

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 19 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **TEMPIO** **Consegnate ottomila firme in difesa del Paolo Dettori** *Una delegazione del Popolo dei Lucchetti ha incontrato l'assessore Arru: «Alcune emergenze ospedaliere verranno risolte, a rischio il punto nascite»*

Il Popolo dei Lucchetti, all'indomani della consegna all'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, delle circa 8mila firme raccolte in circa due mesi a difesa del Paolo Dettori, con un suo comunicato, emesso ieri, esprime soddisfazione per l'incontro con l'assessore, avvenuto a Nuoro, "per essere riusciti finalmente a far emergere i problemi del Paolo Dettori e a ottenere garanzie sul suo futuro". Nello stesso documento, però, il Popolo dei Lucchetti chiede alla gente di tenere alta la guardia sull'argomento, perché le promesse fatte vengano mantenute e ai sindaci del territorio "perché escano dal loro torpore con atti concreti, smettendo di scrivere vuote letterine a babbo natale." La delegazione che ha incontrato l'assessore Arru era composta da Sandro Grussu, medico ospedaliero, Marianna Bulciolu, avvocato, Nicola Luciano, assessore comunale e Mario Satta, ideatore assieme ad altri del Movimento. C'erano anche Luana Avellino, studentessa del liceo Dettori, Mario Spano, studente del Tecnico e Matteo Aiello, studente dell'artistico, Istituti scolastici che sin dalla prima manifestazione, alla fine dello scorso settembre, avevano aderito all'azione di lotta a difesa del Dettori e della sanità sul nostro territorio.

«Nell'incontro - spiega il documento -, non si è parlato di futuri assetti territoriali e sedi delle Asl in quanto, non è stata presa alcuna decisione in merito. Si è invece discusso, delle criticità e del futuro del nostro ospedale. Ad Arru abbiamo esposto le carenze, le problematiche che da qualche anno a questa parte affliggono le nostre comunità dal punto di vista sanitario e che con l'attuale dirigenza aziendale sono andate via via peggiorando. L'assessore ha accolto le nostre richieste e promesso il suo personale interessamento per la soluzione di alcuni problemi. Il Cardiologo 24 ore su 24, il ripristino dei posti letto in medicina, e del medico Fisiatra sottratto al servizio di Tempio. E ancora, il potenziamento del Cup, e la dotazione strumentale uguale agli altri Ospedali. Grida vendetta, infatti, ad esempio, la decisione della

attuale direzione di dotare Olbia di due Tc di ultimissima generazione, lasciando al Dettori una macchina vecchia ed obsoleta. Assicurazioni sono arrivate dall'assessore anche per quanto concerne il mantenimento di altri servizi come i reparti medici e chirurgici che garantiranno le cure delle patologie più generali, inviando nei grandi ospedali dell'isola i pazienti che necessitano di cure a maggior complessità. Brutte notizie invece sul Punto Nascita, la cui esistenza è legata al numero dei parti che a Tempio non superano i 350 annui contro i 500 annui richiesti dalla legge».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Stato Sanitario del Paese. Italiani più 'vecchi' e più 'cronici'. Bambini troppo sedentari. Odontoiatria pubblica sempre più chimera. Tutti i topics della relazione del ministero**

*Consumo alcol sotto media Ue e si fuma di meno. Prime di cause di morte: malattie circolatorie, tumori e patologie respiratorie. Sempre meno prestazioni odontoiatriche nel pubblico. Boom della farmacovigilanza: ma solo 1 caso su 3 è stato ritenuto grave. Il futuro del Ssn? Riordino ospedali e cure primarie, farmacia dei servizi e potenziamento del ruolo delle professioni sanitarie. SINOSSIDELLA RELAZIONE – INFOGRAFICA*

Gli italiani sono sempre più anziani: nel 2013, gli over 65 hanno raggiunto il 21,2% della popolazione. Ma anche longevi, si confermano infatti ai primi posti nella Ue per quanto riguarda la speranza di vita: 79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne. In prospettiva però i dati non sono confortanti: tra i bambini è elevata la sedentarietà e la percentuale di quelli in sovrappeso. Le malattie circolatorie seguite da tumori e patologie respiratorie continuano a rimanere al vertice delle cause di morte. Per quanto riguarda i “vizi”, i fumatori sono il 20,9% ma sono in calo le vendite di sigarette, e sul fronte del consumo di alcol gli italiani continuano a posizionarsi sotto la media Ue (6,1 litri in media assunti all'anno rispetto ai 10,9 lt della Ue). Al palo invece la salute orale, con una crescita della domanda inevasa da parte dell'odontoiatria pubblica.

Sono questi solo alcuni dei moltissimi indicatori contenuti nella **Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2012-2013** presentata oggi al Ministero della Salute.

Dai dati emerge un Ssn in fermento. Per il futuro del nostro sistema sanitario si prospetta infatti un periodo di imponenti cambiamenti. Riorganizzazione della rete ospedaliera, potenziamento del territorio attraverso le Aft e le Uccp, sviluppo delle competenze delle professioni sanitarie e una farmacia sempre più presidio sanitario con offerta di servizi.

**Popolazione. Over 65 sono il 21,2%. Stranieri a quota 4,5mln.** Al 1° gennaio 2014 la popolazione residente supera i 60 milioni (60.782.668 unità). Nel corso del 2013 la dinamica naturale (differenza tra nascite e decessi) registra un saldo negativo di quasi 86.000 unità, dato da 514mila nati e 600mila decessi. Il saldo migratorio è pari quasi a 1 milione e 200.000 unità, grazie a oltre 3 milioni di iscrizioni contrapposte a quasi 2 milioni di cancellazioni. Continua il processo di invecchiamento della popolazione italiana, che al 1° gennaio 2013 registra un indice di vecchiaia pari al 151,4%. Gli individui con 65 anni e oltre hanno raggiunto il 21,2% della popolazione, i giovani fino a 14 anni sono invece il 14% e la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari a meno dei due terzi del totale. Al 1° gennaio 2013 la popolazione straniera residente nel nostro Paese ammonta a quasi 4 milioni e mezzo di individui, ovvero il 7,4% della popolazione totale, rispetto al 6,8% del 1° gennaio 2012, con un incremento di 335mila unità. Confrontando l'ultimo decennio si è registrato un incremento consistente della presenza straniera in Italia: al 1° gennaio 2002 non raggiungeva il milione e mezzo di persone. In circa 10 anni gli stranieri residenti hanno registrato un aumento di 3 milioni di individui, più del 200%. La popolazione straniera appartenente alla fascia di età 18-64 anni raccoglie il 74,9% del totale degli stranieri residenti. Assolutamente minima la quota di anziani (65+ anni), con una percentuale che non raggiunge il 3%. La quota dei minorenni è invece appena superiore al 22%.

**Qualità della vita. Italiani tra i più longevi d'Europa. Crescono differenze di genere. Bassa mortalità infantile**

Speranza di vita tra le più alte d'Europa, mortalità infantile tra le più basse. Nel 2012, l'Italia è ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita (79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne). Oggi l'Italia è tra i Paesi a più bassa mortalità infantile: il tasso nel 2011 è pari a 3,1 per 1.000 nati vivi residenti. Nel 2013, la prevalenza di chi dichiara di stare male o molto male rimane stabile al 7,3% nella popolazione di 14 anni e più e al 20,1% tra gli anziani, ma si accentuano le differenze di genere a svantaggio delle donne.

**Condizioni di salute. Il 14,7% della popolazione dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica**

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti i Paesi. Tra i fattori che determinano tali patologie, alcuni sono comportamentali e quindi modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, altri sono di tipo genetico e altri ancora afferiscono ad aspetti socioeconomici e ambientali, anch'essi rimovibili attraverso politiche non strettamente sanitarie. Allo stesso tempo le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze nella salute, evidenziando un forte gradiente socioeconomico e rilevanti differenze di genere nella loro diffusione; importante anche l'impatto che tali malattie producono sulla qualità della vita e sulla percezione del benessere a livello individuale. In base ai risultati dell'ultima indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", nel 2013 il 14,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave. Tale percentuale è in aumento solo per effetto

dell'invecchiamento della popolazione. La salute percepita (uno dei principali indicatori di salute soggettiva riconosciuto a livello internazionale per la sua capacità di riflettere condizioni fortemente correlate con la sopravvivenza e la domanda di prestazioni sanitarie) non evidenzia variazioni significative nel tempo. Nel 2013, la prevalenza, standardizzata per età, di chi dichiara di stare male o molto male rimane stabile al 7,3% nella popolazione di 14 anni e più e al 20,1% tra gli anziani, ma si accentuano le differenze di genere a svantaggio delle donne, già marcate nel 2005. Rispetto al 2005 migliora lo stato di salute fisica e peggiora lo stato di salute psicologico. Rimangono rilevanti le disuguaglianze sociali e territoriali che penalizzano alcuni gruppi di popolazione, in particolare gli anziani del Sud del Paese.

**Cause di morte. Malattie circolatorie, tumori e malattie respiratorie le prime cause.** La mortalità è indicatore fondamentale per misurare lo stato di salute di una popolazione; la mortalità per causa, in particolare, consente di descrivere il ruolo delle varie patologie. Gli indici presentati sono stati elaborati a partire dai dati ufficiali di mortalità e popolazione di fonte Istat. Sono stati analizzati i dati più recenti disponibili (relativi al 2011), codificati con il Sistema ICD-10. Sono presentati: numero assoluto di decessi, tassi grezzi e standardizzati per età, per le principali cause di morte, analizzate per genere, età e Regione di residenza. Le malattie cronico degenerative, legate al noto processo di invecchiamento della popolazione italiana, si confermano principali cause di morte: malattie circolatorie e tumori causano nel loro complesso ormai da anni circa i due terzi dei decessi (68% uomini, 66,4% donne) ma, mentre tra gli uomini il peso di queste due cause si equivale (34% ciascuna), tra le donne le malattie circolatorie superano di molto i tumori (41% vs 25%). Le malattie respiratorie sono la terza causa, sia per gli uomini sia per le donne (8% e 6%, rispettivamente), seguite per gli uomini dalle cause violente (5%) e per le donne dalle malattie endocrine (5%). L'analisi per Regione di residenza di grandi gruppi di cause evidenzia significative differenze; nella mortalità per tumori, il Nord presenta una situazione critica: tra gli uomini tutte le Regioni con tasso di mortalità superiore al dato nazionale sono al Nord (ma sono presenti anche Lazio, Campania e Sardegna); tra le donne, sono al Nord (con inserimento del Lazio) tutte le Regioni con situazione peggiore del dato nazionale. Anche nella mortalità per malattie circolatorie si ha un chiaro trend geografico, con il Sud sfavorito; sia tra gli uomini sia tra le donne tutte le Regioni con tasso superiore al dato nazionale sono al Sud (con inserimento del Lazio in entrambi i generi e anche dell'Umbria solo tra gli uomini). Si segnala la situazione critica della Campania, sia nella mortalità generale sia in molte cause di morte.

**Alimentazione e attività fisica. Bambini troppo sedentari e in sovrappeso.** Nel 2012 persistono, nei bambini di 8-9 anni, abitudini alimentari scorrette, confermando i livelli preoccupanti di eccesso ponderale, anche se si evidenzia un trend in leggera diminuzione. Tra i bambini di 8-9 anni, il 22,2% è in sovrappeso e il 10,6% in condizioni di obesità. Inoltre, secondo un'indagine del 2012, il 17% dei bambini non ha praticato movimento (attività sportiva strutturata a scuola o all'esterno o semplice gioco all'aperto) il giorno precedente l'indagine, e permangono elevate le abitudini sedentarie. Nel 2012, in Italia, il consumo di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno

resta basso e sostanzialmente stabile dal 2008 al 2012 tra i 18-69 anni, mentre tra gli ultra64enni il 45% consuma appena una o due porzioni giornaliere

**Tabacco. I fumatori sono il 20,9%. In calo la vendita di sigarette.** La prevenzione e la cura del tabagismo, essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica, sono obiettivi che non possono essere perseguiti dal solo Ministero della salute, ma dal Governo nel suo complesso, tenendo conto delle implicazioni relative agli aspetti economici, che non possono tuttavia prevalere sul supremo interesse della tutela della salute, come sostenuto anche dalla Convenzione Quadro Oms per il Controllo del Tabacco – FCTC. Secondo i dati Istat, nel 2013, su 51,9 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori sono circa 10,8 milioni (20,9%), di cui 6,6 milioni di uomini (26,4%) e 4,2 milioni di donne (15,7%). Nel 2013, secondo i dati dell' Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, le vendite dei prodotti del tabacco si sono ridotte del 5,4%, rispetto al 2012. In particolare, le vendite di sigarette si sono ridotte del 5,7%. La diminuzione delle vendite di sigarette negli ultimi 10 anni (2004-2013) è stata del 25,1%.

**Alcol. Beviamo meno che nel resto d'Europa. Aumenta l'assunzione tra le donne.** Beviamo meno che nel resto d'Europa, ma nel 2012 quasi 70.000 persone in carico ai servizi per alcol-dipendenti. Il consumo pro capite di alcool in Italia riferito all'anno 2010 (6,1 litri) è notevolmente più basso di quello medio della Regione europea dell'Oms (10,9 litri) e anche il più basso tra i Paesi dell'UE, ma appare rilevante l'aumento del consumo alcolico femminile, seppure ancora inferiore a quello maschile. Per quanto riguarda l'alcool, nel 2012 sono stati presi in carico presso i presidi algologici territoriali del Ssn 69.770 alcolodipendenti (maschi 54.431; femmine 15.339). I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1%. Nel 2012 le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcool-attribuibili sono state 75.445 (58.410 maschi e 17.035 femmine), con un tasso nazionale di ospedalizzazione pari a 113,3 per 100mila abitanti, che conferma il trend discendente in atto a livello nazionale a partire dal 2002.

**Droga. Nel 2012 sono stati più di 164mila i tossicodipendenti in carico ai SerD.** Relativamente alle sostanze d'abuso (alcool escluso) nel 2012 sono stati presi in carico, dai SerD (Servizi per le Dipendenze), 164.101 pazienti. La sostanza d'abuso più diffusa è l'eroina (74,4%), seguita dalla cocaina (14,8%) e dai cannabinoidi (8,7%). soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento ai SerD nel 2012 sono stati 30.169 (nel 2011 erano 33.679), con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento tra i 4 e gli 8 anni. L'età media dei nuovi utenti è circa 34,4 anni. Si rivolgono ai SerD più tardi, con un aumento del tempo fuori trattamento e dei rischi che ne conseguono.

**Gioco d'azzardo. I patologici sono tra lo 0,5 e il 2,2% della popolazione.** I giocatori patologici in Italia sono stimati tra lo 0,5 e il 2,2 per cento della popolazione. La stima dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro, ma che non

hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale. La stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2%. Secondo un'indagine 2012-2013, il 49,4% degli studenti tra i 15 e i 19 anni gioca d'azzardo, di questi sono problematici il 7,2% e patologici il 3,2%

### **Promozione e tutela della salute orale. Aumento domanda inevasa dall'odontoiatria pubblica.**

In Italia, l'offerta pubblica di prestazioni odontostomatologiche viene assicurata secondo quanto normato dal DPCM 29 novembre 2001, con intensità e livelli di copertura diversificati in relazione a quanto consentito dai bilanci locali e in base alle strategie e priorità identificate dalle diverse Regioni e Province Autonome. Con il tempo, di pari passo a una non puntuale realizzazione di specifici programmi di tutela della salute odontoiatrica, si sono avuti un aumento della domanda di prestazioni non evasa all'odontoiatria pubblica e un incremento delle prestazioni eseguite da odontoiatri esercenti la libera professione. Il Ministero della salute, nell'ambito di specifiche iniziative di salute pubblica, ha promosso l'adozione di misure di prevenzione orale anche attraverso l'emanazione di raccomandazioni di comportamento clinico basate su una valutazione analitica delle evidenze scientifiche. Nel formulare tali indicazioni, a supporto dell'attività di lavoro di quanti coinvolti nella gestione della salute orale, sono stati presi in considerazione specifici target di popolazione (individui in età evolutiva, anziani, popolazione tossicodipendente).

**Il personale del Servizio sanitario nazionale a quota 715.992 mila unità.** Di queste 665.031 fanno riferimento al personale dipendente delle ASL (strutture territoriali e ospedali), delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere universitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircs) pubblici, cui si aggiunge il personale impiegato presso ESTAV Toscana, ISPO, ARES Lazio, ARES Lombardia. Oltre il 70% è costituito da personale afferente al ruolo sanitario (dirigenza e comparto). Sempre alle stesse Aziende fanno capo 34.125 unità di personale assunte con contratto di lavoro cosiddetto "flessibile", che comprende il tempo determinato, il contratto di formazione lavoro, i lavori socialmente utili (LSU), il lavoro interinale e il telelavoro. Infine, vanno conteggiate nel totale del personale che opera nel Ssn le 16.836 unità di personale universitario che, seppure non dipendenti del Ssn, prestano servizio ed erogano prestazioni assistenziali presso le strutture del Ssn.

**Ecco i profili degli operatori sanitari.** In tutto 243.855 medici, di cui il 51% opera nel Ssn, il 33% è costituito da medici "convenzionati" con il Ssn e il 16% lavora nelle strutture equiparate al pubblico e nelle case di cura private (convenzionate e non); 332.857 unità di personale infermieristico, di cui circa l'86% afferisce al Ssn; 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, di cui il 43% lavora presso le strutture del Ssn, il 41% circa presso gli istituti o centri di riabilitazione (ex art. 26 legge n. 833/197) e il 16% nelle strutture equiparate al pubblico e nelle case di cura private;

45.285 unità di personale tecnico-sanitario, di cui l'83% presta servizio presso strutture del Ssn; 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza e ispezione che operano quasi esclusivamente (96%) nelle Aziende del Ssn. L'età media del personale del Ssn è pari a 47,3 anni. I medici che operano nelle strutture del Ssn risultano pari a 109.170, corrispondenti a 1,84 medici per 1.000 abitanti e il personale infermieristico (infermieri, infermieri pediatrici e ostetriche) è di 276.862 unità, pari a 4,46 infermieri per 1.000 abitanti; ne consegue un rapporto di 2,43 infermieri per medico.

### **Il futuro delle professioni sanitarie: in arrivo l'evoluzione delle competenze.**

Dopo un lungo confronto, iniziato nel 2012, tra le rappresentanze professionali e sindacali interessate, sono state avviate le procedure per l'approvazione dello schema di Accordo Stato-Regioni sulla "Ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico". L'iniziale atteggiamento dubitativo di parte dei sindacati medici è stato superato con l'attuale proposta, sulla quale tutti i sindacati hanno convenuto che "gli infermieri e le altre professioni sanitarie, nell'ambito delle responsabilità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti Sintesi della Relazione del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico". Lo schema di Accordo in corso di invio alla Conferenza Stato-Regioni trova fondamento nelle seguenti motivazioni. Negli ultimi vent'anni le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e la professione di ostetrica, in virtù della legislazione del settore, sono state oggetto e soggetto di una profonda evoluzione ordinamentale e formativa; questa innovazione ha fatto sì che la maggioranza del personale del comparto sanità sia costituita da laureati e da laureati specialistici formati nella medesima Facoltà universitaria di medicina e chirurgia. Il consolidarsi di questo fenomeno e la previsione di un ridimensionamento fisiologico della presenza attiva di medici nel Ssn, ancora alto rispetto alla media degli Stati dell'UE, ha comportato la necessità di rivisitare le competenze di queste professioni sanitarie. È stato quindi attivato presso il Ministero della salute un Tavolo tecnico con gli Assessorati Regionali alla Sanità, al fine di verificare le attuali competenze dei professionisti sanitari, in considerazione dello sviluppo formativo universitario e delle sperimentazioni positive già in essere in alcune Regioni, delle consolidate esperienze europee ed extraeuropee e del gradimento positivo degli operatori, medici e infermieri, degli amministratori e soprattutto dei cittadini. La proposta elaborata, oggetto di una vasta consultazione con le rappresentanze professionali e sindacali di tutte le professioni sanitarie, compresa quella medica, ridisegna il rapporto tra professione medica e professioni infermieristiche.

**Riorganizzazione delle reti ospedaliere e della rete dell'emergenza-urgenza: ancora differenze da Regione a Regione.** Tutte le Regioni hanno individuato una rete per i pazienti in situazioni di emergenza cardiologica, neuro vascolare (ictus) e traumatica, pazienti quindi con patologie tempo-dipendenti. Tuttavia, come emerso dai dati rilevati dalle Sdo, la loro realizzazione sul territorio nazionale non è ancora

uniforme.

La rete dell'emergenza-urgenza è in una fase di profonda ristrutturazione sia nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro sia in altre Regioni, in conseguenza della più ampia revisione delle reti sanitarie assistenziali finalizzata a ridurre gli squilibri presenti tra ospedale e territorio e a rispondere ai nuovi bisogni della popolazione. In particolare, i principali interventi di ristrutturazione avviati dalle Regioni riguardano la razionalizzazione dei nodi della rete secondo il modello Hub & Spoke, l'attivazione dei Punti di primo intervento (PPI), la revisione dei bacini di utenza delle Centrali Operative, l'integrazione tra il Sistema di emergenza e il servizio di Continuità assistenziale, l'Inappropriatezza in generale dei servizi. Anche in questi casi il grado di attuazione delle azioni relative alla revisione dei nodi della rete è diversificato e, nella maggior parte dei casi, la situazione è ancora in divenire.

**Cure primarie e continuità dell'assistenza. Il futuro sono le Aft e Uccp: in campo 43 progetti in 15 Regioni.** Il riordino delle cure primarie, introdotto dalla legge n. 189/2012, prevede l'obbligatorietà dell'istituzione di forme aggregative mono professionale e multi-professionale (Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT; Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP) tra Mmg in tutte le loro funzioni, PLS, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie presenti sul territorio anche al fine di consentire l'offerta attiva di prestazioni e servizi, la presa in carico globale, tempestiva e unitaria dell'assistito, la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana per tutto l'arco della giornata. Per dare concreta attuazione alla legge occorre che siano siglati i nuovi Accordi collettivi nazionali e nel corso del 2013 si è lavorato all'elaborazione dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata, licenziato dal Comitato di settore Regioni-Sanità, nella seduta del 12 febbraio 2014, propedeutico all'emanazione degli stessi. In tema di assistenza primaria, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 la programmazione nazionale ha previsto, per l'anno 2012, l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali, in attuazione agli indirizzi programmatori del Psn.

In questo ambito sono stati elaborati, in materia di Assistenza Primaria, 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza territoriale, elaborati da 15 Regioni. Dagli atti programmatori inviati e dagli adempimenti di verifica Lea risultano attivati e/o in fase di attuazione i seguenti modelli organizzativi: 123 Case della Salute ripartite tra Toscana (50), Liguria (3), Emilia Romagna (49), Umbria (2) Molise (4), Marche (14), Lazio (1); 42 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), dei quali 35 nella Regione Sicilia, 5 nel Molise e 2 in Abruzzo; 34 Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), delle quali 32 nella Regione Veneto e 2 nella Regione Abruzzo; 175 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle quali 164 attivate nella Regione Veneto e 11 nella Regione Basilicata, ma la cui ulteriore attivazione è prevista sull'intero territorio nazionale. Inoltre, sei Regioni su quindici, pari al 40%, hanno previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza (Liguria, Emilia Romagna, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo). Nel 2012, la medicina generale è stata garantita, sul territorio nazionale, da 45.429 Mmg,



con una media del numero di scelte di 1.156 utenti per Mmg. Nel 2012, i PIs erano in totale 7.656, con un numero medio di assistiti per medico di 879. Il Servizio di Continuità Assistenziale ha visto impegnati 12.027 medici titolari che hanno effettuato complessivamente 17.260 contatti per 100mila abitanti.

**Il ruolo delle farmacie: sempre più presidi sanitari.** Con la legge n. 69/2009 vengono previsti nuovi servizi a “forte valenza sociosanitaria” erogabili dalle farmacie pubbliche e private nell’ambito del Ssn, finalizzati a far sì che le farmacie possano partecipare al servizio di assistenza domiciliare integrata a supporto delle attività del medico di medicina generale, collaborare ai programmi di educazione sanitaria della popolazione, effettuare nei loro locali analisi di prima istanza, nonché prenotazione di visite ed esami specialistici. In attuazione della sopracitata legge, il D.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 e i successivi decreti attuativi hanno formalizzato il nuovo ruolo della farmacia di comunità tracciando la tipologia delle prestazioni erogate e le attività che il farmacista può svolgere. Il Ministero della salute sta supportando questa fase di trasformazione e ha elaborato le “Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica e nell’erogazione dei servizi assistenziali erogati nelle farmacie di comunità” con il coinvolgimento di FOFI, FNOMCEO, IPASVI, SIFO e Regioni. Il Manuale fornisce un quadro di riferimento per il nuovo ruolo che le farmacie di comunità assumono e rappresenta la declinazione italiana della Pharmaceutical care applicata all’ambito territoriale. Le farmacie, accanto ai servizi tradizionali, rafforzano il loro ruolo di presidio sanitario, offrendo nuovi servizi a forte valenza sociosanitaria in sinergia con gli altri operatori del servizio sanitario. Il nuovo ruolo dei farmacisti include, accanto all’attività di counseling, la responsabilità di comprendere la situazione psico-sanitaria sociale della persona e la gestione e il monitoraggio delle nuove professioni non organizzate in ordini e collegi professionali. La farmacia potrà rivelarsi un presidio di importanza vitale in caso di emergenza e di primo soccorso soprattutto in aree rurali e montane, nelle piccole Isole o in situazioni di rilevante afflusso di popolazione. L’innovazione tecnologica e i servizi di telefarmacia saranno utili soprattutto nelle aree disagiate e per le patologie croniche e potranno contribuire all’ottimizzazione delle risorse e al monitoraggio dello stato di salute del paziente. I criteri per la remunerazione, da parte del Ssn, delle nuove prestazioni e funzioni sono definiti con Accordi Collettivi Nazionali.

**Spesa farmaceutica: tra pubblica e privata la quota è 25,5 mld.** Nel 2012 ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private, per un totale di oltre 1,8 miliardi di confezioni. La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 25,5 miliardi di euro, il 76% dei quali è stato rimborsato dal Ssn. In media, per ogni cittadino italiano la spesa per farmaci è stata di circa 430 euro. Le dosi giornaliere totali prescritte ogni 1.000 abitanti nel 2012 sono state 1.626,8. La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica sia privata, si è ridotta rispetto all’anno precedente del -5,6% ed è stata pari a 19.389 milioni di euro. Le dosi giornaliere prescritte ogni 1.000 abitanti a carico del Ssn in regime di assistenza convenzionata sono state 985 (in aumento

rispetto all'anno precedente del 2,3%). La spesa territoriale pubblica è stata di 11.823 milioni di euro e ha registrato una riduzione del -8%. Nei primi 9 mesi del 2013 gli italiani hanno acquistato un totale di 1.398 milioni di confezioni di medicinali, per una media di circa 23 confezioni a testa. A livello di consumi in regime di assistenza convenzionata, sono state prescritte 1.002,4 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti, un valore sostanzialmente in crescita (+1,8%) rispetto all'anno precedente. La spesa farmaceutica nazionale totale è stata pari, nei primi 9 mesi del 2013, a 19,5 miliardi di euro, il 74,7% dei quali rimborsati dal Ssn. Nello stesso periodo la spesa farmaceutica territoriale a carico del Ssn è stata pari a 8.799 milioni di euro (148,1 euro pro capite) con una riduzione pari al -3,9% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 1,9 miliardi di euro, per il 68,1% composta dai farmaci di classe H, per il 16,7% dai farmaci di classe C e per il restante 15,2% dai farmaci di classe A.

**Farmacovigilanza.** In Italia tasso di segnalazione superiore a quello previsto dall'Oms ma solo il 31% sono casi gravi. Nel 2013, la Rete Nazionale di Farmacovigilanza ha registrato 40.957 segnalazioni di sospette ADR, equivalenti a un tasso di segnalazione pari a 690 casi per milione di abitanti, risultato superiore a quello di altri Paesi europei con una forte tradizione nella farmacovigilanza e al valore definito dall'Oms come gold standard per un efficiente sistema di farmacovigilanza in grado di identificare tempestivamente i segnali di allarme (300 segnalazioni per milione di abitanti). Circa un terzo (31%) delle segnalazioni è stato definito come grave, in larga parte perché causa di ricovero ospedaliero o prolungamento dello stesso. I medici ospedalieri hanno rappresentato la principale fonte delle segnalazioni (52%), seguiti dai farmacisti (16%), dagli specialisti (9%) e dai Mmg (7%). La maggior parte delle segnalazioni di farmacovigilanza ha riguardato farmaci antimicrobici (24%), antineoplastici (18%), del sistema nervoso centrale (14%), del sangue (12%) e del sistema cardiovascolare (9%). Le reazioni più segnalate sono state quelle cutanee (19%), seguite da quelle relative alle condizioni generali (14%), le gastrointestinali (14%) e quelle del sistema nervoso (10%). Gli altri organi e sistemi sono stati coinvolti con una percentuale inferiore al 10%.

■ [Relazione Stato sanitario del Paese 2012-2013](#)

■ [Infografica](#)

## **Speciale Conferenza Nazionale Dispositivi Medici.**

**Lorenzin: "Sanità italiana avanguardia tecnologica. Ma troppe 'macchine' lavorano poche ore al giorno"**

*"Negli ospedali italiani ci sono dispositivi straordinari. Si stanno aprendo scenari del tutto nuovi e in questo settore il progresso viaggia a enorme velocità, con un tasso di innovazione a 6 mesi". Ma c'è ancora il problema della scarsa utilizzazione delle apparecchiature diagnostiche che si porta dietro la piaga delle liste d'attesa*

“Il 2014 è stato l'anno della programmazione, messa a punto coniugando

sostenibilità ed efficienza, costo e prestazione. Il 2015 sarà quello dell'implementazione, dodici mesi in cui dovremo lavorare all'interno di un disegno complessivo, con un approccio globale, evitando di ragionare per compartimenti".

Con questa parole il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha aperto il suo intervento nel corso della 'Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici'.

Filo conduttore dell'anno che sta per chiudersi è stato il **Patto per la Salute**, "pilastro per la definizione certa dei budget e per l'affermazione del principio che la salute non è un costo, ma un investimento – ha sottolineato – Si tratta infatti di un comparto pienamente in grado di sviluppare valore aggiunto". All'interno dell'accordo tra Stato e Regioni "risiede quindi l'impalcatura di un sistema che sta cambiando, all'insegna concetti chiave come misurabilità e valutazione". Nel 2015, definito appunto dal ministro l'anno dell'implementazione, "dovremo essere capaci di verificare attentamente i risultati, intervenendo negli ambiti che non funzionano. Controllerò oculatamente l'attuazione nei dettagli del Patto, altrimenti il sistema rischia di non reggere".

Sono ore cruciali per il semaforo verde del Senato alla legge di Stabilità e il ministro rivela che "sto aspettando con trepidazione che venga approvato **l'emendamento sull'epatite C**, che consentirà a 1,4 milioni di italiani di curarsi grazie ad un fondo apposito per il nuovo farmaco. E' una conquista enorme, che otteniamo grazie agli enormi progressi della ricerca scientifica". In prospettiva "stiamo lavorando con particolare impegno all'implementazione della sanità integrativa, che in primavera sarà argomento di un piano ad hoc".

Per quanto riguarda **il parco macchinari di cui dispone la sanità italiana**, Lorenzin ha ricordato che "negli ospedali italiani ci sono dispositivi straordinari. Si stanno aprendo scenari del tutto nuovi e in questo settore il progresso viaggia a enorme velocità, con un tasso di innovazione a 6 mesi". E' per questo che la Pubblica Amministrazione "deve adeguarsi a così rapidi cambiamenti, acquisendo un approccio manageriale, calandosi nei panni di un moderno buyer". In Italia ci sono però "macchinari che lavorano poco, per esempio le Tac che vengono utilizzate soltanto per 6 o 7 ore. Ciò pone importanti questioni in termini di efficienza e penso, per esempio, all'annoso problema delle liste d'attesa".

Il settore dei dispositivi medici assume quindi un ruolo sempre più decisivo per vincere le sfide che attendono il Ssn, "dato che parliamo di tecnologie in grado di migliorare la qualità e l'aspettativa di vita- ha evidenziato **Marcella Marletta**, Direttore Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico presso il Ministero della Salute – In questo senso, esempi emblematici sono quelli riguardanti i progressi per il cancro al seno". Un ambito in continua evoluzione, "con frontiere che possono continuamente essere spostate in avanti. Mi ha particolarmente colpita un dispositivo microchip che può essere inserito nel nervo ottico così da permettere di vedere oggetti di grosse proporzioni a persone quasi cieche".

Il nodo strutturale resta "quello dei costi e della sostenibilità, ma non si può

continuare ad approcciare ogni problema nell'ottica dei tagli, perché in questo modo l'innovazione si riduce e le capacità di accesso al paziente peggiorano". La spending review "non può essere attuata soltanto abbassando i costi, poiché dobbiamo ricordarci che in sanità l'Italia è ai primi posti come performances e agli ultimi come spesa". Senza dimenticare che i dispositivi medici "necessitano di regole diverse dai farmaci e per questo il Patto svolge un ruolo essenziale, fornendo un nuovo approccio alla governance". Il quadro è quindi incoraggiante, "anche perché – ha concluso Marletta – l'Italia è l'unico Paese europeo che dispone di dati precisi sui dispositivi medici e che può quindi assicurare un monitoraggio puntuale".

■ **LO SPECIALE DI QUOTIDIANO SANITÀ:** [garantire efficacia, sicurezza e innovazione per una crescita sostenibile](#)

## **Vaccino influenza. Survey della Fimmg: “Ci sarà un calo significativo. E la colpa è dell'allarmismo della stampa”**

*L'indagine del Centro Studi Fimmg dopo il caso “Fluad”. Sentiti 700 medici di famiglia. Per il 30% si è registrato un sostanziale arresto, per il 42% una notevole difficoltà nella disponibilità degli assistiti a vaccinarsi. I mass media ritenuti maggiormente responsabili di quanto accaduto dall'82% dei medici. Mentre Aifa e ministero lo sarebbero rispettivamente per il 9 e l'8%.*

Da un sondaggio condotto dal Centro Studi Nazionale della Fimmg a cui hanno risposto 700 MMG, emerge come le notizie diffuse a seguito del “caso Fluad” abbiano comportato problemi significativi nel proseguire la campagna vaccinale antinfluenzale: un 30% dei MMG ne riferisce un sostanziale arresto, un 42% una notevole difficoltà nella disponibilità a vaccinarsi da parte dei propri assistiti; solo un 16% riferisce un rallentamento che incide relativamente sulla sua efficacia.

Le conseguenze, per quest'anno, sono attese in una flessione della percentuale dei vaccinati fino al 20% per il 48% dei MMG, dal 20 al 40% per un 25% del campione, più del 40% per il 7%: il 18% non ritiene invece di apprezzare significative variazioni rispetto alla precedente campagna vaccinale.

I mass-media vengono ritenuti maggiormente responsabili di quanto accaduto (per l'83% dei medici); livelli di responsabilità più contenuti vengono attribuiti ad AIFA (9%) e al Ministero della Salute (8%).

L'82% del campione ritiene di non sentirsi sufficientemente tutelato nelle responsabilità medico legali rispetto alla campagna vaccinale, nell'ipotesi che si verificino eventi avversi significativi.

La prospettiva per il prossimo anno – sottolinea la Fimmg - è quella di assistere ad una forte penalizzazione della stessa campagna vaccinale, con una riduzione percentuale dei vaccinati superiore a quella di quest'anno (per un 53% degli intervistati); il 43% prevede invece che tale percentuale risulterà, per l'anno prossimo, sostanzialmente invariata.

“E’ evidente che l’impatto mediatico di quanto accaduto sia stato devastante”, ha dichiarato a Fimmg Notizie **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi Nazionale Fimmg, ” gli effetti complessivi sono stati attenuati solo dal fatto che il caso Fluad è avvenuto quando la campagna vaccinale era in una fase avanzata. Non sarà semplice per il MMG gestire le perplessità e le diffidenze della gente anche nei prossimi anni, per cercare di riportare ai livelli di penetrazione precedentemente raggiunti una vaccinazione in cui la stessa Medicina Generale ha sempre creduto”. “I medici – ha concluso Misericordia - non si sentono poi sufficientemente tutelati nelle responsabilità medico legali”.

*Fonte: Fimmg notizie*

## **Formazione medica. La Conferenza dei Presidi risponde all'affondo della Fnomceo: “Espressioni semplicistiche che ignorano il nostro lavoro”**

*Che in più “ignorano i successi ottenuti e le proposte di organismi istituzionali ed associativi che da anni lavorano con costanza e rigore metodologico al problema della formazione del Medico”. Questa in sintesi la risposta della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia alla mozione Fnomceo relativa alla formazione in Area Medica. LA RISPOSTA DEGLI UNIVERSITARI*

Queste parole non potevano lasciare indifferenti la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia che hanno replicato definendo le parole contenute nella mozione “espressioni semplicistiche che ignorano in modo assoluto i successi ottenuti e le proposte di organismi istituzionali ed associativi (quali la Conferenza) che da decenni lavorano con costanza e rigore metodologico al problema della formazione del Medico, promuovendo costantemente il confronto con tutti gli attori interessati (compresa la Fnomceo) e producendo materiale di lavoro regolarmente pubblicato”.

In più gli universitari ritengono la mozione “assolutamente impropria” perché “accomuna senza distinzione i problemi organizzativi e programmatici, di cui i docenti e le università non sono colpevoli, a quelli didattico-formativi”.

In più il documento della Fnomceo è inutile perché “non apre un dibattito costruttivo”, ma è “solo una sterile critica all’esistente, analizzato peraltro in modo privo di basi informate e documentate, confuso ed approssimativo”. La conferenza dei Presidi esprime la sua “sorpresa e preoccupazione alla luce della funzione che la Fnomceo dovrebbe avere nel tutelare la figura dei Medici italiani e degli aspetti etici e deontologici di tale figura professionale”.

In conclusione però “la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia invita con urgenza ad un confronto ampio tutti gli attori coinvolti nel sistema formativo in Area Medica ponendosi fin d’ora a disposizione come interlocutore per le problematiche specifiche della

formazione della figura del Medico in Italia”.

SOLE 24ORE SANITA'

## La ricetta contro il boom medicina difensiva? Ripensare la responsabilità medica

Un fenomeno che genera inefficienze e sprechi fino a 13 miliardi non può essere ulteriormente aggravato ma impone una rapida corsa ai ripari. Che parte da un ripensamento della disciplina vigente in tema di responsabilità medica. A fare il punto sul peso e sui risvolti della medicina difensiva in Italia è il Ceis-Tor Vergata di Roma, che ha organizzato a Roma il convegno dedicato alle "Regole che la inducono, regole che la riducono".

L'adozione della medicina difensiva - spiegano dal Ceis - rappresenta un problema enorme per i sistemi sanitari di tutti i paesi industrializzati, in particolar modo per quello italiano. Il fenomeno incide per oltre 10 miliardi di euro (circa lo 0,75% del Pil) e determina una serie negativa di effetti sul sistema sanitario che influiscono sulla sua efficienza complessiva: allungamento delle liste d'attesa per gli esami specialistici, aumento negli accessi al pronto soccorso e occupazione più del dovuto di posti letto nelle strutture ospedaliere.

**Le soluzioni possibili.** Se il problema è grave, drastiche e tempestive dovranno essere le soluzioni. «Guardando all'aspetto giuridico - spiega il direttore del Ceis Tor Vergata Vincenzo Atella - è necessario prendere atto dell'inefficienza della vigente disciplina della responsabilità medica e della necessità di un suo ripensamento, non nella prospettiva di favorire qualcuno degli attori della prestazione dell'assistenza medico-sanitaria, ma di incentivare il funzionamento "corretto" del sistema, rendendolo così più efficiente e garantendo una maggior tutela di tutti i suoi attori, in particolare dei medici e dei pazienti/utenti. Per arrivare a ottenere un tale cambiamento è, però, necessario procedere a un radicale ripensamento della responsabilità medica fondata sull'atto medico e sul rapporto medico-paziente, ricostruendo, invece, il sistema intorno al nuovo paradigma di prestazione dei servizi sanitari, soprattutto ospedalieri, come servizi integrati in organizzazioni complesse, considerando l'errore medico non necessariamente in termini di "colpa", ma come un rischio tipico dell'attività. In tal modo il vero problema diventerebbe quello di minimizzare il rischio dell'evento e questo garantirebbe anche alle imprese assicurative di svolgere meglio il proprio mestiere».

Questo cambio di prospettiva consentirebbe, quindi, di risolvere il problema dell'abbandono del mercato della responsabilità civile medica da parte delle



compagnie assicurative, che dipende non tanto (e non solo) dall'incremento del relativo contenzioso e dell'ammontare dei risarcimenti quanto, piuttosto, dalla impossibilità di predeterminare modelli di copertura dei rischi in ragione dell'assenza di informazioni complete e attendibili su quantità e qualità di eventi risarcibili verificatisi storicamente».

**Il contributo della ricerca nel settore.** Per contribuire a tale cambiamento è, però, necessario investire di più in ricerca in questo settore. Il Ceis Tor Vergata, insieme con l'Università Tor Vergata di Roma e l'Università Giustino Fortunato di Benevento, ha inaugurato un'iniziativa di ricerca in materia di responsabilità medica e medicina difensiva istituendo un centro ad hoc che «guarderà al fenomeno - spiega ancora Atella - lungo due direttrici. Da un lato quella di ispirazione economica, che intende procedere a una quantificazione attendibile del fenomeno della medicina difensiva e definire meglio la struttura degli incentivi che la determina. Dall'altro, contribuire a una riduzione del fenomeno nella prospettiva della indagine giuridica. Tutto ciò avverrà con un approccio multi-disciplinare, che è l'unica strada da seguire per provare a trovare una soluzione a un problema di enorme impatto economico e sociale e intrinsecamente complesso».

## **Ecco la Carta Gimbe per drizzare la rotta del Ssn**

«Tagli lineari, scelte politiche discutibili, conflitti istituzionali tra stato e regioni, scadenze del patto per la salute non rispettate, modalità di finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari, campanilismi professionali e aspettative irrealistiche dei cittadini hanno messo in discussione l'art. 32 della costituzione e i principi fondamentali del Ssn». E' questo l'allarme lanciato da Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, sottolineando come sia anacronistico continuare a sbandierare un Ssn equo e universalistico, quando la realtà smentisce i diritti costituzionali e la legge 833/78 che lo ha istituito.

In questo contesto la Repubblica danneggia, invece di tutelare, la salute delle persone e rischia di compromettere la loro dignità e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi. «Per drizzare la rotta del Ssn - spiega Cartabellotta - bisogna acquisire piena consapevolezza che la Sanità è un mercato condizionato dall'offerta, attorno al quale ruotano gli interessi di numerosi attori: Stato, Regioni e Province Autonome, aziende sanitarie pubbliche e private, manager, professionisti sanitari e cittadini, ma anche Università, industria, società scientifiche, ordini e collegi professionali, sindacati, associazioni di pazienti».

«In questo scenario - continua il presidente Gimbe - la combinazione di complessità, incertezze, asimmetrie informative, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni professionali, manageriali e politiche permette a tutti gli attori un tale livello di opportunismo da rendere incontrollabile il sistema. Di conseguenza, una sanità pubblica, equa e universalistica deve innanzitutto riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei vari stakeholders, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/78, ovvero

promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

«Nell'ambito del progetto "Salviamo il nostro Ssn" — conclude Cartabellotta — la Fondazione ha pubblicato la Carta Gimbe per la tutela della salute e del benessere dei cittadini Italiani, una vera e propria "declinazione" dell'articolo 32 della Costituzione che prende in considerazione tutti gli aspetti che oggi condizionano la sostenibilità del Ssn: dai diritti costituzionali al finanziamento del Ssn, dai rapporti tra politica e sanità alla programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari, dal ruolo dei professionisti sanitari a quello dei pazienti, dalla ricerca alla formazione continua, dall'integrità alla trasparenza».

Attraverso la Carta Gimbe, alla cui stesura hanno contribuito attivamente centinaia di professionisti sanitari e cittadini, la Fondazione intende promuovere un confronto attivo con le Istituzioni e con tutti i protagonisti della sanità italiana, per scongiurare il pericolo di perdere un modello di servizio sanitario pubblico, equo e universalistico che il mondo intero ci invidia da sempre.

La Carta Gimbe è disponibile a: [www.gimbe.org/carta](http://www.gimbe.org/carta)

DOCTOR 33.IT

## Società tra professionisti, inutili per medici con l'attuale ordinamento

Poco diffuse sia tra i medici sia tra i dentisti: a tre anni dalla previsione (legge 183/2011) le società tra professionisti non decollano. Secondo un sondaggio di Odontoiatria 33 ad agosto scorso ce n'erano tre iscritte all'Albo dell'Ordine di Roma, due a Genova, una a Milano. E difficilmente avranno grandi chance se fosse confermato il regime fiscale del recente decreto semplificazioni, che recepisce gli indirizzi dell'Agenzia delle Entrate. Le Stp possono svolgere «una o più attività professionali per le quali sia prevista l'iscrizione in appositi albi o elenchi regolamentati nel sistema ordinistico» e per i sanitari costituiscono un'apertura rispetto alla normativa precedente dei tempi ante-guerra. Vi possono anche partecipare «non professionisti» ma solo «per prestazioni tecniche, o per fini d'investimento». In ogni caso, il numero dei soci professionisti, o la partecipazione al capitale sociale degli stessi, devono essere tali da consentire la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni dei soci: un vantaggio "deontologico" per chi voglia offrire prestazioni trasparenti, ma poco sostenuto dal legislatore.

«Dalla legge 183 di fine 2011 al maggio 2014 non ci sono stati chiarimenti amministrativi dell'Agenzia delle entrate sul regime fiscale che queste società devono adottare», spiega **Umberto Terzuolo** dello studio Terzuolo Brunero & Associati. «Il 9 maggio scorso una risoluzione dell'Agenzia delle Entrate ha specificato come le Stp che adottano la forma societaria di Srl siano soggette al reddito d'impresa, che - a



differenza del reddito di lavoro autonomo - comporta tre complicazioni per il libero professionista: primo, la società paga l'Ires e non l'Irpef; secondo, determina il reddito con il principio di competenza anziché di cassa, e paga le imposte in base ai compensi fatturati anche se ancora in banca non vede i relativi bonifici, mentre in qualità di fornitore non riceve compensi soggetti a ritenuta». «Certo - continua Terzuolo - con questa forma societaria si può dedurre integralmente le spese per convegni e corsi e si hanno meno limiti alle spese di rappresentanza e vitto-alloggio, ma in alcune regioni c'è una penalizzazione forse decisiva: ad esempio, in Piemonte serve un'autorizzazione sanitaria per aprire uno studio-Stp, a differenza che per il professionista-lavoratore autonomo. Insomma ci sono aspetti poco chiari che ci auguriamo vengano definita in base al decreto legge semplificazioni». Altro freno, l'impossibilità per il professionista che conosce altre forme societarie, di sperimentare pro e contro della Stp. La legge prevede che il medico socio non possa partecipare ad altre società.

C'è poi il vincolo dell'iscrizione all'Albo dell'Ordine, un iter di 3 mesi, con pagamento della tassa di concessione governativa e della tariffa annuale - diversa da un Omceo all'altro - contestuale alla presentazione di domanda completa di atto costitutivo ed iscrizione a Registro imprese. Troppi vincoli? «Per quanto riguarda i medici di famiglia fin qui non è uno strumento idoneo a perseguire la nostra attività, che è di "singoli"», spiega il consigliere Fnomceo **Guido Marinoni**. «Da ordinista vedo il controllo Omceo (su laurea, abilitazione, iscrizione all'albo, frequenza Ecm dei soci professionisti, ndr) come atto a tutela della salute pubblica, "dovuto" perché si tratta di società che offrono prestazioni sanitarie ai pazienti». Non è necessario iscriversi all'Albo per le cooperative e le Srl di servizio alla medicina generale le cui prestazioni sono a beneficio dei medici soci. Ed è verso queste ultime forme che vanno orientandosi i mmg, come conferma Marinoni. «Per quanto ci riguarda, le Stp non offrono garanzie di congruità fiscale con il nuovo studio di settore che ormai ci mette insieme a molte altre tipologie di medico. In Stp, i conti sostanzialmente sballerebbero e saremmo costretti a ripetuti adeguamenti come purtroppo avviene per gli studi associati che infatti stanno chiudendo tutti, anche se erano una comodità sotto vari aspetti».

## **Stabilità, la palla passa al Governo. Lorenzin: no ad azzeramento fondo sanitario**

Azzerare l'aumento al fondo sanitario per il 2015 sarebbe dannoso per le Regioni ed è auspicabile trovare soluzioni alternative. È questo l'intervento di **Beatrice Lorenzin**, ministro della Salute, mentre è in corso il percorso della legge di Stabilità su cui, secondo quanto emerge dalle agenzie, la Commissione Bilancio del Senato non ha concluso l'esame con la conseguenza che il testo è passato all'aula senza le modifiche approvate in Commissione. La palla ora passa al Governo, che dovrebbe porre la fiducia: si parla di un maxi emendamento (non ancora arrivato nel momento in cui questo numero si è chiuso) che, secondo quanto riportano alcune agenzie, dovrebbe riflettere in buona parte quanto approvato in Commissione ma potrebbe anche avere

alcuni spunti nuovi. Comunque, tra le norme che hanno ricevuto il via libera in commissione c'è anche quella sui fondi pensione e sulle casse private che prevede di compensare gli aumenti previsti dal Governo dell'aliquota dall'11,5 al 20% per i fondi pensione e dal 20 al 26% per i fondi delle casse di previdenza attraverso l'introduzione di un credito d'imposta a fronte di investimenti infrastrutturali che verranno individuati dal Mef in un successivo decreto ministeriale. Una disposizione che comporta un onere di 80 milioni di euro a decorrere dal 2016 e su cui ha preso posizione anche il presidente dell'Enpam, **Alberto Oliveti**: «Un piccolo spiraglio di luce nel buio dell'ingiusto trattamento delle Casse private di previdenza obbligatoria. Pur nell'esiguità della somma stanziata, mi auguro che il Ministero dell'Economia voglia perlomeno condividere con noi la potenziale gamma degli investimenti agevolabili sull'economia reale». Permane la preoccupazione per la situazione del Ssn tra gli operatori della filiera: **Stefano Rimondi**, Presidente di Assobiomedica, sottolinea come «altri 4 miliardi di tagli alla Sanità segnerebbero la fine dell'universalismo del nostro Servizio sanitario. Se la Legge di Stabilità darà incarico alle regioni di risparmiare questa cifra non si riuscirà a garantire servizi e prestazioni di qualità ai cittadini». Per quanto riguarda invece il capitolo dell'Aifa, a fare il punto è la Lorenzin che intende proseguire la riforma «arrivando ad aumentare il suo personale di circa 250 unità» ma con un percorso che non avverrà in «un'unica soluzione ma sarà spacchettato». Primo momento utile individuato per un primo pacchetto sarà il Milleproroghe.

## **Chirurgia laparoscopica robot-assistita: interventi più lunghi, degenze più brevi**

L'impiego della chirurgia laparoscopica robot-assistita (Ras) - che consente all'operatore di agire da una consolle tramite bracci telecomandati - è sempre più utilizzata in ambito ginecologico: i campi di impiego vanno dall'isterectomia alla miomectomia, dalla reanastomosi tubarica alla sacrocolpopessia fino al trattamento di tumori ginecologici. Tuttavia i benefici e i rischi della tecnica Ras rispetto alla chirurgia standard non sono stati chiaramente definiti. Un team di ricercatori appartenenti al Cochrane Gynaecological Cancer group ha effettuato una revisione della letteratura, includendo solo studi controllati randomizzati. «Abbiamo raggruppato i dati provenienti da analisi condotte su individui simili, raggruppandole in base al tipo di operazione eseguita» spiegano gli autori. «Sono stati inclusi 6 studi che hanno coinvolto 517 donne con malattia ginecologica benigna. Uno studio è stato giudicato ad alto rischio di bias». Al termine dell'elaborazione, gli studiosi si sono detti «incerti se sia la Ras o la chirurgia laparoscopica tradizionale (Cl) a determinare tassi complessivi inferiori di complicanze, in quanto le prove raccolte si sono rivelate di bassa qualità». I ricercatori, riunendo i dati provenienti da quattro studi, hanno dimostrato che le procedure RAS durano mediamente circa 42 minuti in più (ma con risultati variabili tra gli studi) anche se in media le donne isterectomizzate hanno avuto una degenza ospedaliera più breve di circa 7 ore. «La bassa qualità delle prove applicabili alle operazioni di isterectomia e sacrocolpopessia

suggeriscono che i tassi di complicanze con Ras non possono essere considerati diversi da quelli con Cls. Evidenze di qualità moderata indicano che con Ras queste operazioni richiedono più tempo, ma possono associarsi a una più breve degenza ospedaliera. Infine, i dati relativi alla chirurgia del cancro mediante RAS sono scarsi e sono necessarie ulteriori ricerche».

[Cochrane Database Syst Rev, 2014 Dec 10;12:CD011422 \[Epub ahead of prin](#)

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

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