



## **RASSEGNA STAMPA**

**01/02/2016**

1. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Tumore, ogni giorno mille italiani malati
2. ANSA Dal 2 febbraio stretta sul fumo, stop in auto se ci sono minori
3. IL FATTO QUOTIDIANO Inceneritori e amianto, i nostri nemici
4. STAMPA Bioetica e bio diritto le relazioni scivolose
5. TEMPO I dottori «licenziati» diventano volontari
6. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale Faccia a faccia Gelli e Aceti.
7. CORRIERE SERA Le truffe dei 7 mila statali
8. OK SALUTE BENESSERE Una guida fa chiarezza sugli equivalenti

IL 4 FEBBRAIO GIORNATA MONDIALE. NEL 2012 IL «BIG KILLER» È QUELLO AL POLMONE (33.538 CASI)

# Tumore, ogni giorno mille italiani malati I morti sono poco meno di 180.000 l'anno

## Diminuisce il numero degli uomini colpiti, cresce quello delle donne

● **ROMA.** Ogni giorno in media mille italiani si ammalano di tumore, circa 363.000 nel solo 2015. Nonostante migliorino le terapie e aumenti la sopravvivenza, l'epidemia cancro miete ogni anno in Italia poco meno di 180.000 vittime, circa 8,2 milioni nel mondo.

Ma, come ripetono gli esperti, diminuire il rischio di ammalarsi, almeno in parte, è possibile. Ed è proprio «We can. I can», lo slogan del World Cancer Day 2016, la giornata mondiale del Cancro che si celebra il prossimo 4 febbraio, con l'obiettivo di sensibilizzare cittadini e governi sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce.

Da David Bowie a Luciano Pavarotti, da Anna Magnani a Steve Jobs, sono centinaia le illustri vittime del male, che colpisce soprattutto i paesi più industrializzati. Proprio questi, infatti, vedono una più ampia diffusione di sostanze potenzialmente cancerogene: fumo, alcol, smog, inquinamento, radiofrequenze e pesticidi, ma anche eccesso di cibo, eccesso di carni insaccate e di zuccheri.

Quanto al nostro Paese, secondo «I numeri del cancro in Italia 2015», il censimento ufficiale dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum), diminuisce il numero degli uomini colpiti, con 194.400 nuove diagnosi stimate nel 2015, mentre cresce quello delle donne, che tocca quota 169.000.

Tra le nuove diagnosi, la neoplasia più frequente è quella del colon-retto (52.000), seguita da seno (48.000), polmone (41.000), prostata (35.000) e vescica (26.000).

Grazie a terapie efficaci e a diagnosi precoce si riduce la mortalità complessiva, in particolare fra gli uomini nei tumori legati al fumo. Per altre neoplasie, come quelle del seno e della prostata, la riduzione della mortalità nel 2015 è dell'1,4% e del 2,8%. Tanto che ad oggi sono circa 3

milioni gli italiani vivi con una diagnosi di tumore, con un incremento del 17% rispetto al 2010.

Gli ultimi dati disponibili (Istat 2012) vedono ancora le neoplasie come seconda causa di morte per gli italiani, dopo le malattie cardiocircolatorie, con oltre 177.000 vittime, il 29% di tutti i decessi.

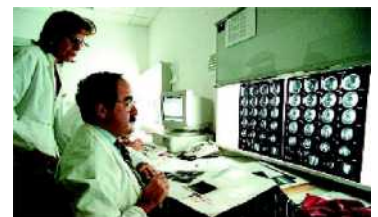
Il tumore che ha fatto registrare nel 2012 il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.538), seguito da colon-retto (19.202), seno (12.004), pancreas (10.722), stomaco (10.000) e prostata (7.282).

Eppure, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), oltre il 30% delle morti per neoplasie potrebbe essere prevenute grazie a corretti stili di vita.

**Livia Parisi**



**TUMORE** La prevenzione è fondamentale



<http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/>

## Dal 2 febbraio stretta sul fumo, stop in auto se ci sono minori

*Anche immagini choc sui pacchetti, multe e divieto pubblicità*



*Dal 2 febbraio stretta sul fumo, stop in auto se ci sono minori*

Dalle immagini choc sui pacchetti di sigarette al divieto di fumo in auto in presenza di minori e donne incinte. Sono alcuni tra i principali divieti e novità introdotti con il decreto di recepimento della direttiva Ue sul tabacco e che entreranno progressivamente in vigore a partire da 2 febbraio, dopo la pubblicazione in Gazzetta ufficiale il 18 gennaio scorso. Queste le misure, varate con l'obiettivo di determinare una stretta sul fumo e, soprattutto, dissuadere i giovani da tale abitudine a rischio: - IMMAGINI CHOC: sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua recheranno le nuove "avvertenze combinate" relative alla salute composte da testo, fotografie ed immagini forti e informazioni per dissuadere i consumatori. Le avvertenze occuperanno il 65% (e non piu' solo il 30-40%) del fronte e del retro delle confezioni. Ci sara' anche il messaggio 'Il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene', ma anche informazioni a sostegno di chi vuole

smettere, come la scritta 'n.verde 800.554.088 per smettere di fumare'.

- **ADDITIVI**: vietato l'uso di additivi che rendono piu' "attraattivo" il prodotto del tabacco, che promettano cioe' "benefici per la salute ed effetti energizzanti". Stop inoltre all'immissione sul mercato di sigarette e tabacco da arrotolare contenenti aromi - come mentolo, vaniglia, erbe, spezie - che possano modificare odore, gusto, intensita' di fumo. Sono aboliti i pacchetti da 10 sigarette e le confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30 grammi di tabacco. Si tratta delle tipologie piu' richieste dai giovanissimi.

- **PUBBLICITA'**: sulle confezioni sono vietati tutti gli elementi promozionali. Inoltre, "è vietata la pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina che sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi in televisione nella fascia oraria dalle 16 alle 19; sulla stampa quotidiana e periodica destinata ai minori; nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati prevalentemente alla visione da parte dei minori". - **TRACCIABILITA'**: viene introdotto un sistema europeo di localizzazione e tracciabilita' delle confezioni dei prodotti del tabacco, al fine di combatterne il traffico illecito

- **ON-LINE**: vietate la vendita on line transfrontaliera di prodotti del tabacco e sigarette elettroniche.

- **SIGARETTE ELETTRONICHE**: sono inseriti piu' requisiti di sicurezza e qualita'. Il decreto prevede ad esempio che siano introdotti una chiusura a prova di bambino e manomissione ed un sistema di protezione dagli spargimenti di liquido di nicotina. E' prevista inoltre la notifica del Ministero della Salute per i prodotti da immettere sul mercato e l'obbligo di un foglietto di istruzioni con controindicazioni e informazioni sugli effetti nocivi.

- **STOP FUMO IN AUTO CON MINORI E DONNE INCINTA**: altri divieti, non previsti dalla direttiva, saranno quello di vendita ai minori di sigarette elettroniche con presenza di nicotina, divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza, divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali, inasprimento delle sanzioni per la vendita ai minori fino alla revoca della licenza. Inoltre sarà vietato fumare anche all'aperto, nelle "pertinenze esterne delle strutture universitarie ospedaliere, presidi ospedalieri e IRCCS pediatrici e alle pertinenze esterne dei reparti di ginecologia e ostetricia, neonatologia e pediatria delle strutture universitarie ospedaliere e dei presidi ospedalieri e degli IRCCS".

- **LE MULTE**: le sanzioni per la vendita ai minori passano da 500 a 3mila euro, ma è prevista anche la sospensione per quindici giorni della licenza all'esercizio dell'attività, fino alla chiusura. - **VIETATO GETTARE I MOZZICONI**

PER TERRA: il ddl sulla Green economy (pubblicata in GU il 18 gennaio), introduce inoltre il divieto di "abbandono di mozziconi dei prodotti da fumo sul suolo, nelle acque e negli scarichi". Il divieto è in vigore dal 2 febbraio. - I NUMERI: Solo in Italia, il fumo provoca 83mila vittime l'anno mentre nel mondo si stima uccida 6 mln di persone, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito il fumo come "la più grande minaccia per la salute nella regione europea". In Italia, i fumatori sono 10 mln e ben il 23,4% degli studenti dei primi anni delle superiori afferma di fumare.

Di questi, il 63,9% non ha ricevuto un rifiuto dall'esercente nonostante il divieto di vendita ai minori. E nonostante la legge Sirchia del 2003 per lo stop al fumo nei luoghi chiusi abbia portato a dei passi avanti, ancora molto resta da fare, anche considerando che l'80% di chi ha tentato di smettere, secondo dati Istat, ha fallito.

## BRUTTA ITALIA

### Inceneritori e amianto, i nostri nemici



◊ D'ONGHIA E GAINO  
A PAG. 8 - 9

# Inchinati agli inceneritori anche a costo della salute

**IN EMILIA ROMAGNA**

*Molte le nascite prima  
del termine nelle zone più  
prossime, così come i casi  
di linfomi intorno a Modena*

**CONFLITTO D'INTERESSI A TORINO**

*Impianto gestito da società  
partecipata dal Comune  
e controllata da un gruppo  
di cui il Comune è azionista*

## IMMONDIZIA SOVRANA

*Professor Terracini denuncia:  
"Ci vuole una politica di  
prevenzione, aumentando la  
differenziata e utilizzando gli  
impianti il minimo possibile.  
Non ne conosciamo ancora  
gli effetti sulla salute"*

**ALBERTO GAINO**

# S

torie di inceneritori, della paura dei vicini di casa di ammalarsi e di uno scienziato di fama internazionale chiamato dalle autorità politiche a certificare l'assenza di rischi per la salute dei lavoratori degli impianti e dei residenti nei paraggi. Storie che si ripetono e in cui il professor Benedetto Terracini assume puntualmente il ruolo del guastafeste che ci dà da pensare. Anche oggi: "La mia

preoccupazione, di fronte al progetto di altri 8 inceneritori, è che si assicuri una politica di prevenzione, aumentando la raccolta differenziata dei rifiuti e utilizzando quegli impianti il minimo indispensabile. Non ne conosciamo ancora gli effetti sulla salute".

**EMILIA-ROMAGNA, 2011:** il rapporto sull'impatto delle emissioni di sostanze provocate dal funzionamento degli inceneritori della regione fa emergere un'accentuazione delle nascite prima del termine nelle partorienti che vivono nelle zone più prossime. L'attività di monitoraggio

della salute rileva anche casi di linfomi intorno al solo impianto di Modena in misura superiore al territorio nazionale.

Per il resto tutto bene e i vertici della Regione si concentrarono subito su quel resto. Fu diffuso un comunicato che ridimensionava le critici-



tà e non citava i linfomi nell'annunciare la conferenza stampa cui, accanto ai vari assessori, avrebbe dovuto prender parte il presidente del comitato scientifico, cioè il professor Terracini. "Mi presentai in quella sala - rievocò l'epidemiologo - e chiesi che venisse revocato il comunicato. Ne spiegai i motivi. Gli assessori regionali di Sanità e Ambiente impallidirono e mi tolsero il saluto". Proseguì l'attività di biomonitoraggio? "Vennero programmati nuovi accertamenti, ma non mi chiesero di occuparmene. Potevo capirlo: avevo compiuto 80 anni." L'anno dopo Terracini viene invitato dalla fu Provincia di Torino a far parte del comitato scientifico incaricato di sovrintendere al programma di monitoraggio della salute dei lavoratori del nuovo termovalorizzatore e dei residenti prossimi all'impianto di incenerimento di rifiuti solidi urbani e speciali sino a 490 mila tonnellate l'anno. E pure questa volta Terracini finisce per rompere le uova nel paniere. Il 2 ottobre 2015 il professore fa mettere a verbale di una riunione del comitato una questione che altri tendono a non voler prendere in considerazione: il ruolo di primo piano dei lavoratori della filiera dei subappalti. Non si sa nemmeno quanti siano. Si sa che le imprese che li alternano nell'impianto torinese di termovalorizzazione, aperto a settembre 2013, sono un centinaio.

Dichiara il professore Terracini: "La partecipazione di tutti coloro che lavorano nell'impianto appare problematica a causa della molteplicità degli appalti e subappalti operata da Trm (Trattamento rifiuti metropolitani, la società che gestisce l'inceneritore) e dal principale appaltatore, Iren Ambiente. I dipendenti Trm sono solo una parte dei lavoratori che operano sull'impianto e dai dati in possesso non sono loro a svolgere

mansioni che espongano in modo diretto e continuativo a sostanze tossiche. La dottoressa Antonella Bena (coordinatrice del gruppo di lavoro sul monitoraggio della salute di lavoratori e residenti) riferisce che non hanno avuto alcun successo i ripetuti solleciti formali e informali al gestore dell'impianto di disporre di informazioni chiare e puntuali riguardo le numerose ditte in appalto e subappalto e dei nominativi dei lavoratori".

**SUBITO DOPO** il professore alza i toni: "Il comitato tecnico scientifico esprime scontento di fronte a tale reticenza. L'obiettivo di produrre conoscenza sui rischi esistenti all'interno dell'impianto è comunque legato alla rappresentatività del campione oggetto di biomonitoraggio. Questo dovrebbe includere non soltanto un gruppo selezionato (dipendenti Trm) ma fornire un quadro completo e realistico degli addetti presenti in impianto. Il Comitato tecnico scientifico sottolinea che, permanendo tali difficoltà, non vi sono le condizioni per garantire il valore scientifico dei risultati". Terracini si premura di precisare che l'attività di verifica della salute dei più diretti interessati alle emissioni dell'inceneritore è finalizzata "a offrire informazioni utili a eventuali interventi di prevenzione e tutela dei lavoratori". E ricorda che la Città Metropolitana si impegna a sollecitare il gestore al rispetto della prescrizione contenuta nella Valutazione di impatto ambientale, dell'attività di studio e di analisi. Su [www.dors.it/spott](http://www.dors.it/spott) sono pubblicati i report sulle analisi e vi si legge che nel corso del primo step (settembre 2013) per verificare le condizioni generali del campione si sottopose a prelievi di sangue e urine una dozzina di dipendenti Trm. Nel secondo step

(giugno-luglio 2014) sono saliti a 40-55 secondo le tipologia di analisi e la ricerca dell'assorbimento di metalli piuttosto che di diossine o di idrocarburi policiclici aromatici. Il rapporto di metà dicembre scorso sui primi risultati del biomonitoraggio di circa 400 residenti in aree prossime all'impianto in funzione e più lontani non segnala criticità e sarebbe, anzi, rassicurante se non avesse il limite scientifico che inficia gli esiti delle analisi condotte sul sangue e sulle urine del campione di dipendenti Trm.

**PER QUESTO MOTIVO** appaiono incomprensibili le recenti dichiarazioni del presidente della società, l'ex sindacalista Bruno Torresin, alla Commissione Legalità del Comune di Torino: "I subappaltatori hanno l'obbligo di dichiarare soltanto il personale utilizzato per oltre 30 giorni lavorativi" (continuativi). Il manager ha chiarito che ciò che conta adesso ai fini della prevenzione - come sostiene Terracini - è conoscere che cosa assorbe nel tempo l'organismo umano di chi sia impegnato nelle attività più esposte dell'impianto che comprendono molti servizi di manutenzione? E che questi, attraverso il contratto di global service aggiudicato a Iren Ambiente, vengono largamente affidati a personale della filiera dei subappalti? E che l'accumulo di eventuali sostanze tossiche nel sangue non cessa se i lavoratori vengono impiegati nelle stesse attività di manutenzione un po' qui e un po' là? Evidentemente, per ora, non aiuta a rendere meno invisibili questi lavoratori e il loro diritto alla salute il fatto che a gestire l'inceneritore sia una società a capitale misto, partecipata (per il 18%) dal Comune di Torino e controllata dal gruppo Iren, di cui sempre il Comune di Torino è fra i principali azionisti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Bioetica e biodiritto le relazioni scivolose

Dal riconoscimento delle unioni omosessuali al fine vita, le questioni morali dividono la società  
Ma non è facile arrivare a una disciplina giuridica

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Il confronto che oppone posizioni diverse in Parlamento e divide la società fino a rianimarne nelle piazze la voglia di partecipare alla vita pubblica riguarda ora la questione del riconoscimento e della protezione delle unioni omosessuali. È anche annunciata la ripresa della discussione di una legge sui problemi di fine vita. Sono temi di stretta attualità, ma altri se ne sono presentati e verranno in discussione, che toccano l'ambito dell'etica e quello diverso del diritto dello Stato.

Sul terreno della bioetica, entra in campo il biodiritto; la prima si nutre di discussioni, il secondo esige decisioni. Si tratta di questioni che toccano da vicino la vita delle persone; alcune emergono per l'evoluzione dei costumi e degli stili di vita, mentre altre sono rese possibili dai veloci sviluppi delle ricerche e delle applicazioni tecnologiche nel campo della biologia, delle scienze della vita e della cura della salute. Legate al patrimonio di valori e credenze di ciascuno, esse pongono interrogativi spesso gravi e sempre suscettibili di risposte diverse: sono gravi poiché in gioco sono aspetti fondamentali e talora drammatici della vita delle persone, e sono inevitabilmente controversi perché le risposte variano anche radicalmente a seconda dei valori di riferimento.

## Dignità personale

Dello studio di tali e tanto varie questioni e possibilità si occupa la bioetica, che affronta problemi riguardanti il tempo della nascita e quello della morte, insieme a molte vicende umane che si susseguono nel frattempo. Le recenti tecniche di fecondazione medicalmente assistita, la gestazione per conto di altri, l'interruzione della gravidanza, l'uso di certi farmaci anche in rapporto al loro costo, le terapie antidolore e l'accompagnamento della fine della vita, la cessazione dell'alimentazione e dell'idratazione, l'aiuto al suicidio e altre ancora sono le questioni che più frequentemente chiedono a medici e ricercatori (ma anche ai congiunti dei malati) e a specialisti di studi etici di dare risposta a interrogativi etici. Accade allora che si richieda a legislatori e giudici (per questi ultimi, ineludibilmente e spesso urgentemente) di trovare soluzioni per regolare tali vicende attraverso il diritto. Alla bioetica si affianca allora il biodiritto, nella reciproca indipendenza, ma anche con evidenti connessioni.

I casi che sollevano problemi etici sono molto diversi l'uno dall'altro e difficilmente riferibili a criteri di valutazione comuni, se non in termini molto generali. Probabilmente gli unici criteri unificanti sono quelli che richiamano la dignità della persona in ogni circostanza e, in tema di trattamenti medici, il requisito del consenso di chi li riceve. Quest'ultima condizione è strettamente legata al rispetto della dignità della persona.

## I pareri dei Comitati

Ma da un lato la portata concreta della dignità da rispettare non è rigorosamente definibile e la relativa nozione non è priva

di una qualche genericità che legittima opinioni diverse tra coloro che pure a essa si richiamano. D'altro lato il valore centrale della dignità della persona (posto all'art. 1 della Carta dei diritti fondamentali della Ue) è talora messo alla prova dalla concorrenza di altri valori rispetto a esso eterogenei e soccombenti, ma non per questo privi di peso. Basta pensare alla ricerca scientifica e alla sperimentazione che la consente, in vista di progressi nella cura dei malati.

Per lo studio dei temi di bioetica sono istituiti nei vari paesi d'Europa Comitati nazionali di bioetica, Comitati negli ospedali, nelle Università ecc. I loro pareri hanno talora il solo valore di suggerimenti autorevoli, altre volte sono invece vincolanti, come quando si tratta di autorizzare una sperimentazione clinica. Quando però dalla bioetica si passa al biodiritto, manca una simile strutturazione degli studi e del dibattito utili all'elaborazione del diritto destinato a regolare i vari casi. Evidentemente vi è, in Italia come altrove, un vivace lavoro di studiosi del diritto, alla ricerca delle soluzioni adeguate e, prima ancora, della risposta al quesito preliminare sulla necessità o desiderabilità di una disciplina legislativa. Un esempio recente di rigorosa divulgazione dello stato del dibattito sui principali problemi è rappresentato dall'agile volume di Stefano Canestrari, penalista e componente del Comitato nazionale di bioetica (*Principi di biodiritto penale*, ed. Mulino).

Ma quando di una singola questione si occupa il Parlamento vi è il rischio che il criterio decisionale rappresentato dalla volontà della maggioranza prevalga su quello, proprio delle democrazie costituzionali moderne, del rispetto delle minoranze; il rischio cioè che venga meno la prudenza nell'im-



porre a tutti soluzioni legislative dipendenti dalle concezioni etiche della sola maggioranza.

### Lo scontro politico

In Parlamento poi agli argomenti di merito spesso si sovrappongono lo scontro politico tra i gruppi e la loro tendenza a lanciare messaggi ai gruppi di elettori di cui cercano il consenso. Ne è esempio la vicenda italiana della legge sulla fecondazione artificiale, manifesto politico per i partiti che la approvano, che a poco a poco ha dovuto essere smantellata nelle sue assurdità dalla Corte costituzionale e dalla Corte europea dei diritti umani. In attesa della conclusione in Parlamento, si può temere che altro esempio possa esser costituito dalla prossima legge sulle coppie omosessuali, con il tema della filiazione che vi è legato.

La natura di molti dei casi che ricadono nel campo vasto della bioetica è tale per cui la loro disciplina per legge è problematica e talora forse persino negativa. La legge infatti è gestore le vicende sono specifiche e concrete, diverse ogni volta per aspetti inattesi, che il legislatore non può prevedere e ancor meno soppesare nella loro effettiva portata. Come definire, per esempio, il confine tra l'obbligo di prestare le cure mediche disponibili e la sproporzione che in concreto si traduce in accanimento terapeutico, vietato dalla deontologia medica e dal sentimento di umanità?

### Prudenza e realismo

La prudenza consigliabile al legislatore nell'entrare in troppi dettagli, resistendo alla

tentazione di troppo regolamentare, lascia però aperta la possibilità che sia disciplinata la procedura da seguire. Proprio la difficoltà di accertare le condizioni di un intervento o della cessazione degli interventi consiglia, ad esempio, che intervenga il parere di più persone, che tutto venga adeguatamente documentato, ecc. Consigliare cioè che l'ineliminabile rinvio alle decisioni responsabili dei medici sia accompagnato dalla garanzia della ponderatezza delle decisioni.

In altri e diversi casi, invece, la legge è indispensabile. Se la regola generale è quella della minima estensione della previsione di sanzioni penali per ciò che si ritiene di vietare, vi sono esigenze di regolamentazione civile e amministrativa che non si possono lasciare senza risposta. Ad esempio l'identità anagrafica e lo status di famiglia e cittadinanza di nati come frutto di pratiche ammesse all'estero e vietate in Italia sono aspetti ineludibili del principio di certezza dello stato della persona. Una legislazione realistica che garantisca eguaglianza, certezza e rispetto per i diritti fondamentali di tutti è indispensabile. L'idoneità dell'intervento di una disciplina di legge è dunque diversa nei vari casi che ricadono nel campo della bioetica. L'area della bioetica non coincide con quella del biodiritto, almeno se per biodiritto si intende il diritto legislativo. Sopra la legge, vi è infatti comunque il diritto della Costituzione e delle Carte dei diritti fondamentali, cui si richiamano i giudici chiamati a decidere le controversie che sorgono nei casi concreti.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

## Di cosa si parla

*L'Enciclopedia Treccani caratterizza la bioetica come «disciplina accademica e ambito di riflessione interdisciplinare che si occupa dell'analisi razionale dei problemi morali emergenti nell'ambito delle scienze biomediche, proponendosi di definire criteri e limiti di liceità alla pratica medica e alla ricerca scientifica, affinché il progresso avvenga nel rispetto di ogni persona umana e della sua dignità».*  
**Il biodiritto** è invece l'«area delle discipline giuridiche in cui si affrontano i problemi inerenti alla tutela della vita umana e alle implicazioni giuridiche che derivano dalle scienze mediche e dall'evoluzione tecnologica che ormai le caratterizza»

**Ex Centro Microcitemia Roma** Chiuso dalla Regione a maggio per «lacune» su norme tecniche

# I dottori «licenziati» diventano volontari

6

## Maggio

L'annuncio dell'imminente chiusura del centro

**Susanna Novelli**

s.novelli@iltempo.it

■ Sono tenaci almeno come la malattia che da anni studiano e combattono. I medici dell'ex Centro di Microcitemia di Roma - unico polo nel Lazio - guidati da Antonic Amato non si sono infatti arresi alla clamorosa chiusura imposta dalla Regione Lazio nel maggio scorso. Grazie a un'associazione di volontariato «Sos Talassemia», costituita da medici e pazienti, garantiscono consulenza e diagnosi gratuita nei locali di un centro diagnostico in via di Valle Scriveria, a Conca D'Oro, due giorni a settimana. Per informazioni è stato messo a disposizione il numero telefonico 3938540438. Una vicenda ancora tutta da chiarire quella del Centro di Microcitemia che quasi sessant'anni effettuava analisi, studi e ricerche preziosissime per le malattie che colpiscono le emoglobine e non solo. Sin dalla nascita il centro ha effettuato screening scolastici fondamentali (dai 32 ai 36 mila annui) nella prevenzione di anemie e talassemie, con collaborazioni d'eccellenza con il centro di trapianti di midollo osseo e dei centri di ricerca per la terapia genetica.

Alla denuncia de *Il Tempo* del rischio chiusura del prezioso centro, la Regione Lazio rispose con una nota, specificando che «il Centro ha sospeso le attività perché non a norma» e che «nel frattempo per non interrompere le attività di screening abbiamo richiesto al Policlinico Tor Vergata che ha uno dei laboratori più avanzati in Europa gestito dall'Istituto Mediterraneo di ematologia di rendersi disponibile per le attività di prevenzione».

Un'informazione, tuttavia, smentita, sempre dalle pagine del nostro giornale dal professor Guido Lucarelli, direttore scientifico dell'Istituto che si dichiarò «basito» dalla nota della Regione, della quale «nessuno è stato informato. Si tratta di una cosa assurda - commentò - il nostro Istituto è altamente specializzato nei trapianti, non siamo in grado di effettuare lo screening per le microcitemie. Non a caso è proprio il Centro dell'Anmi a fornirci questo tipo di diagnostica. Trovo assurdo che la Regione non lo sappia». Alla luce degli ultimi fatti, tuttavia, è lecito pensare che la Regione sapeva eccome, considerato che a sette mesi dalla chiusura del Centro di Microcitemia di Roma è seguita quella proprio dell'Istituto Mediterraneo di Ematologia di Tor Vergata. Anche in questo caso, come a maggio, le istituzioni rassicurano. Un amaro mantra dal sapore beffardo. Soprattutto per le migliaia di pazienti che, improvvisamente, si sono ritrovati senza alcun punto di riferimento.



# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 29 GENNAIO 2016

## Responsabilità professionale. Una legge troppo sbilanciata a favore dei medici o si è trovato il giusto equilibrio? Faccia a faccia Gelli e Aceti

***Intervista doppia al relatore del disegno di legge approvato ieri dalla Camera e al coordinatore nazionale di Cittadinanzattiva/Tdm. Aceti: “Non siamo favorevoli all’introduzione di una novità come l’inversione dell’onere della prova senza prevedere contrappesi”. Gelli: “Il testo approvato contempera il diritto dei professionisti di poter svolgere al meglio il loro lavoro con quello dei pazienti di vedersi tempestivamente risarciti in caso di errori”***

La legge sulla responsabilità professionale approvata ieri in prima lettura alla Camera segna sicuramente una svolta su una questione, quella del contenzioso medico legale e della medicina difensiva, che negli ultimi anni è stata al centro di polemiche e tensioni.

Il testo varato da Montecitorio, ora all’esame del Senato, ha raccolto molti commenti positivi ma ha trovato la netta opposizione, in Parlamento, dei [Cinque Stelle](#) e di [Sel](#) e, fuori dal Palazzo, di Cittadinanza Attiva.

In particolare quest’ultima ha definito ieri la legge come una “[legge beffa per i cittadini](#)” vittime di errori sanitari che, secondo Cittadinanzattiva, “saranno ancora più penalizzati”.

Un giudizio severo che getta indubbiamente un’ombra sulle norme appena varate, giudicate invece dai più molto equilibrate tra il diritto del medico ad operare con più serenità nel rispetto di regole e prassi scientifiche accreditate e il diritto del cittadino ad ottenere rapidamente il giusto risarcimento in caso di danni effettivamente subiti a seguito di una prestazione sanitaria.

Ma come stanno effettivamente le cose? L’abbiamo chiesto ai due protagonisti indiscussi di questa querelle: il coordinatore nazionale di Cittadinanzattiva-Tdm **Tonino Aceti** e al relatore e “padre” della legge **Federico Gelli**, che hanno accettato di confrontarsi in diretta sulle pagine di *Quotidiano Sanità*.

**Dopo anni di discussione abbiamo una nuova legge, per ora approvata dalla Camera, che regola in modo organico la responsabilità professionale degli operatori e delle strutture sanitarie in caso di presunti errori. I giudizi sono in maggioranza positivi. Ma non mancano le critiche a livello politico e soprattutto dalle organizzazioni dei cittadini che sostengono che il paziente sarà penalizzato. Perché?**



**Aceti:** “Una delle misure che penalizzeranno il paziente danneggiato è rappresentata dall’introduzione della responsabilità di tipo extracontrattuale nei confronti dei professionisti della sanità. Questa, nei fatti, comporta un’inversione dell’onere della prova, che diventerà a carico del cittadino, con un’automatica riduzione dei termini di prescrizione da 10 a 5 anni. Invertire l’onere della prova oggi vuol dire assegnarla al soggetto che, nella realtà dei fatti, non è nelle condizioni di poterla esercitare effettivamente. Nel merito faccio alcuni esempi. Già ora accade che i cittadini non riescano ad agire legalmente perché le cartelle

cliniche non sono complete, leggibili, ordinate cronologicamente e si fa fatica a ricostruire i fatti. E' anche capitato che alcune situazioni omesse nella cartella siano venute alla luce unicamente per scrupolo di coscienza di professionisti sanitari testimoni di un determinato avvenimento non trascritto che ha comportato danni. Ora, di fronte a questa realtà, invertire l'onere della prova vuol dire assegnarla ad un paziente che non ha gli strumenti per suffragare nei fatti una determinata vicenda, a maggior ragione quando il fatto non si verifica in costanza di ricovero dove non è prassi rilasciare documentazione sanitaria come la cartella clinica, se non eventuali prescrizioni. Questo stando alle segnalazioni dei cittadini accade ad esempio nei Dip. Salute mentale, per le visite specialistiche ambulatoriali, dal medico di famiglia, situazioni comuni che da domani il cittadino in qualche modo per l'inversione dell'onere della prova dovrà documentare. Servirebbe un contrappeso. Penso ad esempio all'istallazione di sistemi di videosorveglianza in ogni ambiente delle strutture sanitarie tutte h24, alla cartella clinica informatizzata e all'adozione del fascicolo sanitario che siano costantemente aggiornati e sempre accessibili per i cittadini, per consentire alla persona di poter dimostrare un determinato accadimento,. Sempre in tema di cartelle cliniche e trasparenza, nel testo approvato, si prevede che le direzioni sanitarie delle strutture debbano fornire la documentazione clinica relativa al paziente che ne fa richiesta entro 30 giorni. Ma tutto questo già esiste. Da questo punto di vista sarebbe stato migliorativo esplicitare, il diritto del cittadino di poter accedere alla documentazione ed estrarne copia in qualunque momento anche prima dalla chiusura del ricovero, cosa che nella realtà non accade e quando richiesto viene malvista o ostacolata. Non siamo favorevoli all'introduzione di una novità come l'inversione dell'onere della prova senza prevedere contrappesi".



**Gelli:** "Ritengo che il testo approvato alla Camera sia incentrato su un solido equilibrio che contempera il diritto dei professionisti di poter svolgere al meglio il loro lavoro con quello dei pazienti di vedersi tempestivamente risarciti in caso di errori. Il provvedimento va letto nel suo complesso. Per la tutela dei cittadini vengono previsti diversi meccanismi. A partire dalla garanzia di una maggiore trasparenza che riguarderà non solo il numero di

contenziosi registrati nelle strutture nell'ultimo quinquennio e i dati delle polizze assicurative a garanzia del rischio, che ci permetteranno anche di verificare l'entità del contenzioso di quella determinata struttura e quindi indirettamente la qualità delle prestazioni erogate, ma anche tempi più stringenti per poter ottenere la propria documentazione clinica e l'istituzione di un fondo ad hoc per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria per vari tipi di inadempienze delle compagnie di assicurazione. Nel testo abbiamo rafforzato il meccanismo della conciliazione obbligatoria attraverso la forma dell'accertamento tecnico preventivo e l'obbligatorietà delle parti a comparire, comprese le compagnie di assicurazione. Quanto alle polemiche sulla responsabilità civile che diventerà di natura extracontrattuale per gli esercenti la professione sanitaria con conseguente inversione dell'onere della prova a carico del paziente, voglio ribadire che, con questa nuova norma, non facciamo altro che 'indirizzare' la richiesta risarcitoria dei pazienti verso il soggetto 'più forte', ossia gli ospedali o le strutture sanitarie. In questo caso, tengo a sottolinearlo ancora una volta, non vi è alcuna inversione dell'onere della prova e la prescrizione resta ferma a 10 anni. Se poi un paziente ritiene che sia proprio un determinato professionista ad esser responsabile del danno da lui subito, oltre a chiedere il risarcimento economico all'ospedale, potrà richiederlo anche a quel professionista semplicemente provando e motivando la sua richiesta. Viene inoltre prevista, sempre per i cittadini, la possibilità di un'azione diretta nei confronti delle compagnie assicuratrici delle strutture (aziende o ospedali) o sulla compagnia di assicurazione dei liberi professionisti. Alla luce di tutto questo trovo fuorviante parlare di una loro penalizzazione. Ricordiamo, poi, che l'esigenza di questa legge nasce anche dal boom del contenzioso medico legale. Nell'ultimo decennio si è registrata una crescente mole di ricorsi nei confronti dei professionisti della sanità che, ricordiamo, in ben oltre il 90% dei casi si risolve in un nulla di fatto. Tutto questo, e dunque il timore di 'facili' ricorsi a loro danno, ha generato quel fenomeno della medicina difensiva che comporta, non solo un dispendio ingente di risorse per il Sistema sanitario nazionale, ma anche un danno 'indiretto' nei confronti dei pazienti. Come raccontano gli stessi medici, infatti, capita talvolta che, ad esempio, alcuni chirurghi si rifiutino di svolgere operazioni troppo complesse e delicate per non incappare in possibili beghe legali".

**Un'altra questione emersa nel corso dell'esame parlamentare è stata quella sul soggetto a cui affidare la stesura delle linee guida il cui rispetto da parte dei sanitari preclude agli stessi, salvo casi evidenti di responsabilità, il rischio di essere perseguiti per colpa grave. Nel testo approvato le linee guida entreranno a far parte del sistema nazionale linee guida dell'Iss. E' una**

## **soluzione che soddisfa le esigenze di indipendenza sollecitate da più parti?**



**Aceti:** “Siamo soddisfatti che la nostra proposta di dare un ruolo all’ISS nelle linee guida sia stata accolta, visto che da anni ha attivato il Sistema Nazionale Linee Guida. In realtà nel testo non si dice chiaramente che il sistema sarà governato dall’Istituto superiore di sanità. Si dice, invece, che tali linee guida saranno inserite nel sistema nazionale linee guida, ma questo nel concreto cosa vuole dire? Qual sarà effettivamente il ruolo svolto dall’Iss? Gli verrà assegnato solo il compito di pubblicare sul suo sito quanto prodotto dalle Società scientifiche o avrà una funzione di garante per contenuti, metodologia, trasparenza, tempestività dell’aggiornamento e gestione del conflitto di interesse? E’ invece questo il ruolo che vogliamo per l’Iss e, il nostro ulteriore auspicio sarebbe quello che fossero coinvolte le associazioni di cittadini e pazienti nella produzione di queste linee guida”.



**Gelli:** “L’indipendenza dell’elaborazione delle linee guida deve rimanere in campo alla scienza. Il ruolo di garanzia viene attribuito alla più alta autorità sanitaria del Paese, ossia al Ministero della Salute. Sarà infatti quest’ultimo a selezionare rigorosamente le più importanti e rappresentative Società scientifiche che verranno incaricate di elaborare queste linee guida. Il decreto ministeriale stabilirà anche i criteri di trasparenza e assenza di eventuali conflitti di interesse in capo alle Società scientifiche. Tengo sempre a ribadire che queste ultime, per gli esercenti la professione sanitaria, saranno delle indicazioni a cui far riferimento e non un sistema di regole ingessate a cui dover sottostare, e saranno sempre associate alle buone pratiche clinico assistenziali. Il loro inserimento nel sistema nazionale linee guida sarà anche un modo per dare nuova vita ad un meccanismo da troppi anni lasciato nel dimenticatoio. Un’ulteriore garanzia verrà poi dal ruolo centrale che l’Istituto superiore sanità andrà a svolgere, ossia quello di validare e certificare le linee guida prodotte, per poi pubblicarle sul proprio sito internet. Questo è il primo step, ma l’obiettivo finale che mi sono preposto insieme al ministro Lorenzin è quello di arrivare anche in Italia ad avere un’autorità indipendente sul modello Nice inglese, che possa essere deputata alla produzione, approfondimento e aggiornamento di queste linee guida”.

## **Un’altra criticità sollevata è quella sul Fondo di Garanzia che secondo Cittadinanzattiva non garantirebbe il paziente nel caso in cui la struttura sanitaria non dovesse pagare il risarcimento.**



**Aceti:** “Il Fondo di garanzia, così come disciplinato dal testo approvato, presenta diverse lacune. Nel primo testo base del ddl su cui i deputati hanno lavorato in commissione Affari Sociali si faceva riferimento ad un fondo per l’alea terapeutica, che riconosceva un indennizzo anche ai danneggiati da infezioni ospedaliere poi sfortunatamente stralciato. Inoltre, non è stato previsto che il Fondo possa agire anche in quei casi in cui le autoassicurazioni non risultino effettivamente solventi. Già oggi chi ha un titolo esecutivo in mano non è detto che riesca ad avere accesso alla liquidazione del danno per mancanza di fondi in cassa. Sempre sull’autoassicurazione c’è poi da sottolineare che nel testo della proposta di legge si rimanda l’individuazione dei requisiti minimi di garanzia ad un apposito Decreto del ministero dello Sviluppo Economico ma contrariamente ad altri decreti richiamati nel ddl, non fissa una tempistica precisa. Infine, manca azione un sistema di monitoraggio, controllo e garanzia mirato sulle effettive capacità liquidatorie per le strutture che ricorrono a forme di autoassicurazione. Questione particolarmente attuale nelle regioni in piano di rientro. Questo tipo di controllo viene previsto solo per le imprese assicurative”.



**Gelli:** “Abbiamo deciso di istituire presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (Consap) questo fondo al fine di garantire il risarcimento dei danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o dall’esercente la professione sanitaria; o qualora la struttura sanitaria o il professionista risultino assicurati presso un’impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa. Si tratta quindi uno strumento che interviene in alcuni casi specifici a garanzia del diritto del cittadino di vedersi rimborsato per il danno subito. Comprendo che con questo fondo non riusciremo ad introdurre un modello molto innovativo come quello dell’alea terapeutica presente in Francia, occorrerà un ulteriore impegno per individuare risorse aggiuntive per arrivare a

coprire anche tutte le altre fattispecie. In questa ristrutturazione bisognerà inoltre rivedere il fondo previsto dalla Balduzzi che ad oggi risulta ancora non operativo. Sarà il decreto attuativo dello Sviluppo economico a definire i requisiti minimi di garanzia non solo delle compagnie assicurative, ma anche per le forme di autoassicurazione”.

**Al di là di queste questioni, resta in ogni caso il fatto che il nostro Paese, per ammissione in primis della stessa magistratura, non ha una normativa chiara ed esaustiva sulla materia. Ciò ha senz'altro facilitato, oltre ad altre motivazioni di ordine socio-culturale, la crescita esponenziale del contenzioso medico che è sempre stato criticato anche da organizzazioni come Cittadinanzattiva. Questa legge prova a conciliare esigenze del sanitario a lavorare con più serenità e del cittadino ad avere giustizia in modo rapido e certo. Si poteva fare meglio? E se sì come?**



**Aceti:** “Intanto dal punto di vista dei contenuti mi aspetterei che un testo di questo genere, per rispondere non solo alle esigenze del personale sanitario ma anche a quelle dei cittadini, faccia un passo in avanti e metta i cittadini nell’effettiva possibilità di scegliere la struttura più sicura a cui rivolgersi attraverso un’effettiva trasparenza prevista peraltro anche dalla Direttiva sulle cure Transfrontaliere. La sola pubblicazione dei dati dei

risarcimenti degli ultimi 5 anni, prevista nel testo, non è sufficiente. non si danno informazioni sul rispetto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti, sul rispetto degli standard operativi tecnologici e strutturali, sul loro indice di sinistrosità, o ancora sul fatto che vengano garantiti quei requisiti minimi richiesti, come nel caso dei Punti nascita.

Non si può poi parlare di maggiori garanzie per i cittadini nell’ottenere risarcimenti in tempi brevi e certi se non si affrontano i problemi legati alle tempistiche delle procedure stragiudiziali. Un recente studio prodotto da Agenas ha dimostrato come si possano perdere fino a quasi 900 giorni per l’apertura di una pratica di sinistro e circa 540 giorni per la loro chiusura. Ebbene questa materia e questi numeri dovrebbero invece essere affrontati dal provvedimento.

Durante il passaggio al Senato, auspichiamo che ci sia la possibilità di migliorare il testo dando un peso specifico maggiore alle reali esigenze dei cittadini a partire dalle proposte delle organizzazioni che li rappresentano. Chiediamo quindi un confronto aperto e costruttivo con parlamentari, sindacati, federazioni degli ordini, società scientifiche con i quali vorremmo dialogare per migliorare il testo. La nostra intenzione non è quella di metterci in una posizione di contrapposizione ma di avere una legge più giusta per tutti. Lo scontro non ci appartiene. Siamo certi che il nostro appello al confronto sarà accolto nell’interesse comune di arrivare ad una legge equilibrata”.



**Gelli:** “Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare su questo tema e 7 mesi di intenso lavoro in commissione siamo finalmente ad un passo dal portare a termine una seria ed equilibrata regolamentazione normativa della materia. Si tratta di dare finalmente risposte a quella che si prefigura una vera e propria urgenza denunciata da molto tempo da chi quotidianamente svolge questo lavoro nelle corsie degli ospedali così come negli studi

ambulatoriali. Credo che l’impianto normativo approvato alla Camera sia un ottima base. Di certo, specialmente su un tema così delicato, restiamo sempre aperti al confronto con tutti lasciando spazio a possibili futuri miglioramenti. L’obiettivo comune resta comunque quello di non perdere tempo e di poter trasformare in legge il miglior testo possibile”.

**Giovanni Rodriguez**

Guardia di finanza La relazione sugli illeciti commessi nel 2015

di **Fiorenza Sarzanini**

# Truffe degli statali tra sanità e appalti: buco da 4 miliardi

**U**n tesoro di quattro miliardi di euro. È la cifra record del «buco» nei conti dello Stato creata dall'attività illecita commessa da circa settemila dipendenti pubblici. In questa voragine ci sono le truffe nel settore sanitario, i mancati controlli nell'erogazione delle pensioni, gli appalti gonfiati, le consulenze inutili e i doppi incarichi. Sono, questi, gli ultimi dati relativi alle verifiche della Guardia di finanza.

alle pagine 2 e 3 **Piccolillo**

## Le truffe dei 7 mila statali

**Appalti truccati, assenteismo, consulenze inutili  
Il dossier della Guardia di finanza sul 2015:  
in dieci mesi un danno record di quasi 4 miliardi**

di **Fiorenza Sarzanini**

**ROMA** Ormai si sfiorano i quattro miliardi di euro, cifra record di «buco» nei conti dello Stato. È la voragine creata dall'attività illecita di circa 7.000 dipendenti pubblici infedeli. Funzionari corrotti oppure impiegati che non hanno rispettato la legge nello svolgimento delle proprie mansioni e dunque hanno compiuto illeciti che vanno dalle omissioni agli abusi. Ci sono le truffe nel settore sanitario, i mancati controlli nell'erogazione di pensioni, indennità ed esenzioni, le procedure truccate per la concessione degli appalti. Ci sono gli appalti gonfiati e i medici assenteisti, le consulenze inutili e i doppi incarichi tra i casi più eclatanti scoperti dagli investigatori della Guardia di finanza. Sono gli ultimi dati relativi alle verifiche compiute nel 2015 a raccontare l'Italia dell'illegalità e degli sprechi che provoca danni alla collettività. Mostrando un andamento che inquieta: in soli quattro mesi, da giugno a ottobre dello scorso anno, la cifra contestata è salita di oltre 500 milioni di euro. Vuol dire oltre 100 milioni ogni trenta giorni a dimostrazione che molto ancora c'è da fare — soprattutto negli uffici pubblici più periferici — per stroncare il malaffare. Basti pensare che sono ben 3.590 le persone denunciate per aver compiuto reati nel settore delle gare pubbliche.

### La sanità «assente»

A Modena è stato denunciato un medico che — pur risultando in servizio — rimaneva in ospedale appena un paio d'ore. Da almeno cinque anni «la regolare presenza veniva garantita solo una volta a settimana» e per cercare di giustificarsi «ha portato i tabulati del marcatempo di un'altra struttura ospedaliera dove svolgeva attività libero professionale intramoenia». Gli sono già stati sequestrati 40 mila euro, ma i controlli sono tuttora in corso. A Imperia i dottori del dipartimento di Medicina legale «certifica-

vano la morte delle persone pur non avendo effettuato alcuna analisi perché erano altrove». Sono decine i documenti falsi trovati nel corso delle perquisizioni.

### I farmaci inutili

La truffa scoperta a Milano nel giugno scorso era ben più articolata e ha provocato un danno immenso. In una struttura sanitaria convenzionata con il servizio nazionale «sono stati eseguiti oltre 4.000 interventi chirurgici in violazione delle norme di accreditamento relative alla presenza minima di operatori e anestetisti, nonché di impiego di medici specializzandi». L'azienda ha comunque «autocertificato il mantenimento dei requisiti richiesti per l'accesso al rimborso della prestazione sanitaria offerta, ottenendo indebiti rimborsi per oltre 28 milioni di euro». A Brindisi si è scoperto che la prescrizione di 15.541 farmaci per l'ipertensione era stata compiuta in maniera illecita. Sono 482 i medici denunciati per un danno alla Asl pari a 194 milioni di euro.

### Falsi moduli per l'Inps

Quello dei benefit percepiti grazie a certificazioni false è ormai un vero e proprio affare che coinvolge migliaia di persone in grado di contare sui dipendenti pubblici amici o parenti. A Potenza si è scoperto che molti anziani prendevano l'assegno sociale previsto per i residenti, pur avendo deciso di trasferirsi all'estero, grazie agli impiegati che avevano contraffatto i documenti. Soldi rubati: 259 milioni di euro. Addirittura 500 milioni di euro sono stati sottratti alle casse dell'Inps a Viterbo dove venivano «modificati i moduli per il riscatto della laurea o la ricongiunzione di periodi contributivi per ottenere indebitamente un notevole «sconto» sull'effettiva somma da versare all'Istituto previdenziale, per il rico-

## 500

**milioni di euro**  
 È la quota di «buco» accumulato dalle casse pubbliche per l'attività illecita di dirigenti e dipendenti in 4 mesi, da giugno a ottobre 2015

noscimento di ulteriori periodi contributivi utili ai fini pensionistici».

### I doppi guadagni

A Potenza un dipendente del Comune svolgeva attività privata negli orari in cui avrebbe dovuto essere in servizio. Faceva il geometra. Com-

pensi rubati: 70 mila euro. A Milano un dirigente della Regione truccava gli appalti e in cambio riceveva favori personali. L'ultimo, la ristrutturazione da favola del suo appartamento. Valore accertato: 150 mila euro.

fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### A Potenza

L'assegno per residenti veniva dato ad anziani che vivevano all'estero: un caso da 259 milioni

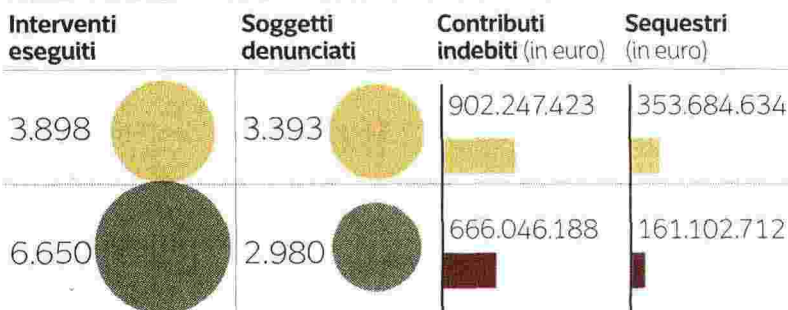
## 28

**milioni di euro**  
 È il danno causato da una truffa a Milano: una struttura sanitaria convenzionata otteneva i rimborsi senza avere i requisiti

### I numeri (I dati relativi al 2015 sono aggiornati 31 ottobre)



### FRODI PER LE RISORSE A CARICO DEI BILANCI DELL'UE



### La parola

## DANNO ERARIALE



È il danno causato allo Stato da funzionari o da dipendenti della Pubblica amministrazione che commettono illeciti, dalle omissioni agli abusi, nello svolgimento delle proprie mansioni. Ad esempio, i funzionari corrotti, i medici assenteisti o gli appalti gonfiati. La

Guardia di finanza controlla oltre alle entrate — con l'azione contro l'evasione fiscale — anche la spesa pubblica contro le frodi: i contributi, nazionali o europei, alle imprese; il settore della sanità e quello degli appalti pubblici; il sistema previdenziale.



# IN FARMACIA

News

• IL CONSIGLIO •  
DEL NOSTRO FARMACISTA

## NELL'ARMADIETTO

### Torcicollo addio con i cerotti autoriscaldanti

Colpi d'aria, movimenti bruschi, ma anche posizioni scorrette al computer o sul divano davanti alla tv possono scatenare il torcicollo, con dolore e difficoltà a flettere, allungare e comunque muovere anche pochissimo il collo. Un disturbo frequente e doloroso, che, per fortuna, passa in pochi giorni. Roberto Gavazzi, farmacista di Lipomo (Como) consiglia i rimedi più efficaci. «Pratici da usare, perché pretagliati e da applicare direttamente sul collo, i cerotti autoriscaldanti in genere danno sollievo anche se sono privi di qualsiasi principio attivo. Agiscono, infatti, attraverso il calore che permane per almeno otto ore e rilassa la muscolatura». In alternativa si può optare per specifici cuscinetti da scaldare in forno e applicare sulla zona dolente. Quando il dolore è particolarmente accentuato Gavazzi suggerisce di abbinare una pomata o a base di arnica a effetto termico o a base di boswellia, entrambe antinfiammatori naturali. Se il torcicollo non si risolve in pochi giorni ci si può far indicare dal farmacista un analgesico-antinfiammatorio (per esempio con diclofenac, ibuprofene, naprossene sodico) da assumere, però sempre a



stomaco pieno e solo per pochi giorni, oppure un miorelaxante formulato in schiuma (tiocolchicoside). «Buoni risultati come antinfiammatori hanno anche dimostrato gli integratori a base di estratto secco titolato di curcuma», precisa il farmacista. Che avverte: «Si devono però acquistare in farmacia per avere la garanzia di un prodotto sicuro e con le giuste concentrazioni di sostanza fitoterapica». Da ricordare infine alcune semplici e utili attenzioni, da osservare sia quando il disturbo è in corso per affrettare la guarigione sia quando si è risolto per evitare ricadute: tenere il collo coperto con una sciarpa, evitare sforzi muscolari e posture scorrette.

## INIZIATIVA

### Una guida fa chiarezza sugli equivalenti

Efficaci e sicuri come quelli di marca, se pure meno costosi (si spende almeno il 20% in meno), i farmaci equivalenti sono ingiustamente guardati con sospetto dai pazienti. Per fugare i dubbi e agevolarne l'impiego l'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha redatto la guida Medicinali equivalenti - Qualità, sicurezza ed efficacia (si può scaricare dal portale istituzionale [aifa.it](http://aifa.it)). Rivolta a medici, farmacisti e pazienti, risponde alle domande più frequenti relative a questa categoria di medicinali. Vengono per esempio chiariti sia il processo sia i requisiti necessari per poter autorizzare e mettere in commercio questi prodotti, così come viene sottolineato che l'uso del termine farmaco generico, oltre a essere scorretto, è anche fonte di equivoci, perché spinge a farlo percepire come inferiore rispetto all'originale. Questa definizione, che persiste nel linguaggio comune, deriva dalla traduzione italiana letterale della definizione «generic medicinal product» riportata nella Direttiva 2001/83 e ormai del tutto superata dalla Legge 149 del 26 luglio 2005, che la sostituisce con quella appunto di medicinale equivalente.

## SOLIDARIETÀ

### RACCOLTA DI MEDICINE PER I BISOGNOSI

La Fondazione Banco farmaceutico organizza la XVI Giornata nazionale della raccolta dei farmaci sabato 13 febbraio in favore delle persone bisognose che, per colpa della crisi economica, non riescono a far fronte

alle spese sanitarie. Nelle farmacie aderenti all'iniziativa, che esporranno la locandina, sarà possibile donare farmaci senza obbligo di ricetta e presidi di automedicazione, che verranno distribuiti dalla Fondazione

Banco farmaceutico a oltre 1.500 centri di assistenza in Italia e all'estero. L'edizione di quest'anno ha ottenuto tra l'altro il logo del Giubileo come evento della Misericordia. Info: [bancofarmaceutico.org](http://bancofarmaceutico.org).

