

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 17 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ PLOAGHE Sabato al centro sociale un convegno sulle cure palliative
- ❖ SASSARI Incontro: Ebola, una catastrofe da non sottovalutare

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Test scuole di specializzazione. Per il Tar non è da annullare. Boccato ricorso del Codacons
- ❖ L'INTERVENTO *La bravura di un medico? È inversamente proporzionale al numero di esami che prescrive*
- ❖ Congresso cardiologia Usa. Due studi promuovono la Cardio TAC al posto dei test da sforzo nella diagnosi di coronaropatia

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Lorenzin. Vaccini: nuovo calendario entro l'anno. Stop a disinformazione
- ❖ Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti. I dati Aifa e una guida Nice
- ❖ Corte Ue: niente esenzione Iva per i servizi sanitari "interinali"

DOCTOR 33. IT

- ❖ Fatture elettroniche. Alle partite Iva urge un portale per conservarle
- ❖ Tumori urologici, da approccio terapeutico condiviso migliori outcome
- ❖ DIRITTO SANITARIO Il fisioterapista può erogare prestazioni solo su prescrizione del fisiatra

LA NUOVA SARDEGNA

PLOAGHE Sabato al centro sociale un convegno sulle cure palliative

L'associazione "Amici di Gianni Brundu" di Siligo, col patrocinio del Comune di Ploaghe e in collaborazione con la Croce gialla e l'associazione Carnevale ploaghese, ha promosso per sabato 21 marzo alle 17 nel centro sociale di via Pietro Salis il convegno intitolato "Non lasciamoci soli... Un universo sconosciuto: le cure

palliative”. Una importante iniziativa il cui scopo è quello di promuovere e far conoscere nei territori l’importanza e la necessità di questa tipologia di cure e sensibilizzare i rappresentanti della politica locale e regionale e delle amministrazioni perché la normativa nazionale e regionale possa applicarsi nel territorio e tradursi in servizi ai cittadini bisognosi di cure palliative. Le cure palliative comprendono un complesso integrato di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, sociali e di sostegno spirituale. Si tratta di interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali, organizzate sia negli ambulatori ospedalieri che a casa del paziente nonché nelle cosiddette strutture residenziali, gli hospice. Servono a controllare il dolore e gli altri sintomi e in generale i problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati, per assicurare la migliore qualità di vita possibile nel rispetto della dignità e dell’integrità della persona. Il dolore non è mai un sintomo solo fisico ma, soprattutto nelle malattie croniche, può assumere i contorni di vera sofferenza, richiedendo un’attenzione profonda verso la realtà della persona e della famiglia che ne è coinvolta. Una delle opportunità assistenziali è offerta dall’hospice, una struttura per l’assistenza in ricovero temporaneo per pazienti affetti da patologia allo stato terminale che hanno bisogno di assistenza palliativa e di supporto. L’apertura dei lavori in qualità di moderatrice è affidata a Giusi Sechi, medico di medicina generale convenzionato Asl e direttore sanitario della Croce gialla di Ploaghe. Dopo il saluto delle autorità ci saranno gli interventi degli addetti ai lavori ed esperti del settore: Chiara Musio (“Storia delle cure palliative e ruolo del MMG”), Nicolino Licheri (“Lo sviluppo delle cure palliative domiciliari nella Asl di Sassari”), Antonio Pazzola (“Simultaneous Care”), Sonia Desiderio (“L’esperienza infermieristica”), Giandomenico Congiu e Gino Macaluso (“L’universo chiamato SLA”), Daniela Serra (“Dalle mani al cuore... il ruolo dell’Oss e le cure palliative”), don Luca Collu, parroco di Siligo (“Il ruolo del volontario”). La chiusura della giornata è affidata ad Angela Atzori chiamata a raccontare la storia dell’associazione “Amici di Gianni Brundu”. Al convegno parteciperanno i commissari straordinari della Asl n.1 e della Aou di Sassari, Agostino Sussarellu e Giuseppe Pintor.

SASSARI Incontro: Ebola, una catastrofe da non sottovalutare

Un’aula magna gremita e un grandissimo interesse per i temi trattati ha caratterizzato la conferenza sulla malattia da virus Ebola tenutasi sabato scorso all’università di Sassari. Un pubblico attento e sensibile ha ascoltato il saluto della presidente del club Inner Wheel Sassari Castello Roberta Bozzo, l’ampia introduzione all’argomento da parte di Maristella Mura direttrice della Uoc di Malattie infettive dell’Azienda universitario ospedaliera di Sassari e la dettagliata relazione di Saverio Bellizzi. E proprio Saverio Bellizzi, medico sassarese dell’associazione internazionale Medici senza Frontiere, ematologo ed epidemiologo, era la vera star dell’evento. Il medico infatti da mesi combatte in prima fila contro la paurosa espansione del virus Ebola nel continente africano, dove ha passato nell’ultimo anno una serie di massacranti turni. Bellizzi ha presentato tramite numerose diapositive la sua esperienza in Sierra Leone,

nazione particolarmente colpita dalla temibile epidemia. E, spiegando al gravità della situazione, ha anche sfatato molti luoghi comuni su possibili rischi di contagio. È seguito un ricco dibattito che ha evidenziato quanto sia importante fornire anche ad un pubblico di non addetti ai lavori la giusta informazione anche su argomenti così complessi .

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Test scuole di specializzazione. Per il Tar non è da annullare. Boccato ricorso del Codacons

I giudici amministrativi hanno respinto il ricorso presentato dall'associazione a nome di 183 medici dopo il caos dello scorso autunno occorso durante il test. Per il Tar non ci sono prove di “disparità di trattamento, eccesso di potere, difetto di imparzialità, pubblicità e trasparenza, arbitrarietà e irragionevolezza nel ricalcolo dei punteggi dei candidati, disparità di trattamento e ingiustizia manifesta”. [LA SENTENZA](#)

Per il Tar del Lazio il test per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina svoltosi lo scorso autunno è valido e ha respinto il ricorso del Codacons presentato a nome di 183 medici che chiedeva l'annullamento del test e l'ammissione in sovrannumero alla scuola di specializzazione prescelta. Il caso, ricordiamo, era scoppiato in seguito all'inversione di due quesiti nelle due prove relativi all'Area medica e dei Servizi clinici. Il Ministero dell'Istruzione aveva chiuso la pratica senza annullare il test ma cancellando (è stato dato un +1 d'ufficio) de facto le due domande ai fini del punteggio.

Nelle sue motivazioni il Tar del Lazio ha rilevato come l'inversione delle domande è avvenuta ma ha “comunque riguardato quesiti afferenti alla Scienza medica e non ad altra materia”. Per i giudici non c'è nemmeno traccia di “disparità di trattamento, eccesso di potere, difetto di imparzialità, pubblicità e trasparenza, arbitrarietà e irragionevolezza nel ricalcolo dei punteggi dei candidati, disparità di trattamento e ingiustizia manifesta”.

Per il Tar “a fronte di un minor danno si è potuto evitare l'annullamento totale della procedura a discapito di quanti avessero raggiunto posizioni atte a far loro conseguire l'iscrizione ad una Scuola di Specializzazione a prescindere dalle due domande errate”.

■ [Sentenza Tar Lazio su test scuole specializzazione](#)

L'INTERVENTO *La bravura di un medico? È inversamente proporzionale al numero di esami che prescrive*

Ma è anche vero che oggi si incentiva un sistema che pretende una documentazione pseudo-scientifica a ogni passo diagnostico o terapeutico. Senza verifiche “terze”, autorevoli e sufficientemente indipendenti, si favorisce ulteriormente la spirale

perversa della eccessiva prescrizione diagnostica. Servono criteri di governance basati sul reclutamento di risorse umane adeguate e leali.

Gli strumenti e i test diagnostici utilizzati nel nostro sistema salute sono elementi fondamentali per la prevenzione, il riconoscimento e la cura delle malattie e per la stessa definizione dello stato di salute del singolo o di una popolazione. Il dibattito in Italia intorno a queste tematiche è spesso presentato con toni che possono assumere connotazioni di miti e credenze più che di informazioni e concetti da studiare con metodologia attenta, col supporto di dati, analisi e conclusioni consequenziali. Infatti, pur con qualche perplessità sui numeri, se si sommassero i potenziali risparmi derivanti dai vari settori analizzati (ICT, telemedicina, appropriatezza, etc.), il nostro SSN, che è già il meno costoso tra tutti i servizi sanitari occidentali, costerebbe meno della metà, il che è improbabile. A tal proposito, il pensiero del Ministro della Salute Italiano è lucido, “Gli esami diagnostici inutili legati alla medicina difensiva costano all'Italia 13 miliardi di euro l'anno e si sta lavorando a protocolli stringenti per le direzioni generali che evitino gli sprechi, a partire dagli esami che si fanno durante la gravidanza”.

La ricerca in campo sanitario ha sofferto e soffre di una dicotomia di indirizzo. La componente “imprenditoriale” è focalizzata sui trial clinici di profilo terapeutico-farmaceutico, con presunto effetto di volano sulla produzione, e investe in studi clinici capillari ed estesi a tutto il territorio nazionale, con relativa attività promozionale. La componente “epidemiologica-preventiva”, di norma pubblica e “manageriale”, è molto parcellizzata sul territorio e ha riscosso meritori successi in molti e importanti campi: dalle salubrità degli alimenti e dell'ambiente alla prevenzione in ambito materno-infantile e lavorativo. Gli interventi di “razionalizzazione” sembrano spesso rivolti a un ridimensionamento degli interventi di prevenzione, individuandone alcune componenti meno tecnologiche e più “assistenzialistiche”. L'effetto finale è la distorsione di parte delle risorse a favore di terapie salvifiche, con impatto emotivo mediatico. L'anello di congiunzione, e di equilibrio, tra queste due componenti “strategiche”, preventiva e terapeutica, dovrebbe essere la ricerca di profilo diagnostico, e non la ricerca di base, troppo lontana dalla clinica e attualmente fondante soprattutto la prospettiva terapeutica.

L'insuccesso o il ritardo di diagnosi, elementi critici per i successivi itinerari diagnostici e terapeutici, dipendono non dalla inappropriata applicazione di linee-guida, ove esistano, ma da insufficiente attuazione e articolazione della attività di riconoscimento “tradizionale” di sintomi e segni direttamente sul paziente da parte di medico di famiglia, pediatra, professionista ad elevata specializzazione. Il Governo, ben supportato dalla sua rete di competenze e informazioni, ha il ruolo e le risorse logistiche per intervenire, in campo diagnostico, sulle componenti interattive in campo, sull'utilizzo insufficiente delle informazioni, facilitando verifiche tempestive e sistematiche nei contesti specifici nazionali, regionali e locali.

Talvolta sono i problemi e le soluzioni più semplici ad essere trascurate.

1) Qualità delle definizioni diagnostiche in rapporto all'obiettivo e a metodologie validate. È l'aspetto più critico perché troppe metodologie poco affidabili, per strumenti, criteri e/o per training richiesti per gli operatori, sono raccomandate come

preliminari per altri itinerari diagnostici e terapeutici, spesso amplificando i costi in termini umani e finanziari. Le attività formative, che potrebbero essere orientate più a diagnostiche tempestive e sostenibili, rivolte a malattie curabili in rapporto alla precocità del riconoscimento, sono attualmente insufficienti o inadeguate. La diffusione di metodologie e strumenti, anche a bassa qualità tecnologica, e ad elevato impegno economico si è rivelata svantaggiosa: il destino di questi strumenti è troppo spesso un assente utilizzo o disuso, dovuti sia a mediocrità degli strumenti stessi, sia a insufficiente training, sia infine alla attribuzioni ad ambienti senza preliminare competenza. L'assenza legislativa e normativa in campo di applicazioni diagnostiche cosiddette bedside, al letto del malato, incoraggia l'approssimazione, se non l'improvvisazione di medici non sufficientemente addestrati. La sovrapposizione di tali approcci con metodiche diffusamente disponibili e molto più efficaci ed efficienti rende questo sistema un meccanismo ostile alla qualità diagnostica, che rimuove o retrocede merito e qualità delle risorse umane già presenti e attive in nome di una presunta maggiore "economicità" clinica.

2) Esami diagnostici ridondanti. Sono anche una conseguenza di quanto appena detto. Comunque, è soprattutto un tema "sensibile", perché, di fronte alla richiesta di ri-controlli, si devono incontrare sia la legittima, necessaria esigenza di verifica da parte del medico curante, sia la comprensibile esigenza di conferme, nel caso di diagnosi complessive incerte o con elementi poco coerenti, per paziente e suoi congiunti. Spesso è una maniera impropria di richiedere una second opinion, come reazione alla insufficienza o limitato credito di informazioni. Si va dissolvendo la consapevolezza che l'eccellenza di risultati in termini di indicatori della salute raggiunta sino a qualche anno fa in Italia sia stata e sia in rapporto ad appropriate strategie di prevenzione, a ben focalizzati sistemi diagnostici e a efficaci e spesso semplici scelte terapeutiche, di area farmacologica, chirurgica o riabilitativa.

3) Sovra-diagnosi. È temuta da tutti, perché palesemente collaudata a fini di marketing occulto per facilitare la prescrizione di farmaci in maniera quasi universale, per esempio abbassando i livelli di soglia di "anormalità" o utilizzando apparecchi e metodologie inappropriate. E implica il rischio documentato di strategie chirurgiche estensive e non vantaggiose né per il singolo né a livello epidemiologico. Attraverso linee-guida aziendali si ha buona probabilità di sbilanciare l'equilibrio sovra-sotto-diagnosi sganciando l'itinerario diagnostico dalla interazione tra giudizio del medico e legittime apprensioni – se non premonizioni – e rifiuti del paziente.

4) La sotto-diagnosi, o meglio, assai spesso, le ritardate o imprecise diagnosi, sono una connotazione della incertezza della medicina: con la possibile conseguenza di ritardata o inappropriata terapia. Ma anche una conseguenza di non oculte priorità diagnostiche, specie in campo oncologico. Va ricordato che in alcune condizioni la precisione formale dell'itinerario diagnostico potrebbe non modificare ragionevolmente o vantaggiosamente le opzioni terapeutiche o il risultato clinico.

5) Sostegno e valorizzazione della ricerca e dell'applicazione di strumenti diagnostici patient-friendly (per glicemia, pressione arteriosa, ritmo cardiaco) interfacciabili con applicazioni di telemedicina peraltro promosse anche da progettualità europee. Sembra un campo lasciato alla libera iniziativa di piccoli

ambienti, quando invece costituisce una strategia deliberata e innovativa in altri Paesi, anche Europei.

Impostazioni e metodologie diagnostiche scarsamente supportate da un punto di vista scientifico trovano credito per la tendenza ad adottare la strategia di publish or perish, utilizzando prevalentemente riviste open access, cioè a pagamento; è così trasferita dall'ambito accademico e farmaceutico a quello diagnostico, un sistema di costruzione del credito scientifico, che è fortemente criticato a livello internazionale. Nel disordine e nella commistione di azioni e interventi inadeguatamente supportati si trovano qui le opportunità per scardinare quei "sistemi salute", anche settoriali o locali, tuttora basati su criteri di efficienza, efficacia, economicità ed etica solidaristica.

Sono anche queste le basi su cui prosperano e prospereranno contenziosi e confuse situazioni che innescano improprie e costose strategie di medicina "difensiva", con effetto finale di aumento della spesa sanitaria. Certamente, la bravura di un medico è inversamente proporzionale al numero di esami che prescrive: ma è anche vero che oggi si incentiva un sistema che pretende una documentazione pseudo-scientifica a ogni passo diagnostico o terapeutico. Non si può ormai considerare affidabile questo tipo di supporto solo perché quantitativo, di laboratorio, di imaging e comunque strumentale, perché senza verifiche "terze", autorevoli e sufficientemente indipendenti, si favorisce ulteriormente la spirale perversa della eccessiva prescrizione diagnostica.

Si può e si deve coordinare in maniera razionale e integra questa problematica, con criteri di governance basati sul reclutamento di risorse umane adeguate e leali.

Guglielmo Trovato

Medico, Membro esperto di Federsanità ANCI

Congresso cardiologia Usa. Due studi promuovono la Cardio TAC al posto dei test da sforzo nella diagnosi di coronaropatia

I risultati di un grande studio americano, il PROMISE e di un piccolo studio europeo lo [SCOT-HEART](#) fanno intuire che i tempi sono maturi per proporre la cardioTAC come test di importanza almeno sovrapponibile ai tradizionali test da sforzo (test ergometrico, eco-stress, scintigrafia miocardica) nella diagnosi dei pazienti con angina.

I risultati dello studio PROMISE presentati a San Diego e pubblicati in contemporanea sul [New England Journal of Medicine](#) fanno presagire l'inizio di una nuova era nella diagnostica della cardiopatia ischemica. E secondo alcuni, nel *work-up* diagnostico dei pazienti con dolore toracico suggestivo per angina, potrebbero presto essere archiviati i test 'da sforzo', quali quello al cicloergometro, l'eco-stress e la scintigrafia miocardica per far posto alla cardio-TAC.

Promise (*Prospective Multicenter Imaging Study for Evaluation of Chest Pain*) è il primo *trial* randomizzato e controllato ad aver confrontato gli *outcome* clinici nei

pazienti sottoposti a stress test funzionali o a cardioTAC per la diagnosi di malattie cardiovascolari e fornisce anche i primi dati in grado di influenzare le linee guida cliniche sull'impiego di questi test.

Promise ha arruolato oltre 10 mila pazienti presso 193 centri negli Usa e in Canada. I soggetti inclusi nello studio non avevano diagnosi precedenti di coronaropatia, ma si presentavano con sintomi fortemente suggestivi di patologia anginosa. Quasi tutti presentavano almeno un fattore di rischio per malattie cardiovascolari, quali ipertensione arteriosa, diabete o abitudine tabagica.

Metà di loro sono stati sottoposti ad una cardioTAC, un esame che genera immagini tridimensionali delle arterie del cuore che possono essere studiate per valutare il grado di stenosi. L'altra metà dei pazienti è stata sottoposta ai test funzionali tradizionali (ECG da sforzo, eco-stress o scintigrafia miocardica da sforzo), normalmente utilizzati per valutare la risposta del cuore allo sforzo. Tutti questi test sono di uso comune, ma finora non era mai stata fatta una valutazione di confronto diretto tra test funzionali e cardioTAC.

I risultati dello studio non hanno mostrato alcuna differenza tra i pazienti sottoposti a cardio-TAC e quelli sottoposti ai tradizionali test funzionali per quanto riguarda l'*endpoint* composito primario dello studio, comprendente mortalità, infarto, complicanze procedurali principali o ricovero per dolore toracico. Almeno un evento tra di quelli contemplati nell'*endpoint* primario si è verificato in ciascuno dei due gruppi di pazienti, durante un *follow up* di due anni o più.

L'angioTAC si è dimostrata tuttavia superiore rispetto ai test funzionali, per quanto riguarda alcuni degli *endpoint* secondari, quali il livello di esposizione a radiazioni (se confrontata con la scintigrafia miocardica) e la percentuale di procedure successive che non hanno rivelato la presenza di una coronaropatia significativa.

Si tratta di risultati molto importanti – affermano gli autori dello studio – in quanto le attuali linee guida lasciano in larga misura al medico e alle preferenze del paziente la scelta del test nei soggetti che si presentano con sintomi quali dispnea da sforzo o dolore toracico.

“Fino ad oggi – sottolinea **Pamela Douglas**, professore di Ricerca nelle Malattie Cardiovascolari della Duke University e primo autore dello studio – abbiamo scelto sostanzialmente a caso con quale test iniziare lo studio diagnostico di questa enorme popolazione di pazienti (circa 4 milioni l'anno solo negli Stati Uniti) che avevano bisogno di essere valutati per sintomatologia anginosa. Ora il nostro studio dimostra che gli *outcome* prognostici sono eccellenti e simili a prescindere dalla tipologia di test utilizzato; tuttavia ci sono alcuni segnali di una maggior sicurezza della cardioTAC, nel senso che provoca una minore esposizione a radiazioni rispetto alla scintigrafia e che porta ad un minor numero di procedure invasive (coronarografia) inutili, in pazienti che non presentano una coronaropatia ostruttiva. Un altro punto di forza di questo studio è che offre uno spaccato di vita reale sulla pratica clinica statunitense relativamente alla gestione di questa tipologia di pazienti.”

Nello studio Promise, il beneficio relativo della cardioTAC, rispetto ai test funzionali, si è mantenuto attraverso le categorie di pazienti suddivise per età, genere, razza e fattori di rischio cardiovascolari.

Dopo l'iniziale test non invasivo, almeno il 10% dei partecipanti allo studio è andato incontro ad uno studio angiografico, una procedura più invasiva che consiste nello studio diretto delle coronarie, attraverso l'introduzione di un catetere vascolare dall'inguine o da un'arteria del polso e che consente, se necessario, di intervenire con un'angioplastica e il posizionamento di uno *stent* per ripristinare il flusso in una coronaria gravemente stenotica. Il tasso di pazienti sottoposti a cateterismo, nei quali i test non invasivi non erano riusciti ad individuare la stenosi critica di una coronaria è risultato sensibilmente maggiore tra quanti erano stati sottoposti a test funzionali (4,3%), rispetto a quelli sottoposti a cardioTAC.

Se l'obiettivo – commentano gli autori dello studio – è quello di evitare problemi importanti quali mortalità, infarto o ricovero, la cardioTAC e i test funzionali sono opzioni ugualmente valide. Ma per obiettivi di secondo livello, quali evitare di dover essere sottoposti a test o a procedure aggiuntive o evitare un eccesso di radiazioni (quali quelle derivanti dalla scintigrafia miocardica), allora la cardioTAC appare una scelta migliore rispetto ai test funzionali.

Un sottostudio economico del Promise, presentato al congresso dell'*American College of Cardiology* non ha evidenziato sostanziali differenze di costo tra i test funzionali e la cardioTAC. “Nonostante la presenza di costi differenti relativi ai vari test funzionali – spiega il primo autore dello studio **Daniel Mark**, professore di medicina presso il *Duke Clinical Research Institute* e il *Duke Heart Center*- non abbiamo riscontrato differenze significative di costo tra il sottoporre i pazienti ad un test funzionale o ad una cardioTAC, nell'arco di un *follow up* di tre anni. fino ad oggi, non disponevamo di dati solidi su questo punto, per cui questa informazione è di enorme importanza. Scoprire che non ci sono sostanziali differenze di spesa tra queste tipologie di esami fornisce dunque una risposta importante, in grado di influenzare le scelte”.

In termini assoluti di spesa, i ricercatori americani hanno stimato che una cardioTAC costa in media 404 dollari, che rappresenta un risparmio di circa 110 dollari rispetto ad un eco stress e addirittura ad un risparmio di circa 542 dollari rispetto ad una scintigrafia miocardica; il più economico di tutti rimane l'ECG da sforzo che costa in media 174 dollari meno della cardioTAC.

“Non immagino che questi risultati – commenta Mark – produrranno un terremoto nella pratica clinica. Di certo però porteranno molti medici che ancora non avevano fatto ricorso alla cardioTAC, perché ancora molto legati all'esperienza decennale maturata con i test funzionali, a utilizzare anche questo esame più moderno. I risultati di questo studio infatti dimostrano che fornisce delle ottime informazioni, meno radiazioni rispetto alla scintigrafia miocardica e non grava troppo sui costi”

Lo studio è stato finanziato dal *National Heart, Lung, and Blood Institute* dei *National Institutes of Health*.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Lorenzin. Vaccini: nuovo calendario entro l'anno. Stop

a disinformazione

«Ormai da qualche anno è in atto una grossissima azione di disinformazione in tutto l'occidente con delle campagne anti-vaccino che sono estremamente dannose, pericolose per la popolazione, e purtroppo mortali»: lo ha detto la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, giungendo all'Institut Pasteur di Parigi, a cui è stata invitata come ospite d'onore per le Deuxièmes Assises Nationales du Vaccin, le seconde assise nazionali del vaccino.

Lorenzin ha ricordato che «ogni giorno ci sono in Europa e anche in Italia casi di bambini che muoiono per non aver fatto le vaccinazioni, come accaduto recentemente per il morbillo o la pertosse. Addirittura - ha avvertito - c'è chi costituisce delle correlazioni totalmente inesistenti tra le vaccinazioni e l'autismo, correlazioni smentite da tutto il mondo scientifico internazionale».

Focus sull'Italia. «L'Italia in questo momento è leader mondiale per le strategie di vaccinazione per i prossimi cinque anni», ha puntualizzato.

«L'obiettivo che ci siamo prefissi è l'adozione entro l'anno del nuovo Piano e del nuovo Calendario, che includa tutte le vaccinazioni per le quali disponiamo di vaccini efficaci e sicuri». Il Comitato permanente sulle strategie vaccinali, ha precisato Lorenzin, sta predisponendo l'aggiornamento del Piano nazionale della prevenzione vaccinale e del Calendario. «Ritengo che solo attraverso strategie di concertazione e condivisione sia possibile influenzare la società e orientare la ricerca, alleggerendo le procedure di registrazione e sorveglianza vaccinale, in accordo con le Autorità regolatorie, come strumento di garanzia e non di ostacolo allo sviluppo e all'adozione di nuovi vaccini», ha sottolineato Lorenzin.

Secondo il ministro, è necessario garantire ai cittadini «una protezione ampia, che tenga conto del nostro contesto epidemiologico, determinato dalla posizione geografica dell'Italia, via di transito, e, spesso, meta finale, di flussi migratori dai Paesi del sud del Mediterraneo. L'offerta vaccinale - ha aggiunto Lorenzin - è naturalmente estesa ai migranti di tutte le età, sulla base delle informazioni accertabili sul loro stato vaccinale». Per agire anche in questo campo in maniera mirata è necessario lavorare «in un'ottica di anagrafe vaccinale europea che - ha detto - ritengo sia indispensabile anche alla luce delle politiche di circolazione transfrontaliera».

Educazione sanitaria nei banchi di scuola. «L'educazione sanitaria che alfabetizzi i nostri figli sulle malattie infettive, sui rischi sanitari, sui vaccini e sul loro valore, deve far parte della vita quotidiana, inserendo i dati sulle vaccinazioni nei curricula scolastici, già dalla scuola primaria». Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel suo intervento a Parigi alla II Assise nazionale del vaccino.

«È auspicabile che aumenti anche l'investimento complessivo nella prevenzione che oggi, purtroppo, è ancora molto basso in tutti gli Stati membri. In questo ambito - afferma Lorenzin - occorre lanciare un segnale di discontinuità. La prevenzione esige stili di vita e comportamenti diversi, iniziando dall'età scolare». Non solo. «È poi, necessario investire nella ricerca avanzata, in collaborazione con Università, Enti di Ricerca e settore privato, superando ogni contrapposizione tra sistema pubblico ed

imprese, a favore di una concertazione etica e strategica per promuovere lo sviluppo di vaccini e la predisposizione di calendari vaccinali efficienti ed attuali».

Il ministro della Salute si sofferma anche sulla formazione tecnica e scientifica degli operatori sanitari, «che dovrà includere la capacità di comunicazione e interazione con l'utenza». Per garantire un'informazione coerente, autorevole e documentata, che arrivi correttamente al cittadino, «sono opportune e auspicabili - dice Lorenzin - anche altre misure innovative, come il monitoraggio dei siti web e dei social network e l'utilizzazione, anche a livello istituzionale, dei social media come strumenti utili per diffondere la cultura vaccinale e prevenire la disinformazione, che, come sappiamo, ha un impatto emotivo spesso devastante nei confronti di genitori e famiglie».

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti. I dati Aifa e una guida Nice

L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici sia per l'efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Per tale ragione l'Aifa, nell'ambito del monitoraggio dei consumi e della spesa dei farmaci, ha da tempo individuato alcuni indicatori in grado di sintetizzare le scelte prescrittive del medico e le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente.

Tali indicatori, ad esempio, hanno mostrato, nei primi nove mesi del 2014 (OsMed gennaio-settembre 2014), un andamento verso l'inappropriatezza nell'utilizzo dei sartani a brevetto scaduto, degli inibitori di pompa e degli antidiabetici (vedi la scheda tratta dal Rapporto OsMed). L'Agenzia è impegnata sia a livello nazionale che a livello comunitario per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti.

Anche in altri Paesi si conducono iniziative con lo stesso obiettivo. Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) ha appena sviluppato una guida per ottimizzare l'uso dei farmaci, che fornisce una serie di dati e raccomandazioni orientate prevalentemente a un maggior coinvolgimento del paziente nel processo decisionale di cura.

«Circa 15 milioni di persone in Inghilterra soffrono oggi di una malattia di lunga durata – scrive il Nice – un numero destinato a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione, così come è destinata ad aumentare la quota di pazienti con più di una malattia di lunga durata (multimorbilità) che assume in contemporanea più farmaci, non tutti necessariamente prescritti dal medico. La politerapia e la polifarmacia rappresentano tra i più importanti fattori di rischio per l'insorgenza di reazioni avverse da farmaci, ritenute responsabili, tra l'altro, di scarsa qualità di vita, ricoveri ospedalieri frequenti e incremento dei costi e della mortalità.

In Italia, nel 2013 (dati OsMed 2013), nell'ambito dell'assistenza convenzionata, ogni italiano ha consumato in media poco più di una dose al giorno (1.031,5 DDD/1000 ab. die), in aumento rispetto all'anno precedente del +2,5%, mentre in termini di confezioni si è registrato un incremento del +2,2% (oltre 1 miliardo di confezioni nel 2013, corrispondente a 18,7 confezioni pro capite). Il numero di prescrizioni è

aumentato del 2,5% rispetto allo scorso anno e ha toccato le 608 milioni di ricette. I dati dell'Health and Social Care Information Centre (Hscic) mostrano che tra il 2003 e il 2013 in Inghilterra il numero medio di prescrizioni all'anno per ogni persona è aumentato da 13 (nel 2003) a 19 (nel 2013). Se da una parte, spiega il Nice, molte patologie a lungo termine vengono trattate con medicinali, dall'altra, le stime indicano che tra il 30% e il 50% dei farmaci prescritti non sono assunti come dovrebbero (Oms, 2003). Inoltre, tra il 30% e il 70% dei pazienti commette un errore o uno scambio involontario di farmaci, specie quando passa da un regime o da un ambito di cura a un altro.

Ottimizzare l'uso dei farmaci – scrive il Nice – significa garantire al paziente una corretta aderenza al trattamento e consente una migliore gestione delle patologie croniche, delle multimorbilità e dell'uso contemporaneo di molti farmaci.

L'ottimizzazione dei medicinali richiede un approccio centrato sulla persona. La decisione condivisa – sottolinea il Nice – è d'altra parte una componente essenziale della medicina basata sulle evidenze (Greenhalgh et al. 2014; Sackett et al. 1996). In questo senso, un punto importante è comprendere quale sia il livello di coinvolgimento desiderato dal paziente.

Un'altra sfida continua – scrive il Nice – è garantire che i farmaci siano utilizzati in sicurezza. Un rapporto commissionato dal Dipartimento della Salute (Exploring the costs of unsafe care in the Nhs), ha rivelato che tra il 5% e l'8% dei ricoveri ospedalieri non programmati sono dovuti a problemi connessi all'uso di farmaci. Il rapporto si è incentrato sugli eventi avversi prevenibili che possono essere attribuiti a uno o a più errori specifici.

Gli incidenti che riguardano i farmaci possono avere diverse cause: scarsa conoscenza, mancata osservanza di sistemi e protocolli, interruzioni (ad esempio, durante la prescrizione, la somministrazione o la fornitura di un farmaco), difetti di comunicazione. Sistemi e processi efficaci – scrive il Nice – possono ridurre al minimo il rischio di problemi prevenibili relativi ai medicinali come gli effetti collaterali, gli eventi avversi o le interazioni con altri farmaci o comorbidità. Il rischio di subire danni dai farmaci aumenta naturalmente con la polifarmacia.

Gli eventi avversi da farmaco rappresentano un onere notevole per i servizi sanitari e hanno un impatto significativo sui pazienti. Quando chi fornisce le terapie farmacologiche cambia, come ad esempio al momento del ricovero in ospedale o della dimissione, vi è un maggior rischio di difetti di comunicazione e di modifiche indesiderate ai farmaci in uso. Il paziente che cambia impostazione di cura, in una percentuale tra il 30% e il 70% dei casi, va incontro a un errore o a un cambiamento involontario nell'assunzione dei suoi farmaci.

La guida Nice raccomanda una serie di metodi per identificare possibili incidenti legati alla sicurezza dei pazienti nell'utilizzo dei farmaci, tra cui il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale e la condivisione delle informazioni, tra cui alcuni dettagli, quali le allergie e le reazioni note al farmaco o a sue componenti.

La guida contiene inoltre raccomandazioni sulla cosiddetta "medicines reconciliation", che consiste nel predisporre un elenco completo di tutti i farmaci che il paziente sta assumendo – includendo il nome del farmaco, il dosaggio, la frequenza e le modalità di somministrazione – per verificare eventuali discrepanze e/o

cambiamenti, specie quando si modificano le impostazioni di cura o cambia l'operatore sanitario che ha in carico il paziente (ricovero in ospedale, dimissione ecc.). Un processo che dovrebbe coinvolgere attivamente il malato e i suoi familiari o chi se ne prende cura.

Corte Ue: niente esenzione Iva per i servizi sanitari "interinali"

Non spetta l'esenzione da Iva prevista per le prestazioni degli organismi di carattere sociale né al personale infermieristico che fornisce i propri servizi direttamente alle persone bisognose di cure, né alle società di somministrazione di lavoro che mettono tale personale a disposizione degli istituti riconosciuti. Lo ha affermato la Corte di giustizia europea, con la sentenza 12 marzo 2015 relativa alla causa C-594/13, chiamata a pronunciarsi per dirimere una questione interpretativa sorta nell'ambito di un contenzioso pendente fra un ente tedesco e la locale Amministrazione finanziaria. Il legislatore tedesco non ha riconosciuto le società di somministrazione di lavoro a tempo determinato, che mettono personale a disposizione degli istituti di cura, alla stregua di organismi aventi carattere sociale ai fini che qui rilevano. D'altro canto, concludono gli eurogiudici, la messa a disposizione di lavoratori non costituisce, in quanto tale, una prestazione di servizi di interesse pubblico effettuata nel settore sociale. A tal riguardo, è irrilevante che il personale di cui trattasi sia personale infermieristico o che tale personale sia messo a disposizione di istituti di cura riconosciuti.

DOCTOR 33. IT

Fatture elettroniche. Alle partite Iva urge un portale per conservarle

«La risposta della Presidenza del Consiglio alla Fnomceo secondo cui gli ordini professionali sono tenuti anch'essi, come gli altri enti pubblici, alla fatturazione elettronica dal 31 marzo ha un po' stravolto le previsioni. Come ordine professionale nell'ambito del Coordinamento delle professioni Cup avevamo appena affermato che gli ordini professionali non sono soggetti. L'Omceo Bologna ha fatto scrivere un parere pro-veritate secondo cui gli Ordini non sono obbligati a ricevere le fatture elettroniche ma ormai appare chiaro che la Pa, rispondendo a Fnomceo, ha tracciato un nuovo indirizzo». **Roberto Cunsolo** Tesoriere del Consiglio Nazionale dei Commercialisti ammette le incertezze presenti sul nuovo onere degli enti pubblici censiti dall'Istat ogni 30 settembre (inclusi Asl ed ospedali, nella circolare 9/3/15 il governo ha invitato a consultare il sito www.indicepa.gov.it per vedere se si è tra le amministrazioni coinvolte). Ma ormai si va verso la soluzione dei problemi.

«L'obbligo d'invio online nasce per censire preventivamente le fatture ad opera della Ragioneria dello Stato e per un controllo della spesa pubblica: non è più pensabile un

mondo fatto di fatture cartacee consegnate alla Pa che una volta onorate non venivano contabilizzate generando debiti fuori bilancio. Ora - spiega Cunsolo - entro 15 giorni le fatture si considereranno accettate dal sistema d'interscambio gestito dall'Agenzia delle Entrate ed entro 30 giorni andranno nella Piattaforma dei crediti certificati-Pcc. Però gli Ordini, oltre ad essere "in dubbio" in quanto enti pubblici non economici sostenuti dalle tasse d'iscrizione pagate dai professionisti, non risultano iscritti alla Pcc: oggi, ove il fornitore non fosse pagato entro 30 giorni, la sua fattura non sarebbe rintracciabile. Ecco perché si corre contro il tempo».

Il conto alla rovescia è scattato anche per i professionisti fornitori della Pa, 800 mila continuativi e 2 milioni occasionali. «Gli enti pubblici non pagano più a fronte di fatture cartacee -ricorda Cunsolo- ma emettere fatture online nel nuovo formato .XML non è un grande problema. La Sogei, società informatica del ministero dell'Economia, ha messo in piedi un portale gratuito - www.fatturapa.gov.it - dove l'utente entra con le credenziali Entratel o Fisconline (già usate per spedire l'F24 ndr) compila la fattura nel nuovo formato, la firma elettronicamente e la invia con posta elettronica certificata. Ma questo portale non consente di conservare le fatture, un procedimento oneroso che deve avvenire nel rispetto del Codice dell'Amministrazione Digitale e del decreto Mef 17/6/2014, utilizzando un software ad hoc a cura di enti certificati dall'Agenzia Italia Digitale o in alternativa un portale che offre il servizio a pagamento». Ne stanno nascendo tanti: per conservare 10 anni i documenti su portale remoto si è parlato di cifre dai 2 ai 20 euro a fattura, improponibili per molti contribuenti. Tra l'altro, non basta spedire le fatture con Pec per provare la regolarità della conservazione. «Per opporre il documento a terzi - ricorda Cunsolo - il DM 17 giugno 2014 chiede firma digitale, marcatura temporale e il deposito con un software con un motore di ricerca per richiamare tutte le fatture partendo da un contenuto comune. Come Consiglio Nazionale dei Commercialisti abbiamo di recente concluso un accordo per una piattaforma che risponda alle nostre esigenze. Intendiamo offrirla gratuitamente agli ordini professionali che ce ne faranno richiesta, e la presenteremo a Roma il 26 marzo. Stiamo inoltre pensando di offrire agli iscritti un servizio che consenta loro di conservare gratis fino a 12 fatture, pagando per il resto un prezzo di mercato: 1-1,5 euro a fattura, un onere sostenibile ma non del tutto indifferente se si pensa che andrà ad aggiungersi a quello della marca da bollo elettronica ove richiesto».

Tumori urologici, da approccio terapeutico condiviso migliori outcome

Sono cinque le società scientifiche che hanno deciso di unire i propri sforzi per lottare con più efficacia contro i tumori della prostata, della vescica, del rene, del testicolo e del pene. Si tratta dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), dell'Associazione italiana radioterapia oncologica (Airo), del Collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri (Cipomo), della Società italiana di urologia (Siu) e della Società italiana di urologia oncologica (Siuro), che hanno siglato un accordo per realizzare un vero e proprio team multidisciplinare urooncologico. «Si tratta di un progetto importante - dice il presidente Aiom Carmine Pinto - perché i tumori

urologici hanno un'elevata incidenza, sia nel sesso maschile che in quello femminile. Abbiamo imparato che se la strategia terapeutica viene condivisa da tutti i professionisti che sono coinvolti, quindi sostanzialmente gli urologi, gli oncologi e i radioterapisti, ma poi anche altre figure come gli anatomopatologi e i radiologi, si possono ottenere outcome clinici migliori attraverso una presa in carico globale del paziente fin dall'inizio, non soltanto per il settore limitato di ciascuno specialista». Se l'obiettivo primario è la terapia migliore per il paziente, l'accordo ha una forte valenza organizzativa: «se il percorso è condiviso dai diversi specialisti si potranno razionalizzare meglio le risorse, - sostiene Pinto - evitando da una parte ripetizioni di esami e quindi costi aggiuntivi, dall'altra accorciando i tempi». Il presidente Aiom spiega che sono già partiti cinque gruppi di lavoro, che definiranno le finalità, l'organizzazione, i requisiti e le risorse per poter davvero mettere in pratica un percorso di questo tipo: «i gruppi lavoreranno per circa un anno, per arrivare intorno al mese di dicembre a una consensus conference in cui verrà prodotto un documento condiviso da tutte le società scientifiche, in modo da presentare alle Regioni e al ministero della Salute ciò che le società ritengono sia la migliore strategia».

DIRITTO SANITARIO Il fisioterapista può erogare prestazioni solo su prescrizione del fisiatra

Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso dell'Associazione Italiana Fisioterapisti della Basilicata confermando una delibera della Regione in virtù della quale il fisioterapista può erogare prestazioni al singolo paziente solo su prescrizione del fisiatra o di medico specialista e può utilizzare solo alcune apparecchiature elettromedicali. La normativa in materia pone in evidenza la centralità e la responsabilità del ruolo del medico nel programma terapeutico nell'area riabilitativa, prevedendo il controllo di fisiatra, con la diagnosi, l'individuazione e la prescrizione della terapia, ai fini dell'accesso alle prestazioni riabilitative a carico del S.S.N.. Pertanto, l'autonomia del fisioterapista può svolgersi, in coerenza col sistema normativo nazionale, solo nel presupposto delle prescrizioni indicate dal fisiatra, quale coordinatore dell'equipe riabilitativa, in quanto i requisiti posti per le professioni sanitarie, e che legittimano il loro esercizio, rispondono all'interesse di ordine generale di tutela della collettività contro il rischio di un trattamento non appropriato. Emergono così concrete indicazioni circa l'ambito delle competenze del fisioterapista e la delimitazione delle stesse rispetto a quelle proprie del medico specialista, che è responsabile della predisposizione delle attività terapeutiche e del progetto riabilitativo anche se la sua elaborazione è frutto di un lavoro di equipe. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584