia) promossa dallo specialista di Ittiri, Giuseppe Dore. La Procura di Sassari ha chiuso il fascicolo a carico di 26 persone, i reati ipotizzati (le contestazioni per ciascun indagato sono diverse) vanno dall'associazione a delinquere al sequestro di persona, con accuse collegate di maltrattamenti, lesioni, truffa. Per il suicidio del giovane algherese Luca Scognamillo, anche lui in cura da Dore, il pm contesta l'omicidio colposo. L'oggetto dell'inchiesta condotta dai carabinieri è l'attività della Onlus Aion di Ittiri. Tra gli indagati, anche il consigliere regionale Antonello Peru e l'ex manager della Asl di Sassari, Marcello Giannico (difesi da Luigi Esposito, Marco Enrico e Pietro Paolo Callà) chiamati in causa per l'assegnazione di un piano dell'ospedale di Ittiri, all'associazione di Dore.

**LA FINE DELL'ALZHEIMER** Le attività della Onlus Aion e la promozione della terapia innovativa, denominata "psiconeuroanalisi", viene attribuita dal pm a Giuseppe Dore e ai colleghi Marinella D'Onofrio, Davide Casu, Mario Piredda e Massimo Lai. Gli specialisti (difesi da Gabriele Satta, Elias Vacca, Fabio Bruno e Mario Pavone) avrebbero, con ruoli diversi, costituito Aion e divulgato i protocollo terapeutico, anche con presentazione di libri. I malati, prima dei trattamenti nel centro Aion, venivano selezionati, secondo il pm, per la caratteristiche di suggestionabilità e possibilità di condizionamento. Sono indagati anche alcuni familiari dei pazienti (Cosimo Sarra, Verusca Panara, Carolina Greco e Ornelia Bombardieri) accusati di avere dato il loro contributo alle attività della Onlus Aion.

**I POST BUGIARDI** I carabinieri hanno passato al setaccio i contenuti di due siti internet promozionali di Aion. Si parla anche di false informazioni sulla terapia di Dore e post che «asserivano guarigioni di pazienti curati con il metodo della psiconeuroanalisi e indicati con nomi di fantasia». I trattamenti e le visite (secondo il pm, tra 60 e 150 euro a seduta) prevedevano «l'obbligo per i malati di ascoltare per diverse ore al giorno, le lezioni registrate dallo stesso Dore». Alla voce del neurologo, si legge negli atti, venivano attribuite qualità terapeutiche. Per l'assegnazione di un piano dell'ospedale di Ittiri, è indagato anche l'ex direttore sanitario della Asl, Nicola Licheri.

**OMICIDIO COLPOSO** Il pm Caria ha ritenuta valida la tesi dei familiari di Luca Scognamillo, assistiti dall'avvocato Alberto Sechi. Il ragazzo si tolse la vita nel giugno del 2012: secondo la Procura per l'omessa cura di uno stato depressivo.

## **SASSARI Morte in corsia, parenti in Procura Paziente trasferito per carenza di posti letto**

Vogliono sapere la verità, i familiari di Pieruccio Carta e ora attendono l'esito degli accertamenti disposti dal pm di Tempio, Roberta Guido, sulla morte del loro caro. Carta, 54 anni, ristoratore, vittima di un gravissimo incidente avvenuto nella sua azienda di Lu Colbu (Trinità d'Agultu) lo scorso novembre è entrato in fin di vita (ustioni sul volto e sul torace, causate dallo scoppio di una caldaia) nel reparto di rianimazione dell'Ospedale di Sassari. Il ristoratore venne letteralmente strappato alla

morte, alla fine dicembre il quadro clinico non era più disperato. Poi la tragedia. Per ragioni da chiarire, si parla della necessità di liberare un posto letto, dopo Natale, Carta viene trasferito in un altro reparto. L'uomo si aggrava e muore nel giro di qualche giorno. Il pm Roberta Guido ha chiesto al medico legale, Salvatore Lorenzoni, di accertare le cause del decesso. A quanto pare, il paziente, prima di lasciare il reparto di rianimazione, non stava certo benissimo, ma era stato dichiarato fuori pericolo.

## **REGIONE SANITÀ **Non autosufficienti, l'assessore: «Rimetteremo i fondi»** Incontro tra Luigi Arru e una delegazione dell'Associazione italiana Sla**

«L'assessore Luigi Arru si è impegnato a mantenere inalterate nel 2015 le risorse provenienti dal Fondo per le non autosufficienze destinate sia all'assistenza domiciliare delle persone con Sla e di tutti malati gravi e disabili sardi che al programma “Ritornare a casa”». Lo riferisce Giuseppe Lo Giudice, presidente della sezione sarda di Aisla (Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica) dopo un incontro con l'assessore regionale alla Sanità.

L'Aisla, come ha fatto alcuni giorni fa Salvatore Usala, segretario del Comitato 16 novembre, ha denunciato ritardi, anche di sei mesi, e mancati pagamenti da parte dei Comuni degli assegni di cura dal Fondo per le non autosufficienze che la Regione ha messo a disposizione alle amministrazioni comunali.

Concretamente per le famiglie significa non poter più contare sul supporto degli operatori che assistono a casa i circa 220 malati sardi, 175 dei quali hanno fatto richiesta di contributi per l'assistenza. Il problema principale resta quello di scovare i furbi, coloro che lucrano anche su un dramma come quello della Sla. Per questo Aisla ha chiesto all'assessore di riconvocare subito la Commissione regionale Sla, ferma da un anno, e di nominare al suo interno un delegato dell'Anci (l'associazione dei Comuni) che verifichi la corretta erogazione degli assegni di cura da parte delle amministrazioni comunali. L'assessore ha accolto la richiesta garantendo la nomina del gruppo entro settimana prossima.

Un altro problema riguarda i malati di Sla allo stadio “C” (non possono più muoversi e devono ricorrere al respiratore per diverse ore al giorno) che non ricevono i contributi del programma “Ritornare a casa” e nemmeno i fondi per pagare gli indispensabili assistenti domiciliari. A stabilirlo è stata una delibera del maggio 2014 che prevede contributi per i malati gravissimi (coloro che si trovano nel cosiddetto stadio “D”), ma esclude quasi tutti gli altri ammalati, che vivono situazioni drammatiche e gravose per le loro famiglie. L'associazione ha chiesto di abrogare la delibera e, riferisce il presidente, «l'assessore sta esaminando e valutando la richiesta».

Intanto prosegue lo sciopero della fame parziale di 70 malati gravi, tra cui 37 affetti da Sla, che attendono certezze finanziarie dalla Regione. Se non saranno ripristinati 36 milioni di fondi, mercoledì prossimo i malati attueranno lo sciopero totale e non ricaricheranno le batterie dei respiratori automatici. Cioè si lasceranno morire.

### **Diabete. La mortalità cresce dell'1,1% all'anno fra gli uomini e dell'1,3% fra le donne. In Italia 1 decesso ogni 20 minuti**

*Questi alcuni dati dell'Italian Barometer Diabetes Report 2014, prodotto dall'Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation, presentato oggi al Ministero della Salute. In Italia circa 27mila persone tra i 20 e i 79 anni muoiono ogni anno per questa malattia. Un dato sottostimato che non tiene conto delle fasce di età più avanzate e dei decessi per altre cause attribuibili al diabete. [IL RAPPORTO](#)*

A livello mondiale, se nei primi anni del duemila, il 59% della mortalità era attribuibile alle malattie non trasmissibili, come il diabete, nel 2030 si stima che il 69% dei decessi sarà legato alle patologie croniche. Tuttavia, mentre la mortalità per tumori e malattie cardiovascolari è in diminuzione, quella per diabete cresce dell'1,1% all'anno fra gli uomini e dell'1,3% fra le donne.

Sono questi alcuni dati contenuti nella settima edizione dell'Italian Barometer Diabetes Report 2014, prodotto dall'Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation e presentato questa mattina al Ministero della Salute.

Una pubblicazione, ha spiegato **Renato Lauro**, Presidente dell'IBDO Foundation che risponde all'esigenza di “avere un quadro che annualmente segnali con puntualità i progressi realizzati da Istituzioni e comunità scientifica nella lotta al diabete nel nostro Paese, contribuendo nel contempo ad animare il dibattito su questa importante patologia”.

Puntare i riflettori su questa patologia è sempre di più una priorità, come dimostrano i dati: “Entro il 2030 il diabete passerà dall'undicesima alla settima causa di morte nel mondo – ha spiegato **Agostino Consoli**, Professore ordinario di endocrinologia dell'Università di Chieti e Coordinatore del Rapporto – mentre nei Paesi industrializzati sarà al quarto posto, dietro soltanto alle malattie cardiovascolari, alle malattie cerebrovascolari e ai tumori delle vie respiratorie, ma molto più avanti rispetto agli altri tipi di tumore o ad altre patologie croniche. Poiché le malattie non trasmissibili sono in gran parte prevedibili, il numero di decessi potrebbe essere notevolmente ridotto attraverso opportune strategie di prevenzione basate su *early detection, diagnosis and treatment*, ossia individuazione, diagnosi e trattamento precoci”.

Tutte priorità che il Ministero della Salute non dimentica. “Stiamo mettendo il massimo impegno nella lotta alla malattia diabetica – ha ricordato il Sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** – sia attraverso programmi specifici, come previsto dal Piano Nazionale sulla prevenzione, sia attraverso la promozione di stili di vita salutari, prevista dal programma ‘Guadagnare Salute’, che ha come obiettivo la maggiore diffusione possibile di scelte di vita salutari, incentivando soprattutto l'attività motoria e la sana alimentazione. Si tratta di interventi intersettoriali tesi a

coinvolgere tutti i protagonisti di quella filiera complessa che è il sistema salute, per raggiungere obiettivi ambiziosi quali il migliorare la qualità della vita, diminuire il numero delle cronicità e trasferire il conseguente risparmio dei costi dalla cura alla prevenzione”.

**Dai dati raccolti nel Rapporto**, in Italia circa 27mila persone nella fascia di età fra i 20 e i 79 anni muoiono ogni anno a causa del diabete, il che equivale a un decesso ogni 20 minuti. Si tratta comunque di un dato ampiamente sottostimato, sia perché non tiene conto delle fasce di età più avanzate, sia perché molti decessi per cause cardiovascolari, cerebrovascolari e per tumore sono in realtà da attribuire al diabete. Oltre a ridurre l'aspettativa di vita di 5-10 anni, il diabete è responsabile di complicanze serie ed invalidanti. Dal 60% all'80% delle persone affette da diabete muoiono a causa di malattie cardiovascolari. Queste sono da due a quattro volte più frequenti nelle persone con diabete, rispetto a quelle senza, di pari età e sesso, e sono soprattutto le complicanze più gravi, quali infarto, ictus, scompenso cardiaco e morte improvvisa, a colpire più spesso chi ha il diabete.

### **Le complicanze del diabete.**

**La retinopatia diabetica** costituisce la principale causa di cecità legale fra i soggetti in età lavorativa ed è inoltre responsabile del 13% dei casi di handicap visivo. Circa un terzo delle persone con diabete è affetto da retinopatia e ogni anno l'1% viene colpito dalle forme più severe di questa malattia. Sulla base delle stime che danno in continuo aumento la percentuale sulla popolazione di persone con diabete, e considerando che il 3-5% di queste è soggetto a retinopatia ad alto rischio, 90.000-150.000 cittadini italiani sono a rischio di cecità, se non individuati e curati in tempo.

**Il 30-40% di chi soffre di diabete di tipo 1 e il 5-10% di quelli con diabete di tipo 2 sviluppano insufficienza renale terminale** dopo 25 anni di malattia. In Italia oltre il 10% della popolazione dializzata è affetta da diabete e la percentuale sale a oltre il 30% nella fascia di età fra 46 e 75 anni. L'aspettativa di vita di un paziente in dialisi è inferiore di un terzo rispetto a un soggetto di pari età, sesso e razza, ed è di circa 9 anni se la dialisi inizia attorno ai 40 anni e di poco più di 4 se inizia a 59 anni.

**Le complicanze agli arti inferiori**, legate sia al danno vascolare sia a quello neurologico, aumentano con l'età fino ad interessare più del 10% delle persone con diabete oltre i 70 anni. Il 15% di chi ha il diabete sviluppa nel corso della vita un'ulcera agli arti inferiori, e un terzo va incontro ad amputazione. Fra chi è sottoposto ad amputazione non traumatica, il 50% è affetto da diabete. Il tasso di mortalità nelle persone con diabete è doppio in presenza di tali complicanze e il 50% di chi subisce un'amputazione maggiore va incontro a morte entro 5 anni.

**Le complicanze neuropatiche** sono inoltre responsabili di disfunzione erettile, che colpisce fino al 50% degli uomini con diabete di lunga durata. Questa condizione ha un enorme impatto sulla qualità della vita e rappresenta a sua volta un importante fattore di rischio di depressione.

“Per tutte queste ragioni, la malattia diabetica ha un forte impatto anche sulla famiglia di una persona che ne soffre. È nostro preciso dovere intervenire con

iniziative legislative che promuovano non solo la prevenzione e favoriscano l'assistenza, ma rimuovano ogni eventuale barriera od ostacolo all'accesso alle cure e facilitino l'informazione e la conoscenza", ha sottolineato **Lorenzo Becattini**, promotore, insieme a **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, dell'Intergruppo parlamentare "Qualità della vita e diabete".

## **Antimafia. L'allarme della Cao: "Possibili infiltrazioni nel mercato del franchising odontoiatrico"**

*La denuncia arriva dal Rapporto Italia 2015 di Eurispes, ed è rilanciata dal Presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, che ha chiesto un'Audizione davanti alla Commissione Antimafia. Il business delle cure dentarie sarebbe appetibile anche dal punto di vista del money laundering, vale a dire il riciclaggio di denaro sporco. [LA LETTERA](#)*

Il business delle cure dentarie è appetibile anche dal punto di vista del money laundering, vale a dire il riciclaggio di denaro sporco. La denuncia arriva dal Rapporto Italia 2015 di Eurispes, appena presentato a Roma, ed è rilanciata dal Presidente della Cao nazionale, **Giuseppe Renzo**, che ha chiesto un'Audizione davanti alla Commissione Antimafia.

Renzo chiede di essere ascoltato sull'abusivismo, sulla riforma dell'articolo 348 del Codice Penale, "che sanziona in modo non certamente dissuasivo" questo reato, e in particolare sul problema del presunto riciclaggio di denaro sporco attraverso il franchising odontoiatrico.

"Negli ultimi tempi - scrive Eurispes - il mercato del franchising odontoiatrico ha attirato anche l'attenzione della criminalità organizzata. Le indagini condotte dalle Forze dell'ordine hanno recentemente fatto emergere che affiliati alla 'ndrangheta, al fine di riciclare denaro sporco, hanno investito in questo settore. Le informazioni disponibili, sia pure ancora non ufficiali, segnalano nelle diverse regioni italiane, soprattutto in quelle del Nord, una nuova e sensibile attenzione della criminalità organizzata ad un settore che viene considerato particolarmente attraente e possibile fonte di nuovi investimenti e consistenti guadagni".

## **SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

### **Competenze, gli infermieri accusano i medici**

*di **Alessandro Beux (FNC TSRM CoNaPS)**, **Antonio Bortone (CoNaPS)**, **Miriam Guana (FNCO)**, **Annalisa Silvestro (FNC IPASVI)***

Abbiamo letto l'ennesima nota proveniente dal mondo medico sull'ormai mitico comma 566 della legge 190/2014. Che non apre ad alcun confronto costruttivo. Anzi utilizza il rifiuto al confronto e si trincerava dietro posizioni acquisite che stanno cambiando rotta nei fatti, come nel resto d'Europa se non del mondo.

A tal proposito giova ricordare in premessa:

- che le rappresentanze ordinistiche e quelle sindacali dei medici sono state più volte consultate - e di ciò vi è abbondante e formale traccia - nel davvero lungo percorso che ha portato alla stesura di diversi documenti sia sulla "ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico", sia sulla "ridefinizione e l'implementazione delle competenze e delle responsabilità professionali del Tecnico sanitario di radiologia medica";

- che non sono solo i medici a garantire e tutelare la salute dei cittadini e tantomeno che i medici sono i soli professionisti sanitari a rispondere di eventuali eventi avversi in sede amministrativa, civile e penale;

- che se di frantumazione si deve parlare, forse bisogna anche riflettere su quanto e come impatta la frantumazione prodotta dalle 52 specializzazioni mediche e ulteriori sottospecializzazioni e categorizzazioni nello spaccettamento dei pazienti e di come tale frantumazione si riverberi sulla cura, sull'assistenza oltre che su tutti i processi organizzativo gestionali e sull'individuazione vera e agita di chi dovrebbe assumere la "responsabilità unitaria" del percorso globale del paziente e, soprattutto, assumere un "ruolo di governo e sintesi", da esercitare in caso di conflitti tra le diverse autonomie ovvero anche nei confronti delle autonomie esercitate per legge, oltre che per specifica e riconosciuta capacità, da professioni altre e ben distinte da quella medica.

Anche l'altra parte del cielo respinge il gioco dell'oca che da almeno 4 anni le rappresentanze dei medici continuano a utilizzare nella partita della ridefinizione evoluta delle competenze delle professioni sanitarie conseguente all'obiettivo upgrading formativo, assommando su se stessi contemporaneamente il ruolo di giocatori che contrastano ogni proposta e quello di arbitri del gioco con il fischiello facile.

Da tempo e ancora oggi i professionisti clinici e "gli altri" non operano certo impegnandosi in processi interagenti e integrati, ma dentro percorsi impostati e pervicacemente mantenuti da chi ha potere decisionale e non solo, come una somma (la sommatoria è già futuro!) di atti diversi e diversificati che dovrebbero portare alla risoluzione i problemi del paziente. La logica e il metodo del processo e del lavoro di equipe oltre che l'approccio e la gestione olistica e la personalizzazione delle cure e dell'assistenza, sono argomenti su cui, evidentemente, si continua a fare disquisizione filosofica o riflessioni da presentare e trattare esclusivamente nei corsi ECM, nei seminari, nei convegni e nei congressi.

Da tempo l'intero universo delle professioni di questo Paese bramerebbe sapere - magari proprio dai medici - in che cosa, quando e su quali competenze (ma anche su quali atti, prestazioni, azioni ecc...) ci sono o ci saranno o ci potranno essere "confuse sovrapposizioni di competenze, oltre che di responsabilità, mediche e non mediche".

Piacerebbe inoltre capire di quale pilastro dell'ordinamento professionale si parla; pare di poter supporre che si parla unicamente di quello dei medici. Se così fosse, si ricorda sommessamente che ci sono anche altri pilastri professionali e che esiste un

ordinamento giuridico che disegna nella sua completezza e complessità, l'intero mondo sanitario. Su quell'ordinamento e sulle radici professionali di ognuno si potrebbe insieme, come insieme si sta accanto al malato, disegnare perimetri e ambiti di esercizio professionale e individuare metodi e criteri per ragionare di complessità clinica e di complessità assistenziale.

Piacerebbe anche mettere a confronto, per trovare una sintesi equilibrata non solo tra giuristi ma anche tra i professionisti, le diverse interpretazioni giuridiche sul "criterio limite all'esercizio professionale delle professioni sanitarie fissato dall'art.1 comma 2 della Legge n.42/99".

Ci sono fondati motivi per ritenere che lo strumento dell'accordo tra Governo e Regioni non si inquadri nelle disposizioni che fissano i principi generali che disciplinano la materia? Attendiamo fiduciosi l'esito dell'approfondimento.

Non continuiamo però con il gioco dell'oca: è bene affrontare con spirito costruttivo la vera questione, anche perché la richiesta di abrogazione di alcuni commi, articoli e quant'altro inerenti le disposizioni di leggi ormai evidentemente datate, non è prerogativa che può essere fatta propria da un solo gruppo professionale. Vorremmo sconfiggere il pensiero che serpeggia fra tanti, ossia che ci sia chi rifugge da ogni vero e reale confronto per rimanere ancorato nelle proprie granitiche e apodittiche visioni del mondo e della sanità.

Chiediamo anche noi a questo punto, e con forza, un chiaro posizionamento sulla questione upgrading formativo e correlate competenze delle professioni sanitarie. Il comma 566 della legge 190/14 è solo uno degli elementi su cui ragionare e trovare accordo con lo sguardo al futuro e ai bisogni emergenti non solo dei cittadini ma anche dei professionisti e di tutti gli operatori che compongono le equipe che curano le Persone. "Da soli possiamo fare così poco; insieme possiamo fare così tanto".

## **Boom partite Iva nel 2014: la sanità cresce del 34% in un anno**

Boom senza precedenti di nuove partite Iva nel 2014: un esercito di 574mila professionisti (maschi per il 62% del totale) che hanno deciso di mettersi sul mercato, con un aumento rispetto all'anno precedente dell'8,5%. Molti hanno deciso di fare il passaggio nel mese di dicembre (+203,4% rispetto al dicembre del 2013), dopo che il Governo ha presentato i nuovi regimi de minimis per le partite Iva nella legge di stabilità. A guidare il carrozzone degli aumenti rispetto al 2013 ci sono le attività professionali (+34%) e, a leggerissima distanza, la sanità (+33,4%). Sono i dati illustrati dall'Osservatorio sulle partite Iva, istituito presso il ministero delle Finanze. Numeri che celano storie e situazioni con cui occorre confrontarsi: poco meno di 41mila persone che entrano nel mondo della sanità dalla porta della libera professione..

La manovra ha introdotto - a partire dal 2015 - un nuovo regime forfetario in sostituzione del preesistente regime fiscale di vantaggio. Entrambi i regimi esonerano

i contribuenti dal pagamento di Iva e Irap. Il regime di vantaggio, in vigore fino al 2014, limita l'imposta dovuta al 5% degli utili dichiarati e può essere mantenuto per cinque anni, con l'eccezione dei soggetti giovani che, fino al compimento del 35° anno di età, possono mantenerlo anche oltre i cinque anni.

Il nuovo regime forfetario, introdotto a partire dal 2015, può essere invece mantenuto senza limiti di tempo e fissa l'aliquota di imposta al 15% del reddito determinato forfetariamente sulla base di una percentuale dei ricavi/compensi (che varia in base all'attività esercitata). I requisiti per poter aderire o rimanere nei due regimi sono differenti, per esempio il tetto massimo di ricavi/compensi è 30.000 euro per il regime di vantaggio, mentre per il regime forfetario varia tra 15.000 e 40.000 euro in base all'attività esercitata. La legge di stabilità dispone anche che le partite Iva in essere al primo gennaio 2015 con il "vecchio" regime avrebbero potuto continuare ad operare secondo tale modalità, ed è quindi probabile che alcuni soggetti abbiano anticipato l'apertura della partita Iva entro la fine del 2014, ritenendo il regime allora in vigore più vantaggioso per la propria attività. Nel 2014 le adesioni al regime fiscale di vantaggio sono state 194.140 (pari al 33,8% del totale degli avviamenti). La distribuzione per natura giuridica mostra che nel 2014 circa il 75% del totale delle nuove aperture di partite Iva ha riguardato le persone fisiche, il 19% le società di capitali e il 6% le società di persone.

La ripartizione territoriale fa rilevare che il 43% delle nuove aperture, nel corso dell'anno appena terminato, è avvenuto al Nord, il 23% al Centro e circa il 34% al Sud ed Isole. Il confronto con il 2013 mostra che in tutte le Regioni si è verificato un incremento di aperture, più sensibile in Calabria, Sardegna, Umbria, Provincia Autonoma di Trento e Lombardia, all'interno di un range compreso tra il 10 e il 12%.

**Entrambi i regimi esonerano i contribuenti dal pagamento di Iva ed Irap.** Il regime di vantaggio, in vigore fino al 2014, limita l'imposta dovuta al 5% degli utili dichiarati e può essere mantenuto per cinque anni, con l'eccezione dei soggetti giovani che, fino al compimento del 35° anno di età, possono mantenerlo anche oltre i cinque anni. Il nuovo regime forfetario, introdotto a partire dal 2015, può essere invece mantenuto senza limiti di tempo e fissa l'aliquota di imposta al 15% del reddito determinato forfetariamente sulla base di una percentuale dei ricavi/compensi (che varia in base all'attività esercitata). I requisiti per poter aderire o rimanere nei due regimi sono differenti, ad esempio il tetto massimo di ricavi/compensi è 30mila euro per il regime di vantaggio, mentre per il regime forfetario varia tra 15 e 40mila euro in base all'attività esercitata.

**DOCTOR 33. IT**

**Tra moduli antiquati e database troppo accessibili.**

**Privacy sotto tiro in ospedale**

Da una parte modulistica e procedure inadeguate a celare le informazioni sulla salute dei pazienti, dall'altra regioni i cui database sono troppo accessibili con conseguenze anche gravi sulla tutela del dato sensibile. L'ospedale è sempre più nel mirino del

Garante Privacy che a sua volta riscontra come per vari motivi sia "sotto attacco" il provvedimento del 9 novembre 2005 sul "rispetto della dignità del paziente". L'ultima controffensiva dell'Authority? Nelle certificazioni rilasciate ai pazienti o ai loro accompagnatori per attestare la presenza in ospedale e giustificare ad esempio l'assenza dal lavoro, raccomanda di non indicare la struttura ov'è stata erogata la prestazione, e di non inserire la specialità del sanitario.

«Sono informazioni da cui si risale allo stato di salute», dice l'avvocato **Paola Ferrari**, esperta di temi sanitari. «Occorre distinguere la modulistica in oggetto dai certificati di malattia rilasciati dall'ospedale e indirizzati all'Inps. Questi ultimi non riportano la diagnosi ma può essere indicata la struttura, ad esempio il pronto soccorso dove il paziente è stato visitato. Dall'altra parte ci sono i certificati per chi si assenta dal lavoro per una visita propria o per un familiare, e frequenta scuole in cui non si può fare oltre un numero di assenze, o lavori dove si sottosta alle regole della dipendenza pur essendo a partita Iva o avendo tutt'al più un contratto di collaborazione continuativa. Ci sono contratti di lavoro interinale per imprese di pulizia dove se figura che sei stato dall'ortopedico i titolari pensano che non sei in grado di continuare e ti tagliano». Il Garante s'è attivato dopo la segnalazione di un paziente che lamentava informazioni sulla sua salute nei moduli rilasciati da un Policlinico. «In questi casi -dice Ferrari - il certificato deve indicare solo il nome dell'ospedale e il nome del medico che ha effettuato la visita dichiarata, senza specificare reparto e specialità». Il Garante richiama il provvedimento 2005, articolo 3 g), nel ribadire che "gli organismi sanitari devono mettere in atto specifiche procedure, anche di formazione del personale, per prevenire che soggetti estranei possano evincere in modo esplicito l'esistenza di uno stato di salute del paziente attraverso la semplice correlazione tra la sua identità e l'indicazione della struttura". Il punto subito successivo della disposizione (h) prevede che i soggetti non tenuti per legge al segreto professionale (lo sportellista Asl) siano sottoposti a regole di condotta analoghe al vincolo del segreto di medici ed infermieri. E sottolinea i rischi "di accesso non autorizzato, che incombono sui dati idonei a rivelare lo stato di salute e le misure disponibili per prevenire effetti dannosi". L'anno scorso con provvedimento 340 del 3 luglio l'Authority ha intimato a un ospedale bolzanino di fermare l'allestimento di dossier sanitari informatizzati sui pazienti dopo che un'infermiera locale accedendo alla banca dati sanitaria dell'ospedale con la password aveva scoperto e rivelato la sieropositività di una collega. «E' l'altra faccia della stessa medaglia - spiega Ferrari - in quel contesto si rischia che tutti gli operatori visionino le cartelle cliniche di tutti i cittadini curati; invece l'ingresso al database è possibile solo se il sanitario ha di fronte a sé il cittadino con la sua tessera personale o se come specialista ha il paziente in cura nel suo reparto».

## **DIRITTO SANITARIO La continuità assistenziale non ha il compito di ospedalizzazione dei pazienti**

A mente dell'art. 67 dell'A.C.N. di medicina generale, non rientra nei compiti del sanitario di guardia medica locale quello di assicurare il servizio di eventuale

ospedalizzazione dei pazienti dai quali o nell'interesse dei quali egli viene contattato per motivi sanitari. Pertanto non può essere ritenuta ragionevole la mansione di "stimolatore per le vie brevi" del servizio "118" che, nel giudizio specifico, si è inteso attribuire al medico di continuità assistenziale in servizio ritenuto colpevole, anche in grado d'appello, del reato di rifiuto di un atto di ufficio (art. 328 c.p. , comma 1) per essersi rifiutato, secondo l'accusa, di eseguire una visita domiciliare. La Suprema Corte, nel ribaltare la pronuncia di condanna, ha in definitiva osservato che l'imputato, nell'esercizio della sua funzione di medico di continuità assistenziale (c.d. guardia medica), si è uniformato alle linee guida dettate dall'accordo collettivo nazionale di medicina generale (segnatamente con l'art. 67), operando con coscienza e accortezza professionali inapprezzabili per gli effetti di cui al contestato art. 328 c.p. , comma 1. [Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS** [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584