

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 30 SETTEMBRE 2014

L'UNIONE SARDA

REGIONE/ SANITA' **Monito dei Riformatori: «La riforma dev'essere rifatta da cima a fondo» «Taglio Asl, ci pensi la Giunta» Ma la maggioranza resta divisa**

Sarà forse un emendamento della Giunta, da discutere direttamente in aula, a introdurre nella riforma sanitaria il taglio delle Asl. Un'ipotesi non nuova, ma che in maggioranza circola ora con più insistenza. Oppure la legge voluta dal centrosinistra (che forse avrà già oggi il voto finale della commissione Sanità) potrebbe affidare alla Giunta una sorta di delega per il riassetto del sistema.

Il fatto è che in maggioranza si incrociano due esigenze non facili da conciliare: varare al più presto la riforma, per poter commissariare le Asl, e ridurre il numero delle aziende. Il governatore Pigliaru le taglierebbe subito. E il Centro democratico è pronto allo strappo, al momento del voto, se le Aziende aumenteranno - con quella dell'emergenza - anziché diminuire.

«**TAGLIAMO**» Ma Efisio Arbau (La Base), pur condividendo l'obiettivo di fondo, invita a non stoppare questa prima riforma: «Dobbiamo eliminare il clientelismo dalla sanità e tagliare 300 milioni. Noi siamo per un'unica Asl nel centro Sardegna e otto distretti. Ma non lo farà questa leggina, slegata dal riordino degli enti locali. Ora - prosegue - serve fare la centrale unica di spesa e riorganizzare l'emergenza. Poi possiamo delegare la Giunta a fare la proposta di riforma in tempi certi».

Anche il Partito dei sardi, che a maggio aveva proposto un taglio netto delle Asl, esclude le barricate sulla riforma attuale: «Non abbiamo cambiato idea - assicura Augusto Cherchi - ma il testo elaborato in commissione non ci crea problemi. Fa alcune cose limitate, non scende nel particolare. È un avvio di discussione. Il taglio delle Asl arriverà, ma dovrà essere serio, non di facciata, per contenere concretamente i costi».

«**DA RIFARE**» Costi che invece, secondo Forza Italia, con l'attuale riforma aumenteranno di oltre 50 milioni all'anno. È d'accordo Michele Cossa, coordinatore dei Riformatori: «Il nostro giudizio sul testo elaborato dalla commissione Sanità è pesantissimo, comporterebbe più spese senza arrecare alcun beneficio. Noi presenteremo emendamenti su ogni punto, ma non è neppure possibile correggerlo parzialmente: dovrebbe essere riscritto da cima a fondo».

Esclusa quindi ogni convergenza da parte della minoranza, anche se i vari gruppi del

centrodestra si riuniranno nei prossimi giorni per concordare la strategia in aula: «Se pure dovessero aggiungere il taglio delle aziende non cambia granché», avverte Cossa, il cui partito propone da anni l'Asl unica: «È un traguardo da raggiungere, ma rappresenta solo un aspetto del problema. Spero che nessuno voglia riformare un settore così delicato a colpi di maggioranza, sarebbe gravissimo».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Antitrust. Fnomceo: "Difenderemo l'autonomia e l'indipendenza della nostra deontologia"

La Federazione degli Ordini dei medici replica al provvedimento emanato dall'Authority. "Non accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice e riproporremo i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto delle parti".

Con un provvedimento pubblicato sull'ultimo bollettino, l'Antitrust ha sanzionato la Fnomceo per "aver posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza, ai sensi dell'articolo 101 del Tfu, consistente nell'adozione e diffusione del Codice di deontologia medica 2006 e delle Linee Guida", definendo la sanzione amministrativa in "ottocentotrentunmilaottocentesedici euro", richiedendole di assumere "misure atte a porre termine all'illecito riscontrato", e di darne comunicazione entro il 31 gennaio 2015.

Il Comitato Centrale della Fnomceo, riunito a Piacenza, nel prendere atto della misura adottata dall'Antitrust, ha deciso di resistere presso le sedi giurisdizionali previste dall'ordinamento. "In queste sedi – spiega una nota - riproporremo i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto delle parti che ha preceduto la sanzione, pressoché annunciata. Vogliamo sin da subito ribadire, nel pieno rispetto dei ruoli istituzionali di ognuno e di tutti, che mai abbiamo inteso emanare un Codice contra legem, ma neppure accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice".

La Fnomceo sottolinea che, al di là dello stretto merito giuridico, questa vicenda "esalta una questione fondamentale: e cioè la libertà e l'indipendenza della deontologia professionale, che trova il suo caposaldo etico e civile nella tutela dei diritti dei cittadini, in questo caso la tutela della salute, definiti fondamentali dalla nostra Costituzione. E ciò in un contesto di diritto comunitario che non distingue, all'interno del mercato, le tipologie e le specificità dei diversi servizi".

Al contrario, ”crediamo invece che tale questione vada posta, non certo per difendere interessi corporativi, ma per meglio tutelare i diritti dei cittadini, soprattutto laddove insistono asimmetrie informative fondanti scelte consapevoli”.

La Fnomceo precisa quindi di non essere ostile alla pubblicità sanitaria e “alle positive ricadute nel migliorare l’offerta di servizi e la libertà di scelta. Vogliamo però, nello spirito e nella lettera del nostro mandato istituzionale, contrastare fenomeni e abusi di un’attività informativa e comunicativa che, come scritto nel nostro Codice 2014, sia ‘accessibile, trasparente, rigorosa e prudente’ (art. 55), “veritiera, obiettiva, pertinente e funzionale all’oggetto dell’informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria””.

Il Codice stabilisce inoltre che “non sono consentite forme di pubblicità comparativa sulle prestazioni” (art 56) né “forme di pubblicità promozionale finalizzate a consentire la commercializzazione di prodotti sanitari” (art 57).

Tutto questo “a noi pare essere un punto di equilibrio alto tra i contenuti del diritto comunitario e quel ruolo di verifica e di vigilanza che la legge ci attribuisce e che noi esercitiamo attraverso la deontologia. Difendendo la nostra deontologia, intendiamo difendere il diritto dei cittadini – conclude la nota - ad un sistema di cure accessibile, trasparente, efficace e sicuro”.

Blocco contratti PA. Anaa: "Il CCNL 2015/2017 per l'area della dirigenza medica e sanitaria si può fare"

Un contratto con il blocco del finanziamento statale ma basato sugli aspetti normativi e sulle risorse recuperabili in contrattazione è possibile mettendo in campo tre mosse: emanare il decreto sulle nuove aree contrattuali, eliminare il blocco ai tetti stipendiali, affidare il reperimento di risorse economiche alla contrattazione decentrata.

La crisi economica che attanaglia il Paese ed i vincoli europei di bilancio, secondo il Governo rendono necessario un ulteriore sacrificio economico per i dipendenti della P.A. Su questi presupposti, il Ministro Marianna Madia ha comunicato l’impossibilità di prevedere nella legge di stabilità il finanziamento riferito al 2015 per il rinnovo dei contratti.

A nostro parere, il blocco del finanziamento dei contratti pubblici relativo al 2015 non può e non deve significare anche blocco della contrattazione per tutto il CCNL 2015/2017, infatti un contratto con il blocco del finanziamento statale ma basato sugli aspetti normativi e sulle risorse recuperabili in contrattazione decentrata può essere avviato, in attesa che il Governo decida i finanziamenti per il biennio 2016/2017.

Si tratta di mettere in campo tre mosse:

1. emanare finalmente il decreto sulle nuove aree contrattuali, che riconosca la autonomia di una area della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, senza il quale è impossibile avviare la contrattazione;
2. eliminare il blocco ai tetti stipendiali contenuto nella Legge 122/2010 (è lo stesso provvedimento che hanno chiesto le forze dell'ordine e che è già stato consentito alla

scuola fin dal 2011), prorogato fino al 31/12/2014, che tanti danni sta infliggendo soprattutto ai giovani medici e dirigenti sanitari dipendenti del Ssn, i quali si sono visti negare gli emolumenti relativi ai cambi di funzione dopo 5 e 15 anni di servizio e, addirittura, l'indennità di esclusività, con una palese interpretazione ultra legis da parte di molte amministrazioni periferiche. È da sottolineare che, a differenza degli altri comparti del pubblico impiego, per la Dirigenza medica e sanitaria non esistono scatti di anzianità automatici e le progressioni di carriera, previste solo dopo una valutazione di merito, sono a costo zero per il bilancio statale, essendo a carico dei fondi contrattuali aziendali;

3. affidare il reperimento di risorse economiche alla contrattazione decentrata, tanto invocata ma mai attuata, per accompagnare l'oramai ineludibile contrattazione sugli aspetti normativi, necessaria dopo 6 anni di blocco, per meglio governare il complesso sistema della sanità (nuova normativa per valutazioni, valorizzazione dei contenuti professionali e del merito, mobilità, flessibilità nell'organizzazione del lavoro, recepimento della normativa europea sui riposi, etc).

Nelle aziende sanitarie risorse economiche si possono recuperare con varie modalità: retribuzione individuale di anzianità (RIA) accumulata dal 2011 e non spesa per il blocco della progressione delle posizioni (la legge di stabilità non deve, ovviamente, prevedere uno storno di questa quota economica), residui di fondi contrattuali non ancora utilizzati, risparmi di spesa in vari settori, acquisto di prestazioni da parte dell'azienda per l'abbattimento delle liste d'attesa, anche con il fondo finanziato dalla attività libero professionale, aumento di appropriatezza clinica ed organizzativa, etc.

Non è equo né accettabile che i Dirigenti medici e sanitari del Ssn subiscano penalizzazioni plurime. E' possibile con un sereno confronto trovare soluzioni adeguate alla gravità del momento, senza lanciare segnali sbagliati ed allarmanti. Nel variegato mondo del pubblico impiego anche la sanità, al pari della scuola e del comparto sicurezza, merita di ritrovare le ragioni della complessità e della specificità di una funzione svolta a tutela di un diritto delle persone. Umiliare le risorse umane che tengono aperti i cancelli della "fabbrica sanità" garantendo la salvaguardia di un bene prezioso come la salute, con un lavoro gravoso e rischioso che, come quello delle forze di polizia, non conosce giorni e notti di pausa, contribuisce ad un impoverimento della sanità pubblica. Spetta al Governo ed alle Regioni dimostrare attenzione ad un mondo in grado anche di fare da volano per la ripresa economica, riconoscendo e rispettando nei fatti il valore della attività effettuata dai suoi operatori.

Costantino Troise, *Segretario Nazionale Anaao Assomed*

Carlo Palermo, *Vice Segretario Nazionale vicario Anaao Assomed*

Malattie cardiovascolari. Piano d'azione nazionale, differenze

regionali e troppe linee guida. Ecco i “talloni d’Achille”

Sono queste in Italia le criticità della prevenzione secondaria emerse dal rapporto della World Heart Federation, promosso da AstraZeneca. Sotto la lente la gestione delle malattie e delle attività preventive in otto Paesi del mondo. Nel nostro Paese il 29,5% delle morti premature è dovuto a una patologia cardiovascolare. Il RAPPORTO.

Mancanza di un piano d’azione nazionale per la prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, grandi differenze regionali e sovrabbondanza di linee guida. Sono queste le barriere principali con cui devono fare i conti istituzioni e operatori sanitari per fronteggiare le malattie cardiovascolari. Patologie responsabili in Italia di tre decessi prematuri su dieci.

Barriere che vanno abbattute se si vuole raggiungere entro il 2025 l’obiettivo della diminuzione del 25% della mortalità prematura, come indicato dall’Oms.

A scattare la fotografia delle criticità che accompagnano la lotta alle patologie cardiovascolari è l’ultimo Rapporto della World Heart Federation “*Secondary cardiovascular disease prevention and control*”, promosso da AstraZeneca, che ha messo sotto la lente la gestione delle malattie e delle attività preventive in otto Paesi del mondo: Italia, Francia, Germania, Australia, Brasile, Spagna, Stati Uniti e Cina. Uno studio che ha messo in evidenza i “talloni d’Achille” della prevenzione secondaria in Italia, ma che ha anche indicato le coordinate per uscire dall’impasse.

I numeri delle malattie cardiovascolari, area di patologie legate al sistema circolatorio tra cui l’infarto e l’ictus, sono preoccupanti. Sono infatti una delle principali cause di morte prematura sia a livello mondiale sia in Italia: si stima che nel nostro Paese il 29,5% dei decessi prematuri sia dovuto a una patologia cardiovascolare. E i costi sono elevati non solo in termini di vite perse, ma anche su fronte economico: la spesa associata a queste patologie nel 2030 supererà 1 miliardo di dollari in tutto il mondo, provocando oltre 23 milioni di morti.

I “talloni d’Achille” della prevenzione secondaria. Ma quali sono in Italia le principali barriere da superare messe in luce dal Rapporto della World Heart Federation?

Il primo scoglio è costituito dalla mancanza di un piano d’azione nazionale con chiari obiettivi temporali per la riduzione della mortalità e per l’aumento dell’aderenza alla terapia. C’è poi uno scarso utilizzo dei servizi di prevenzione secondaria che si accompagna a differenze tra Regioni e Regioni, con alcune capaci, più di altre, di offrire e mettere in pratica strategie preventive migliori, e altre che invece segnano il passo.

E ancora. In Italia le carenze si alternano anche ad eccessi. Se da una parte si assiste a defaillance organizzative, dall’altra i medici italiani hanno un numero eccessivo di linee guida, molto spesso lunghe e complesse. E così il continuo aggiornamento rende difficile la loro attuazione da parte degli operatori sanitari.

Le raccomandazioni. Per provare a superare questi ostacoli e cercare di ridurre così

l'impatto delle malattie cardiovascolari, la World Heart Federation ha elaborato una serie di raccomandazioni rivolte alle istituzioni, alle organizzazioni professionali che hanno il compito di sviluppare le linee guida sulla prevenzione secondaria, agli operatori sanitari e alle associazioni di pazienti.

Vediamo quali:

- Definire un piano formale, esauriente e valido a livello nazionale, per le malattie cardiovascolari, che assegni la giusta priorità alla prevenzione secondaria e assegni obiettivi da raggiungere secondo una tempistica precisa, con il supporto di fondi adeguati.
- Unificare le linee guida esistenti in un documento chiaro, conciso e su misura per il contesto del Paese, monitorare la loro adozione per assicurarsi che siano disponibili efficaci trattamenti farmacologici preventivi e programmi di riabilitazione cardiaca.
- Identificare e neutralizzare i limiti finanziari che impediscono l'attuazione delle linee guida.
- Considerare il ruolo della tecnologia nella formazione o nel supporto al processo decisionale in ambito clinico (ad es. tramite cartelle cliniche elettroniche e condivisibili).
- Garantire a tutta la popolazione un accesso equo ai servizi sanitari e per le malattie cardiovascolari.

SOLE 24ORE SANITA'

Medici di famiglia: contratti cococo, ingresso del privato e nomine «politiche». Così cambierà la Convenzione h24

Il medico di medicina generale da libero professionista opererà «in regime di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito dell'organizzazione del Ssn» e afferirà a un ruolo unico in cui confluiranno medici dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi territoriali (resta fuori dal ruolo unico l'emergenza sanitaria territoriale).

Le forme organizzative che assumerà l'assistenza - Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) o Unità complesse di cure primarie (Uccp) - saranno come da decreto Balduzzi ad adesione obbligatoria e andranno a sostituire entro sei mesi tutte le forme associative e le aggregazioni funzionali e/o strutturali esistenti.

Ancora: nel caso in cui l'azienda sanitaria non metta direttamente a disposizione i servizi ma solo le risorse finanziarie, si prevede che l'Aft possa essere supportata sia per l'acquisizione che per la gestione dei fattori produttivi da società di servizio. Cioè private. Escluse in ogni caso dalla fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Infine, le nomine "politiche": spetterà al direttore di distretto (a sua volta nominato dal Dg dell'azienda che è diretta emanazione della Regione), individuare il referente

di Aft e il coordinatore di Uccp, seppure nell'ambito di una rosa di nomi composta da almeno tre candidati.

E' una mini-rivoluzione quella prevista dai primi articoli della bozza di Acn per la medicina generale, anni 2014-2016, che questo sito è in grado di anticipare. Le trattative tra parte pubblica e sindacati, appena riprese dopo la pausa estiva, non sono ancora entrate nel vivo: la Sisac fino a ora ha illustrato l'indice e i primi 11 articoli, contenuti nelle Disposizioni generali. Ma già la carne al fuoco è tantissima e c'è da giurare che la "pausa tecnica" imposta dai congressi di Snami, Fimmg e Smi prima della ripresa degli incontri, in calendario per il 15 settembre, offrirà ai medici molte occasioni di dibattito. Ma vediamo punto per punto i contenuti della bozza già illustrata.

Campo di applicazione edurata dell'accordo. Dal 1° gennaio 2017 è istituito il ruolo unico della medicina generale in cui confluiscono tutte le aree tranne l'emergenza sanitaria territoriale. In questo contesto, il medico di medicina generale esercita attività libero-professionale, operando in regime di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito dell'organizzazione del Ssn «per il perseguimento delle finalità dello stesso Ssn». L'Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni. I 3 i livelli di contrattazione (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti con il quadro istituzionale definito dal nuovo Titolo V della Costituzione.

Istituzione delle Aft e Uccp. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del nuovo Acn le Regioni definiscono gli atti di programmazione volti a istituire Aft e Uccp secondo questi criteri: istituzione delle Aft in tutto il territorio regionale; istituzione delle Uccp come parti fondamentali ed essenziali del distretto in zone ad alta densità di popolazione; sostituzione di tutte le forme associative già esistenti; realizzazione del collegamento funzionale tra Aft e Uccp e tra queste e l'azienda sanitaria, tramite idonei sistemi informativi. A delineare il nuovo quadro saranno Accordi integrativi regionali da perfezionarsi entro il 31 dicembre 2016, «termine oltre il quale la Regione provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali fino alla sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale. I medici operano obbligatoriamente all'interno nelle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al nuovo sistema informativo.

Caratteristiche delle Aft. Sono forme organizzative monoprofessionali che garantiscono l'assistenza per l'intera giornata e per sette giorni alla settimana a un bacino di popolazione inferiore ai 30mila abitanti. Vi lavorano Mmg titolari di scelte e/o incarichi a rapporto orario. I medici dell'Aft mantengono il proprio studio e possono svolgere parte della loro attività, a rotazione o in modo coordinato, presso la sede di riferimento. La Aft è priva di personalità giuridica e la gestione dei servizi, come detto, è in capo all'Asl oppure a società esterne. Tra i compiti della Aft: assicurare l'erogazione dei Lea; realizzare la continuità assistenziale sulle 24h e 7 giorni su sette; sviluppare la medicina d'iniziativa; impiegare ricetta elettronica e aggiornare Fse e scheda sanitaria individuale; promuovere l'equità d'accesso e la diffusione di buone pratiche cliniche; realizzare il coordinamento con il sistema di

emergenza-urgenza. Le attività, gli obiettivi e i livelli di performance sono parte integrante del programma delle attività territoriali del distretto, inclusa l'integrazione con i medici delle Uccp. Il referente della Aft resta in carico per non meno di tre anni e mantiene invariato l'incarico convenzionale in essere. E' garante del mantenimento della continuità assistenziale.

Caratteristiche delle Uccp. Sono forme organizzative complesse che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento e altre eventualmente dislocate sul territorio. La Uccp garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati o dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il ssn, degli infermieri, delle professioni ostetrica, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. La partecipazione del medico di medicina generale è regolata nell'ambito dell'Accordo integrativo regionale. Ai Mmg l'Asl garantisce, oltre a quanto già previsto per le Aft, l'uso dei locali, le utenze correlate e la dotazione strumentale necessaria per l'attività che deve essere esclusivamente di tipo istituzionale. Ogni Uccp garantisce l'assistenza sanitaria di base e diagnostica di I° livello, anche per ridurre l'accesso improprio al Pronto soccorso; realizza una presa in carico continuativa, in particolare dei malati cronici complessi; sviluppa la medicina d'iniziativa; contribuisce all'integrazione socio-sanitaria; potenzia il ruolo di continuità già assegnato alle Aft.

Perché tutto ciò sia possibile la Uccp condivide le proprie attività e la conseguente valutazione con il distretto e partecipa a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il distretto.

La valutazione dei risultati raggiunti dai Mmg che operano all'interno della Uccp costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici stessi. Questa parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Asl può decidere di adottare nei confronti dell'intera Uccp.

Se l'azienda decide di individuare il coordinatore dell'Uccp tra i medici convenzionati e operanti nell'ambito della stessa azienda, la procedura di designazione dovrà seguire criteri analoghi a quelli previsti per il referente Aft.

L'Italia guiderà strategie e campagne vaccinali nel mondo per i prossimi 5 anni

L'Italia guiderà nei prossimi cinque anni le strategie e le campagne vaccinali nel mondo. È quanto deciso al Global Health Security Agenda che si è svolto venerdì scorso alla Casa Bianca. Il nostro Paese, rappresentato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, accompagnata dal presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco Sergio Pecorelli, ha ricevuto l'incarico dal Summit di 40 Paesi cui intervenuto anche il presidente Usa Barack Obama. «È un importante riconoscimento scientifico e culturale all'Italia, soprattutto in questo momento in cui stanno crescendo atteggiamenti ostili contro i vaccini - ha dichiarato Pecorelli -. Dobbiamo intensificare le campagne informative in Europa, dove sono in crescita fenomeni anti vaccinazioni. Si tratta di un'operazione che l'Italia intende condurre con il

coinvolgimento attivo di tutti gli attori, incluse le Università. Per prevenire la diffusione di malattie da tempo eradicata nei paesi occidentali e che, oltre all'impatto drammatico che hanno su decessi e patologie evitabili, impongono costi rilevanti ai sistemi sanitari». «Sul tema della salute dobbiamo rafforzare la cooperazione internazionale - ha affermato Lorenzin -. Il tema dei vaccini sarà una delle priorità durante il semestre italiano di Presidenza Europea.

Strategia coordinata pro-vaccini. Il nostro Paese si trova al centro dell'area mediterranea e le molte crisi internazionali hanno portato a nuovi imponenti flussi migratori. È necessario rafforzare i controlli nei confronti di malattie endemiche riemergenti come polio, tubercolosi, meningite o morbillo. Se vogliamo evitare il collasso dei sistemi sanitari del vecchio continente dobbiamo rafforzare i processi di vaccinazione verso tutte le persone che vivono in Europa. L'Italia, attraverso l'operazione Mare Nostrum, ha svolto oltre 80.000 controlli sanitari negli ultimi mesi. Abbiamo già sufficiente esperienza per coordinare campagne di prevenzione contro nuove possibili epidemie». «Ma l'impegno dell'Italia per questa campagna - ha proseguito Pecorelli - a favore della vaccinazioni si realizzerà anche con il coinvolgimento degli atenei, partendo da importanti esperienze già maturate con il progetto Salute 10+, promosso da Healthy Foundation in due Regioni, Lombardia e Veneto. Iniziativa che ora si estenderà in altre 7 Regioni, andando nelle scuole medie a parlare ai ragazzi (e ai docenti) di corretti stili di vita e vaccinazioni». Il progetto sarà presentato il 3 novembre a Roma, nel corso dell'incontro sulle politiche vaccinali promosso da Ministero Salute e Aifa nell'ambito degli eventi del semestre di presidenza italiana.

Eterologa: i ginecologi Sigo promuovono le linee di indirizzo delle Regioni ma chiedono una legge

I ginecologi della Sigo riuniti a congresso a Cagliari promuovono le linee di indirizzo varate dalle Regioni e definiscono «ragionevole» la proposta di ticket tra 400 e 600 euro. Però chiedono una legge nazionale sulla pma. «Serve quanto prima una nuova legge che regoli, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, tutte le procedure di procreazione medicalmente assistita», spiega il presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia, intervenuto in occasione dell'89° congresso della società scientifica.

«Il prezzo del ticket è ragionevole e sostenibile - sottolinea quindi Scollo -. Bisogna però mettere le strutture sanitarie pubbliche nelle condizioni di poter svolgere regolarmente la Pma. Il rischio è che l'introduzione dell'eterologa crei liste di attesa interminabili. Così chi se lo potrà permettere continuerà ad andare all'estero, oppure si rivolgerà a strutture private nel nostro Paese. Servono investimenti e risorse adeguati per garantire gli stessi diritti e opportunità a tutti gli aspiranti genitori italiani».

Anche e soprattutto per evitare disagi, secondo i ginecologie serve quindi una legge. «La futura legge sulla Pma dovrà migliorare le attuali norme e stabilirne di nuove -

prosegue Scollo -. Esistono, infatti, una serie di problemi di natura amministrativa, politica, etica e morale da risolvere. Così come per l'aborto anche per l'eterologa va riconosciuto e garantito al ginecologo il diritto all'obiezione di coscienza. Inoltre bisognerà creare un registro nazionale dei donatori di gameti. La Sigo è pronta a collaborare con le istituzioni per la stesura di un nuovo regolamento».

«Il nostro auspicio è che anche la sterilità sia considerata una malattia e, quindi come tale, inserita nei Lea - aggiunge Scollo -. Nel nostro Paese il 15% delle coppie non riesce a metter al mondo un figlio. La Sigo è fortemente impegnata nel campo della prevenzione che passa attraverso stili di vita sani che devono essere condotti fin dall'adolescenza, bisogna ricordare ai nostri giovani che fumo, alcol, eccesso di peso, uso di steroidi e doping possono compromettere anche la loro capacità futura di diventare genitori».

Il tema della fecondazione è uno degli argomenti forti del 89° Congresso nazionale Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia), il 54° Congresso nazionale Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani) e il 21° Congresso nazionale Agui (Associazione ginecologi universitari Italiani) dal titolo "Isola donna al centro del mondo medico e sociale". Altri temi affrontati, dagli oltre 2.500 ginecologi giunti in Sardegna, sono quelli della sessualità nelle adolescenti, la menopausa, le novità in contraccezione, l'oncologia ginecologica, le emergenze in sala parto e la violenza di genere.

DOCTOR 33.IT

Concorso Medicina generale, incontro tra ministero e Regioni per discutere criticità

È previsto per giovedì un incontro al ministero della Salute tra tutti i referenti regionali, per discutere delle criticità emerse nel corso dello svolgimento del concorso per l'ammissione al corso di formazione di Medicina generale, svoltosi il 17 settembre. La vicenda è nota ed è stata denunciata da molti partecipanti alla selezione su tutto il territorio nazionale. Inadeguata sorveglianza e verifica del possesso di dispositivi connessi ad internet, tempi dilatati nell'espletamento delle procedure di riconoscimento dei candidati e sfioramento dei tempi per la consegna delle prove a quiz, sono state le segnalazioni più ricorrenti. «Le segnalazioni» conferma il vicepresidente di Fnomceo e presidente dell'Ordine di Padova Maurizio Benato «sono arrivate dai partecipanti ma anche da chi avrebbe dovuto controllare, per questo ci aspettiamo un intervento delle Regioni e che l'incontro di giovedì al ministero porti a qualche frutto». Benato sottolinea un aspetto in particolare della

vicenda. «Dalle Regioni» spiega «è arrivato in più occasioni il richiamo a indicazioni di carattere generale sulla necessità di qualità professionale. In nome di questo» aggiunge Benato chiediamo trasparenza e iniziative disciplinari ed eventualmente penali per garantire i cittadini. Sul tema come consiglio dell'Ordine veneto, abbiamo inviato una lettera al presidente della Regione Luca Zaia e all'assessore alla Sanità Luca Coletto, per segnalare le molte criticità emerse. Del resto lo stesso bando di concorso all'art. 5 parlava espressamente di rigore, correttezza e trasparenza. A questo punto si deve decidere se annullare la prova o comunque vagliare le responsabilità dei referenti tecnici e amministrativi» conclude Benato.

Piano terapeutico, Mmg lo compileranno per farmaci specialistici territoriali

Il piano terapeutico non è più solo una “gabbia” per la prescrizione del medico di famiglia, ma ne diventa una modalità prescrittiva. L'Agenzia del Farmaco Aifa ha deciso che 2000 medici di famiglia possono entrare nel novero dei clinici in grado di identificare i pazienti eleggibili per terapie complesse che richiedano il “piano”, da sempre appannaggio dello specialista. E ha scritto alle associazioni sindacali e scientifiche di categoria perché le diano una mano nel reclutamento dei clinici che sperimenteranno la prescrizione prevalentemente di farmaci specialistici utilizzati sul territorio: non tanto antitumorali di seconda linea quindi, quanto – si immagina – antidiabetici e anticoagulanti orali. I medici devono segnalarsi compilando un apposito format on line. La conquista è epocale, i medici di famiglia potranno prescrivere farmaci sui quali non hanno mai avuto potere decisionale, e l'Aifa avrà la possibilità di monitorare in tempo reale la correttezza delle prescrizioni e la loro efficacia dal momento che tutta la comunicazione avviene via web», spiega **Marco Cambielli**, medico di famiglia vicepresidente della società scientifica Snamid. Ma l'empowerment del medico di famiglia potrebbe coincidere anche con più diritti per i pazienti. «In questi anni per i farmaci soprattutto del territorio si è creato un doppio canale di trattamento: chi stava vicino a un ospedale o poteva concedersi un rapporto assiduo con lo specialista aveva più probabilità di fruire di medicinali prescritti con piano terapeutico, chi aveva per riferimento il medico di famiglia, se questo non era aggiornato o riteneva di non avere idonei strumenti di monitoraggio, rischiava una cura diversa, e poi era difficile mettere a confronto i risultati delle terapie», spiega Cambielli. Ora che accadrà ai medici che si segnalano entro il 15 ottobre, data di scadenza dell'"avviso" Aifa? «Intanto il comitato tecnico scientifico Aifa farà una selezione perché, per ciascuna categoria farmacologica testata, bisognerà che i mmg siano il più possibile sparsi per il paese e in grado di sopperire a un'eventuale lontananza dallo specialista o dal centro ospedaliero. Per i prescelti sarà prevista una formazione ad hoc che consiste nella conoscenza dettagliata delle note e delle loro implicazioni», afferma Cambielli che è anche membro del gruppo consultivo Aifa della medicina generale insieme a Walter Marrocco (Fimmg) e Saffi-Ettore Giustini (Simg). Ho una sola preoccupazione: è importante che tutti i colleghi validi partecipino, e capisco che non è semplice data l'alta quantità di carichi di lavoro

pendenti su ciascuno di noi in questa fase storica, ma la posta in palio è ridare alla medicina generale la dignità che le spetta».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA
ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584