

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
27 FEBBRAIO 2014

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Malasanità, guerra medici-avvocati a colpi di spot

Ormai è guerra totale tra medici e avvocati, tra reciproche accuse di speculare e di gettare ombre negative sulle rispettive categorie. Una battaglia a colpi di spot, iniziata con messaggi pubblicitari che invitavano i cittadini a rivolgersi a professionisti per denunciare presunti casi di malasanità, in radio e in Tv già dalla fine del 2013. E dopo il sollevamento di tutti i sindacati dei camici bianchi, con appelli anche al ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per fare rimuovere quegli spot, è arrivata la controffensiva dei camici bianchi, con il lancio sul web dello spot "Medici, pazienti e avvoltoi" realizzato da Amami (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente) con il patrocinio del ministero della Salute e l'adesione di 25 associazioni scientifiche e sindacali. E così adesso sono gli avvocati ad annunciare una formale diffida ad Amami per ottenere il ritiro del loro spot perché, ha spiegato il Consiglio nazionale forense «è di assoluta evidenza la volgarità dell'operazione diffamatoria, genericamente compiuta ai danni di una intera categoria, altamente lesiva della dignità di una professione deputata costituzionalmente alla difesa dei diritti dei cittadini». Ma sono i medici italiani a sentirsi «prede, vittime di un'aggressione a 360 gradi, fatta di spot televisivi e annunci radio» spiegava **Maurizio Maggiorotti**, presidente Amami, sottolineando che quella dei camici bianchi «non è un'iniziativa contro qualcuno ma per qualcosa, per un cambiamento di cultura a favore di una sanità che non sia vittima del contenzioso esasperato e strumentale, e dove il medico sia messo in condizione di fare il suo lavoro nel migliore dei modi possibile». Secondo l'associazione «ogni anno sono 30mila le denunce contro i medici in Italia e solo uno su cento risulta colpevole». Solo a Roma negli ultimi dieci anni sono stati 3000 i procedimenti penali per presunti casi di malasanità, che coinvolgono nel complesso circa 2000 tra medici e personale sanitario, concludendosi però solo nell'1% dei casi con la condanna. Per i legali invece i numeri sono «spesso citati in maniera parziale»: «Se è vero - spiega **Francesco Lauri**, presidente di Osservatorio Sanità, associazione di avvocati che difende cittadini vittime di danni da errate prestazioni mediche - che le cause contro i medici in circa il 90% dei casi, si risolvono con un'archiviazione o un'assoluzione, è altrettanto vero che oltre il 70% delle azioni intentate in ambito civile si conclude con una sentenza di risarcimento in favore del paziente». Senza contare, aggiunge, che «dietro ogni condanna c'è sempre il parere dei Consulenti Tecnici d'Ufficio, ovvero medici chiamati a giudicare propri colleghi». Il problema della sanità - conclude - non è tanto il boom delle denunce, calate del 7%, ma «la mancanza di una corretta strategia di prevenzione, che mette a rischio la salute e dei pazienti e la professionalità dei medici».

#### Bianco: un anno in Parlamento e le sfide ancora aperte

Più risorse per il Servizio sanitario nazionale, sicurezza e responsabilità professionale, riforma degli ordini. È tutto sommato positivo il bilancio del presidente di Fnomceo **Amedeo Bianco**, un anno esatto dopo la sua elezione al Senato nelle file del Pd. «Quello che si ha alle spalle è solo una piccola parte di quello che si ha di fronte» sottolinea «ma comunque la strada intrapresa è quella giusta pur nella delicatezza del momento politico». Uno degli aspetti dei quali il presidente Fnomceo va più orgoglioso riguarda l'impegno intrapreso perché si interrompesse la “caduta” del finanziamento pubblico al Ssn. Un impegno che Bianco articola su tre fronti. «Innanzitutto è stata disinnescata la mina dei due miliardi in più per visite specialistiche ed esami dal 1 gennaio 2014. La discussione con il Mef ha preso questa strada e la cifra che scongiura l'eventualità ticket è stata stanziata. Poi» continua Bianco «c'è il capitolo spending review in sanità. L'Ssn, lo abbiamo ribadito più volte, ha già dato e comunque ciò che è necessario sottrarre deve essere reinvestito in innovazione. È questo è un punto fermo. Infine c'è il capitolo dell'investimento in fondo capitale, un capitolo ancora aperto, ma è innegabile che sia gli ospedali sia le cure primarie hanno bisogno di investimenti». Quella del finanziamento è una partita importante, sottolinea Bianco «i segnali sono positivi, ma non bisogna abbassare la guardia». Sul fronte dell'attività legislativa il presidente Fnomceo è particolarmente orgoglioso di due disegni di legge. «Il primo riguarda sicurezza e responsabilità professionale, si tratta di un ddl presentato da me e ora incardinato alla Camera. Su una questione delicata e fondamentale, perché sta mettendo in discussione l'affidabilità dei professionisti agli occhi dei cittadini. Il secondo disegno di legge» continua Bianco «è quello sugli Ordini professionali. Non è una priorità in questo momento ma speriamo che nella tempistica delle grandi urgenze possa trovare spazio». Per quanto riguarda il futuro, il momento politico è delicato e Bianco non lo nasconde, anche se la conferma del ministro Lorenzin è un elemento positivo. «Il ministro ha dimostrato capacità e impegno, oltre alla dote di assorbire in tempi stretti le dinamiche delle politiche sanitarie. La sua conferma va vista in quest'ottica». In conclusione il senatore Pd si sofferma sulla ventilata incompatibilità tra la carica politica e quella di presidente di Ordine, per ribadire che «non si sono posti drammatici conflitti d'interesse anche perché non ci sono i presupposti. Il presidente di Fnomceo esercita una funzione pubblica, non l'interesse di una categoria. Al massimo qualche problema si pone nel trovare il tempo materiale per gestire le due cariche, ma in questo anno» conclude «ho dimostrato di poterle conciliare».

## **Cefalea primaria cronica come patologia sociale. A Roma presentato manifesto**

È stato presentato ieri a Roma il primo “Social manifesto” in Italia per i diritti della persona cefalalgica, redatto dall'Alleanza contro le cefalee, costituita da associazioni di pazienti, medico-scientifiche e professionali. Il documento, patrocinato dall'Associazione di Iniziativa Parlamentare per la salute (presieduta dal senatore **Antonio Tomassini**), si pone vari obiettivi, tra i quali il principale è l'ottenimento del riconoscimento legislativo della cefalea primaria cronica come patologia sociale. «Non si tratta di una rivendicazione per ottenere nuovi servizi e aumentare i costi per il Ssn» afferma **Giorgio Bono**, presidente Sisc (Società italiana per lo studio delle cefalee) «bensì la base per organizzare un'ottimizzazione concertata delle competenze così da uniformare l'accesso alle terapie nelle diverse Regioni e offrire a ogni paziente un percorso di informazione e cura personalizzato. Sarà comunque utile per uniformare i criteri per stabilire il grado di invalidità». «Il trattamento è disomogeneo sul territorio anche perché è difficile la diagnosi

tra le molte forme di cefalea» aggiunge **Marco Aguggia**, presidente dell'Associazione nazionale neurologica italiana per la ricerca sulle cefalee (Anircef). «Nello spirito della Legge 38 che si occupa del dolore cronico anche non oncologico, va sottolineato che la cefalea cronica –che interessa il 2-3% della popolazione - è disabilitante e non risponde a morfina e oppioidi, e occorre costruire un sistema di cure per livelli di complessità crescente secondo il modello “hub & spoke”, puntando a evitare l'eccessiva esecuzione di esami diagnostici spesso inutili». «Anche nelle forme meno gravi la cefalea è comunque una patologia che riduce la qualità di vita dei pazienti che non vogliono che sia sottovalutata la propria sofferenza» sottolinea **Francesco Maria Avato**, responsabile scientifico dell'Alleanza cefalalgici (Alce). «Per assicurare il corretto uso dei farmaci e monitorare sia l'adesione alla terapia sia l'assenza di abusi» evidenzia **Annarosa Racca**, presidente Federfarma «la farmacia avrà presto un ruolo importante grazie al fascicolo sanitario elettronico». Con il Social manifesto si è varato l'Italian migraine project, che nell'arco di 2 anni produrrà campagne di sensibilizzazione e informazione sul tema. «Lo scopo ultimo è quelli di aumentare il livello culturale sulla cefalea cronica dell'adulto» conclude Tomassini.

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Cefalee. Ne soffrono 6 milioni di italiani. Che ora chiedono più attenzione. Ecco il loro manifesto**

*Tra le richieste, il riconoscimento della cefalea come malattia sociale, un suo chiaro e corretto inquadramento per il calcolo dell'invalidità civile, ma soprattutto la creazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, uniformi su tutto il territorio italiano. Per cure e costi indiretti il conto è di 3,5 miliardi l'anno. IL MANIFESTO*

Da oggi anche i cefalalgici hanno il loro manifesto. E' un esercito invisibile di sei milioni di italiani quello che soffre di qualche forma di cefalea primaria cronica, un gruppo di malattie invalidanti in cerca di un riconoscimento, sul versante sociale e medico legale. Ma anche malattie che hanno bisogno ancora di trovare la loro strada, passando per diagnosi circostanziate e terapie appropriate.

Strumenti diagnostici e terapie per tutte le esigenze ci sono – assicurano gli esperti - ma mancano i percorsi, quelle strade scorrevoli e senza inutili intoppi fatti di burocrazia e di liste d'attesa, che consentano a tutti di essere trattati nel modo più adeguato, anche vicino casa. Che consentano a queste persone dalla vita minata dalle giornate 'no', quelle nella quale l'emigrania si fa sentire con tutta la sua devastazione sulla qualità di vita, di non passare per 'lavativi' in ufficio o a scuola (il 25% della popolazione in età evolutiva soffre di cefalea, con possibili gravi ricadute sul rendimento scolastico), di non essere costretti a proteggersi dai rumori e dalle luci della vita, relegati per giorni nel buio della camera da letto.

Anche loro rientrano a buon diritto in quanto stabilito dalla legge 38/10 ('Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore'), che però stenta evidentemente a trovare un pieno risvolto applicativo in questa categoria di pazienti. E una delle conseguenze è che il 90% dei cefalalgici si cura con il fai-da-te dei farmaci OTC, che possono portare, soprattutto se assunti per lunghi periodi e senza una chiara regia medica, ad una serie di effetti indesiderati, anche importanti a carico di stomaco, reni e fegato. E che tra l'altro possono contribuire alla cronicizzazione dell'emigrania e delle altre cefalee primarie.

E' da questo sfondo di inadeguatezza e di *unmet needs* che prende le mosse il *Social Manifesto* italiano per i diritti della persona con cefalea, il primo in assoluto per il nostro Paese. Il Social Manifesto è firmato da SISC, ANIRCEF, FEDERDOLORE—SICD, FEDERFARMA, LIC Onlus, AIC Onlus, Al.Ce Foundation Onlus, e ha ricevuto il patrocinio dell'Associazione di Iniziativa Parlamentare per la Salute e la Prevenzione, nell'ambito dell'*Italian Migraine Project*.

Gli obiettivi espressi nel documento vanno dal riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale, alla creazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, adeguati alle necessità del singolo paziente e ispirati agli standard assistenziali delle linee guida; dalla formazione degli operatori sanitari, all'informazione del paziente in merito alla gestione della sua patologia e a come orientarsi all'interno dei servizi sanitari. Tanti gli attori chiamati a fare la loro parte per la realizzazione di percorsi adeguati ed efficienti. Percorsi che si snodano dal territorio, dalle farmacie e dai medici di famiglia *in primis*, per arrivare allo specialista territoriale ed eventualmente a quello ospedaliero-universitario per i casi più complessi, secondo un sistema '*hub and spoke*' bidirezionale. "Quello della cefalea – spiega il **dottor Pietro Barbanti** presidente 'Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee' e Direttore dell'Unità per le Cefalee e il Dolore dell'Istituto Scientifico Neurologo San Raffaele di Roma – è un dolore *sine materia* che ti accompagna tutta la vita. Si risolve con la presa in carico a 360° del paziente, che può passare per i farmaci, ma anche per approcci paralleli e psicologici. L'Italia è forse il Paese al mondo che più ha contribuito alla ricerca sulle cefalee e anche gli specialisti in materia non mancano: sono 215 i centri cefalee nel nostro Paese e oltre un centinaio gli ambulatori territoriali. Quello che ancora manca è il controllo di qualità di questi centri; bisogna lavorare per cercare di uniformare il trattamento dei pazienti secondo le linee guida e abbattere le lista d'attesa".

Non va trascurato poi l'aspetto della cefalea nei giovani, un problema forse anche più sommerso. "Le cefalee in età pediatrica-adolescenziale possono avere un impatto spaventoso – prosegue il **dottor Barbanti** – sul rendimento scolastico. Non sono rari i casi di genitori che si iscrivono alla nostra associazione per affrontare i problemi scolastici del figlio, che rischia di essere preso per un simulatore, per un fannullone a scuola. Abbiamo avuto casi di ragazzi anche molto bravi, non ammessi alla maturità per le troppe assenze fatte a causa della cefalea. Ogni insegnante oggi sa qualcosa sulla dislessia o sull'ADHD, patologie tutto sommato rare. Pochi sanno veramente cosa sia la cefalea, condizione come visto molto più frequente. E' necessario fare formazione nelle scuole; forse basterebbe anche solo un bollettino, una pagina di informazioni, da inviare agli insegnanti".

Pensando al territorio, non si può non vedere come fondamentale anche il ruolo del Farmacista. "Per il paziente cefalalgico – afferma **Annarosa Racca**, presidente di Federfarma - la farmacia è un punto di riferimento importante. Sono 18.000 le farmacie sul territorio e 50.000 i professionisti che vi lavorano, al servizio dei 3,5 milioni di cittadini che ogni giorno vi si recano. Il nostro ruolo è prezioso per fornire informazioni sul corretto uso dei farmaci, per educare il paziente ai corretti stili di vita che contribuiscono a prevenire la patologia o a migliorarne l'evoluzione. Il nostro ruolo è inoltre fondamentale per monitorare l'uso dei farmaci e l'aderenza del paziente alle terapie. Nel campo delle cefalee, la farmacia è uno 'sportello' di consulenza perché gli antidolorifici sono tra i farmaci da banco più

venduti ed è importante che siano utilizzati in modo appropriato. La farmacia è un presidio integrato nella rete delle strutture sanitarie e come tale può, se necessario, indirizzare i pazienti ai centri specialistici presenti sul territorio, abbreviando i tempi del ricorso alla terapia più adeguata”.

“Oggi in Italia chi soffre di cefalea, e si tratta in gran parte di donne, utilizza troppo spesso i farmaci in modo improprio e protratto, con rischi di tossicità e abuso o dipendenza da questi medicinali, che possono facilitare la cronicizzazione del disturbo – afferma il **Prof. Giorgio Bono**, presidente della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee – per questo è fondamentale arrivare a una chiara definizione legislativa della malattia come patologia sociale, offrendo a ogni paziente un percorso di informazione e cura personalizzato e consentendo l’accesso agli interventi terapeutici più innovativi - farmacologici e non - che oggi, in un’Italia a macchia di leopardo, non sono assicurati allo stesso modo in tutte le Regioni”. Il problema della disparità di percorsi assistenziali da Regione a Regione è evidente e di non facile soluzione, soprattutto in un momento di economia in crisi come quello attuale.

Eppure sarebbe fondamentale arrivare a un sistema di centri di riferimento “che prenda in carico il malato e ne studi il percorso terapeutico – sostiene il **Prof. Francesco Maria Avato**, responsabile scientifico dell’Alleanza Cefalalgici e ordinario di Medicina Legale presso l’Università di Ferrara- per far sì che possa essere seguito anche sul territorio, da parte del medico di medicina generale”.

“Non ci interessa la protesta – afferma il **sen. Antonio Tomassini**, presidente dell’Associazione di Iniziativa Parlamentare per la Salute e la Prevenzione – vogliamo invece iniziare un cammino virtuoso con proposte concrete, la cui prima bandiera è appunto il *Social Manifesto*. La politica non parte da zero; ha già messo in campo strumenti come la legge 38, magari non sufficienti, ma assolutamente validi”.

## **Spending review. Cottarelli è pronto. Ma resta il giallo sui tagli alla sanità**

*Il Commissario alla revisione della spesa già in contatto con il neo ministro Padoan. Del resto è dalla spending che si aspettano i primi risparmi per finanziare i progetti illustrati da Renzi in Parlamento. Ma per la sanità ancora non è chiaro se i risparmi resteranno nel comparto, come vogliono Lorenzin e Regioni, oppure, almeno in parte, andranno a coprire il taglio del cuneo fiscale*

Ottenuta la fiducia nei due rami del Parlamento il Governo Renzi ha già ingranato la marcia per raggiungere le mete prefissate nel discorso programmatico del premier e ribadite poi nei primi interventi pubblici di **Matteo Renzi**.

“Non c’è più tempo, le cose vanno fatte subito”, è questo il leit motiv dell’ex sindaco di Firenze. E per fare molte delle cose indicate (praticamente tutte, tranne le riforme istituzionali e la legge elettorale che non costano nulla) servono tanti soldi. Ma dove li prenderà Renzi?

Da 72 ore è questa la domanda delle domande ripetuta come un mantra da politici dell’opposizione e cronisti che non nascondono (entrambi) un forte scetticismo sulla possibilità di trovare quei 100 miliardi di euro che secondo alcuni è una stima realistica del monte di denaro necessario per portare a casa l’abbassamento del cuneo fiscale,

l'ammmodernamento delle scuole, il pagamento di tutti i debiti della PA, i nuovi ammortizzatori sociali per la disoccupazione e gli altri interventi indicati dal neo premier in Parlamento.

**Tra le diverse fonti da cui trarre queste risorse, quella ad oggi più certa è la spending review di Cottarelli** (le cronache dicono che anche Renzi abbia fiducia nel commissario nominato da **Letta** e **Saccomanni**) che dovrebbe ricavare 32 miliardi di euro in tre anni (2014-2016) attraverso una profonda ottimizzazione della spesa pubblica italiana. In tutti i suoi comparti. Sanità compresa.

E qui viene il bello. Perché, come sapete, sulla sanità si è subito intrapreso un braccio di ferro tra **Lorenzin** e **Cottarelli**. Non tanto sulla necessità di tagliare ancora sprechi e inefficienze anche nella sanità, su questo sono tutti d'accordo, Regioni comprese. Quanto sul fatto di mantenere i risparmi ottenuti nell'ambito delle risorse del comparto (in altre parole risparmi da reinvestire in sanità), che è la linea Lorenzin-Regioni, oppure se dirottarli, almeno in parte, per contribuire agli obiettivi più generali della spending, ovvero la diminuzione delle tasse e l'abbassamento del debito.

**Nonostante Lorenzin e Cottarelli si siano parlati diverse volte** e nonostante le assicurazioni di Lorenzin, forte dell'accordo ormai vicino con le Regioni per il nuovo Patto della Salute, all'interno del quale – questa la promessa – si farà la spending sanitaria, la certezza che la sanità sarà risparmiata dai tagli non c'è ancora. E certamente il rialzo delle aspettative attorno agli obiettivi di Renzi suscita giuste preoccupazioni tra gli addetti e probabilmente anche nello stesso Ministro della Salute che, non a caso, sembra ne abbia parlato già nel primo Cdm di sabato scorso.

E la preoccupazione che qualcuno possa guardare con particolare desiderio al “malloppo” dei tagli sanitari, del resto, Lorenzin non la nascondeva neanche prima della crisi di Governo. Quando l'intervistammo ([era il 4 febbraio](#)) fu lei stessa a lanciare l'allarme contro “**chi gioca contro**” all'accordo con le Regioni, minacciando di mettere in discussione la base del Patto che sta tutta in tre cifre: 109,902 miliardi per il 2014, 113,452 miliardi nel 2015 e 117,563 miliardi nel 2016. Ovvero negli stanziamenti al Ssn promessi da Lorenzin per il prossimo triennio. Cifre che, se dovesse scattare la mannaia di Cottarelli, sarebbero inevitabilmente ridimensionate.

**Ma Lorenzin una sua contro offerta pare averla maturata** e ne avrebbe già parlato con il precedente ministro dell'Economia Saccomanni. Come anticipato, sempre nell'intervista del 4 febbraio scorso, si tratta di un bel “gruzzolo” di 2 miliardi di euro da restituire agli italiani residenti nelle regioni in Piano di rientro grazie a un meccanismo automatico di abbassamento delle maggiorazioni delle aliquote Irpef adottate per pagare il debito sanitario, da abbattere via via che i conti di quelle Regioni torneranno verso il pareggio di bilancio. Un contributo diretto, quindi, della sanità all'obiettivo generale di riduzione delle tasse in capo alla spending review di Cottarelli. Basterà?

**Per capirlo non resta che aspettare le prossime decisioni sulle proposte che il commissario alla spending ha già illustrato al neo ministro Padoan**, come riferisce una news dell'Agf di oggi, che parla di 10 miliardi di risparmi già individuati e da destinare al taglio del cuneo fiscale

Secondo fonti ministeriali - come riporta l'Agi - il volume dei risparmi che si potrebbero ottenere razionalizzando la sola voce degli acquisti di beni e servizi è di ulteriori 10 miliardi all'anno a regime, vale a dire nel giro di un paio d'anni, come stimato recentemente dal Centro studi Confindustria, che si aggiungono a quelli già ottenuti dalla Consip filtrando ad oggi acquisti per circa 30 miliardi.

Per ottenere in tempi più brevi i risparmi attesi – riferisce sempre l'Agi - sarebbe necessario intervenire però anche sulle forniture in essere, senza comunque poter rinegoziare i contratti in vigore, cosa proibita dalla normativa europea. Ma l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici – sottolinea sempre l'Agi - ha rilevato che le forniture, aggiudicate con gara, sono state finora in Italia una netta minoranza. La sfida è infatti proprio quella di vedere se sarà possibile una revisione dei prezzi.

Nel documento di Cottarelli – informa ancora l'Agi - un capitolo corposo sarebbe poi dedicato anche alla razionalizzazione delle cosiddette "stazioni appaltanti", cioè degli enti pubblici che effettuano acquisti direttamente, senza passare dalla Consip né da nessun'altra struttura specializzata: si tratta, ad oggi, di un esercito di ben 32 mila entità, a fronte di poco meno di 10 mila enti pubblici, con scarsa competenza tecnica, considerata fonte di numerosi sprechi. Cottarelli proporrà di concentrare le stazioni appaltanti e di sviluppare le gare on-line, del genere di quelle gestite dalla Consip e dalle altre centrali acquisti qualificate.

Così le prime indiscrezioni filtrate sul lavoro che Cottarelli, come lui stesso ha dichiarato nei giorni scorsi, aveva già consegnato il 6 febbraio scorso a Letta e Saccomanni e che ora è sul tavolo di Padoan e Renzi.

**Ma nel documento si parla anche di sanità?** E qui i dubbi restano e potranno essere diradati solo quando si conosceranno le carte. Anche perché andando a rileggere il programma di Cottarelli trasmesso [il 12 novembre](#) al Governo Letta dove si delineavano modalità e ambiti di intervento, la questione delle gare e dell'ottimizzazione degli acquisti di beni e servizi figurava sia tra gli "obiettivi orizzontali" che in quelli verticali, compresa la sanità, dove si leggeva che la spending avrebbe lavorato anche sulle "centrali di acquisto (farmaci, beni e servizi sanitari e non), sui protocolli terapeutici e l'appropriatezza delle prestazioni e sulla revisione livelli essenziali anche con riferimento a particolari categorie".

Tutte tematiche oggetto anche del Patto della Salute, come sappiamo. Il braccio di ferro tra Sanità ed Economia è quindi presumibilmente appena all'inizio e non a caso il ministro Lorenzin, appena confermata, si è affrettata a ricordare che la sanità ha già dato (vedi intervento a *Porta a Porta*) con almeno 25 miliardi di tagli subiti negli ultimi anni.

## **Milleproroghe. Via libera dal Senato: il testo ora è legge. Le norme di interesse sanitario**

*Con 135 sì, 20 no e 78 astenuti, l'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato definitivamente il provvedimento di conversione in legge del dl 30 dicembre 2013, n. 150, che sarebbe scaduto il prossimo 28 febbraio. Salve le modifiche apportate dalla Camera, dal blocco della proroga per il nomenclatore tariffario allo slittamento della remunerazione delle farmacie. IL TESTO*

L'Assemblea, nella seduta di stamane, con 135 sì, 20 no e 78 astenuti, ha approvato definitivamente il provvedimento di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2013, n. 150, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative (ddl n. 1214-B), che sarebbe scaduto il 28 febbraio.

Salve le modifiche apportate dalla Camera dei deputati lo scorso 18 febbraio.

**Sistri.** Slitta al 2015 l'avvio del Sistri. Il sistema di tracciabilità dei rifiuti (Sistri), per i produttori iniziali di rifiuti pericolosi, e per i Comuni e le imprese di trasporto dei rifiuti urbani del territorio della Campania diventerà operativo da gennaio 2015 e non più dal prossimo 3 marzo.

**Nomenclatore tariffario.** Bloccata la proroga dell'aggiornamento che contiene strumenti e prezzi risalenti alla lira oggi già sostituiti da strumenti più efficaci e meno costosi.

**Aifa.** Bloccata la proroga dei dirigenti nominati dall'Agenzia italiana del farmaco il cui contratto, a questo punto, scadrà il prossimo 31 ottobre 2014.

**Social card.** Stop al trasferimento di 35 milioni dal fondo per i lavoratori esodati al finanziamento della social card.

**Remunerazione farmacie.** Resta lo slittamento della data per definire la nuova remunerazione delle farmacie prima fissata a gennaio 2015 e ora specificata "entro" la stessa data.

**Pagamento con Pos.** Slitta di 6 mesi, dallo scorso 1 gennaio a giugno 2014, l'obbligo per commercianti e professionisti - compresi i medici - di accettare anche pagamenti con il bancomat in modo da consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di Pos.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Oasi 2013: Società scientifiche alle «guerre di territorio» La sovrapposizione di sigle condiziona l'interazione con Regioni e Governo**

Fin dagli anni della loro formazione, i medici specialisti fanno stretto riferimento a uno specifico sapere disciplinare - la propria specialità di medicina - che ne informa non solo le decisioni relative agli atti medici e assistenziali cui sottoporre i propri pazienti, ma ne orienta anche i comportamenti.

Le Scuole di specializzazione e le Soms (Società medico scientifiche) hanno avuto, soprattutto nel passato, un'influenza importante anche nella definizione (e, talvolta, proliferazione) delle strutture organizzative all'interno degli ospedali e delle Asl.

Il risultato è stato la costruzione di un sistema complesso nel quale le aziende sanitarie, nel perseguimento delle loro finalità e nei loro meccanismi di funzionamento, sono costantemente chiamate a confrontarsi con le dinamiche professionali e i comportamenti dei professionisti. Un ruolo pivotale in tal senso è svolto dalle Soms in quanto soggetti collettivi che orientano i comportamenti della comunità professionale.

#### **La missione delle Società scientifiche (Soms)**



In generale, la mission delle Soms può focalizzarsi - anche contemporaneamente - sui seguenti aspetti:

- a) advocacy verso le istituzioni pubbliche per la difesa degli interessi professionali e disciplinari;
- b) "formazione" e aggiornamento professionale;
- c) networking tra i soci;
- d) promozione e presidio della ricerca scientifica;
- e) ricerca di un collegamento forte con i pazienti e le loro associazioni.

La gamma dei servizi che le Soms garantiscono ai soci si estende dalle riviste scientifiche collegate alla Soms all'organizzazione di convegni e congressi, alle attività formative Ecm o Fad (formazione a distanza), alla consulenza ai soci e alla possibilità di accedere a database scientifici e a dati rilevanti per la professione ecc.

### **Il ruolo delle Soms**

Una ricerca pubblicata nel Rapporto Oasi 2013 ha approfondito il ruolo delle Soms per tre ordini di motivi:

- 1.** si è verificata la rottura del legame che associava direttamente il sapere disciplinare (la specialità) alle strutture organizzative - dovuto al passaggio dal modello dell'acuzie a quello della cronicità, fino al modello per intensità di cura e alla rimodulazione dei setting di attività degli ospedali - che ha progressivamente condotto ad una diminuzione delle Unità operative complesse (i primariati) nelle aziende sanitarie. Tale situazione impone un ripensamento della missione di molte Soms che, all'interno di quel legame, avevano costruito non solo una parte della loro ragion d'essere (difesa della disciplina in termini di diffusione delle strutture operative), ma anche alcune importanti condizioni di funzionamento (sponsorizzazioni e attività di ricerca);
  - 2.** dal punto di vista dei sistemi sanitari, le Soms possono essere interlocutori autorevoli in grado di rappresentare e orientare il punto di vista dei professionisti a favore di progetti di governo clinico, condividendo rischi e responsabilità connessi all'introduzione e diffusione di farmaci e procedure sempre più costose, e di riorganizzazione della rete per specialità/patologie (reti cliniche);
  - 3.** dal punto di vista delle imprese fornitrici, in particolare quelle farmaceutiche e di medical device, le Soms sono l'interlocutore in grado di diminuire e rendere più accettabili i rischi connessi agli investimenti in innovazione (a es. con un ruolo di advisory board).
- La ricerca si è posta l'obiettivo di esplorare il panorama delle Soms iscritte alla Federazione italiana delle società medico-scientifiche (Fism) e approfondire alcuni casi allo scopo di evidenziarne aspetti peculiari quali governance e struttura organizzativa, ambiti e funzioni, ruolo nei confronti degli stakeholders.

### **La frammentazione delle Società scientifiche**

In Italia è stata riscontrata una forte frammentazione poiché - spesso - a una sola specialità medico-scientifica corrisponde un gruppo numeroso di Soms. In particolare, le discipline di cardiologia, di gastroenterologia, di malattie dell'apparato cardiovascolare e di malattie dell'apparato respiratorio hanno da un minimo di 7 a un massimo di 9 Soms iscritte alla Fism.

Le discipline che si pongono in una situazione intermedia sono 10: chirurgia generale, dermatologia e venereologia, farmacologia, ginecologia e ostetricia, medicina di comunità, microbiologia e virologia, neurologia, ortopedia e traumatologia, scienza dell'alimentazione e dietetica, urologia (5-6 Soms ciascuna).

Nel caso dei cluster più ricchi di associazioni, alcune Soms sembra rappresentino effettivamente una partizione specifica del sapere, mentre altre sembrano sovrapporsi in termini di disciplina.

In relazione ai casi che sono stati analizzati per la presente ricerca, si riscontra che:

- nello stesso ambito disciplinare della Sin insiste la Società italiana di nefrologia pediatrica (Sinp), che rimane a cavallo con la pediatria e che, per le sue specificità, ha un numero di iscritti di molto inferiore;
- nella specialità di oncologia medica, oltre l'Aiom e Cipomo, rientrano l'Associazione italiana di oncologia toracica (Aiot), il Collegio degli oncologi medici universitari (Comu), il Gruppo oncologico dell'Italia meridionale (Goim) e la Società italiana tumori;
- la situazione relativa alle medicine collegate al laboratorio è molto complessa, in quanto si riscontrano quattro diverse discipline scientifiche mediche (biochimica clinica, anatomia patologica, patologia clinica, microbiologia e virologia). Le prime tre contano ciascuna una diversa Soms, mentre la microbiologia e virologia (di cui fa parte SIMeL) si compone anche dell'Associazione microbiologi clinici italiani (Amcli), della Società italiana di emaferesi e manipolazione cellulare (SidEm), della Società italiana di microbiologia (Sim), della Società italiana di virologia (Siv) e della Federazione italiana società medicine di laboratorio (Fismelab), che a sua volta riunisce diverse Soms di questa area.<IP>

### **Le convergenze**

Tutte le Soms analizzate hanno nella propria mission statutaria questioni convergenti sui seguenti temi:

- i)* esplicito riferimento alla formazione e all'aggiornamento professionale dei propri iscritti interpretata attraverso congressi nazionali e regionali, corsi Ecm e, sempre in maggior numero, corsi Fad;
- ii)* un richiamo all'advocacy, intesa come capacità di portare all'attenzione dei policy maker e dell'opinione pubblica questioni fondamentali relative al campo scientifico della Soms e di essere chiamati a esercitare un ruolo tecnico a supporto delle decisioni politiche sugli ambiti di riferimento. Quattro Soms sulle cinque istituzioni censite indicano nella creazione di networking culturale e scientifico tra gli associati uno dei fini centrali dell'associazione.

### **Il numero di iscritti**

Il numero degli iscritti di ciascuna delle Soms si attesta su valori elevati (dai 2.300 ai 3.000 soci), a eccezione del caso di Cipomo che si riferisce a una tipologia di soci molto specifica (i primari oncologi, in numero di 214).

I soci ordinari sono esclusivamente medici nel caso di Aiom e di Cipomo, all'opposto nel caso di Sin possono essere soci ordinari anche cultori della materia ed esperti di nefrologia.

SIBioC inserisce in questa categoria sia i medici sia i laureati in discipline scientifiche, includendo i tecnici di laboratorio nella categoria di soci tecnici con diritto di voto sulla maggior parte delle questioni societarie.

Mentre SIMeL allarga la possibilità di essere soci ordinari, oltre ai laureati in discipline scientifiche (chimici, biologi ecc.), anche ai tecnici di laboratorio (entrambi, tuttavia, fanno parte di sezioni specifiche della Soms).

Tra i servizi offerti ai soci, tutte le Soms più grandi sono editor di una o due riviste scientifiche e propongono annualmente il Congresso nazionale e convegni di natura locale. Generalmente organizzano o garantiscono il patrocinio di eventi formativi e tutte le Soms analizzate hanno un sito web particolarmente curato dal punto di vista delle informazioni e

dei servizi disponibili.

### **La governance**

Per ciò che concerne i temi della governance e delle modalità di amministrazione: il principale organo di governance dell'organizzazione è collegiale e vi partecipano da 11 a 16 membri; nel caso della SIMeL, il Consiglio nazionale è un organo particolarmente ampio in termini di numero di membri, perciò si è ritenuto di doverlo affiancare a una Giunta esecutiva più snella con il compito di coordinare le attività del primo.

Si nota, inoltre, che SIMeL e SIBioC prevedono esplicitamente negli statuti la partecipazione dei past-president al Consiglio o alla Giunta direttiva, sebbene senza diritto di voto; SIBioC, nello specifico, prevede la partecipazione dei past-president per i successivi sei anni e anche del next-president come vice-presidente. Aiom prevede, invece, solo la partecipazione del next-president.

### **La gestione amministrativa**

Dal punto di vista della gestione amministrativa e organizzativa, vi sono situazioni molto diverse. Sin, Aiom e SIMeL hanno propri dipendenti per le attività segretariali e amministrative.

Sin e SIMeL si riferiscono a società di servizi esterne per quanto riguarda l'organizzazione dei congressi e le pubblicazioni scientifiche.

SIBioC ha un rapporto strutturato con una società esterna che fornisce sede e apparato segretariale, gestisce l'organizzazione degli eventi ed è l'editore di riferimento.

Aiom ha costituito una società partecipata "Aiom Servizi Srl" che, per svolgere le attività connesse al suo scopo sociale, può ottenere sponsorizzazioni e commercializzare alcuni prodotti dell'attività scientifica della Soms.

### **I rapporti con Governo e Regioni**

Le Soms stanno diventando soggetti sempre più centrali nelle dinamiche del Sistema sanitario nazionale poiché stanno acquisendo consapevolezza delle ricadute che i processi di cambiamento istituzionale, gestionale e organizzativo hanno sul sapere disciplinare e sulla pratica medica che rappresentano.

La loro capacità di agire concretamente un dialogo con Regioni e Istituzioni centrali dipende dalla capacità di rappresentare la comunità che fa riferimento a una specifica disciplina e ciò è condizionato dalle "turf wars" che possono caratterizzare la medesima disciplina, dalla base di rappresentanza (numerosità degli iscritti) di ciascuna Soms e dalla reale capacità di condizionare la comunità professionale di riferimento.

## **Atto di indirizzo, i pediatri della Fimp dicono la loro di Giampiero Chiamenti (presidente nazionale Fimp)**

L'Atto di Indirizzo appena approvato da parte del Comitato di Settore Regioni-Sanità è un passo importante, ma non nascondiamo al riguardo alcune perplessità e criticità. In quest'ottica Fimp che rispetto alla medicina generale ha una diversa identità si riserva alcuni distinguo e approfondimenti pregiudiziali alla fase di concertazione. Come sottolineato nell'Atto di indirizzo, troppe obsolescenze e carenze affollano le nostre Convenzioni, sicuramente conseguenza di stratificazione di norme succedutesi nel tempo che impongono una approfondita revisione degli Accordi alla luce dei nuovi indirizzi. Ad esempio, la forte immedesimazione che oggi viene richiesta al medico delle cure primarie con il modello

organizzativo definito dalle Regioni non può prescindere dal rispetto del rapporto fiduciario tra medico e paziente e, di conseguenza, non possiamo accettare "l'inserimento dei medici nell'organizzazione regionale" come dichiarato nell'Atto di indirizzo. Mentre possiamo auspicare un coordinamento delle loro funzioni così come definite e disciplinate dalle norme che regolano le prestazioni d'opera intellettuale di natura autonoma, con quelle degli altri operatori dell'area delle cure primarie. Per quanto riguarda poi l'obbligo di aderire alle forme associative complesse (Unità Complesse di cure Primarie - UCCP) non si deve trascurare il grande contributo dato dalle forme associative costituite ai sensi della normativa vigente alla continuità delle cure ed al coordinamento delle attività assistenziali; consapevoli che la sostituzione tout court di quelle associazioni con le forme a più alta complessità ridurrebbe i vantaggi acquisiti in termini di territorialità degli studi e di vicinanza agli assistiti. Infine una particolare attenzione va posta al problema delle risorse disponibili: un conto è la loro invarianza rispetto a quanto messo a disposizione dal vigente ACN, altro è ipotizzare la costituzione di strutture complesse senza tener conto dei nuovi necessari fattori produttivi; e se è vero che la revisione della rete ospedaliera non può prescindere dalla riorganizzazione e dal rafforzamento della medicina territoriale, è altrettanto vero che senza un trasferimento effettivo di risorse non sarà possibile provvedere alle dotazioni strutturali, strumentali e di servizi necessari all'implementazione delle associazioni complesse territoriali. In sostanza, no a contratti a costo zero perché il conto poi rischiano di pagarlo gli assistiti. Dopo il risultato elettorale che ha sancito la mia Presidenza la FIMP, consapevole della consistenza della propria rappresentanza (77,59% dato SISAC), è pronta a ripartire in coerenza col ruolo affidatole dal SSN a difesa dell'infanzia e nel rapporto di fiducia con le famiglie. All'interno di questa mission nell'ultimo trentennio è passata l'originalità della nostra strategia assistenziale che intendiamo difendere, ma soprattutto rilanciare nel rispetto dei diritti acquisiti attraverso i vari contratti di lavoro concordati fra le rappresentanze di categoria e le Istituzioni. Siamo pronti ad affrontare la sfida a qualsivoglia cambiamento che si dimostri utile alla salvaguardia della salute del bambino. Ma non siamo disponibili a scelte improntate all'omogeneizzazione irrazionale dei modelli e non supportate da una dettagliata analisi che giustifichi i cambiamenti proposti per l'età pediatrica. Soprattutto siamo diffidenti nei confronti dei tagli lineari alla spesa sanitaria che non tengano conto dell'appropriatezza e degli obiettivi di sistema da raggiungere. La Pediatria di Libera Scelta, concettualmente trasformata nel tempo in Pediatria di Famiglia, ha attivamente modificato la medicina di attesa, finalizzata ad una semplice risposta assistenziale consona ai bisogni di salute espressi negli anni '80, nella Pediatria di Iniziativa messa in atto nei decenni successivi. Per intuizione professionale derivante dalla quotidianità nell'assistenza al bambino, abbiamo introdotto sistematici interventi di prevenzione, impegnando la categoria sulle vaccinazioni, sui corretti stili di vita, sul monitoraggio dello sviluppo sensoriale, auxologico, psico-motorio e su altri compiti più specificamente curativi ancor prima che questi venissero sistematizzati nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dove ci è stato permesso abbiamo favorito e realizzato l'attività in associazione e avviato percorsi diagnostico-terapeutici al cronico utilizzando il "self-help" diagnostico e l'organizzazione complessa dell'attività ambulatoriale secondo modelli originali che hanno soddisfatto molteplici esigenze. Pertanto, per rispetto all'attività del pediatra e alla salvaguardia dell'infanzia, siamo determinati a difendere questo patrimonio professionale che non può essere sacrificato in nome di presunti risparmi di spesa o necessità di ammodernamenti basati sulla semplice esigenza di un cambiamento non conforme ad un forte rationale che giustifichi tutto ciò. Su queste direttive intendo portare la categoria a prendere coscienza del proprio ruolo e mi auguro che tutto il comparto sindacale pediatrico condivida questo

percorso.

**Giampietro Chiamenti, Presidente Nazionale FIMP**



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - [m.izza@mediadue.it](mailto:m.izza@mediadue.it) - 339 1816584