

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE **Nuovi assetti delle Asl, i ritocchi della giunta** **Oggi il Voto in Commissione**

In campagna elettorale Francesco Pigliaru non aveva certo nascosto il suo sogno: ridurre le Aziende sanitarie da otto a quattro. Ma è difficile che riesca a realizzarlo solo con la proposta di legge presentata dal partito di maggioranza relativa, il Pd, e che oggi dovrebbe essere licenziata dalla commissione Sanità del consiglio regionale, ultimo atto prima del passaggio in aula e che sarà fra non meno di due settimane. Anzi, il governatore e l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, in quei giorni avranno il loro bel daffare per dimostrare che con l'arrivo di una nuova Azienda, quella regionale per l'emergenza, non aumenteranno ancora le spese per far funzionare un sistema già indebitato. Dovranno tener testa non solo all'opposizione, che ha annunciato le cannonate, ma anche a qualche partito della coalizione. Oltre al risaputo maldipancia del Centro Democratico, che oggi dovrebbe astenersi per la seconda volta in commissioni, altri sembrano decisi a chiedere qualcosa di più dell'attuale leggina destinata anche a scalzare i manager nominati anni fa dal centrodestra. A questo punto in aula, con una mossa a sorpresa, la giunta potrebbe puntare persino al bersaglio grosso. Non tanto quello annunciato da Pigliaru prima dell'elezione, cioè dimezzare le Asl, ma incidere comunque con maggior forza sulla riforma in corsa. Più volte l'assessore Arru ha fatto sapere che «la giunta presenterà i suoi emendamenti» e anche il capogruppo del Pd in Consiglio, Pietro Cocco, ha confermato che «la leggina è solo il punto di partenza, perché il grosso della riforma spetterà proprio alla giunta». Messe una fianco all'altra le due dichiarazioni sembrano lasciar intendere che potrebbe esserci un'accelerazione proprio durante il dibattito in aula. Di che natura e peso saranno è ancora presto per dirlo, ma solo far trapelare questo annuncio ufficioso potrebbe oggi bastare a calmare gli animi in un centrosinistra sempre nell'attesa del prossimo vertice di maggioranza. Perché oltre al Centro Democratico, anche altri partiti della coalizione hanno presentato e molto prima del Pd la loro proposta su come dovrebbe cambiare il sistema sanitario regionale. L'ha fatto il Partito dei sardi, con una conferenza stampa ma la bozza non è stata discussa in commissione, e anche Sel in più occasioni si è lasciata sfuggire

che «la nuova Aziende per le emergenze può andar bene, ma da sola non basta». Per questo la giunta sarebbe pronta a presentare cinque o sei emendamenti: antipasto della grande riforma che verrà.

Arru: «Ebola? Niente allarmismi, siamo già pronti»

L'assessore si dice più preoccupato da tbc e aids

«La Sardegna è in grado di fare fronte a un eventuale caso di sospetta infezione del virus dell'ebola». A dirlo è l'assessore della Sanità, Luigi Arru. Il quale risponde indirettamente all'allerta lanciato dal parlamentare Pierpaolo Vargiu, che in una lettera aveva sollecitato l'intervento della Regione per rafforzare i controlli, vista l'alta percentuale di immigrati provenienti da Nigeria e Senegal. Situazione che a suo dire giustificerebbe «la necessità che la Sardegna attivi immediatamente un sistema dedicato di allarme sanitario, con una unità di crisi «in grado di identificare e testare immediatamente eventuali casi sospetti». La Regione, già dal mese di agosto, quando è stata dichiarata l'emergenza internazionale, ha comunque provveduto ad allertare i responsabili dei centri delle malattie infettive di Cagliari e Sassari. «Abbiamo subito dettato le linee di lavoro - spiega l'assessore Arru - e attivato tutte le misure preventive, pratiche e operative, compresi corsi di sensibilizzazione al trattamento della materia, testando la reattività di risposta che reputo molto buona. In Sardegna abbiamo tutte le competenze e siamo accreditati per ricevere e distinguere un eventuale soggetto portatore del virus dell'ebola, e fare così fronte al problema». A preoccupare maggiormente l'assessore Arru è invece un'altra criticità sanitaria: «Nell'isola, più dell'ebola - afferma l'esponente della giunta Pigiariu - mi spaventa l'aumento di infezioni come l'Aids, la sifilide e la tubercolosi». Ma altri rilanciano il pericolo. «Le notizie che arrivano dalla Spagna confermano che il mio allarme a metà agosto non era ingiustificato»: così il consigliere regionale del Psd'Az, Marcello Orrù, che in una nota ha collegato il problema con l'arrivo dei migranti dall'Africa. «In Sardegna, nella costa sud occidentale, martedì c'è stato l'ultimo sbarco di clandestini provenienti dall'Africa - incalza Orrù - E così accade ormai da mesi. La ministra Lorenzin ha affermato che i tagli depotenziano i controlli, ma che l'Italia assicurerà un efficace controllo su porti, aeroporti e su tutti i clandestini che arrivano nel nostro Paese». «È una posizione molto debole», secondo Orrù, «che di sicuro non contribuisce a tranquillizzare. Ritengo che il governo italiano dovrebbe dare un segnale molto forte di contrasto».

SASSARI Anziani e parcheggiati in ospedale Il no della Regione all'apertura dell'hospice aggrava il lavoro nei reparti di Lungodegenza. Liste infinite per le Rsa

Dopo tanti anni di attesa ancora una delusione: la Regione non ha approvato il progetto di un hospice per il Nord Sardegna. Una notizia che ha provocato dure reazioni nel mondo della sanità. Si tratta di strutture destinate all'assistenza dei malati

terminali e anche di quelli anziani destinatari di particolari terapie, che sono quelle palliative e del dolore, una frontiera che rappresenta un preciso diritto ancora purtroppo non riconosciuto per molte persone sofferenti. È ovvio poi che la mancanza di un hospice incide sul sistema ospedaliero e sanitario del territorio. Nonostante l'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata molte famiglie non riescono a gestire il malato a casa, come magari succedeva in passato in altri contesti sociali e chiedono che il loro congiunto rimanga in ospedale il più a lungo possibile. D'altra parte si sta rivelando del tutto insufficiente il numero di posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistite e sono tantissime le famiglie inserite in liste d'attesa infinite che si rivolgono ai medici dei reparti per avere risposte. Gli hospice avrebbero dovuto e potuto colmare questo vuoto. Si tratta infatti di strutture residenziali dedicate alla degenza dei malati che necessitano di cure che non possono essere effettuate a domicilio, oppure quando l'assistenza domiciliare risulta troppo gravosa per la famiglia o quando il paziente vive in condizioni abitative inadeguate e con scarsa assistenza familiare. In tutti questi casi può essere indirizzato all'hospice per un ricovero temporaneo o definitivo. Il ricovero in hospice garantisce la disponibilità di un'assistenza specializzata 24 ore su 24 in un ambiente il più simile a quello domestico, infatti grande attenzione è posta all'organizzazione degli spazi, che prevede l'accoglienza dei familiari e la loro collaborazione alle cure del malato. «L'assenza di un hospice si ripercuote anche sui reparti di degenza degli ospedali della Asl di Sassari, in particolar modo sulle Lungodegenze, che rappresentano un rilevante ponte con il territorio - afferma il direttore dell'Unità operativa Lungodegenza e Post Acuzie di Sassari, Thiesi e Ittiri Antonio Uneddu -. Infatti, la Lungodegenza, seppur principalmente dedicata ad accogliere pazienti provenienti dai reparti per acuti degli ospedali di Sassari, Alghero e Ozieri, nei 62 letti complessivi di Sassari, Ittiri e Thiesi si fa carico anche delle criticità e carenze del territorio, compresi casi a carattere prevalentemente socio assistenziale». L'età media dei pazienti che arrivano nei reparti di Lungodegenza è di 80 anni: si tratta perlopiù di malati fragili con pluripatologie per circa il 15-20 per cento senza un supporto familiare o di caregiver (badanti o assistenti specializzati). Si tratta quasi sempre di persone già in fase critica, allettati o comunque non autosufficienti. «Tra i pazienti dimessi - continua Uneddu - il 9 per cento ha avuto l'attivazione dell'Adi, una delle percentuali più alte della Sardegna». La Asl, come spiegano gli uffici amministrativi dell'azienda, garantisce l'assistenza domiciliare ai pazienti in dimissione se esiste un contesto familiare adeguato (perché l'Adi non si svolge 24 ore su 24) e se il medico di base cura la "regia" del caso. «Tuttavia sempre più spesso ci troviamo davanti a situazioni in cui le famiglie non dispongono di un contesto adeguato e rifiutano anche l'Adi. Così, in attesa che si liberi un posto letto nelle Rsa, presumono che la Lungodegenza si faccia carico dell'ospitalità, con un aggravio dei costi sul sistema sanitario e blocco del turnover dei posti letto per acuti», è l'amara conclusione del responsabile delle Lungodegenze. Di questi temi si parlerà nel corso della "Giornata del malato anziano" in programma ad Alghero domani e sabato all'hotel Catalunya alla presenza di esperti di livello nazionale e internazionale

OLBIA Il Centro di salute mentale riapre sabato dopo l'alluvione

E' in programma per sabato l'inaugurazione del Centro di Salute Mentale di via Baronìa, danneggiato dall'alluvione dello scorso 18 novembre, e ora rimesso a nuovo. «Un risultato raggiunto grazie all'impegno di tutti – spiega il direttore del Csm, Amadeus Ehrhardt –: tecnici e operatori dell'Azienda sanitaria, ma anche grazie alla generosità della città, di colleghi di altre aziende e di associazioni e donatori che ci hanno aiutato a raggiungere questo importante obiettivo: rendere nuovamente operativo e accogliente il nostro Centro Diurno». Il 18 novembre scorso la struttura di via Baronìa, che ospita la sede del Centro di salute mentale e il Centro Diurno della Asl di Olbia, è stata danneggiata dalla forza distruttrice dell'acqua, che ha spazzato via arredi, automobili, attrezzature, materiale utili per l'attività giornaliera. Sabato dalle ore 10.30, la struttura di via Baronìa si apre alla città in un grande appuntamento, organizzato con la collaborazione dell'associazione di volontariato "Insieme oltre il muro" e il coro Gospel di Telti.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Congresso Fimmg. La relazione di Milillo: "Non più sostenibile un sistema con tutte le prestazioni a carico della fiscalità generale"

Il segretario nazionale dei medici di medicina generale ha quindi sottolineato che la sfida non è più quella di evitare la contribuzione a carico dell'assistito, ma "renderla il più equa possibile, rispettando comunque il dettato costituzionale della gratuità agli indigenti". LA RELAZIONE

Non è mai stata realizzata e mai potrà esserlo in futuro lo sostenibilità di un Ssn “che fornisca tutte le prestazioni di assistenza sanitaria necessarie alla tutela della salute ponendole ad esclusivo carico della fiscalità generale, cui tutti, in teoria, dovrebbero contribuire in proporzione al loro reddito”. E' l'amara analisi espressa dal segretario nazionale **Giacomo Milillo** nella sua relazione al 70° congresso nazionale Fimmg.

A dimostrazione di ciò, sottolinea, c'è la constatazione che già oggi il cittadino “vede sempre più prestazioni a proprio totale carico e per l'assistenza sanitaria ora erogata dal Ssn è necessario prevedere un concreto contributo dell'assistito nel momento in cui usufruisce della prestazione”. La sfida non è più dunque evitare questa contribuzione, “ma renderla il più equa possibile, rispettando comunque il dettato costituzionale della gratuità agli indigenti”.

Una volta associati questi elementi, secondo Milillo, il Ssn deve “cercare di offrire il

maggior numero possibile di prestazioni appropriate, ma deve prendere atto che dovrà anche svolgere una funzione di regolamentazione capace di condizionare l'appropriatezza, e quindi rendere sinergico, l'uso delle risorse che possono provenire dalla volontaria contribuzione degli individui a Mutue o a Società di mutuo soccorso o a Fondi integrativi alimentati da meccanismi di welfare contrattuale”.

Tuttavia il segretario della Fimmg guarda con preoccupazione **all'attività di programmazione di certe Regioni** “comprese alcune considerate di eccellenza; programmazione che appare più orientata alla riorganizzazione del proprio personale dipendente che alla realizzazione di modelli efficienti nell'interesse del cittadino”. Regioni che, sottolinea, “confondono l'indispensabile integrazione funzionale dei professionisti coinvolti nel processo, con la formazione di squadre subordinate a intelligenze organizzative e gestionali che ricavano la loro esperienza dall'organizzazione ospedaliera”.

Nel complesso, per un **effettivo miglioramento del sistema di governance**, Milillo auspica “un rafforzamento del Ministero della Salute, naturalmente in stretta collaborazione con una Conferenza delle Regioni che da un lato sappia interloquire produttivamente con il Ministero, ma dall'altro sappia autorevolmente guidare le singole Regioni a comportamenti fra loro coerenti”.

Posizione decisa e netta anche in materia di **accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia**. Milillo ritiene “dannoso” rimuovere ogni sbarramento, poiché si concretizzerebbero alcuni effetti nefasti, individuati in un aumento di “cattedre universitarie o per lo meno degli incaricati di insegnamento; abbandoni di studenti appartenenti a famiglie che intanto hanno inutilmente sostenuto gli alti costi; medici laureati parcheggiati in un limbo di disoccupazione assoluta, aspettando che gli si permetta di accedere ad un corso di specializzazione; medici laureati che guardano alla specializzazione come soluzione occupazionale di sopravvivenza e non come momento formativo necessario ad un inserimento, non dico garantito, ma almeno molto probabile”.

Per quanto concerne la **farmaceutica**, un passaggio importante sul ruolo del medico nel settore. “Il medico di medicina generale deve essere partecipe attivo al complesso e irrinunciabile meccanismo della regolazione del farmaco e non passivo esecutore, quale passo avanti nella direzione del pieno recupero del proprio ruolo nel miglioramento dell'assistenza farmaceutica”. Un recupero che secondo Milillo dovrà compiersi con una partecipazione “attiva e responsabile alla appropriatezza prescrittiva, mirando così alla qualità della prescrizione e non più, o almeno non solo al numero di confezioni prescritte; ed ancora una partecipazione attiva alla farmacovigilanza e con la realizzazione di studi di effectiveness sui farmaci immessi in commercio”.

Infine alcune valutazioni sul rinnovo dell'**Accordo collettivo nazionale** e in particolare sul ruolo del medico di medicina generale. La visione della Fimmg è contenuta nella proposta di articolo 1 del prossimo Acn. “Il Mmg si qualifica come un professionista autonomo ai fini dello svolgimento di quanto previsto dal presente Accordo, in forma personale, ovvero aggregata, secondo le norme privatistico/civilistiche vigenti, anche all'esterno del Ssn; al tempo stesso egli

collabora continuativamente e coordinatamente all'espletamento della funzione dei medici di medicina generale secondo gli schemi del Ssn, in regime di finanziamento pubblico ed in adesione ai principi del D.lgs n. 502 del 1992 e s.m.i. per l'espletamento delle funzioni essenziali quali descritte nel presente Accordo, che ha carattere inderogabile”.

Oliveti (Enpam): "Faremo la nostra parte per sostenere i medici nel rinnovo delle Convenzioni"

De Biasi (PD): "Cure primarie pilastro della moderna sanità, servono nuove competenze e responsabilità"

Nota di aggiornamento Def. Iniziato l'esame da parte delle Commissioni Affari Sociali e Igiene e Sanità

Le due Commissioni "sanitarie" di Camera e Senato hanno iniziato, per la parte di propria competenza, l'esame della Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2014. Confermato l'accordo tra Governo e Regioni sul Patto per la salute, confermata la scarsa crescita del Pil e il debito pubblico inizierà a scendere, rispetto a quanto ammonta ad oggi, solo a partire dal 2018. RELAZIONE MIOTTO, RELAZIONE ROMANO

La Commissione Affari Sociali della Camera e la Commissione Igiene e Sanità del Senato, in sede consultiva, hanno iniziato l'esame della [nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2014](#). Per i tempi che le due assemblee si sono date in merito all'approvazione del Def i lavori di tutte le commissioni dovranno concludersi in pochi giorni, prevedibilmente entro questa settimana. Le due Commissioni sanità hanno previsto due giorni di lavoro, il parere quindi dovrebbe essere espresso entro oggi, massimo domani.

La deputata del Partito Democratico **Anna Miotto** è stata la relatrice al documento per la Commissione Affari Sociali di Montecitorio. Nella sua relazione si legge che “la Nota interviene in un contesto macroeconomico particolarmente problematico tanto per il complesso dell'Unione europea e dell'area dell'euro quanto, soprattutto, per la specifica situazione del nostro Paese. Le previsioni di crescita, ancorché contenuta, del prodotto interno lordo nel corso dell'anno 2014 e di un rafforzamento di tale crescita nel 2015, elaborate dagli organismi internazionali e poste alla base della programmazione economica e finanziaria per l'anno in corso, non hanno trovato conferma, in un contesto nel quale il ritmo della ripresa a livello internazionale tende a rallentare e, a livello nazionale, l'economia appare destinata a registrare una ulteriore contrazione del prodotto interno lordo nel 2014, unitamente a un'inflazione che si colloca a livelli estremamente bassi ed in continua contrazione”.

La Miotto sottolinea come “l'immagine che se ne trae è quella di una debolezza strutturale della situazione economica del nostro Paese, che nell'arco della recente crisi ha subito una contrazione del prodotto interno lordo superiore – in termini cumulati – a quella verificata durante la grande depressione del 1929. In questo contesto si propone, quindi, di incentrare la strategia di intervento sulla crescita e

sull'occupazione, mediante il rilancio degli investimenti, delle riforme e del mercato interno, secondo una linea sostenuta anche dalla presidenza italiana dell'Unione europea”.

La deputata del Pd poi entra maggiormente nel dettaglio delle cifre e riferisce alla Commissione che “per quanto riguarda il quadro macroeconomico tendenziale, la Nota stima una contrazione del Pil nel corso del 2014 dello 0,3%, a fronte della crescita dello 0,8% prevista nel Documento di economia e finanza di aprile scorso, mentre negli anni successivi si dovrebbe registrare il ritorno su un sentiero di moderata crescita, quantificata in misura pari a 0,5% nel 2015, a 0,8% nel 2016, a 1,1% nel 2017 e a 1,2% nel 2018. Sul piano programmatico, le previsioni per i futuri esercizi sono leggermente migliori e si attestano ad una crescita dello 0,6% nel 2015, dell'1% nel 2016, dell'1,3% nel 2017 e dell'1,4% nel 2018”.

Anche per quanto riguarda gli obiettivi di finanza pubblica, aggiunge la Miotto, la Nota registra “un deterioramento della situazione rispetto al Documento di economia e finanza dell'aprile 2014. L'obiettivo di indebitamento netto, sia tendenziale che programmatico, si attesta per il 2014 al 3 per cento del prodotto interno lordo, contro il 2,6% del Documento programmatico dell'aprile scorso. Negli anni successivi, il percorso di riduzione del deficit rallenta rispetto al precedente documento di programmazione e, sul piano tendenziale, determina un indebitamento netto del 2,2% del PIL nel 2015, dell'1,8% nel 2016, dell'1,2% nel 2017 e dello 0,8% nel 2018. Sempre sul piano tendenziale, l'indebitamento netto strutturale, al netto degli effetti del ciclo economico e delle misure una tantum salirebbe all'1,2% nel 2014, per poi oscillare tra lo 0,5 e lo 0,6% negli anni tra il 2015 e il 2018. Per il debito pubblico, il dato complessivo, che tiene conto della quota dei sostegni agli strumenti finanziari per fronteggiare la crisi e del pagamento dei debiti della pubblica amministrazione, nel quadro tendenziale riferito al 2014 ammonta al 131,7% del PIL, per poi salire fino al 133,7% nel 2015 e nel 2016 e scendere nel 2017 al 132,1% e nel 2018 al 129,9%.

Sostenibilità delle finanze pubbliche, per quanto riguarda la sanità

Per quanto riguarda la sanità la Miotto segnala che “la Nota di aggiornamento registra l'accordo tra Governo, regioni e province autonome sul Patto per la salute 2014-2016, sancito nel luglio 2014. Il Patto definisce il quadro finanziario per il triennio 2014-2016 fissando come segue il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato: 109.928.000.000 euro per l'anno 2014; 112.062.000.000 euro per l'anno 2015; 115.444.000.000 euro per l'anno 2016”.

E ricorda, poi, che il Patto per la salute ha “disciplinato alcune misure finalizzate a una più efficiente programmazione del Ssn, al miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni. Dall'applicazione del Patto, si attendono risparmi, non quantificati, che, come specificato all'articolo 1, comma 4, rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie.

Ritiene importante evidenziare che, nella maggior parte dei casi, le misure contenute nel Patto per la salute 2014-2016 non sono immediatamente applicabili, per divenire operative richiedono infatti l'adozione di provvedimenti attuativi”.

E prosegue ricordando che sempre la Nota “cita le seguenti misure del Patto per la salute 2014-2016: procedere all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili; l'articolo 23 del Patto stabilisce che vengano adottate le

opportune iniziative affinché l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale (Pfn) dei farmaci rimborsabili, sulla base del criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica, prevedendo anche dei prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; incentivare l'uso dei dispositivi medici più efficaci e moderni che consentano il miglioramento della qualità della vita; l'articolo 24 del Patto, dedicato ai dispositivi, prevede una serie articolata di misure da adottare attraverso decreti ministeriali o documenti, da concordare preventivamente in Conferenza Stato-regioni. Alcune misure, quali gli Osservatori regionali sui consumi e i prezzi dei dispositivi medici, devono invece essere adottate direttamente dalle Regioni”.

“Occorre, poi – aggiunge la Miotto –procedere all'approvazione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera e lo schema recante il regolamento, è stato approvato in sede di Conferenza Stato-regioni il 5 agosto 2014. Si è dunque in attesa della pubblicazione del decreto ministeriale. Lo schema di decreto prevede che ogni singola regione provveda, entro il 31 dicembre 2014, ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore al parametro nazionale di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie”.

“Un'altra misura è quella di riorganizzare l'assistenza territoriale e domiciliare. Il Patto della salute dedica l'articolo 5 all'Assistenza territoriale demandando alle Regioni, nella loro autonomia organizzativa e decisionale, l'istituzione delle nuove forme organizzative della medicina convenzionata. Occorre, poi, rafforzare il sistema di governance nelle Regioni impegnate nei Piani di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale. L'articolo 12 del Patto è dedicato ai Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei Servizi sanitari regionali. Anche in questo caso la misura necessita di interventi di revisione della disciplina vigente sui Piani di rientro nelle regioni in disavanzo sanitario e sulla disciplina relativa ai Commissari ad acta. Altra misura indicata è quella di promuovere la digitalizzazione in campo sanitario. A questo tema sono dedicati gli articoli 15 e 16 del Patto che rinviano alla stipula di un Patto per la sanità digitale tra Governo, regioni e province autonome. Occorre, poi, fissare standard generali di qualità. A questo scopo, il Patto prevede un sistema di monitoraggio e valutazione delle azioni previste. L'articolo 28 istituisce un Tavolo tecnico quale Cabina di regia per il monitoraggio del Patto. Il tavolo è coordinato dall'Agenas”.

Ancora per quanto riguarda la sanità, la Nota di aggiornamento “ricorda le misure dell'articolo 10 del disegno di legge delega in materia di riorganizzazione delle PA che intende disciplinare il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende e degli enti del SSN, con l'obiettivo di favorire scelte trasparenti e basate sul merito”.

Spazio anche per la politiche sociali e su questo punto “la Nota richiama le misure già attivate per la povertà e l'esclusione sociale con la sperimentazione del Sostegno all'inclusione attiva (SIA) in 12 grandi città. In merito al SIA, ricorda che la misura

deriva direttamente dalla Carta acquisti ordinaria, istituita dal decreto legge 112/2008, e configurata come un trasferimento monetario mensile, riconosciuto agli anziani di età superiore o uguale ai 65 o ai bambini di età inferiore ai tre anni, nella fascia di bisogno assoluto, subordinatamente al soddisfacimento di un insieme di requisiti economici.

L'articolo 60 del decreto-legge 5/2012 ha poi configurato una nuova carta acquisti, la Carta per l'inclusione anche definita Sostegno per l'inclusione attiva (SIA), prevedendone una sperimentazione, di durata non superiore ai dodici mesi nei comuni con più di 250.000 abitanti, 12 grandi città.

La Carta per l'inclusione – il cui importo varia da un minimo di 231 a un massimo di 404 euro mensili – è rivolta esclusivamente ai nuclei familiari con minori e con un forte disagio lavorativo. Il decreto-legge 76/2013 ha esteso la sperimentazione della Carta per l'inclusione, già prevista per le grandi città meridionali ai restanti territori delle regioni del Mezzogiorno, nel limite di 140 milioni per il 2014 e di 27 rotazione per l'attuazione delle politiche comunitarie, già destinate ai milioni per il 2015.

In ultimo, la Miotto fa presente che “l'articolo 1, comma 216, della legge di stabilità 2014 ha previsto uno stanziamento per la Carta acquisti ordinaria di 250 milioni di euro per il 2014, parte dei quali, in relazione all'effettivo numero dei beneficiari, da riservare all'estensione su tutto il territorio nazionale, non già coperto, della sperimentazione della SIA. La stessa disposizione ha stanziato 40 milioni all'anno, per ciascuno degli anni del triennio 2014-2016, al solo scopo di raggiungere un ammontare di risorse sufficiente per estendere la sperimentazione della SIA a tutto il territorio nazionale. Al riguardo osserva che tale misura non risulta richiamata nella Nota di aggiornamento in esame, che fa riferimento soltanto alla estensione della Carta acquisti ai cittadini stranieri e loro familiari”.

Il senatore **Lucio Romano** (PI) è stato il relatore alla Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2014 in Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama.

“Riguardo alla spesa sanitaria corrente – ha ribadito Romano –, la Nota prevede che il valore percentuale, in rapporto al PIL, attualmente di poco superiore al 7,0 per cento, presenti un andamento lievemente decrescente nei prossimi anni; tuttavia, dopo questa "fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa", si prevede che il rapporto registrerà un profilo crescente, in specie a partire dal 2025, a causa degli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico”.

Entrando nel merito delle politiche sanitarie Romano riferisce che “la Nota ricorda che, nello scorso mese di luglio, è stata sancita l'intesa tra Stato, regioni e province autonome concernente il patto per la salute per il triennio 2014-2016, intesa che ha definito il quadro finanziario per il triennio di riferimento e "ha disciplinato alcune misure finalizzate a una più efficiente programmazione" del Servizio sanitario nazionale, "al miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni", in particolare prevedendo: l'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale, relativo ai medicinali rimborsabili; l'incentivo dell'uso di dispositivi medici più efficaci e moderni; l'approvazione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera; la riorganizzazione

dell'assistenza territoriale e domiciliare; il rafforzamento del sistema di governance nelle regioni impegnate nei piani di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale; la promozione della digitalizzazione in campo sanitario; l'adozione di standard generali di qualità”.

“La Nota – conclude la relazione di Romano – ricorda, inoltre, che il disegno di legge governativo recante Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, attualmente all'esame del Senato in prima lettura, prevede, nell'ambito della disciplina di delega in materia di dirigenza pubblica, di cui all'articolo 10, una revisione delle norme sul conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di favorire scelte trasparenti e basate sul merito, volte a selezionare professionalità competenti ed adeguate”.

SOLE 24ORE SANITA'

Enpam: pieno sostegno a Mmg sul rinnovo delle convenzioni. In arrivo mutui agevolati per medici e dentisti

L'Enpam sosterrà in ogni modo la categoria dei medici di medicina generale nella fase del rinnovo delle convenzioni: è il messaggio che il presidente dell'ente previdenziale dei medici Alberto Oliveti ha lanciato oggi dal palco del congresso Fimmg, in corso a Santa Margherita di Pula (Ca).

«L'Enpam sarà a fianco della trattativa, come elemento terzo e affidabile per facilitare la conclusione dei negoziati - ha detto Oliveti -. Garantiremo il nostro sostegno tecnico e, se ci verrà richiesto, il nostro contributo di idee perché chiudere le convenzioni significa anche permettere un aumento dei flussi contributivi».

Sono circa 60.000 i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per i quali nelle prossime settimane entreranno nel vivo le trattative per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale (Acn).

Oliveti ha menzionato la riforma pensionistica del 2012 che ha interessato tutti i medici e che ha permesso all'Enpam di mantenere la sua autonomia in campo previdenziale: «Grazie a questa autonomia, contiamo di allentare le regole appena il momento sarà più favorevole - ha detto il presidente dell'Ente -. Come quando in motorino si arriva in cima alla salita, potremo pensare di ridurre il gas».

Da Enpam 100 milioni per mutui agevolati a medici e dentisti. Il consiglio di amministrazione dell'Enpam ha deciso di stanziare, nel prossimo bilancio preventivo, 100 milioni di euro per i mutui ai medici e agli odontoiatri. «Era un nostro proposito da tempo e ci siamo dati da fare per superare tutti gli ostacoli normativi e le difficoltà pratiche - ha detto il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti -. La Fondazione concederà mutui a tassi agevolati, in particolare ai giovani, per l'acquisto della prima

casa». Il bando verrà pubblicato nel giro di qualche mese, dopo che il Consiglio nazionale dell'Enpam avrà approvato il bilancio di previsione 2015 e dopo un passaggio con i ministeri vigilanti per adeguare i regolamenti vigenti.

Congresso Fimmg/ Milillo: «Siamo il futuro del Ssn»

Dalla ripresa del tavolo negoziale per la riscrittura dell'Acn ai rapporti con la "nuova" Conferenza Stato-Regioni. Dagli umori della base al trattamento economico. Dalle tecnologie alla formazione, con l'annuncio di una scuola di formazione in ricerca in Medicina generale. È un Giacomo Milillo a tutto campo quello che presiede il 70° Congresso nazionale Fimmg, in corso a Cagliari fino all'11 ottobre. Forte di un nuovo clima - parole sue - nelle relazioni con la parte pubblica rappresentata dalla Sisac e della distensione inaugurata dalla gestione Chiamparino. Forte, soprattutto, del mandato - incassato all'unanimità dal Consiglio nazionale - a ricandidarsi al ruolo di segretario, in vista dell'elezione di venerdì 8 ottobre.

Partiamo dal titolo: "Noi, orgogliosamente medici di famiglia". Una realtà o un auspicio?

Stiamo vivendo uno dei momenti storici di passaggio in cui la medicina di famiglia riacquista importanza non solo agli occhi degli Mmg ma anche del sistema, per non parlare rispetto agli assistiti. Abbiamo ricevuto una nuova chiamata alla centralità del nostro ruolo, prima con la conversione in legge del decreto Balduzzi, poi con il Patto salute e infine con i lavori sull'Acn. Dopo il quale si tratterà di mettere alla prova la capacità sia della parte pubblica sia nostra di concretizzare parole e auspici. Quindi il titolo che abbiamo scelto per il congresso di Santa Margherita di Pula è decisamente una realtà, che ovviamente speriamo di confermare nel futuro.

A che punto siete con l'Acn? La bozza Sisac (si veda pag. 16) contiene un bel po' di novità...

Voglio precisare che quelle sono, appunto, proposte della Sisac. Rispetto a quei contenuti mi sento di dire che noi perseguiamo esattamente l'opposto: basta leggere la nostra bozza di indice e di articolo 1 che abbiamo già pubblicato e che esporremo al tavolo negoziale non appena sarà possibile.

Cosa andrebbe modificato?

Non si può procedere per aggiustamenti: è tutto da rifare. E la nostra proposta è decisamente alternativa. Già l'indice comporta la riscrittura completa dell'impostazione, con l'esplicitazione del ruolo unico, su cui tutto si fonda. Noi proponiamo una revisione completa dell'accesso e già l'articolo 1 contiene il 90% dei principi fondamentali: a partire dal fatto che il Cnl è vincolante e che non è in alcun modo modificabile dagli accordi regionali, i quali non possono "togliere nulla" e devono essere pienamente coerenti con l'Acn, così come quelli aziendali del resto. Gli altri ingredienti cruciali della nostra proposta sono il disegno del ruolo unico del Mmg e una regolamentazione dell'attività che solo in parte potrà essere simile a quella precedente. Ancora: la ristrutturazione del compenso non in termini di

attribuzione di cifre ma di classificazione; un capo probabilmente separato per l'emergenza sanitaria e uno per la medicina penitenziaria, sempre che le Regioni non decidano di rinviare ancora. Infine, le modalità di transizione dalle vecchie alle nuove regole.

Come vi ponete rispetto allo stretto legame che la bozza Sisac instaura tra il medico e il management?

Il professionista collabora con l'azienda in modo coordinato, cioè non subordinato. Il profilo del Mmg è quello di un medico che deve rispondere a un doppio contratto, con il Ssn e con l'assistito che lo sceglie ed è quest'ultimo che va messo al primo posto. A monte, c'è un rapporto assolutamente paritario in sede di trattativa, tra parte pubblica e parte sindacale.

E rispetto alla configurazione assegnata da Sisac ad Aft e Uccp?

Il centro di tutto per noi è l'Aft, mentre la parte pubblica tende a mettere al centro la Uccp. Ma, viene da dire, questo è un "problema loro". Che nasce da una lettura errata - a parere nostro e di numerose analisi legislative - del comma 1, art. 1 legge Balduzzi, relativo a cosa devono fare le Regioni e non già i medici. I professionisti sono chiamati a negoziare con le Regioni, le quali devono riuscire a ottemperare alla Balduzzi attraverso la negoziazione. Non siamo noi a doverci adeguare... In ogni caso siamo fiduciosi che il cambio di atteggiamento e la maggiore apertura registrati in Sisac negli ultimi tempi possano portare, se i ritmi del confronto saranno intensi, alla definizione dell'Accordo anche entro la primavera.

Già l'anno scorso dichiarò che la Medicina generale era giunta «all'ultimo miglio». Però a oggi siamo in alto mare...

Intanto, va considerata la situazione italiana nel suo complesso, con riforme di cui si parla da decenni e non ancora attuate. Poi, va ricordato che come Fimmg abbiamo impiegato sei anni per arrivare con la legge Balduzzi a un provvedimento legislativo che riconoscesse la nostra proposta e modificasse la 502. A quel punto però le Regioni hanno fatto resistenza al cambiamento e per la stessa firma del Patto per la salute si è dovuto attendere tre anni... In definitiva, se consideriamo quanto c'è voluto per arrivare allo step attuale, posso dirmi contento all'idea di chiudere la Convenzione in 12 mesi. Ovviamente, anche in questo caso, la premessa è che non si registrino eccessive resistenze nelle Regioni. Se invece queste ultime dovessero di nuovo irrigidirsi, sono pronto a trattare per quattro anni. Perché io una convenzione peggiorativa e che non rispetti o non dia soddisfazione al progetto di riorganizzazione della Medicina generale, non la firmerò.

A quanto pare i rapporti con le Regioni sono decisamente migliorati e questo fa ben sperare in vista di una conclusione

Il comunicato congiunto che ci è arrivato dal presidente Sergio Chiamparino e dal presidente del Comitato di settore Claudio Montaldo alla vigilia della ripresa delle trattative è uno dei principali segnali di distensione che abbiamo registrato. Certo, non ci illudiamo di esserci lasciati le difficoltà alle spalle, ma registriamo una maggiore attenzione. Se si tratta di lavorare sodo per confrontarsi, siamo pronti. Se si tratta di "prendere o lasciare", siamo pronti a reagire.

Intanto, Lei con ogni probabilità uscirà da questo congresso con una conferma di fiducia pienissima

Ho ricevuto un "ordine" unanime a ricandidarmi. Se dovessi dar retta alla stanchezza, avrei lasciato già anni fa. Mi spingono a perseverare la testardaggine personale e l'unità sindacale conquistata lentamente in otto anni, ma oggi decisamente consolidata. Credo che il sindacato nella sua crescita sia ormai ben avviato.

Come stanno vivendo questo cambiamento i vostri 30mila iscritti?

Con preoccupazione. Che non deriva dai contenuti delle nostre proposte ma da fantasmi agitati da altri. Le nostre proposte corrispondono ai progetti dei nostri iscritti, in particolare a quella fetta sempre più ampia di Mmg che hanno ben compreso come non si possa andare più avanti con questo assetto. Il sindacato tutto si è assunto la responsabilità di lavorare in funzione di un cambiamento produttivo per la categoria, perché questo è strategico per la nostra stessa esistenza e per il potere negoziale che potremo avere domani. E anche per le pensioni di chi adesso non vede l'ora di andarci, in pensione.

Cosa dire ai vostri iscritti in tema di ristrutturazione del compenso?

Che, in linea con quanto previsto dalle leggi finanziarie, si prevede un non aumento della massa salariale ma, anche, non dobbiamo temere nemmeno riduzioni, previdenza inclusa. Le voci andranno riclassificate, ma lasciando a ciascuno quello che prende oggi.

I nostri iscritti devono essere consapevoli che la Medicina generale è essenziale per il futuro del Ssn. Tanto che, al contrario di quanto è accaduto al pianeta della dipendenza, gli accordi regionali e aziendali, anche onerosi, noi continuiamo a firmarli anche in tempi di crisi. Quindi si tratta non tanto di puntare a recuperare risorse dal livello nazionale, dove di soldi non ce ne sono, ma di creare regole perché gli accordi locali possano efficacemente riconvertire risorse male impiegate o non appropriate. Ed è così che si può sviluppare la medicina generale. Questa è la ristrutturazione da fare per conservare la capacità di guida. Poi, dovremmo anche incrementare le nostre capacità di produzione attraverso collaboratori non medici.

Come vi ponete rispetto all'apertura, prevista anche nella bozza Sisac, a società di servizio?

Ben vengano, se utili in un'ottica di razionalizzazione della spesa e oggetto di rendicontazione, con il vantaggio di sgravare il medico delle incombenze burocratiche e organizzative.

Sul fronte delle tecnologie i medici sono attrezzati?

I medici hanno ormai compreso l'utilità della digitalizzazione ma certo non comprendono - io per primo - la logica del tutto errata imposta da Sogei. In contrasto con l'evoluzione ormai assodata del pensiero internazionale sulla digitalizzazione: la regola è che si parta dall'utente finale, dal bisogno del fruitore per risalire al "cosa fare". Mentre il criterio centralistico inibisce sia nelle aziende private sia nelle pubbliche quell'autonomia di progettazione che metterebbe a disposizione mille strumenti in più. A ciò si aggiunge l'atteggiamento fiscale dell'Authority sulla privacy che impedisce al medico e al cittadino di comprendere l'utilità effettiva della

digitalizzazione. Siamo d'accordo che il Fse va fatto: però bisognerebbe poter applicare dei "gestionali" in cui i dati sorgenti vengano sottoposti ad algoritmi che li trasformino in dati vivi. Questo è il "cloud" e non è certo una novità assoluta, ma ne siamo ancora lontani. Con Federsanità abbiamo creato la fondazione Nusa, che mi onoro di presiedere, proprio per "fare cultura" su questi temi, proponendo soluzioni che presentano costi assolutamente irrisori. Il nostro auspicio, infine, è che il documento di programmazione sulla sanità digitale contenuto nel Patto per la salute porti a qualche innovazione.

Anche perché le tecnologie sono cruciali nella gestione di emergenze come la cronicità

Porterebbero a risparmi, soprattutto di costi sociali, enormi. Dall'Ecg alla spirometria, il paziente cronico troverebbe in uno studio attrezzato gran parte delle risposte diagnostiche utili. E solo il 20% dei pazienti sarebbe costretto a spostarsi in ospedale o in un poliambulatorio. Quanto alla ricerca, oggi gli studi di medicina generale sono abbastanza impediti dalla configurazione dei comitati etici. Ma a questo proposito è in arrivo una novità...

Di che si tratta?

Con il sostegno non condizionato di Merck Sharp & Dhome la Fimmg attiverà tra fine 2014 e inizio 2015 sotto la direzione scientifica di Walter Marrocco una scuola biennale di formazione in ricerca in medicina generale, cui parteciperanno 400 medici selezionati da un comitato scientifico, anche in base a un criterio geografico e al numero di assistiti. È un sogno che coltivavamo da anni e che finalmente si concretizza

DOCTOR 33.IT

Medici fiscali, un fronte comune per ottenere garanzie da Inps

I medici fiscali Inps fanno fronte comune e chiedono un incontro urgente all'Istituto previdenziale per sapere quale futuro prevede per loro. A Roma a latere del Congresso del sindacato Snamì è stato raggiunto un accordo tra i sindacati Anmefi, Cgil-Cisl-Uil, Fimmg, Snamì, Smi e Sinmevico. «E' stato redatto un documento unitario con precise proposte che sarà inviato all'Inps al fine di migliorare l'assegnazione delle visite fiscali privilegiando i medici che svolgono la loro attività professionale in maniera prevalente se non esclusiva», recita il comunicato finale. Le otto sigle sostengono il disegno di legge "Disposizioni di semplificazione e razionalizzazione in materia di medicina fiscale" a prima firma dell'onorevole **Donata Lenzi** che porrebbe sotto un Polo Unico tutte le visite fiscali ai dipendenti privati (oggi appannaggio dei medici Inps) e pubblici (ora organizzate in prevalenza dalle Asl). L'iter del ddl però è lungo, e per partire bene con il 2015 urge un emendamento alla Finanziaria che recuperi parte del lavoro perso.

Complessivamente «tutti i sindacati concordano sul testo del ddl Lenzi ma dobbiamo capire come arrivare velocemente al traguardo», spiega **Alfredo Petrone** dei medici fiscali Fimmg, ricordando che «l'Inps, dopo esplicita richiesta Fimmg, ha già espresso parere positivo quest'estate alla nascita del Polo Unico». «A Roma – prosegue Petrone – abbiamo chiesto un incontro all'Inps per valutare le problematiche del lavoro quotidiano del medico fiscale. A nostro avviso ci sono margini per ottimizzare la gestione del servizio ed attuare una più equa distribuzione delle visite pari restando l'attuale budget di spesa». Si parla di un numero minimo di visite a medico e di privilegiare chi svolge l'attività di medico fiscale in modo prevalente o esclusivo.

Lo stipendio di molti medici fiscali è ai minimi dopo che l'Inps a maggio 2013 ha deciso di abbattere del 90% le visite d'ufficio e con l'avvicinarsi della fine dell'anno serve una svolta. Il sindacato Anmefi ha segnalato al Governo i dati di una sua ricerca. Su 98 medici fiscali che in 60 sedi hanno denunciato ristrettezze, un caso –in Sicilia– appare grave, con un numero medio di 7 visite/mese (circa 300 euro di compenso), mentre in 28 effettuano dalle 10 alle 20 visite mensili (specie sedi di Imola, Cosenza e Crotone) con un salario intorno a 500-600 euro, e 45 effettuano da 20 a 30 visite. Diciannove ne fanno dalle 30 alle 40, 4 superano di poco le 41. Il numero va in realtà moltiplicato per i medici fiscali che effettivamente operano in quelle sedi.

Congresso Sin, Parkinson, ictus e staminali in evidenza

Malattia di Parkinson (Pd), ictus, cellule staminali. Sono questi alcuni tra i temi portanti del 45° Congresso nazionale della Società italiana di neurologia (Sin) che si terrà a Cagliari dall'11 al 14 ottobre. Argomenti preannunciati ieri in un incontro a Milano di presentazione dell'evento scientifico che richiamerà oltre 2.000 neurologi da tutta Italia e si occuperà di tutto lo spettro delle patologie neurologiche, «in costante aumento soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione» ha sottolineato **Aldo Quattrone**, presidente Sin. Quattrone, in particolare, si è soffermato sul tema della prevenzione della Pd. «Questa è possibile se la diagnosi è fatta in fase premotoria, ossia prima che compaiano i disturbi caratteristici. Segni non motori predittivi sono il deficit olfattivo e il disturbo comportamentale in sonno Rem (Rbd), in cui il paziente - mentre sogna - urla, scalcia e tira pugni. Il riconoscimento di queste manifestazioni può consentire di intervenire con farmaci neuroprotettivi in grado di arrestare o rallentare il decorso della malattia». **Domenico Inzitari**, direttore della Stroke Unit dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze, ha presentato le nuove linee guida dell'Italian stroke organization che estendono la trombolisi ai pazienti ultra80enni, portando il numero dei soggetti “aventi diritto” da 10mila a 14mila. Inoltre ha accennato all'avvio di un grande trial internazionale per verificare se l'impiego della rescue therapy (ossia l'impiego di una disostruzione endovascolare meccanica immediatamente successiva alla trombolisi in caso di carico trombotico eccessivo) possa rappresentare il futuro nel trattamento dell'ictus acuto. La ricerca sulle cellule staminali, ha detto poi Antonio Uccelli, direttore del Centro di eccellenza per la ricerca biomedica (Cebr) dell'Università di Genova, si è focalizzata

finora su tre patologie, sclerosi multipla (Sm), Sla e Pd. «Abbiamo verificato che le staminali mesenchimali non riescono a rigenerare completamente un tessuto» ha specificato. «Però, specie in modelli preclinici, hanno dimostrato altre caratteristiche potenzialmente utili: spengono i processi infiammatori, svolgono un ruolo di neuroprotezione e inducono processi endogeni di riparazione». Una prospettiva, quest'ultima, ancora molto lontana dalla realizzazione ma che apre speranze in caso di danni acuti spinali.

Cure palliative, Peruselli (Sicp): appropriatezza cure può anche ridurre i costi

L'appropriatezza è al centro del XXI congresso nazionale della Società italiana di cure palliative (Sicp) che si apre oggi ad Arezzo. E, come ci spiega il presidente Sicp **Carlo Peruselli**, il tema dell'appropriatezza si deve declinare in modi diversi; «riguarda intanto la clinica e occorre fare un'ampia riflessione sulle novità riguardo ai migliori trattamenti e alle tecnologie che possono essere impiegate nel fine vita; ma riguarda anche l'organizzazione: le norme prevedono che le cure palliative siano erogate su un livello base e uno specialistico, ma su quest'ultimo alcune Regioni non hanno investito abbastanza. Infine, appropriatezza significa anche un utilizzo ottimale delle risorse e certamente le cure palliative sono uno dei modelli di cura che hanno la possibilità di garantire un notevole miglioramento della qualità di vita dei pazienti ma anche una riduzione significativa dei costi delle cure».

Apprendo la riunione dei ministri della Salute europei nell'ambito del semestre di presidenza italiana dell'Ue, Beatrice Lorenzin ha nei giorni scorsi ricordato il valore delle cure palliative. «La Legge 38 e le successive intese raggiunte nella Conferenza Stato-Regioni, pongono effettivamente l'Italia all'avanguardia in Europa», riconosce Peruselli. Ma qual è l'effettivo stato di applicazione?

«Come spesso accade – dice il presidente Sicp – l'attuazione è ancora a macchia di leopardo, ci sono alcune Regioni molto avanti e altre che hanno ancora qualche difficoltà. Tuttavia la grande maggioranza ha recepito gli accordi definiti nel 2012 e nel giugno di quest'anno, che individuano come elemento fondamentale dello sviluppo l'organizzazione delle reti regionali e poi delle reti locali con tutti i livelli assistenziali; in primo luogo il domicilio, il luogo principale dove si fanno le cure palliative, ma anche gli hospice: in alcune regioni il bisogno non è ancora coperto rispetto agli standard della normativa nazionale che prevede un posto in hospice ogni 56 morti per cancro; altre Regioni hanno invece addirittura migliorato questo standard».

Test medicina, il Miur fa marcia indietro sul “blocca ricorsi”

Marcia indietro sul “blocca ricorsi”. Il Miur ha, infatti, diffuso una nota con cui ribalta la decisione dello scorso 23 settembre per effetto della quale gli studenti in

attesa di sentenza dopo aver effettuato ricorso avrebbero dovuto essere distribuiti tra le sedi universitarie italiane in base al punteggio ottenuto. Una doccia fredda per tutti gli studenti che, per effetto della circolare del Miur, non avrebbero potuto più scegliere di iscriversi nell'ateneo in cima alla lista di preferenze indicata al momento della partecipazione al test, ma avrebbero potuto essere inviati anche a centinaia di chilometri di distanza. E sono proprio gli studenti dell'Udu a cantare vittoria. In una nota **Gianluca Scuccimarra**, coordinatore nazionale dell'Unione degli Universitari sottolinea come «il fatto che il Ministero abbia ritirato la nota del 23 settembre è il minimo che potesse fare dal momento che rischiava di creare l'ennesimo danno agli studenti che, ancora una volta, chiedevano e solo di poter studiare. Attualmente, dunque» continua la nota «in base alla nota di nuova emanazione, che ribalta le direttive della precedente, le studentesse e gli studenti che hanno ottenuto l'ammissione con riserva con sentenza del Tar potranno immatricolarsi nell'ateneo indicato dalla sentenza stessa» Scuccimarra ribadisce anche lo scetticismo verso «il sistema del numero chiuso. Abbiamo smontato il sistema con i nostri ricorsi e il ministro non può più tappare gli occhi e nascondersi dietro un dito all'evidenza dei fatti: il sistema va riformato e aperto, ci chiediamo cosa impedisca un intervento strutturato considerata la situazione ormai emergenziale se non la protezione di interessi ordinistici e la mancanza di volontà di investire nelle nostre università?».

DIRITTO SANITARIO Prelievo Dna senza garanzia contraddittorio

La Corte di Cassazione è stata chiamata a decidere circa l'utilizzabilità della prova del Dna allorché le tracce biologiche utilizzate per la comparazione siano state prelevate - secondo la tesi difensiva - senza le garanzie del contraddittorio, attraverso un ritenuto escamotage irrituale. La mancanza di una espressa previsione nel nostro ordinamento di una norma che stabilisca casi e modalità per i prelievi ematici coattivi per svolgere gli accertamenti Dna, non esclude il prelievo di altri reperti biologici, con modalità non invasive e non lesive dell'integrità personale; reperti che gli attuali protocolli medico-scientifici ritengono altrettanto affidabili per svolgere accertamenti sul Dna. Ciò trova conferma nell'art. 349 c.p.p., che prevede espressamente il prelievo di "saliva" o di "capelli", anche senza il consenso dell'interessato mediante autorizzazione scritta dell'autorità giudiziaria...." Il prelievo del Dna della persona indagata attraverso il sequestro di oggetti contenenti residui organici alla stessa attribuibile non è qualificabile quale atto invasivo o costrittivo, ed essendo prodromico all'effettuazione di accertamenti tecnici non richiede l'osservanza delle garanzie difensive mentre nell'ambito di tali incombenti, le successive operazioni di comparazione del consulente tecnico pretendono l'osservanza delle garanzie difensive. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584