

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDI' 12 MARZO 2015

---

---

#### LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **SASSARI** Odissea per un paziente di Oculistica **Un anziano accusa dolori: viene dimesso e trasferito col 118 al pronto soccorso per arrivare poi in Cardiologia**
- ❖ **OLBIA** Pensionato morto, esclusa la meningite
- ❖ **SASSARI** Concorsi nella sanità, proroga di un anno Il caso Aou: non passa in consiglio regionale la proposta di far valere le graduatorie fino al 2019
- ❖ **TEMPIO** Oggi la giornata mondiale del rene I medici del "Dettori" incontrano gli studenti per uno screening
- ❖ Sedini I volontari anticancro alla Asl: «Serve più prevenzione»

#### L'UNIONE SARDA

- ❖ **OLBIA** Non era meningite: paziente ucciso da un batterio comune e poco contagioso

#### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Toscana. Rossi e Marroni ce l'hanno fatta. La riforma della sanità regionale è legge. Accorpate le Asl: dal 1° gennaio 2016 scendono da 12 a 3
- ❖ Comma 566. Salta incontro tra medici e Lorenzin. Nuove competenze in stallo
- ❖ Camera. Lorenzin risponde su malattie rare, peste suina, assistenza socio-sanitaria, epatite C, Lea e medicina convenzionata

#### DOCTOR 33. IT

- ❖ Da oggi stop alla spedizione delle certificazioni uniche, rischio sanzioni anche per i medici
  - ❖ DIRITTO SANITARIO Il ritardo nell'assistenza non è sempre causa di responsabilità
- 
- 
- 
- 

#### LA NUOVA SARDEGNA

**SASSARI** Odissea per un paziente di Oculistica **Un anziano accusa dolori: viene dimesso e trasferito col 118 al pronto soccorso per arrivare poi in Cardiologia**

Ricoverato in clinica oculistica per una ulcera corneale e, per fronteggiare un problema improvviso comparso durante la notte, dimesso e trasferito in cardiologia - all'ospedale civile - con l'intervento dell'ambulanza medicalizzata del 118 che, a quel punto, l'ha preso in carico come se fosse un paziente non appartenente ad alcun reparto. Succede anche questo nella sanità pubblica, dove tra indisponibilità di posti letto, riorganizzazione della spesa e interpretazioni organizzative di vario genere, sono soprattutto i pazienti a finire in un giro del quale non sempre è possibile definire una spiegazione logica. Il caso, comunque, è stato segnalato ieri alla direzione dell'Azienda mista per chiarire tutti gli aspetti della vicenda. Protagonista è un paziente di 81 anni, originario della Gallura, arrivato in clinica oculistica con una ulcera corneale e, quindi, ricoverato per le relative cure. Martedì notte, l'uomo ha cominciato a lamentare dolori al torace e difficoltà respiratorie. A quel punto, dal reparto, il medico avrebbe chiesto la disponibilità per il trasferimento urgente dell'ottantunenne in Clinica medica, ma non avrebbe ricevuto parere positivo in quanto non ci sarebbe stata disponibilità del posto letto e neppure dell'ambulanza dell'ospedale. La consulenza attivata - con l'arrivo di un cardiologo che ha confermato l'esistenza di scompensi e la necessità di una serie di approfondimenti - avrebbe fatto scattare la procedura per la disponibilità al ricovero in cardiologia. A quel punto, però, è rimasto il problema del trasferimento del paziente dalla clinica oculistica all'ospedale civile. E per richiedere l'intervento del 118, è stata adottata una procedura che appare quanto meno anomala: il paziente è stato dimesso (alle 10.30 circa) dalla clinica oculistica dove si trovava ricoverato e da quel momento non è risultato più in carico a nessun reparto di degenza. E questo nonostante la sua condizione di salute problematica (almeno fino alla definizione degli accertamenti al cuore, tanto che era stato sollecitato un ecocardiogramma). La chiamata alla centrale operativa del 118 è stato il passaggio successivo: inevitabile la risposta positiva, nel senso che si trattava comunque di una persona bisognosa di cure e trasportabile in ospedale solo con una ambulanza medicalizzata. Gli operatori del 118 sono arrivati in clinica oculistica dove il paziente - formalmente dimesso ma in realtà ancora in reparto - è stato preso in carico, insieme alla documentazione clinica, e trasportato in ambulanza al pronto soccorso. Da lì l'uomo ha ricominciato il viaggio verso il reparto di cardiologia dell'ospedale, una operazione che tecnicamente si è conclusa circa un'ora più tardi. Viene da chiedersi se può essere considerato normale il trasferimento di un paziente da un reparto ospedaliero ad un altro con l'intervento dall'esterno dell'ambulanza del 118 e non con l'impiego dei mezzi in dotazione all'ospedale. Le verifiche della direzione sanitaria - chiamata a valutare il caso specifico - potranno chiarire tutti gli aspetti della vicenda, nella quale evidentemente ci sono delle cose che non tornano. Soprattutto occorre domandarsi: se per ogni trasferimento di reparto dovesse essere richiesto l'intervento del 118, quante ambulanze occorrerebbero e quali sarebbero le conseguenze nell'impegno per la copertura del servizio di emergenza nel territorio? Il paziente, alla fine, dopo il trasporto e il passaggio al pronto soccorso è stato ricoverato in cardiologia.

**OLBIA Pensionato morto, esclusa la meningite**

Non era meningite. Lo choc settico che lunedì sera ha portato al decesso di Giovanni Isopo, 65enne di Olbia, è stato causato dal meno temibile batterio *Proteus mirabilis*, purtroppo risultato letale per il pensionato, ucciso nel giro di poche ore. Viene quindi esclusa la temuta infezione, (particolarmente contagiosa) insieme a qualsiasi altra patologia causata da meningococco, che avevano spinto a un'azione di sorveglianza sanitaria nei confronti delle persone che avevano avvicinato Isopo. «Gli esami di laboratorio e l'emocoltura – fa sapere l'Asl – hanno evidenziato come il pensionato deceduto nel reparto di rianimazione dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia sia morto a causa di una sepsi causata dal batterio *Proteus mirabilis*, appartenente alla famiglia delle Enterobacteriaceae». Si tratta di microorganismi “commensali”, cioè fanno parte abituale della flora batterica del tratto intestinale umano; la funzione di questi batteri è quella di favorire la digestione degli alimenti e l'assorbimento dei nutrienti. «Se rimane nella sua sede, il *Proteus mirabilis* è utile alla buona funzionalità intestinale. Quando invece questo batterio migra in altri organi e tessuti può provocare delle infezioni che, in pazienti particolarmente sensibili o con basse difese immunitarie, può provocare anche una batteriemia (presenza transitoria di batteri nel sangue) o, come in questo caso, una setticemia (una grave infezione dovuta alla presenza persistente di batteri nel sangue)». Ed è purtroppo ciò che è successo a Giovanni Isopo, che a poche ore dall'arrivo al pronto soccorso e dal ricovero in rianimazione (viste le gravi condizioni) ha cessato di vivere. L'uomo era noto nell'ambiente sanitario per essere stato il magazziniere dell'Asl. Spiega Tonino Saba, direttore del servizio di igiene e sanità pubblica della azienda sanitaria di Olbia: «Non era una meningite né tantomeno un'infezione da meningococco B. Il paziente deceduto non poteva contagiare facilmente chi gli stava intorno perché la trasmissione di questo germe avviene con modalità poco usuali e comuni e diverse a quelle tipiche del meningococco. E ove il contagio ci fosse stato, la invasività e la letalità attribuibile al germe è bassa e molto influenzata dalle condizioni del soggetto eventualmente contagiato».

## **SASSARI Concorsi nella sanità, proroga di un anno Il caso Aou: non passa in consiglio regionale la proposta di far valere le graduatorie fino al 2019**

Grande delusione per gli ottanta candidati risultati idonei al concorso per funzionari e assistenti amministrativi, bandito dall'Azienda ospedaliero universitaria nel 2012, e in attesa di essere chiamati al lavoro. La mazzata è arrivata dal consiglio regionale dove non è passato l'emendamento bipartisan che proponeva la proroga di tre anni delle graduatorie dei concorsi espletati nelle aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie della Sardegna. «Poiché queste rientrano tra le amministrazioni pubbliche che hanno subito limitazioni delle assunzioni, si applica l'articolo 4, comma 4, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni)», è il testo dell'articolo 4

approvato l'altro ieri nell'aula di via Roma nell'ambito delle disposizioni urgenti in materia di enti locali. Fuori dal burocratese, significa che la Regione ha ribadito la valenza della norma nazionale, conosciuta come legge D'Alia, che punta ad evitare sprechi nell'apparato pubblico e che, nello specifico, proroga le graduatorie esistenti per il reclutamento del personale vicine alla scadenza naturale di tre anni, di un ulteriore anno. Da cosa nasca la delusione degli idonei è presto spiegato. La richiesta proroga delle graduatorie fino al 2019 doveva evitare che in questo lasso di tempo le Asl e le altre aziende sanitarie bandissero nuove selezioni in presenza di persone già dichiarate all'altezza di essere assunte. Nel caso del concorso dell'Aou, bisogna ricordare che è convenzionata sia con la Asl numero 1 che con la Asl di Nuoro, le quali potrebbero benissimo attingere con lo scorrimento, anche se non sono obbligate, dall'elenco formato nel 2012. Accade invece che le aziende sanitarie continuino sia a stipulare contratti a progetto con fondi specifici destinati dalla Regione o ad assumere tramite agenzie interinali, in spregio al dettato costituzione che "agli impieghi alle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso". La bocciatura della proposta sostenuta da autorevoli esponenti di tutti i partiti (da Pietro Cocco del Pd a Pietro Pittalis di Forza Italia) è stata giustificata con problemi tecnici, ma ci sarebbe l'impegno a prevedere una norma generale. Si vedrà.

## **TEMPIO Oggi la giornata mondiale del rene** **I medici del "Dettori" incontrano gli studenti per uno screening**

È in programma oggi la "Giornata mondiale del rene" organizzata dalla Fondazione italiana del rene e dalla Società italiana di nefrologia. I medici dell'ospedale "Paolo Dettori" incontreranno un centinaio di studenti dell'Ictg "Don Gavino Pes" di Tempio. L'iniziativa mira ad aumentare l'attenzione sul danno renale cronico e della mortalità cardiovascolare a esso associata. «La manifestazione – spiega Mario Passaghe, responsabile del reparto di nefrologia e dialisi dell'ospedale di Tempio, punta a far conoscere ai cittadini, in particolare alla fascia di popolazione più giovane, l'importanza della prevenzione delle malattie renali. Che è silente sino alla fase terminale e solo un quarto dei malati ne è a conoscenza. Per questo sono fondamentali giornate di sensibilizzazione come questa, che potrebbero aiutarci a "smascherare" la patologia anche in una fase iniziale". Nel corso dell'incontro i sanitari sottoporrono gli studenti allo screening gratuito per la prevenzione delle malattie renali. Oltre a rilevare i valori della pressione arteriosa ed effettuare l'esame delle urine, verrà effettuato l'esame della creatinina: l'esame del sangue, cioè, attraverso il quale è possibile esprimere il grado di funzionalità del rene. Verranno inoltre controllati i parametri ematochimici (come creatinemia e microalbuminuria) e la pressione arteriosa.

**Sedini I volontari anticancro alla Asl: «Serve più prevenzione»**

«Siamo persone convinte che fare volontariato possa dare la sensazione di avere uno scopo nella vita: la cosiddetta terapia dell'interesse per gli altri». Si apre così la lettera che Maria Ruiu, volontaria dell'associazione sedinese che da anni si occupa attivamente di prevenzione dei tumori, ha indirizzato al commissario straordinario della Asl di Sassari Agostino Sussarellu, al quale racconta come la sua associazione abbia ottenuto, lavorando insieme ai medici di famiglia, ottimi risultati, arrivando a percentuali fino all'87% di partecipazione con la prevenzione porta-porta del tumore al colon e al seno. «Ma la prevenzione porta-porta non deve essere un'esclusiva per Sedini, anzi questo paese deve fare da apripista per altri comuni - scrive Ruiu - e lei sa meglio di me che non tutti i tumori si possono prevenire e che tre sono quelli per cui la scienza ha dimostrato che i controlli periodici sono in grado di salvare il 70% di vite umane: il tumore del colon retto, della cervice uterina e della mammella. Ogni giorno, ogni ora, ogni minuto che passa ci sono persone che incontrano il tumore. Uno sterminio silenzioso, troppo silenzioso e non si riesce a organizzare una prevenzione seria, che non sia la solita lettera che viene messa in un cassetto ma una vera sensibilizzazione porta-porta, coinvolgendo le autorità, i medici e le associazioni del territorio. Un lavoro serio, di squadra, dove ognuno deve fare la sua parte per salvare vite umane». Lavorando sul campo le volontarie hanno osservato che le persone hanno paura di sapere, paura di incontrare il tumore e non avere vie d'uscita. «Abbiamo bisogno di capire quali armi abbiamo per avere la consapevolezza che incontrandolo possiamo vincerlo. Abbiamo però la necessità che la prevenzione sia alla portata di tutti, sia mobile, portatile nel vero senso del termine, dove i responsabili della nostra salute organizzino in tutti i comuni degli incontri per conoscere questo nemico e trasmettere serenità. Bisogna avere coraggio e osare, uscire dalla consuetudine della semplice lettera che non porterà mai i risultati sperati, ma provare nuove strade, larghe e luminose, che stanno solo aspettando di essere percorse. La nostra associazione è disponibile a collaborare, a parlare dei progetti che intendiamo portare avanti perché sapere che una persona può essere salvata solo con un prelievo di feci è un'opportunità che nessun responsabile medico può tralasciare. Se poi vogliamo essere anche ragionieri cinici un prelievo di feci ha un ticket sanitario di circa 3 euro, ma una persona che si ammala di tumore causa una spesa sanitaria di centinaia di migliaia di euro. Una differenza non di poco se si considera che i soldi risparmiati possono essere destinati alla ricerca e non solo. Noi con la nostra umile esperienza le stiamo offrendo un'opportunità. Valuti e ci faccia sapere».

## L'UNIONE SARDA

### **OLBIA** Non era meningite: paziente ucciso da un batterio comune e poco contagioso

Nessuna meningite e neanche una sepsi meningococcica: la causa del decesso di un pensionato olbiese di 65 anni, morto subito dopo il ricovero, è tutt'altra. La Asl di Olbia, ieri sera, ha diffuso un comunicato per smentire la notizia diffusa

acriticamente da alcuni organi di stampa e testate online. Come riportato da L'Unione Sarda è emerso, invece, che l'uomo non aveva mai manifestato i sintomi della malattia infettiva. Alla base del decesso c'è una sepsi causata dal batterio *Proteus mirabilis*, che è parte abituale della flora batterica nell'intestino e la cui funzione è quella di favorire la digestione degli alimenti. In pazienti con basse difese immunitarie, può provocare la setticemia.

La Asl di Olbia, da subito, si è attivata per evitare allarmismi. «Non era una meningite», spiega Tonino Saba, direttore del Servizio di Igiene e Sanità pubblica. «Il paziente deceduto non poteva contagiare facilmente chi gli stava intorno perché il contagio di questo germe avviene con modalità poco usuali, diverse da quelle tipiche del Meningococco. Ove il contagio ci fosse stato, la invasività e letalità attribuibile al germe è bassa e influenzata dalle condizioni del soggetto eventualmente contagiato».

## QUOTIDIANO SANITA'.IT

### **Toscana. Rossi e Marroni ce l'hanno fatta. La riforma della sanità regionale è legge. Accorpate le Asl: dal 1° gennaio 2016 scendono da 12 a 3**

*La riorganizzazione prevede tre aziende, una per ciascuna area vasta (Centro, Nord Ovest e Sud Est.) che diventa sede di attuazione della programmazione strategica regionale. La zona-distretto viene confermata come ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità. Dal 1° luglio le Asl saranno commissariate. [TESTO APPROVATO IN COMMISSIONE](#) - [IL DIBATTITO IN AULA](#)*

Semaforo verde da parte del Consiglio regionale toscano che approva con 28 voti favorevoli, 16 contrari e 1 astenuto la riforma del sistema sanitario. Rispetto al testo approvato dalla commissione sanità sono stati accolti alcuni emendamenti tra cui quello all'articolo 5 sull'istituzione del dipartimento dei servizi sociali, per dare più forza alle integrazioni socio-sanitarie. Ma in sostanza è stata confermata l'impalcatura della Proposta di legge 396 'Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale' della Giunta regionale, poi oggetto di una serie di consultazioni in commissione Sanità e Politiche sociali ([vedi testo](#)) che hanno portato a raccogliere oltre settantacinque osservazioni.

**Cardine della riforma è l'accorpamento delle attuali dodici aziende di unità sanitarie locali in tre aziende Usl, una per ciascuna area vasta:** azienda Usl Toscana Centro, azienda Usl Toscana Nord Ovest, azienda Usl Toscana Sud Est. La revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo prevede quindi un rafforzamento del ruolo dell'area vasta, intesa come sede di attuazione della programmazione strategica regionale. Si tratta comunque del primo passo di un iter più ampio, che dovrà definirsi entro il prossimo 30 settembre con la presentazione di una proposta di legge ad hoc da parte della Giunta.

Una volta a regime il nuovo assetto prevedrà un direttore per area vasta, un comitato operativo (composto dai direttori generali delle aziende sanitarie e dal direttore generale dell'Estar) e la conferma del ruolo del dipartimento interaziendale, quale

strumento organizzativo delle aziende di unità sanitarie locali, dotato di un'assemblea e di un coordinatore. **La zona-distretto viene confermata come ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità**, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Dal 1° gennaio 2016 nasceranno quindi tre aziende Usl, una per ciascuna delle aree vasta, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale.

**Dal 1° luglio le Asl saranno commissariate.** La riforma fissa anche le norme transitorie necessarie a garantire il passaggio dalle attuali dodici aziende di unità sanitarie locali a tre aziende Usl, concentrandosi in particolare sulle funzioni del commissario di area vasta (nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale, sentita la conferenza dei sindaci di area vasta e sentito il Rettore dell'Università che insiste nella stessa area), del vicecommissario e sull'istituzione dei dipartimenti interaziendali con conseguente nomina dei coordinatori.

"Riorganizzare profondamente è il solo modo per salvaguardare il servizio sanitario pubblico. Per la Toscana è una bella sfida, ma sono sicuro che la vinceremo". Il presidente **Enrico Rossi** commenta così il voto del Consiglio Regionale e spiega che "coniugare qualità e taglio della spesa è un'impresa difficile, ma finora ci siamo sempre riusciti, riducendo i costi e addirittura migliorando la qualità dei nostri servizi sanitari. Ci riusciremo ancora. E i toscani potranno continuare a guardare con fiducia al loro sistema sanitario".

Nel corso del dibattito precedente alla votazione **Marco Remaschi (Pd)**, presidente della Commissione sanità, ha sottolineato che "è nell'area vasta che trova risposta il 95% dei bisogni di cura dei nostri cittadini. Dobbiamo attuare una programmazione seria e un'interconnessione più forte tra rete ospedaliera e territorio". Assai critico l'intervento di **Stefano Maignai (FI)**, vicepresidente della Commissione.

"Cambiamo solo le targhette, non più direttori generali ma vicecommissari di area vasta, per non parlare delle nuove figure e poltrone per la programmazione o delle Società della salute che ritrovano piena cittadinanza. La verità – ha aggiunto - è che non si vuole mutare la natura profonda del sistema, ovvero non si vuol liberare la sanità dai lacci della politica, oggi è cambiato il clima, ma non la logica di asservimento alla politica, senza contare che nei dettagli della riforma andremo dopo le elezioni, il bello arriverà dopo – ha concluso – ed i cittadini toccheranno con mano ciò che non funziona".

Per **Giuseppe Del Carlo (Udc)** la riforma "doveva essere fatta prima. Siamo di fronte ad una legge-quadro e visti i tempi ristretti non siamo in grado di dare il via ad una riforma compiuta – ha continuato – l'atto è incompleto, ad esempio non precisa gli interlocutori a livello di conferenze dei sindaci, aziendali e zonali, rimanda ad un nuovo provvedimento in tema di organismi doppiati e di alleggerimento burocratico, resta una situazione incerta".

Nella replica finale **l'assessore al Diritto alla salute, Luigi Marroni**, ha precisato che non si può attuare una riforma solo con una legge. "In questi casi – ha spiegato – c'è sempre un atto iniziale, a cui segue una fase di studio e analisi, prima di arrivare alla fase conclusiva". Marroni ha sottolineato inoltre che i risparmi ci sono "e fin qui siamo sempre riusciti a risparmiare migliorando il servizio". Infine l'assessore ha

ricordato che “noi facciamo tutto questo non in un’ottica di privatizzazione, ma esattamente per il contrario”.

## **Comma 566. Salta incontro tra medici e Lorenzin. Nuove competenze in stallo**

*Dovevano incontrarsi oggi pomeriggio per affrontare il nodo delle nuove competenze per le professioni sanitarie. Ma all’ultimo momento il ministero ha disdetto l’appuntamento per indisponibilità del ministro impegnata alla Camera. E adesso? Due ipotesi: o portare avanti comunque l’accordo Stato Regioni di aprile o affrontare il nuovo negoziato.*

L’incontro era molto atteso. Dopo mesi di polemiche e scontri tra medici e infermieri (ma non solo) il ministero della Salute aveva convocato i sindacati medici della dipendenza e delle convenzioni per affrontare le novità previste dal comma 566 della legge di stabilità.

Una norma osteggiata da tutti i sindacati medici che vi vedono sostanzialmente due rischi: quello di una invasione di campo da parte delle altre professioni (infermieri in primis) e quello di una scorciatoia per le Regioni che potrebbero “usare” le nuove competenze per affidare compiti agli infermieri e ad altre professioni, oggi di esclusiva competenza dei medici, spendendo meno.

Accuse sempre respinte dal Governo ma che in ogni caso hanno fatto crescere il malessere tra i camici bianchi che sono arrivati a chiedere l’abolizione del comma 566 e la definizione legislativa di "atto medico" quale garanzia dei loro ambiti e prerogative professionali.

Nell’incontro di oggi si sarebbero dovuti affrontare questi nodi, sapendo che da parte delle regioni, soprattutto, l’intenzione sembrerebbe essere quella di andare avanti senza ulteriori “negoziati”.

Una posizione in qualche modo espressa dai sindacati del comparto Cgil Cisl e Uil che hanno proclamato lo [stato di agitazione](#) dopo aver incontrato ieri il ministero e constatato che al momento l’accordo Stato Regioni sulle nuove competenze, [fermo da aprile scorso](#), non è ancora sbloccato.

La situazione si sta quindi avvitando. Non è prevista al momento una data per un altro appuntamento con i medici e non è chiara quale sarà a questo punto la volontà di Governo e Regioni. Di fronte due vie: andare avanti con l’accordo di aprile senza ulteriori confronti oppure riaprire il tavolo. E’ evidente che qualunque strada si sceglierà qualcuno ci resterà molto male.

## **Camera. Lorenzin risponde su malattie rare, peste suina, assistenza socio-sanitaria, epatite C, Lea e medicina convenzionata**

*A fine 2014 approvati dall’Aifa 63 farmaci orfani su 81 autorizzati dall’Ema. Prossimamente verrà aperto un PIF per le merci in Sardegna. Ribadita la volontà di ampliare i diritti nell’area della non autosufficienza. Saranno attivati controlli da*

*parte di Ministero, Nas e Agenas sull'effettiva disponibilità dei nuovi farmaci per l'epatite C in tutte le regioni. Atteso per giugno il via libera dalle Regioni sul nomenclatore tariffario.*

Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta nel pomeriggio nell'Aula di Montecitorio per rispondere a sei interrogazioni. **La prima, presentata da Paola Binetti (Ap), riguardava le misure di sostegno alla ricerca farmaceutica nel campo delle malattie rare.**

Questa la risposta di Lorenzin: "Colgo l'occasione per ricordare che in sede di revisione dei LEA, il cui iter è, come già noto, ben avviato, sarà aggiornato anche l'elenco delle malattie rare, nel senso che saranno introdotte oltre 110 nuove patologie rare e gruppi di patologie esenti. Questa è una cosa che i pazienti aspettavano da anni. In tema di cura delle malattie rare, non vi è dubbio che un ruolo di particolare rilievo è costituito dalla ricerca nel settore farmacologico. È noto che l'Agenzia europea dei medicinali (EMA) ha il compito di individuare i farmaci cosiddetti orfani e provvede alle relative procedure di autorizzazione della loro immissione in commercio in Europa. Alle aziende farmaceutiche che vedono riconosciuto come orfano un proprio farmaco sono assicurati percorsi autorizzativi semplificati, attraverso la riduzione delle tariffe per la valutazione dei dossier a corredo delle domande di autorizzazione. Nel corso del 2014 l'EMA ha autorizzato un numero senza precedenti di farmaci orfani, ben 81, di cui almeno la metà a base di molecole di nuova entità chimica e 17 per il trattamento delle malattie rare. Circa il 30 per cento dei farmaci orfani è di natura biotecnologica. Le biotecnologie sono il motore primario della ricerca dei farmaci orfani, sviluppati attraverso la sintesi di nuovi anticorpi monoclonali, terapie avanzate, potenziatori e correttori del cloro e terapie enzimatiche. Su 81 farmaci orfani autorizzati fino al 31 dicembre 2014 dall'EMA, l'Agenzia italiana del farmaco ne ha già approvati ben 63".

"Per quanto riguarda la spesa e i consumi relativi ai farmaci orfani, comunico che i dati dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'AIFA stimano un'incidenza delle dosi giornaliere acquistate ogni mille abitanti pari, nell'anno 2014, allo 0,03 per cento sul consumo farmaceutico totale. Del pari significativo è il dato di spesa, che registra un'incidenza del più 5 per cento. Da ultimo e sempre in tema di ricerca, vi anticipo che sono in procinto di presentare una proposta normativa che, se approvata dal Parlamento, rappresenterà un'importante innovazione nel campo della ricerca sui farmaci per le malattie rare, oltre ad aver predisposto la norma per destinare 3 milioni di euro stanziati per la sperimentazione Stamina a favore della ricerca sulle malattie rare. In estrema sintesi - ha concluso il ministro - la proposta normativa è volta a prevedere ulteriori semplificazioni per le autorizzazioni di farmaci per patologie rare o di particolare gravità e peso socioeconomico, a beneficio delle terapie per le quali siano disponibili evidenze cliniche preliminari di innovativa importanza. Ritengo, infatti, che sia necessario intervenire anche sulle medicine e su approcci terapeutici innovativi personalizzati e concentrare le risorse disponibili su aree e realtà di eccellenza della ricerca italiana, quale quella sulle malattie rare, rispetto alle quali c'è, peraltro, la possibilità di un posizionamento competitivo del nostro Paese".

**Roberto Capelli (Pi-Cd), ha invece presentato un'interrogazione concernente le**

**iniziative per l'istituzione di punti di ispezione frontaliere in Sardegna**, relativi alle merci e ai prodotti importati, anche in rapporto al piano straordinario per l'eradicazione della peste suina africana approvato dalla Commissione europea. "In via preliminare ricordo che, con riferimento alla malattia vescicolare del suino, l'Italia, fino all'anno 1995, ha messo in atto un piano di sorveglianza e di eradicazione di questa malattia su tutto il territorio nazionale, ivi compresa la regione Sardegna - ha spiegato Lorenzin -. L'applicazione delle misure contenute in tale piano ha permesso di ottenere l'accreditamento di tutto il territorio nazionale, con la sola eccezione della Campania e della Calabria. Quanto alla peste suina africana, la normativa comunitaria prevede l'adozione di misure cautelative di salvaguardia, finalizzate a prevenire la diffusione della malattia su tutto il territorio europeo. Il territorio europeo, in conseguenza di focolai di peste suina africana confermati in altri Stati membri quali Estonia, Lettonia, Lituania e Polonia, è stato differenziato sulla base del livello di rischio. La Sardegna è inserita nella parte IV dell'allegato della decisione europea del 2014: ciò indica l'endemicità della malattia su tutto il territorio regionale e non solo su di una parte di esso alla stregua degli Stati membri interessati all'epidemia. Ecco perché la richiesta di poter commercializzare al di fuori dell'isola prodotti suini trattati termicamente deve tener conto dei dati epidemiologici e delle azioni intraprese dalla regione Sardegna per una valutazione del rischio della situazione sanitaria, requisito indispensabile per la concessione del regime derogatorio".

"Le attività di eradicazione straordinaria della peste suina africana, approvate il 30 gennaio 2015 e trasposte in un provvedimento regionale, hanno preso avvio, ma occorre, con la supervisione dei competenti uffici della Commissione UE, vagliarne i primi effetti concreti. Ecco perché, in assenza di dati oggettivi che dimostrino gli obiettivi raggiunti nell'attività di eradicazione, con particolare riferimento alla lotta agli allevamenti illegali, appare difficile sostenere, da un punto di vista strettamente sanitario, la sussistenza delle garanzie contenute negli accordi di cui sopra. Con riferimento all'istituzione di posti di ispezione frontaliere, PIF, nella regione Sardegna, ricordo che i controlli sanitari sulle merci importate da Paesi extra UE sono espletati nell'Unione europea da una rete di uffici localizzati presso i confini portuali ed aeroportuali europei. In Italia, operano 23 di questi uffici che effettuano i controlli sanitari su animali vivi e i loro prodotti per conto di tutta l'Unione europea. Una merce quindi può essere controllata presso un PIF europeo ed essere destinata a qualsiasi Stato membro. Pertanto - ha concluso il ministro - seppure attualmente non sia stato abilitato dalla Commissione europea un PIF in Sardegna, le merci in provenienza da Paesi terzi destinate al territorio della regione vengono comunque sottoposte a tutti i controlli. Evidenzio, peraltro, che è in corso la procedura comunitaria per l'abilitazione di un Posto di ispezione frontaliere in Sardegna per l'espletamento dei previsti controlli sanitari dei prodotti di origine animale, che potranno essere destinati, quindi, non solo al territorio della Sardegna, ma all'intero mercato dell'Unione europea. Quindi, appena sarà finita la procedura, anche in Sardegna vi potrà essere un PIF".

**E' stata poi la volta di Adriana Galgano (Sc) e della sua interrogazione sulle iniziative volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza con riferimento all'articolo 6 del Patto per la salute 2014-2016, riguardante l'assistenza socio-sanitaria.**

"L'affermazione che apre l'articolo 6 del Patto per la salute, ovvero che le attività incluse nell'area dell'assistenza socio-sanitaria sono effettuate nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente per gli ambiti di intervento individuati, può essere interpretata in due diversi modi, ma certamente non nel senso di voler introdurre limiti di natura economico-finanziaria al diritto dei cittadini di accedere a tale tipo di assistenza - ha spiegato il ministro -. L'interpretazione più semplice è quella che attribuisce al testo il significato ricavabile dalla sentenza n. 509 del 2000 della Corte costituzionale, e cioè il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con altri interessi costituzionalmente protetti; bilanciamento che deve tenere conto dei limiti oggettivi in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui si dispone. Peraltro, a differenza di altre aree, pure incluse nei livelli essenziali di assistenza, per l'area socio-sanitaria non sono mai stati fissati limiti né all'ammontare delle risorse destinate al finanziamento né alla dimensione dell'offerta in termini di posti letto, come per l'assistenza ospedaliera. I limiti delle risorse previste a legislazione vigente sono pertanto i limiti ampi del finanziamento del Servizio sanitario nazionale".

"La seconda interpretazione è quella che richiama l'attenzione sulla necessità di rispettare gli ambiti di competenza delle due componenti sociale e sanitaria e, quindi, sulla necessità di non far gravare impropriamente i costi dell'una sulle risorse messe a disposizione dell'altra - ha proseguito Lorenzin -. Quanto alla volontà del Ministero della salute di ampliare, e non comprimere, i diritti dei cittadini nell'area della non autosufficienza, desidero ricordare da un lato l'impegno all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, che proprio in questa area declina nel dettaglio le singole attività e prestazioni che il cittadino ha diritto di esigere dai servizi socio-sanitari, dall'altro l'incremento del Fondo nazionale per le politiche sociali, a decorrere dall'anno 2015, di 300 milioni di euro annui e l'incremento del Fondo per le non autosufficienze, anche ai fini del finanziamento degli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, di 400 milioni di euro per l'anno 2015 e di 250 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. Aggiungo poi che, d'accordo con il Ministro Poletti, ho attivato un tavolo per la riforma, anche normativa, diretta ad una completa integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e che la volontà nell'articolo 6, sia mia, come Ministro, sia della Conferenza Stato-regioni, è stata proprio quella, finalmente, di lavorare per un'integrazione tra il socio-sanitario, per fare in modo tale che, da una parte, funzioni il livello dell'ospedale come gestione di acuzie e, dall'altra, il territorio gestisca la cronicità e tutti quegli elementi di assistenza al paziente e alle famiglie che fanno una buona sanità".

**E' stato poi il turno di Marco Rondini (Ln) con la sua interrogazione riguardante le iniziative per assicurare la capillare fruibilità delle nuove terapie contro l'epatite C sull'intero territorio nazionale.**

"Nell'interrogazione del 5 novembre scorso, avevo già anticipato il massimo impegno

del Governo tutto, e mio personale in particolare, volto a garantire l'accesso al medicinale sofosbuvir in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale. Ebbene, sono lieta di comunicare che sono numerose le iniziative che sono state messe in campo al predetto fine e inizio a ricordarle in ordine temporale: la definizione da parte di AIFA dei criteri di accesso al trattamento dell'infezione del virus dell'epatite C, garantendo al contempo la sostenibilità del sistema e l'equità e l'omogeneità dell'accesso stesso, condividendone le priorità con le associazioni dei pazienti a cui la cura è destinata - ha esordito Lorenzin -. Sono state elaborate regole per modulare l'accesso alle terapie in modo da assicurare progressivamente il trattamento a tutti i soggetti affetti, anche confrontandosi, questo lo abbiamo fatto nei giorni precedenti e, più volte, con le associazioni dei pazienti. Nella legge di stabilità per il 2015 è stata approvata, su mia iniziativa, una norma che ha costituito per la prima volta presso un Ministero della salute un fondo ad hoc di 1 miliardo di euro per gli anni 2015-2016, finalizzato a concorrere al rimborso delle regioni che devono provvedere all'acquisto di farmaci innovativi nelle cure dell'epatite C, già autorizzate dall'Aifa, ed è in fase di predisposizione il decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previsto dalla stessa legge di stabilità per il 2015, che individua le modalità con cui saranno ripartite tra le regioni le somme a titolo di rimborso – quindi sono a titolo di rimborso e non date precedentemente – in proporzione alla spesa sostenuta. Garantisco che il provvedimento sarà adottato nei tempi più rapidi possibili".

"Quanto alle iniziative per garantire in tempi brevi la capillare distribuzione della nuova terapia medicinale, ricordo che già nel mese di febbraio scorso ho dato disposizione al comando carabinieri per la tutela della salute, NAS, di avviare mirate verifiche, finalizzate ad accertare che le regioni avessero provveduto all'individuazione dei centri per prescrivere il farmaco. Per quanto attiene al potenziamento delle funzioni di monitoraggio dell'Agenas ho avuto già occasione di rappresentare, anche in questa sede, il mio convincimento che vada potenziata l'attività affidata ad Agenas di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, per consentire di rilevare in via preventiva eventuali e significativi scostamenti delle performance in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia ed equità dei servizi erogati. Da ultimo e con riferimento più in generale alle nuove terapie anti - epatite C - ha concluso Lorenzin - vi comunico che, nel corso della riunione in data 26 gennaio 2015 del Comitato prezzi e rimborso, l'Aifa e la Gilead Sciences hanno raggiunto l'accordo per la rimborsabilità del farmaco Harvoni(r), il primo farmaco ad uso orale, a singola compressa, per il trattamento dei pazienti affetti da epatite cronica C. Per tale farmaco si utilizzerà lo stesso modello di accordo negoziale e lo stesso fondo già previsto per Sovaldi senza alcuna ulteriore impatto di spesa. Un ulteriore accordo è stato raggiunto nella riunione del 5 marzo 2015 tra l'Aifa e AbbVie per la rimborsabilità della combinazione di Viekirax(r) ed Exviera(r), regime terapeutico orale privo di interferone, per il trattamento dei pazienti affetti da epatite cronica C (genotipo 1 e 4). Comunque - ha concluso - i pazienti in attesa del farmaco, per quest'anno e il prossimo, sono 50 mila ed io attiverò tutti i controlli necessari, non solo utilizzando NAS e Agenas, ma anche gli ispettori del Ministero per verificare che i farmaci a disposizione siano somministrati

ai pazienti nelle singole regioni e nei centri, anche perché ricordiamo tutti che questo è un farmaco che salva la vita e che i pazienti sono trattati in base alla criticità delle loro condizioni. Quindi ogni momento che viene perso, purtroppo, può causare la perdita di una vita umana".

**Walter Rizzetto (Gruppo Misto)** ha illustrato la sua interrogazione sui tempi per l'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui nuovi livelli essenziali di assistenza e sull'assistenza protesica.

Questa la risposta del ministro: "Con riferimento all'aggiornamento del nomenclatore tariffario e, più in generale, all'aggiornamento dei LEA, intendo rassicurare gli onorevoli interroganti sul fatto che come Ministro della salute sono perfettamente cosciente della necessità che tale procedimento si concluda nei tempi più brevi possibile. Non solo cosciente, ma proattiva. In proposito, ricordo che già nel corso degli anni 2005-2008 il Ministero della salute aveva elaborato, in collaborazione con esperti e rappresentanti delle associazioni dei disabili, una proposta di modifica dell'intera disciplina, nel rispetto dell'evoluzione scientifica e tecnologica in materia, al fine di garantire agli utenti la disponibilità di protesi, ortesi e ausili più adeguati alle loro esigenze. La proposta è stata inserita nel provvedimento di revisione complessiva dei livelli essenziali di assistenza, ma, com'è noto, lo schema di DPCM, firmato il 23 aprile 2008 dal Presidente del Consiglio dei ministri pro tempore e dai Ministri competenti, è stato oggetto di rilievi da parte della Corte dei conti che hanno portato al ritiro del provvedimento da parte del Governo. Un nuovo tentativo di avviare la complessa procedura di aggiornamento dei LEA è stato condotto nel marzo 2010, ma anche in tale occasione il provvedimento non è stato adottato".

"È anche alla luce di tali precedenti, non particolarmente felici - ha proseguito Lorenzin - tenuto anche conto della complessità dell'iter normativo in essere, che posso indicare con certezza le date che dipendono dalle competenze del mio Ministero. Permettetemi, però, di esprimere anche in questa sede parlamentare la mia soddisfazione per il fatto che l'iter per l'aggiornamento del DPCM dei LEA e per l'aggiornamento del nomenclatore tariffario è molto ben avviato. Il Ministero ha già completato la sua fase istruttoria e lo schema di provvedimento è già infatti alla valutazione delle regioni che auspico possano a breve concludere l'esame per poter giungere all'approvazione finale dello stesso provvedimento. Infatti, come le regioni licenzieranno il provvedimento e il MEF esprimerà il suo concerto, provvederò immediatamente a chiedere l'iscrizione al primo Consiglio dei ministri utile. E io spero che questa procedura possa avere termine entro il mese di giugno, avendo già da più di un mese ormai il testo definitivo. È il caso di segnalare che i lavori per la predisposizione del provvedimento si sono sviluppati da aprile a dicembre 2014 e sono stati condotti da quattro gruppi di lavoro a composizione mista (Ministero, regioni e Agenas), i quali hanno elaborato proposte per l'aggiornamento delle quattro aree portanti dei LEA e, cioè, sanità pubblica e prevenzione collettiva, nomenclatore della specialistica, nomenclatore delle protesi e di dispositivi monouso e assistenza socio-sanitaria".

"Per quanto attiene più in particolare all'assistenza protesica - ha concluso - anticipo che sono stati inclusi nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo

ambientale, ausili per la mobilità personale, ausili per la cura e l'adattamento della casa, apparecchi acustici digitali per i minori e per le persone con deficit uditivo al di sopra di una soglia definitiva. Sono stati inclusi, inoltre, nuovi modelli di sollevatori per disabili gravi, nuovi modelli di ventilatori polmonari, carrelli servoscala, unità di propulsione elettrica per carrozzine manuali e nel settore delle protesi e ortesi dinamiche nuove e più sofisticati modelli di articolazioni per arti artificiali. Inoltre, il metodo proposto, dal punto di vista dell'impatto finanziario, è un metodo estremamente innovativo che mi induce ad essere anche estremamente positiva sulle valutazioni che verranno da altri Ministeri".

**Infine, Vittoria D'Incecco (Pd) ha presentato l'interrogazione concernente i tempi di attuazione della riforma della medicina territoriale e intendimenti in merito al ruolo dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.**

[Qui la risposta del ministro Lorenzin.](#)

## **DOCTOR 33. IT**

### **Da oggi stop alla spedizione delle certificazioni uniche, rischio sanzioni anche per i medici**

Cento euro di multa per ogni Certificazione unica dimenticata o spedita in ritardo: la sanzione riguarda anche i medici e i dentisti titolari di studio per i loro dipendenti, e c'è tempo entro oggi 12 marzo per rimediare. E' un passaggio obbligato dell'iter che porta al modello 730 precompilato. La Legge di stabilità 2015 introduce il modulo 730 precompilato e, nell'intento di fornire il servizio per tempo, ha obbligato i datori di lavoro-sostituti d'imposta a spedire entro il 7 marzo per via telematica le certificazioni uniche. Il 7 marzo era sabato e l'obbligo di spedizione è slittato a lunedì scorso. Rispetto al Cud, che da quest'anno sostituiscono, le certificazioni uniche - inviabili anche tramite commercialista - comprendono i redditi di lavoro autonomo percepiti dai dipendenti (prestazioni occasionali, libera professione dell'infermiere assunto). L'obbligo di rispettare la scadenza si può per ora evitare per i soli collaboratori con redditi da lavoro autonomo, tenuti a presentare il modello Unico. Per ogni dichiarazione scorretta o ritardata c'è la sanzione a carico del sostituto d'imposta. Nella fretta si possono esser fatti errori, e così il Fisco ha dato cinque giorni in più per l'adempimento, ma rispetto al 7/3.

Ergo, con oggi si chiudono i termini per correggere eventuali dati errati. Il servizio dell'Agenzia delle Entrate, che ospita le certificazioni per ogni datore di lavoro, consente di sostituire (o annullare) la singola certificazione con un procedimento che invalida la precedente e consente di aprire un nuovo modello per la compilazione corretta. I modelli 730 precompilati online saranno "presentati" ai lavoratori in un'apposita sezione del sito delle Entrate accessibile a partire dal prossimo 15 aprile. Per vedere il suo 730, il contribuente dovrà accreditarsi al sito dell'Agenzia delle Entrate e munirsi di un Pin:

può utilizzare il Pin dispositivo consegnatogli dall'Inps od ottenerlo dall'Agenzia (online o chiamando al numero 848.800.444); può modificare, integrare o accettare e

il modello e infine trasmetterlo al Fisco tra 2 maggio e 7 luglio dal proprio PC o tramite commercialista.

## **DIRITTO SANITARIO Il ritardo nell'assistenza non è sempre causa di responsabilità**

In un incidente automobilistico a seguito del quale è rimasta gravemente infortunata una donna, deceduta poi in ospedale dopo un intervento chirurgico, è stata esclusa la responsabilità dei sanitari per il ritardo con cui la paziente è stata trasportata dalla precedente struttura ad un'altra munita di divisione di ortopedia. Sulla scorta della documentazione medica acquisita non sono emersi profili di colpa, non essendo stato accertato con dati di fatto sia il colpevole errore diagnostico dei sanitari sia il nesso causale tra quest'ultimo e il decesso. Il ritardo ha determinato un possibile aggravamento delle già precarie condizioni di salute della donna, ma non è stato tale da elidere il rapporto di causalità con la condotta precedente che ha determinato l'evento, cioè il comportamento dell'automobilista che ha causato il sinistro, per cui gli eventuali profili di colpa dei sanitari si sarebbero comunque atteggiati a mere concause successive comunque inidonee da sole a determinare la morte della paziente.

[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**