

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
31 LUGLIO 2014

LA NUOVA SARDEGNA

San Raffaele, in arrivo l'offerta Nelle prossime ore la Qatar foundation presenterà la proposta ai commissari

Nelle prossime ore, forse già stamattina, la Qatar Foundation Endowment presenterà ai commissari liquidatori dell'ex San Raffaele di Olbia l'offerta vincolante per l'acquisto della struttura in vista della realizzazione del nuovo ospedale da 262 posti per il quale c'è già stato un primo via libera formale da parte della Regione, con una delibera di Giunta. Gli investitori puntano a chiudere le pratiche entro i primi di agosto per siglare il contratto entro la fine del mese in attesa dell'arrivo nell'Isola del premier Matteo Renzi e del Ceo della Qfe, Rashid Fahad Al-Naimi, l'unico che potrà anche annunciare il nome scelto per il nuovo ospedale tra una terna di tre già indicati ma ancora top secret. «Stiamo andando avanti sia rispetto al progetto sugli equipaggiamenti e attrezzature sia per quanto riguarda la procedura con le banche che è stata seguita dai legali Rossi e Dall'Occhio - spiega il rappresentante italiano della Qatar Foundation, Lucio Rispo - abbiamo presentato la nostra manifestazione di interesse secondo le direttive previste per l'acquisto della struttura e ora siamo in attesa che anche gli istituti di credito si confrontino con la procedura per l'acquisto». Secondo quanto si è appreso anche i legali della Regione e quelli della fondazione qatarina stanno valutando i primi documenti in vista della firma del contratto. Un investimento da 1,2 miliardi spalmati in 12 anni e che comprendono anche i 10 milioni annui previsti per il centro di ricerca. I soldi li mette la famiglia Al Thani. Ovvero, i reali di Doha che aprono le casse della Qatar Foundation Endowment (Qfe), il braccio finanziario del minuscolo ma ricchissimo stato arabo.

SASSARI «Asl, concorso bloccato senza motivo» La Fp-Cisl: la selezione interna per coordinatori è stata fatta da mesi ma nulla è ancora definito

Circa un anno fa l'Asl sassarese ha effettuato una selezione interna per coordinatori sanitari, aperta ai collaboratori di diversi profili professionali quali infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio e tecnici della prevenzione in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia. Ma «nonostante l'ormai enorme lasso di tempo trascorso, con le selezioni espletate, con le graduatorie finali già deliberate fin dai primi giorni di settembre 2013, inspiegabilmente, ancora nulla è stato definito». La denuncia arriva dalla Fp Cisl, che attacca «Da diversi mesi, tutte le strutture delle professioni sanitarie, sollecitano la nomina dei coordinatori in quanto ritengono estremamente importante dotare di tale figura cardine per la gestione delle attività assistenziali i tanti servizi sanitari che attualmente ne sono sprovvisti, nell'ottica di un miglioramento qualitativo/quantitativo delle prestazioni erogate dall'azienda. Come mai un'azienda pubblica ha attivato un procedimento per poi, senza alcuna motivazione, non portarlo a compimento, di fatto

bloccandolo? Parrebbe che il servizio interessato non farebbe altro che scaricare responsabilità sulle os.ss. facendo ricostruzione fantasiose della vicenda; infatti le organizzazioni sindacali non hanno di fatto impedito alcun percorso». «Questa organizzazione sindacale – prosegue la nota – , ha cercato di sensibilizzare la direzione evidenziando che la mancanza della figura del coordinatore oltre che un deficit nella “line” determina una non ottimale organizzazione dei servizi che inevitabilmente si riflette sui lavoratori ma soprattutto sui pazienti che fanno uso di tali servizi. Per cui la Cisl Fp rispedisce al mittente ogni provocazione, o al tentativo di scaricare su altri soggetti le proprie responsabilità restando orgogliosi di perseguire la meritocrazia basata sulla valutazione dei titoli e delle competenze sugli incarichi da affidare ai lavoratori e ai lavoratori della sanità e non siamo disponibili a compromessi che ledano gli interessi dei lavoratori meritevoli. Oggi, ancora una volta, si sollecita la nomina dei nuovi coordinatori, e, ove ciò non avvenga, si chiede di conoscere quali fatti giuridici sopravvenuti osterebbero in tal senso, perché ci sorge il dubbio che il ritardo potrebbe derivare, più che da aspetti giuridici, magari da qualche carenza di tipo organizzativo che, se effettivamente rilevata, andrebbe immediatamente eliminata».

OLBIA La talassemia raccontata a scuola «È dura aspettare le trasfusioni» Il compito in classe di un tredicenne diventa un appello commovente sottoscritto anche dalla Asl Maddalena Lendini: «È il momento di donare, perché durante l'estate scatta l'emergenza sangue»

Michele, uno studente di 13 anni che ha frequentato la terza media, ha commosso tutti con un tema che è diventato presto, grazie alla sua professoressa di italiano, un accorato appello. Michele è talassemico, e in uno degli ultimi compiti prima della fine dell'anno scolastico, non ha certo avuto timore nel sottolineare, nel suo tema che «Quando al Centro Trasfusionale non c'è sangue e devo aspettare per fare le trasfusioni, per me diventa veramente difficile e faticoso andare in bicicletta e giocare fuori con i miei amici». Questo tema ha commosso la professoressa, che intanto lo ha letto in classe ai suoi compagni. E quel compito è diventato una lettera aperta, anzi un accorato appello, fatto da un ragazzino talassemico, che aspetta le trasfusioni «perché non potete capire la debolezza che mi può portare la mancanza di sangue», scrive ancora. Un messaggio forte, quello di Michele che va a rinforzare quello che è l'allarme che viene lanciato regolarmente in questo periodo dall'Asl di Olbia. In questo particolare periodo, infatti, le scorte di sangue alla Asl di Olbia sono minime, e la lettera di Michele diventa un invito per aiutare tutti i talassemici, seguiti dal Centro Trasfusionale della Asl 2 e di tutta la Sardegna, a vivere una vita uguale agli altri. «A volte mi domando perché Dio mi ha fatto nascere così – scrive nel suo tema Michele –, mamma si commuove, molte volte dà la colpa a se stessa perché i miei genitori sono portatori sani di anemia mediterranea e quindi può nascere un bambino talassemico. Mamma però mi dice che Dio ha un disegno per ognuno di noi e che non dobbiamo deprimerci mai e continuare a testa alta. Allora ho capito che non mi devo arrendere mai e devo vivere la mia vita sereno e tranquillo». Il tema di Michele sicuramente deve invitare tutti a una profonda riflessione. A capire che in fondo, con un semplice gesto, quello della donazione di sangue, si possono risolvere i problemi di tante persone a cui bastano regolari trasfusioni per condurre una vita normale. «Quella di Michele – conferma a sua volta Maddalena Lendini, direttore del Centro Trasfusionale della Asl2 di Olbia – «è una malattia

che, se ben gestita, consente di vivere comunque una vita normale. Il compito di noi operatori sanitari è quello di aiutare i nostri pazienti in questo percorso. Per far questo, però, abbiamo costantemente bisogno dell'aiuto di generosi donatori che giornalmente fanno la propria donazione – conclude la Lendini – e consentano a Michele e a numerosi pazienti che si trovano nelle sue stesse condizioni di vivere una vita normale».

L'UNIONE SARDA

OLBIA Storia di un tredicenne in attesa di una trasfusione L'appello di un ragazzino talassemico ai donatori di sangue

Non è un tema come un altro. Ma una richiesta d'aiuto messa nero su bianco da un bambino cresciuto in fretta tra le corsie del Centro trasfusionale di Olbia. Un ragazzino che conosce bene il valore della vita e la paura di non avere le forze per giocare con i suoi amici.

Michele (il nome è di fantasia) è un bambino talassemico. Ha tredici anni, frequenta la terza media e il suo ultimo tema ha commosso tutti. «Quando al Centro trasfusionale non c'è sangue e devo aspettare per fare le trasfusioni, per me diventa veramente difficile e faticoso andare in bicicletta e giocare fuori con i miei amici». Poche parole, semplici, come quelle usate da qualunque altro ragazzo della sua età. Poche parole consegnate alla professoressa e ai medici della Asl gallurese che hanno deciso di raccontare la sua storia, nella speranza che in questa estate avara di donatori, la forza di Michele serva a qualcosa.

IL TEMA «A volte mi domando perché Dio mi ha fatto nascere così. Mamma si commuove, molte volte dà la colpa a se stessa perché i miei genitori sono portatori sani di anemia mediterranea e, in questi casi, può nascere un bambino talassemico. Mamma però mi dice che Dio ha un disegno per ognuno di noi e che non dobbiamo deprimerci mai e continuare a testa alta. Allora ho capito che non mi devo arrendere e devo vivere la mia vita sereno e tranquillo». La serenità, però, si conquista a piccoli passi, giorno dopo giorno, anche grazie al buon cuore di centinaia di donatori. Questo Michele lo sa bene. Ecco perché il suo tema assume un valore del tutto speciale. «Ci sono dei giorni in cui devo fare la trasfusione. Una cosa che sono costretto a fare ogni 15 giorni, che può durare tanto: io vado alle 9 del mattino e finisco alle 2 del pomeriggio. Spesso manco da scuola perché oltre alle trasfusioni faccio visite e prelievi. Queste cose mi fanno sentire a disagio».

L'APPELLO L'attesa di una trasfusione, quando i donatori scarseggiano, può diventare estenuante. Da qui l'appello del direttore del centro trasfusionale della Asl di Olbia, Maddalena Lendini: «La talassemia è una malattia che, se ben gestita, consente di vivere una vita normale. Il compito di noi operatori sanitari è quello di aiutare i nostri pazienti in questo percorso. Per farlo abbiamo bisogno dell'aiuto di persone generose che fanno la propria donazione e consentono a Michele e a numerosi pazienti di vivere un'esistenza migliore».

Sierra Leone Ucciso dal virus il medico-eroe anti Ebola

Per le statistiche resterà solo una delle centinaia di vittime che Ebola sta mietendo in Africa. Ma non in Sierra Leone, dove Sheik Umar Khan, 39 anni, era un eroe nazionale, tanto che la notizia della sua morte ha gettato un intero Paese nello sconforto.

Da mesi, mai risparmiandosi, nell'ospedale di Kenema si batteva per salvare quante più vittime del terribile virus che conosceva benissimo (era virologo), sapendo che sono pochissime le speranze che lascia a chi ne viene infettato. Appena una settimana fa il virus lo aveva aggredito, portandolo alla morte, nonostante il disperato tentativo di salvarlo compiuto dai suoi colleghi di Medici senza frontiere che lo avevano preso in cura nel centro

di Kailahun.

La morte di Khan è la prima che colpisce in Africa un personaggio pubblico, aumentando a dismisura i timori per un'epidemia che, dopo i primi casi registrati all'inizio dell'anno, è andata sempre più espandendosi: davanti al virus non ci sono difese se non la prevenzione, poiché non esiste un vaccino. Come bene sanno altri medici, pure essi contagiati da Ebola e che stanno lottando contro la morte.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Riforma PA. Decade l'obbligo di polizza per i medici dipendenti del Ssn: annullata scadenza del 15 agosto

Dopo l'appello della Fnomceo, almeno i medici dipendenti del Ssn possono tirare un sospiro di sollievo. Nella relazione illustrativa al Dl 90 si precisa e chiarisce che l'obbligo di stipulare una polizza non si applica al professionista sanitario dipendente del Ssn. Il documento spiega che la modifica "ha unicamente lo scopo di chiarire definitivamente, al fine di evitare costosi contenziosi futuri". LA RELAZIONE AL DL 90

Decade l'obbligo di polizza assicurativa per i medici del Ssn, che sarebbe dovuto scattare il prossimo 15 agosto. Nella relazione illustrativa al Dl 90 (riforma della PA), si legge come "in tema di obblighi assicurativi per i professionisti, che tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale". In riferimento "In particolare, con il comma 1, si interviene sull'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (Legge Balduzzi), per consentire la definizione del previsto provvedimento regolamentare allo scopo di dare una risposta certa agli esercenti le professioni sanitarie, che non riescono a trovare sul mercato una adeguata copertura assicurativa contro i rischi derivanti dall'esercizio della professione, in attuazione degli obblighi assicurativi imposti dalla legge n. 148 del 2011" (Tremonti). La relazione spiega che la modifica è stata apportata "al fine di evitare costosi contenziosi futuri".

Martedì il Comitato Centrale della Fnomceo aveva lanciato un accorato appello proprio per scongiurare la scadenza del 15 agosto. I medici dipendenti del Ssn possono così tirare un sospiro di sollievo, in quanto **il prossimo mese non dovranno adempiere ad alcuna scadenza assicurativa.**

La nuova versione della Legge Balduzzi in seguito alle modifiche, è quindi la seguente: "Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma 2 viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente".

Riforma PA. Primari e universitari in pensione da 68 anni. Resta limite di 65 anni per altri medici.

Via libera nel testo all'emendamento del relatore (1.501), Emanuela Fiano (Pd), che torna a porre un distinguo sul limite di età per poter accedere alla pensione. Alle università si prescrive anche di procedere "prioritariamente" all'assunzione di almeno un nuovo professore o di un nuovo contratto per ricercatore a tempo indeterminato. IL TESTO

Non mancano le novità. Rispetto a quanto [approvato appena due giorni fa dalla commissione Affari Costituzionali](#) della Camera, cambiano le soglie di età per la pensione. Mentre, infatti, con l'emendamento approvato in commissione i dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn, i professori universitari e i ricercatori, potevano accedere alla pensione soltanto a partire dai 65 anni, un nuovo emendamento del relatore (1.501), **Emanuele Fiano (Pd)**, presentato ieri, sposta questa soglia a 68 anni per i primari e gli universitari, lasciando il limite dei 65 anni per gli altri medici.

Nel testo dell'emendamento si legge come le Università, per ogni professore per il quale verrà applicata la nuova regola, dovrà "procedere prioritariamente all'assunzione di almeno un nuovo professore, con esclusione dei professori e dei ricercatori a tempo indeterminato già in servizio presso la stessa Università" o all'attivazione "di almeno un nuovo contratto per ricercatore a tempo determinato".

Vediamo anche le altre norme di interesse sanitario contenute nel provvedimento.

Obbligo di polizza per i medici dipendenti del Ssn. Per loro viene [annullata la scadenza prevista per il prossimo 15 agosto](#).

Divieto di incarichi dirigenziali ai pensionati. Divieto di conferire incarichi dirigenziali a chi è già pensionato. Sono comunque consentiti gli incarichi e le cariche conferite a titolo gratuito.

Taglio del 50% delle agibilità sindacali. Ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica, a decorrere dall'1 settembre 2014, i contingenti complessivi dei distacchi, aspettative e permessi sindacali, sono ridotti del 50% per ciascuna associazione sindacale.

Specializzandi. L'anno accademico 2014/2015 è il termine inderogabile per l'applicazione del riordino degli ordinamenti delle scuole di specializzazione medica e della loro durata. Gli specializzandi in corso, fatti salvi coloro che iniziano l'ultimo anno di specialità nell'anno accademico 2014/2015, per i quali rimane in vigore l'ordinamento previgente, devono optare tra il nuovo ordinamento e l'ordinamento previgente.

Prescrizioni semplificate per i malati cronici. Per le patologie croniche il medico può prescrivere medicinali fino a un massimo di 6 pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia.

Danneggiati da trasfusione con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie. Ai soggetti che hanno presentato entro la data del 19 gennaio 2010 domanda di adesione alla procedura transattiva, nonché ai loro aventi

causa nel caso in cui nelle more sia intervenuto il decesso, è riconosciuta, a titolo di equa riparazione, una somma di denaro, in un'unica soluzione, determinata nella misura di euro 100.000 per i danneggiati da trasfusione con sangue infetto e da somministrazione di emoderivati infetti e nella misura di euro 20.000 per i danneggiati da vaccinazione obbligatoria. La liquidazione degli importi è effettuata entro il 31 dicembre 2017, in base al criterio della gravità dell'infermità derivatane agli aventi diritto e, in caso di pari entità, secondo l'ordine del disagio economico.

Realizzazione nuove strutture sanitarie. Cancellazione dell'annullamento dell'obbligo di rilascio da parte della Regione della certificazione di compatibilità del progetto di realizzazione di nuove strutture sanitarie private, riferita al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale della struttura da realizzare, in funzione della presenza di attività analoghe sul territorio regionale. Il risultato sarebbe stato la libertà per i privati di costruire strutture sanitarie al di fuori di ogni programmazione regionale.

Nuova allocazione del personale Pa. Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento, previo assenso dell'amministrazione di appartenenza. In via sperimentale, in attesa di introdurre nuove procedure per la determinazione dei fabbisogno standard di personale delle amministrazioni pubbliche, per il trasferimento tra le sedi centrali di differenti ministeri, agenzie ed enti pubblici non economici nazionali, non è richiesto l'assenso dell'amministrazione di appartenenza, la quale dispone il trasferimento entro due mesi dalla richiesta dell'amministrazione di destinazione. I dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti. Queste disposizioni si applicano ai dipendenti con figli di età inferiore a tre anni, che hanno diritto al congedo parentale, e ai lavoratori con minori con handicap in situazione di gravità, con il consenso degli stessi alla prestazione della propria attività lavorativa in un'altra sede. Al fine di favorire tali processi, il Mef istituisce un Fondo destinato al miglioramento dell'allocazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, con una dotazione di 15 mln di euro per il 2014 e 30 mln a decorrere dall'anno 2015.

Riforma PA. Ripa di Meana (Fiaso): "Primari in pensione a 68 anni è 'contentino' a una lobby"

Il presidente Fiaso giudica il provvedimento non solo "demagogico", ma anche una "vendetta" contro quella che "si vuol far passare come una casta". Per Ripa di Meana il "contentino" dato alla lobby dei primari non risolve il problema: "Andrebbe ripensato tutto il sistema".

"L'innalzamento dell'età a cui i primari potranno essere mandati in pensione d'ufficio a 68 anni è solo un 'contentino' a una lobby, mentre l'intervento sul tema contenuto nel Dl sulla Pubblica amministrazione è demagogico e contiene una vendetta contro quella che si vuol far passare come casta". Lo ha affermato **Francesco Ripa di Meana**, presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso).

Il decreto in origine prevedeva il tetto di 65 anni per tutti, mentre ora è rimasto solo per i

dirigenti medici, e non per i primari. "Io sono contrario all'archiviazione di una generazione per decreto - ha affermato Ripa di Meana - anche perchè agiamo in un regime di blocco del turnover, in cui spesso è difficile sostituire chi si perde. Quello dei 68 anni è un 'contentino' dato alla lobby dei primari, ma non risolve il problema, perchè in realtà andrebbe ripensato tutto il sistema".

Il nuovo regime, ha spiegato il presidente Fiaso, manca di flessibilità. "Noi dobbiamo avere delle regole che permettano di restare a chi serve per qualità ed esperienza, ed avere gli strumenti per riuscire a 'mandare via' quelli di cui non si ha il bisogno. Non si può - ha concluso - decidere di mandare via tutti per decreto senza guardare alla qualità delle persone".

Riforma PA. Fp-Cgil medici. Cozza: "Incomprensibile la distinzione tra dirigente medico e primario"

Dopo l'approvazione in commissione Affari costituzionali della Camera di un emendamento all'art.1, comma 5, del testo di riforma della Pa, per Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil medici, con mille primari in pensione a 68 anni, "manca la staffetta generazionale".

“Deve esserci una differenza genetica, o di altra natura, tale da giustificare età di pensionamento differenti per dirigenti medici e dirigenti di struttura complessa, altrimenti detti primari. Perché questi ultimi possono essere mandati in pensione d'ufficio solo dopo i 68 anni, mentre gli altri dirigenti medici dopo i 65 e il resto del personale sanitario dopo i 62?”. Se lo chiede il segretario nazionale Fp-Cgil medici, Massimo Cozza.

Dai dati in possesso del sindacato sarebbero almeno mille i primari che potranno rimanere al lavoro fino ai 68 anni secondo quanto previsto dalla nuova misura inserita nel testo della riforma della Pa.

“Questo vuol dire - spiega Cozza - che ad altri mille medici verrà negato un percorso di crescita professionale. Se poi si proietta in questo scenario la media anagrafica dei medici pubblici italiani, già oltre i 53 anni, il risultato è agli antipodi di quello promesso da Renzi e Madia. Si produrrà un paradossale invecchiamento del personale medico - aggiunge - senza peraltro prevedere che eventuali risorse liberate con i pensionamenti d'ufficio siano utilizzate per assunzioni di giovani medici. Immaginiamo - conclude - che la staffetta generazionale sbandierata dalla Ministra Marianna Madia a questo punto sia stata rimandata, se non definitivamente messa nel cassetto”.

Riforma PA. Cic: "Comporterà ulteriore aggravamento della già precaria situazione Ssn"

Il presidente del Collegio italiano dei chirurghi, Nicola Surico, denuncia "l'assenza di un vero e generale riordino del settore sanitario". E chiede ai "parlamentari di ogni schieramento ad opporsi all'approvazione del testo proposto".

Il Dl 90 per la riforma della PA contiene norme “spacciate come idonee a favorire il ricambio generazionale nelle pubbliche amministrazioni”, ma che in realtà “sono foriere di ulteriore aggravamento, a danno della salute pubblica e dei cittadini, della già precaria situazione in cui versa il Ssn”. E’ la posizione espressa, tramite una nota, dal Collegio italiano dei chirurghi (Cic).

Secondo il Cic, infatti, “la facoltà di risoluzione del rapporto anche con i responsabili di struttura complessa depaupererà il servizio pubblico di risorse e di eccellenze professionali e ciò senza che le nuove generazioni all’evidenza traggano significativi benefici”. Il presidente del Collegio, **Nicola Surico**, sottolinea come una politica normativa “a spot in assenza di un vero e generale riordino del settore sanitario, appare destinata a destabilizzare un servizio pubblico fondamentale a tutto scapito del servizio stesso e degli utenti”.

Sulla base di questi elementi, il Cic invita “i parlamentari di ogni schieramento ad opporsi all’approvazione del testo proposto e rimandare ogni decisione da prendere successivamente di concerto con i ministri del Miur e della Salute”.

DOCTORNEWS33

Decade obbligo Rc per medici Ssn, Bianco (Fnomceo): per liberi professionisti questione non è risolta

I medici del Ssn possono tirare un sospiro di sollievo: il 15 agosto non dovranno adempiere ad alcuna scadenza assicurativa. La situazione resta, invece complessa per i liberi professionisti per i quali, spiega il presidente Fnomceo Amedeo Bianco in una pausa dei lavori di Commissione al Senato «il problema non è tanto l’obbligo legislativo quanto la mancanza di polizze accessibili. Si tratta» continua Bianco «di decine di migliaia di professionisti, soprattutto giovani, lasciati allo sbando in un mercato assicurativo che argina la fuga delle Compagnie dal ramo, solo in ragione di premi altissimi. E per i quali la questione non è risolta in attesa di un Dpr che fatica a vedere la luce». Per i medici Ssn, invece, ha avuto buon esito l’appello rivolto da Fnomceo per scongiurare la scadenza con l’obiettivo di «favorire l’accesso a polizze assicurative eque e sostenibili». La modifica è stata presentata nella relazione illustrativa al Dl 90 (riforma Pa), con riferimento alla legge 14 settembre 2011, n. 148. “In tema di obblighi assicurativi per i professionisti” recita il nuovo passaggio, “tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell’ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale”. La modifica, spiega la relazione, è stata apportata “al fine di evitare contenziosi futuri”. Cala così, almeno per ora, la tensione su una situazione al collasso ma la questione liberi professionisti resta in sospenso.

Uso improprio pronto soccorso; Cibinel (Simeu): più informazione e strutture

Il problema degli accessi inappropriati al pronto soccorso è ben presente in tutto il mondo, tanto che l’American college of emergency physicians (Acep) ha recentemente comunicato il successo di un apposito piano avviato nel 2010 che prevede alcune misure piuttosto drastiche, come l’identificazione dei cittadini che fanno un utilizzo eccessivo dei servizi di emergenza. Tra gli altri provvedimenti, c’è l’implementazione di un programma educativo rivolto a tutte le figure interessate e, in primo luogo, ai pazienti.

Anche **Gian Alfonso Cibinel**, presidente della Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu), pone l’informazione tra le più importanti azioni che si potrebbero intraprendere per migliorare le cose: «Una corretta educazione sanitaria può fare in modo

che le persone siano in grado di valutare meglio i propri bisogni e di capire se possono trovare una risposta più adeguata anche attraverso un percorso autogestito o comunque una realtà diversa dal pronto soccorso e dal 118. È in quest'ambito che, nel giugno scorso, la Simeu ha organizzato la settimana nazionale del pronto soccorso, per informare e stabilire una sorta di alleanza tra cittadini e operatori».

Ma anche un cittadino informato deve poter contare sull'effettiva presenza sul territorio di una rete di assistenza: «se la persona viene educata e sa che può trovare risposta al proprio bisogno in ambito territoriale dal suo medico curante, in una casa della salute o altre strutture di questo tipo, bisogna che queste strutture ci siano»!

Cibinel non sottovaluta l'uso improprio del pronto soccorso: «a seconda delle situazioni possiamo avere dal 5% fino al 30% di pazienti che accedono con quello che viene definito codice bianco e con problematiche che potrebbero in realtà trovare risposte altrove».

Tuttavia il problema più critico riguardo all'affollamento del pronto soccorso non è il volume di accessi impropri di bassa gravità, ma «la frequente impossibilità di ricoverare nei reparti ospedalieri quei pazienti che ne hanno effettivamente bisogno».

Meno attese con ambulatori di notte ma organici sono all'osso

Pur utile, potrebbe essere una goccia nel mare l'esperimento di aprire gli ambulatori ospedalieri di notte in Lombardia sulla scia di quanto fatto in Veneto. Nelle 14 strutture scelte per la sperimentazione sono stati accolti ben 41 mila pazienti in due mesi. La Regione potrebbe presto allargare l'esperimento ad altre strutture, ma la necessità c'è soprattutto in discipline come oculistica ed ortopedia dove le attese restano alte sia nelle strutture pubbliche sia nel privato accreditato, come dimostrano i dati dell'Asl di Milano: in Ortopedia per una rx al femore- da espletare in 7 giorni secondo la Regione - un paziente può aspettare fino a dieci volte tanto, e fino a 180 giorni per un controllo ortopedico. In oculistica si può attendere

252 giorni per un controllo al Fatebenefratelli. Non si tratta soltanto di pazienti non urgenti. La stessa Asl riscontra che molti "bollini verdi" (urgenze differibili, cioè dichiarate trattabili in 72 ore dal medico di famiglia) non vengono soddisfatti nei tempi. Per **Silverio Selvetti** segretario Anaa Assomed regionale, «il fatto che le richieste siano oggettivamente tante non è detto sia un indicatore corretto di funzionamento del sistema. Alcune richieste non sempre sono appropriate. Al netto di questo, il problema principale è legato al blocco del turn-over: nelle strutture lombarde ci sono sempre meno medici e gli studi aperti più a lungo potranno alleviare qualcosa ma non risolveranno certo i problemi». Selvetti ricorda che le prestazioni "in notturna" nel trimestre in corso «riguardano per lo più diagnostica radiologica, endoscopica e cardiologica. In Regione Veneto è in essere un' iniziativa analoga su tutto il territorio regionale ma ben più strutturata e soprattutto concordata con le i sindacati della dirigenza medica». In Lombardia è dunque auspicata una concertazione analoga. Un cenno infine alla libera professione intramuraria che potrebbe fare la sua parte nell'indirizzare alcune tipologie di pazienti a risposte più sollecite: «Non decolla – ammette Selvetti- e questo per una disomogenea applicazione delle norme che la regolano, spesso tra l'altro applicate in modo pretestuoso e penalizzante tanto per i medici quanto per i pazienti».

Choosing wisely, 5 procedure da evitare in tomografia computerizzata coronarica

Procedure inutili, costose e spesso dannose per i pazienti: dunque da evitare. Soddisfano tali requisiti quelle incluse nella “Top 5 list” stilata dalla Society of cardiovascular computed tomography (Scct) che ha aderito, come molte altre società scientifiche Usa, all’iniziativa “Choosing wisely” della Fondazione Abim (American board of internal medicine), volta a eliminare sprechi di tempo e risorse in medicina. Ecco l’elenco della Scct. 1) Non ricorrere alla quantificazione del calcio coronarico (calcium score, Csi) nei pazienti con coronaropatia nota (inclusi impianti di stent o innesti di by-pass). Questa tecnica si usa per valutare individui senza coronaropatia nota e ha un limitato valore prognostico aggiuntivo nei pazienti con malattia coronarica nota, quali i portatori di stent o by-pass.2) Non richiedere il Csi per una valutazione preoperatoria in qualsiasi tipo di chirurgia, indipendentemente dal rischio del paziente. Nessuna prova supporta il potenziale diagnostico o prognostico nel setting preoperatorio del Csi che, al contrario, può aumentare i costi e confondere le valutazioni basate sulle linee guida professionali. 3) Non richiedere il Csi come screening in soggetti a basso rischio asintomatici, tranne che negli individui con storia familiare di coronaropatia prematura. La riclassificazione netta del rischio mediante Csi, quando aggiunto al calcolo del rischio coronarico, è meno efficace nei soggetti a basso rischio. 4) Non richiedere routinariamente un’angiografia coronarica in tomografia computerizzata (Angio-Tc) come screening in individui asintomatici. Il rilievo di stenosi coronariche all’angio-Tc raramente offre una discriminazione incrementale rispetto al Csi in soggetti asintomatici. 5) Non ricorrere all’angio-Tc in pazienti ad alto rischio con dolore toracico acuto ricoverati nei dipartimenti di emergenza. A oggi, trial controllati randomizzati che hanno valutato l’uso dell’angio-Tc in individui che si presentano con dolore toracico acuto al dipartimento di emergenza si sono limitati a pazienti a rischio basso o medio-basso.

DIRITTO SANITARIO Licenziamento disciplinare del medico pubblico dipendente

La Corte d’appello di Ancona ha respinto l’impugnazione proposta da un medico avverso la sentenza di primo grado che aveva rigettato la domanda di accertamento della illegittimità del licenziamento intimatogli nel 1999 dalla Azienda ospedaliera datrice di lavoro. Il sanitario aveva inveito violentemente contro un collega; non aveva partecipato alle visite collegiali della squadra di lavoro ed aveva fornito ad un utente informazioni scorrette ed offensive circa l’esecuzione di un intervento chirurgico eseguito da altro medico. La sentenza d’appello è stata sottoposta al vaglio della Suprema Corte che ha rigettato il ricorso.

La Cassazione ha rilevato che per le sanzioni espulsive sussiste la necessità della previsione del codice disciplinare per le sole condotte che in relazione alle peculiarità dell’attività o dell’organizzazione dell’impresa possano integrare ipotesi di giusta causa o giustificato motivo oggettivo, per cui il motivo di impugnazione della sentenza della Corte d’appello, basato sulla prospettata necessità della pubblicità del codice disciplinare è superata dalla considerazione che nel caso specifico si trattava di violazioni avvertite dalla coscienza sociale quale minimo etico, quali, appunto, il fatto di inveire violentemente contro un collega di lavoro, fornire informazioni denigratorie sull’operato di un collega e non osservare le direttive di lavoro.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

DI Pa: niente obbligo di polizza per i medici Ssn. Ecco come leggere le previsioni del decreto

C'è ansia da parte dei medici per la scadenza del 15 agosto fissata dalla legge 148/2011. Ma anche se con una scrittura abbastanza complessa per una comprensione immediata dei suoi effetti, la promessa fatta a suo tempo dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin ([VEDI](#)) che aveva annunciato la decadenza dell'obbligo per i medici inserita proprio nel DI Pa è un dato di fatto rimasto immutato nell'iter in commissione Affari costituzionali della Camera ([VEDI](#)).

Ecco come la relazione al DI ([VEDI](#)) spiega la formulazione (come già anticipato su questo sito il 27 giugno scorso: [VEDI](#)).

All'articolo 27, comma c), del DI Pa si legge: «Al comma 4, primo periodo (dell'articolo 3 del decreto Balduzzi, legge 189/2012, ndr) le parole "Per i contenuti" sono sostituite dalle seguenti: "Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti"».

Come rileggere la legge Balduzzi

Così riformulata, la norma della legge Balduzzi suona così: «Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma 2 (il Dpcm volto ad agevolare l'accesso alla copertura da parte dei sanitari, ndr) viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente».

Gli obblighi della legge 148/2011 non valgono per i medici Ssn

Secondo la relazione al decreto Pa, questa novità «ha unicamente lo scopo di chiarire definitivamente, al fine di evitare costosi contenziosi futuri», tenuto conto della ratio della norma generale del DI 138/2011 in materia di obblighi assicurativi per i professionisti, «che tali obblighi non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale». La deadline del 15 agosto 2014 per dotarsi di una copertura assicurativa (fissata da ultimo dal decreto del Fare) non vale quindi per i medici Ssn. Che tuttavia non potranno contare sulle polizze Asl per essere coperti per la colpa grave.

I medici quindi possono stare tranquilli: il 15 agosto non ci sono scadenze assicurative per loro.

Primari in pensione a 68 anni. Ripa di Meana (Fiaso): «Servono regole

che permettano di restare a chi serve»

L'innalzamento dell'età a cui i primari potranno essere mandati in pensione d'ufficio a 68 anni è «solo un contentino a una lobby», mentre l'intervento sul tema contenuto nel Dl sulla Pubblica amministrazione è «demagogico e contiene una vendetta contro quella che si vuol far passare come casta». Lo afferma Francesco Ripa di Meana, presidente della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso).

Il decreto in origine prevedeva il tetto di 65 anni per tutti, mentre ora è rimasto solo per i dirigenti medici, e non per i primari. «Io sono contrario all'archiviazione di una generazione per decreto - afferma Ripa di Meana - anche perchè abbiamo in un regime di blocco del turnover, in cui spesso è difficile sostituire chi si perde. Quello dei 68 anni è un 'contentino' dato alla lobby dei primari, ma non risolve il problema, perchè in realtà andrebbe ripensato tutto il sistema».

Il nuovo regime, spiega il presidente Fiaso, manca di flessibilità. «Noi dobbiamo avere delle regole che permettano di restare a chi serve per qualità ed esperienza, e avere gli strumenti per riuscire a 'mandare via' quelli di cui non si ha il bisogno. Non si può decidere di mandare via tutti per decreto senza guardare alla qualità delle persone».

Previdenza: fondi pensione meglio del Tfr

I fondi pensione hanno battuto il vecchio Tfr nel 2013. Rino Tarelli, il presidente della Covip, la commissione di vigilanza di questo importante settore del risparmio, ha spiegato che i fondi pensione negoziali hanno reso in media il 5,4%, mentre il rendimento dei fondi pensione aperti ha registrato un rendimento medio dell'8,1 per cento.

I Pip (piani individuali pensionistici di tipo assicurativo), realizzati attraverso i prodotti di ramo III, hanno reso il 12,2%. Nello stesso periodo il Tfr si è rivalutato solo dell'1,7 per cento. Dal 2000 a oggi il rendimento cumulato dei fondi pensione negoziali è stato pari al 48,7% rispetto al 46,1% ottenuto dal trattamento di fine rapporto.

La Covip ha la vigilanza di 8 milioni di iscritti per un patrimonio complessivo di 177 miliardi così diviso: 116 miliardi per i fondi pensione e 61 miliardi per le casse professionali. Una cifra che è pari al 10% del Pil.

L'anno scorso sono stati raccolti 12,5 miliardi di euro di cui 5,2 miliardi provenienti da flussi di Tfr indirizzati appunto alla previdenza complementare. A fare la parte del leone per patrimonio sono i 330 fondi pre-esistenti che totalizzano 50 miliardi di euro (il 40% del totale).

I 39 fondi pensione negoziali sono a quota 34,5 miliardi; i fondi pensione aperti (59) sono a 12 miliardi e infine gli 81 Pip hanno 19,5 miliardi di patrimonio.

Tuttavia c'è, in questo ambito ancora roseo, un dato di particolare sofferenza. Aumentano, infatti, i lavoratori in difficoltà che danno uno stop ai versamenti. Salgono a 1,4 milioni gli iscritti ai fondi pensione che hanno sospeso i pagamenti, soprattutto a causa del protrarsi della crisi economica. Il riferimento temporale è il 31 marzo 2014: a fine 2012 i contribuenti silenziosi erano 1,2 milioni. Nel corso della relazione sono stati sottolineati gli scarsi investimenti da parte dei fondi pensione sulle aziende italiane. In particolare le sole forme di previdenza complementare hanno a disposizione quasi 90 miliardi per gli investimenti. Di questi, una parte cospicua, oltre il 61%, è costituita da titoli di debito. I fondi alla fine del 2013 avevano in portafoglio circa 24 miliardi di titoli di Stato italiani. Se si escludono Bot e

Btp, la quota di patrimonio che le forme pensionistiche complementari destinano al supporto dell'economia italiana è limitata. Nello specifico, i titoli (azioni e bond) emessi da imprese italiane nei portafogli dei fondi pensione è pari a 2,1 mld. Le forme di previdenza complementare possono, invece, rappresentare un importante canale di apporto di risorse finanziarie alle imprese nazionali e contribuire al rilancio dell'economia reale del Paese in piena coerenza con la missione prioritaria di fornire una prestazione pensionistica adeguata.

Dati ancora confortanti giungono dalla valutazione prodotta per i primi sei mesi dell'anno in corso. È stata staccata, infatti, decisamente la liquidazione. Nei primi sei mesi dell'anno è stato pari al 4% il rendimento medio offerto dai fondi pensione negoziali, aziendali o di categoria. Mentre il Tfr (il 6,91% della retribuzione lorda) nello stesso periodo ha reso invece lo 0,8%, al netto dell'aliquota dell'11%. La liquidazione mantenuta in azienda si è rivaluta con un tasso dell'1,5%, più il 75% dell'inflazione. Un ottimo risultato è stato ottenuto anche dai fondi pensione aperti (promossi da compagnie d'assicurazione, banche, Sim e Sgr), che nella prima metà dell'anno hanno reso in media il 4,2%.

Malgrado il ritocco (scattato il 24 giugno scorso) della tassazione sulle performance, passata dall'11% all'11,5%, la previdenza integrativa conferma il suo andamento positivo. E anche nel medio termine vince alla grande sul Tfr: tra il primo gennaio 2000 e il 30 giugno scorso, tutti i tre fondi chiusi maggiori esistenti all'inizio del periodo considerato hanno battuto nettamente il 47,3% della liquidazione.

Il migliore fondo chiuso è stato Fondenergia (energia e petrolio) con il 64,2%, seguito da Cometa (industria metalmeccanica e orafa) con il 58,1% e Fonchim (chimica e farmaceutica) con il 57,5%.

A parte i rendimenti, un altro fattore che rende più conveniente l'adesione ai fondi pensione rispetto alla decisione di mantenere il Tfr in azienda è il contributo aziendale (pari in media all'1,2-1,5% della retribuzione lorda), cui ha diritto solo chi vi aderisce.

C'è la necessità, da tutti sottolineata, che la previdenza complementare dovrà, comunque, compensare la minore copertura offerta dal sistema pensionistico obbligatorio che si ridurrà sempre di più nel tempo.

Cure palliative: oppioidi in crescita, cure soprattutto in corsia, il Sud resta indietro. Rapporto della Salute al Parlamento

Gli hospice sono di più al Nord rispetto al Centro-Sud, anche se il numero complessivo è in costante crescita: 221 strutture con 2.307 posti letto.

A livello nazionale è confermato il trend decrescente anche per l'anno 2012 del numero di decessi di pazienti con una patologia neoplastica avvenuti in un reparto ospedaliero per acuti; la diminuzione registrata nel 2012 rispetto al 2011 è più contenuta rispetto a quella registrata tra il 2011 e il 2010.

Significativo è il calcolo dell'indicatore della mortalità ospedaliera rapportata al numero di decessi per neoplasia; l'indicatore, calcolato per il Nord-Est, per il Nord-Ovest, per il Centro, per il Sud e per le Isole presenta un valore particolarmente elevato nel Nord-Est (41,7%), mentre assume un valore particolarmente basso nel Sud (16,9%) e nelle Isole (18,1%). In questo caso sarebbe necessario, per una valutazione appropriata, correlare il dato rilevato con i decessi a domicilio.

Osservando la ripartizione percentuale dei deceduti nei reparti ospedalieri, oltre il 50% dei decessi avviene nei reparti di medicina generale, nel 14% nelle oncologie e 6% nelle geriatrie.

Ma non sempre il dettaglio regionale conferma l'andamento nazionale.

Questi alcuni dati del «Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010» che il ministero della Salute ha appena pubblicato sul suo sito e nel quale si analizzano, articolo per articolo, i risultati dell'applicazione della legge. Dati già analizzati su Il Sole-24 Ore Sanità n. 28/2014 ([VEDI](#)) e su questo sito ([VEDI](#))

Analizzando l'andamento del numero di decessi a livello regionale, spiega il rapporto, si possono identificare tre gruppi di Regioni: quelle che presentano un valore decrescente in linea con l'andamento nazionale, le Regioni che sono invarianti rispetto l'anno precedente e le Regioni per le quali il numero dei decessi aumenta.

Nel primo gruppo sono classificate le Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Lazio, Molise e Puglia. Nel secondo gruppo le Regioni P.A. Bolzano, Umbria, Abruzzo e Basilicata. Nel terzo gruppo Toscana, Marche, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Il primo dato osservabile è che, ad esclusione della Toscana, in tutte le Regioni del terzo gruppo è riscontrabile un consistente minore numero dei decessi nei reparti di medicina generale; in questi casi aumentano i decessi nei reparti di oncologia, geriatria e, frequentemente, nelle terapie intensive. La Toscana, nonostante un lieve aumento dei decessi ospedalieri, presenta una elevata percentuale di decessi nella medicina generale. La Regione Campania presenta la percentuale più alta di decessi nei reparti di terapia intensiva.

Tra le regioni del secondo gruppo, cioè quelle per le quali il dato di mortalità è invariante rispetto l'anno precedente, Bolzano e Umbria riflettono la ripartizione percentuale del livello nazionale, mentre Abruzzo e Basilicata presentano un numero di decessi nei reparti di medicina generale decisamente inferiore della media nazionale.

Infine, per le Regioni del primo gruppo, nel quale si registra un trend decrescente del numero di decessi di pazienti affetti da una neoplasia nei reparti ospedalieri per acuti, escludendo la sola Regione Friuli Venezia Giulia che presenta una percentuale di decessi nei reparti di medicina generale particolarmente elevato, le restanti regioni presentano una ripartizione dei decessi nelle diverse discipline ospedaliere molto simile al dato nazionale. Unica eccezione la Regione Puglia che, a fronte di una diminuzione molto contenuta del numero di decessi, presenta un valore percentuale molto basso della medicina generale con un aumento dell'oncologia.

«La prima riflessione - si legge nel rapporto - alla luce dei dati fin qui esaminati, riguarda la necessità di implementare quanto previsto per le cure palliative ospedaliere nell'intesa del 25 luglio 2012».

Il consumo di farmaci analgesici

Osservando i valori relativi al consumo di farmaci analgesici oppioidi registrato dalle vendite delle farmacie, nel triennio 2011/2013, la spesa si registra un incremento medio nel triennio a livello nazionale pari a circa il 50 per cento.

Nell'analisi a livello regionale, relativamente alla percentuale di incremento della spesa nel triennio 2011/2013, si osserva un aumento dell'importo in tutte le Regioni, con valori più elevati nelle Regioni Campania (73%), Lazio (68%) e Puglia (69%); Basilicata (39%),

Abruzzo (40%) e **Sardegna (40%)** restano, nonostante si registri una crescita costante dei consumi, sempre al di sotto della media nazionale pari al 48%.

La percentuale di incremento più bassa si rileva nella Regione Toscana con il 30%. Appare particolarmente positivo l'incremento registrato in alcune regioni del centro-sud nelle quali, nel passato, sono stati osservati consumi molto contenuti.

Il risultato nazionale confermato dall'analisi dei consumi dei farmaci inclusi nell'allegato III bis effettuato nel periodo 2010-2012 provenienti dalla banca dati dell'Aifa. La tabella n. 10 riporta il valore complessivo e la quota parte utilizzata nella terapia del dolore.

Analizzando la spesa relativa al consumo dei farmaci analgesici non oppioidi sempre nel triennio 2011/2013 si osserva un lieve decremento tra il dato relativo all'anno 2013 (522 milioni di euro) rispetto al dato relativo all'anno 2011 (514 milioni di euro) ma con un consistente aumento di spesa tra l'anno 2012 e il 2013. In questo ambito, confrontando il valore dell'anno 2013 rispetto a quello relativo all'anno 2011, si osserva un decremento del 2% della spesa totale.

Il decremento non viene però confermato nei dati regionali: la diminuzione è particolarmente consistente nelle regioni Basilicata (-12%), Abruzzo (-10%), Sicilia (-10%), è nulla nelle regioni Lazio, Marche e Toscana e si registra un aumento maggiore nelle regioni Lombardia, Valle D'Aosta e nella P.A. di Trento.

Come era già emerso dal passato Rapporto al Parlamento i consumi di farmaci oppioidi nell'ambito pediatrico presentano dei valori di spesa molto contenuti rispetto a quanto osservato per il paziente "adulto".

Dall'esame dei dati relativi al triennio 2011 - 2013 i farmaci in associazione Codeina/paracetamolo sono quelli più utilizzati ma la spesa più elevata si registra osservando il dato relativo al Fentanil e al Fentanil Citrato.

Esaminando il dato della distribuzione regionale della spesa complessiva nel triennio 2011-2013, i valori più elevati si registrano nelle regioni Veneto, Toscana e Lombardia, con un rilevante incremento nella regione Veneto

Rete pediatrica

L'assistenza al paziente pediatrico, rispetto a quanto stabilito per l'adulto, è strutturata seguendo modalità e criteri differenti.

Dall'analisi dei dati relativi alla numerosità dei minori deceduti per patologia neoplastica in ambito ospedaliero il rapporto evidenzia come vi sia un trend in calo (ridotto del 19% dall'anno 2006 all'anno 2011) con tendenza alla stabilità (155 minori nel 2011 – 156 nel 2012) negli ultimi 24 mesi. Questo fa presumere che le CPP e la gestione domiciliare dei bambini oncologici inguaribili, stia diventando, anche se con modalità differenti, un modello assistenziale attuato ed in via di espansione.

Persiste per altro, come evidenziato in tab. n. 16 e fig.n. 5, un'alta percentuale di minori (27,5%) che muore in ambito critico. Una percentuale analoga di bambini (27%) muore in reparto di oncoematologia pediatrica, mentre una quota (22%) minore nei reparti di pediatria. Più di 3.000 sono le giornate di ricovero totali, con una degenza media pari a 20 giorni/anno. Sarà importante valutare quanti di questi decessi, per eleggibilità del paziente e situazione clinica e familiare, potrebbero usufruire dei servizi di CPP ed essere gestiti a domicilio.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584