

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 6 MARZO 2015

#### SOMMARIO

##### LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ Record di donazioni, in Sardegna vince la generosità

Regione leader nel Mezzogiorno e oltre la media nazionale Eccellenza dell'ospedale Brotzu: dal cuore al rene-pancreas

##### L'UNIONE SARDA

- ❖ Trapianti, crescono le donazioni L'assessore Arru illustra i dati del 2014: ringraziamenti alle famiglie dei defunti e ai medici

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Medicina convenzionata.** Raggiunta intesa tra sindacati, regioni e ministero: salvo lo studio del medico di famiglia ma la convenzione dovrà finanziare anche le AFT. **IL TESTO**
- ❖ **Infermieri a congresso.** Silvestro: "Nessuno vuole espropriare competenze altrui, non siamo né vogliamo essere *medici bonsai*. Ma la nascita dell'infermiere specialista è un fatto ineludibile"
- ❖ Elezioni Fnomceo. **I giovani medici del Sigm "bocciano" Amato e Chersevani:** "Espressione di vecchi schemi e sterili contrapposizioni"

##### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Così Papa Francesco boccia la medicina del profitto e incoraggia cure palliative e assistenza agli anziani
- ❖ Dispositivi medici. Corte Ue: prodotti difettosi, il produttore rimborsa i costi

##### DOCTOR 33. IT

- ❖ Pos. **Professionisti "sordi" all'obbligo.** In Senato disegno di legge con sanzioni
- ❖ Polizza sanitaria e busta arancione. **Enpam amplia i servizi agli iscritti**

---

---

## LA NUOVA SARDEGNA

Record di donazioni, in Sardegna vince la generosità

## **Regione leader nel Mezzogiorno e oltre la media nazionale** **Eccellenza dell'ospedale Brotzu: dal cuore al rene-pancreas**

Un vero record e che record la Sardegna può vantarlo nel Mezzogiorno: è la regione con il numero più alto nelle donazioni di organi. Con il 27,4 per cento per milione di abitanti, ha anche una media superiore a quella nazionale del 23,1. Ma soprattutto rispetto al 2013 l'anno scorso la generosità è cresciuta di ben tre punti in percentuale. «Siamo di fatto indipendenti, vale a dire che possiamo fronteggiare da soli le richieste di trapianto», è stato il commento dell'assessore alla Salute, Luigi Arru, al dossier presentato dal direttore del Centro regionale per i trapianti, Carlo Carcassi. «Fra i cittadini – ha proseguito l'assessore – le Asl hanno rilevato ben il 96,9 per cento di consensi alla donazione, sei punti in più rispetto alla media nazionale. Il che vuol dire: in Sardegna è stato raggiunto un alto livello di sensibilizzazione». Pochi sanno che la volontà di donare può essere dichiarata anche negli uffici comunali dell'anagrafe con il rinnovo della carta d'identità. In Sardegna per ora sono solo tre i Comuni abilitati alla registrazione: Cagliari, Oristano e Osilo, ma presto il servizio sarà più regionali. È stato il coordinatore del Centro trapianti, Carlo Carcassi, a tirare le somme sui trapianti nel 2014. L'anno scorso all'ospedale Brotzu di Cagliari, l'unico autorizzato in Sardegna, sono stati effettuati ottanta trapianti, quattro in più rispetto al 2013. Nel dettaglio quelli di cuore sono stati sei (cinque l'anno prima), ventotto di fegato (venti), trentotto di reni, quattro combinati rene-pancreas e tre di pancreas. «Risultati eccellenti – è stato il commento di Carcassi – ottenuti grazie all'impegno di tutta la rete regionali dei trapianti, che ormai è di assoluto livello anche nell'utilizzo del robot in sala operatoria, ma soprattutto grazie alla responsabilità etica e solidale dei familiari dei donatori». Altri dati positivi arrivano dalla donazione di cellule staminali, in aumento, e da quelli di midollo osseo, con l'iscrizione nel 2014 di 442 nuovi iscritti nel registro regionale, soprattutto per la decisiva campagna di sensibilizzazione avviata dall'associazione Admo. «Non possiamo che essere orgogliosi della generosità dimostrata dai sardi – ha ribadito l'assessore Luigi Arru – ma continuano a essere impegnati perché la cultura della donazioni diventi davvero un nostro patrimonio sociale e medico inscindibile soprattutto fra le nuove generazioni».

## **L'UNIONE SARDA**

### **Trapianti, crescono le donazioni** **L'assessore Arru illustra i dati del 2014: ringraziamenti alle famiglie dei defunti e ai medici**

Sono tanto generosi, i sardi, da essere quasi autosufficienti sul fronte delle richieste di trapianto. Nel 2014, infatti, il numero delle donazioni di organi è cresciuto di tre punti percentuali, passando dal 24,4 per cento al 27,4 per milione di popolazione. Tradotto, trentacinque donazioni utilizzate (cinque in più rispetto al 2013) che hanno consentito

ai Centri di Trapianto dell'azienda ospedaliera Brotzu di fare il risultato: ottanta organi (ogni donatore ne dona più di uno) in totale trapiantati nel 2014. E l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, ringrazia. Innanzitutto «le famiglie sarde che nei momenti difficili successivi alla perdita di una persona cara, dimostrano di avere altruismo e la lucidità per permettere la donazione», e poi «tutte le rianimazioni e i medici del sistema sanitario regionale». In particolare, aggiunge il coordinatore regionale per i trapianti, Carlo Carcassi, «grande apprezzamento va ai professionisti dei reparti di anestesia e rianimazione che, grazie a un lavoro certosino, fanno sì che non venga persa alcuna opportunità di trovare dei donatori».

La Sardegna si conferma regione leader nel centro-sud Italia, ancora leggermente al di sopra della media nazionale (23,1 per milione di popolazione), ma in lieve ritardo nei confronti del nord. Nel 2014, dalle 14 rianimazioni regionali censite per l'attività di donazione sono arrivate 65 segnalazioni di potenziali donatori al Centro regionale trapianti dell'ospedale Binaghi; 47 sono arrivati alla valutazione finale, 42 al prelievo degli organi, e alla fine sono state utilizzate 35 donazioni. «Su 65 segnalazioni» sottolinea il titolare della Sanità, «cinquanta famiglie hanno acconsentito alla proposta di donazione, ciò significa che le opposizioni sono state soltanto 15 (pari al 23,1%, a fronte della media nazionale del 31%), a conferma della sensibilità e solidarietà sociale della popolazione sarda».

All'8 febbraio 2015, le Asl hanno rilevato il 96,9 per cento di consensi tra i cittadini con riferimento alle dichiarazioni di volontà sottoscritte nelle Aziende sanitarie (la media nazionale è del 90 per cento con l'Isola al quarto posto dopo Abruzzo, Campania e Basilicata). Più bassa la percentuale (89,1 per cento contro una media nazionale del 93,5) dell'espressione di volontà a donare gli organi manifestata al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità nel Comune di appartenenza (secondo quanto stabilito dal Decreto Mille-proroghe). Ma va detto che soltanto tre Comuni - Cagliari, Oristano e Osilo mentre in tutto il Paese sono 45 - hanno avviato il servizio di registrazione della dichiarazione di volontà.

## QUOTIDIANO SANITA'.IT

**Medicina convenzionata.** Raggiunta intesa tra sindacati, regioni e ministero: salvo lo studio del medico di famiglia ma la convenzione dovrà finanziare anche le AFT. **IL TESTO**

*Lo studio del mmg non si tocca anche se l'AFT dovrà avere una sede fisica che sarà finanziata con una quota ad hoc di finanziamento dei fattori di produzione. Previsto un Patto generazionale per favorire il turnover. Medici di assistenza primaria ed ex guardia medica confluiscono nel ruolo unico della medicina generale. [IL](#)*

[DOCUMENTO](#)

Intesa nella tarda sera di ieri (erano le 23.00) tra Regioni, Ministero della Salute e Sindacati della medicina convenzionata sul documento politico finalizzato a "sciogliere i nodi emersi nel corso della trattativa tra Sisac e Sindacati (la Fimmg ha

minacciato lo sciopero) individuando un consenso utile alla ripresa e ad una positiva conclusione del negoziato". L'intesa è stata firmata da tutti i sindacati medici tranne che da Snam. Lo Snam che in un primo momento non aveva sottoscritto l'accordo ha in seguito annunciato di aver posto una "[firma critica](#)".

**Resta lo studio del medico di famiglia.** Ma veniamo al testo dell'intesa. Rimane lo studio del singolo medico di famiglia ma in ogni caso l'Aggregazione funzionale territoriale (AFT), una delle nuove forme organizzative per le cure primarie previste sia dal decreto Balduzzi che da precedenti normative e convenzioni, dovrà avere almeno una sede di riferimento presso la quale vengono svolte le funzioni di coordinamento, di condivisione, audit.

**Finanziamento delle AFT.** Per finanziare l'AFT sono previste, nel rispetto degli attuali livelli retributivi, e individuate nell'ambito dell'attuale trattamento economico del medico, due quote di finanziamento dei fattori produttivi: una per le attività del singolo medico e una per le AFT.

Le regioni potranno inoltre fornire, sulla base della loro programmazione, i fattori produttivi alle attività da espletare in forma aggregata. Tale possibilità sarà realizzata anche destinando parte delle risorse liberate dal procedimento di riorganizzazione del territorio incluse quelle derivanti dall'attuazione del regolamento sugli standard ospedalieri, nel limite del rispetto dei vincoli di bilancio di finanza pubblica.

**Per le UCCP programmazione e realizzazione a regioni e Asl.** Per quanto riguarda le Unità complesse di cure primarie (UCCP), l'altra forma organizzativa della Balduzzi che prevede la presenza di équipe multidisciplinari, la programmazione e realizzazione è demandata rispettivamente alle Regioni e alle Aziende. Le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle UCCP sono disciplinate dagli accordi regionali e aziendali.

**Ruolo unico medicina generale.** È istituito il ruolo unico della medicina generale nel quale confluiscono gli attuali medici di assistenza primaria ed i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica). Si specifica però come l'ACN dovrà regolamentare l'istituto del ruolo unico in modo da garantirne a regime l'uniformità sul territorio nazionale e definire la gradualità di applicazione dello stesso negli anni.

**Quale profilo per mmg, pediatri e sumai.** Dal punto di vista del profilo giuridico il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta sono qualificati, secondo le vigenti disposizioni normative, quali liberi professionisti in rapporto convenzionale con il SSN. Mentre lo specialista ambulatoriale è titolare di un rapporto convenzionale parasubordinato regolato dallo specifico ACN che determina anche le modalità di coordinamento degli specialisti in relazione all'attività distrettuale/aziendale

**Il Patto generazionale.** La contrattazione individuerà poi norme che, senza costi aggiuntivi, a carico del SSN, nell'ambito di un patto generazionale, favoriscano il progressivo turnover dei medici in modo da facilitare il più rapido inserimento di giovani medici. Analogamente si procederà per gli altri professionisti nell'ambito dell'ACN della specialistica ambulatoriale

**Le decisioni rinviate a ulteriori approfondimenti.** Su alcune materie infine (Diritti sindacali, modalità realizzazione patto generazionale, medicina dei servizi, emergenza territoriale, formazione specifica di cui all'art.22 del Patto per la Salute),

si è convenuto che si procederà con ulteriori approfondimenti e confronti specifici.

### ■ Intesa su convenzioni mmg

■ De Filippo: “Con questo documento si dà corpo alla nuova sanità territoriale”

■ Fimp: “Documento va nella giusta direzione”

■ Fespa: “Un piccolo passo avanti”

■ Sumai: “Ok a intesa con Governo e Regioni. Ora si riapra il tavolo di trattativa”

■ Montaldo: “Con questa intesa si creano le premesse per il riavvio del confronto tra le parti in sede Sisac”

■ Fimmg: “Superato lo stallo. Primo passo nella giusta direzione”

■ Smi: “Firmiamo ma siamo critici sulla medicina generale”

■ Cgil Medici: “Trattative sbloccate, ma serve ben altro per riformare le cure territoriali”

**Infermieri a congresso. Silvestro: “Nessuno vuole espropriare competenze altrui, non siamo né vogliamo essere *medici bonsai*. Ma la nascita dell’infermiere specialista è un fatto ineludibile”**

*Si è aperto a Roma il XVII Congresso dell'Ipasvi. Al centro il tema delle nuove competenze infermieristiche ma anche il ruolo crescente che la professione sta assumendo sia in ospedale che sul territorio. “Il comma 566 non ha forzato alcuna mano. Ha semplicemente dato il 'la' a una nuova composizione del processo di cura e assistenza”. Finalmente riconosciuto “il nostro ruolo nell'assistenza domiciliare, nell'ospedale di comunità, nella presa in carico dei pazienti e nella garanzia della continuità curativo assistenziale”. [LA RELAZIONE](#).*

“Il nostro fine non è espropriare competenze altrui o svolgere attività da medici *bonsai*, ma di utilizzare una marcia ulteriore per assistere i pazienti, individuarne e appropiarne le necessità, incidere nel processo organizzativo e decisionale di sistema e dare, conseguentemente, risposte ancora più pertinenti e mirate alle contingenze economiche e ai bisogni che emergono dall'attuale scenario demografico ed epidemiologico. Non intacchiamo o erodiamo il campo di attività di questo o di quel professionista, ma ci adeguiamo semmai all'evoluzione generale e ineludibile dei saperi, dei bisogni, dei sistemi organizzativi e soprattutto alle necessità e alle aspettative dei cittadini”. Lo dice a chiare lettere **Annalisa Silvestro**, presidente della Federazione Ipasvi e senatrice del PD, durante la conferenza stampa di presentazione del XVII Congresso nazionale dei collegi che si è aperto oggi a Roma e che andrà avanti fino a sabato.

**Quindi Silvestro respinge l'accusa di invasione del campo di altri professionisti che potrebbe perpetrarsi con il comma 566 contenuto nella legge di stabilità 2015.** Anzi su questo è molto chiara “per le competenze specialistiche il percorso è già scritto da tempo e ora deve decollare. Il comma 566 della Legge di stabilità 2015

non ha forzato alcuna mano; ha semplicemente dato il *la* a una nuova composizione del processo di cura e assistenza che, come le note di un concerto devono essere intonate le une alle altre, deve prevedere ruoli, competenze, relazioni e responsabilità individuali e di équipe su atti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie, anche attraverso percorsi formativi complementari ossia post base, ossia specialistici”.

**L'assenza di Lorenzin e De Filippo, la delusione di Silvestro.** E a proposito di legge di stabilità, quindi di governo, Silvestro ha condiviso con i giornalisti presenti in sala stampa la comunicazione, giunta per telefono, che al Congresso Ipasvi non ci sarebbe stato nessun rappresentante del ministero della salute. L'assenza sia di **Beatrice Lorenzin** che del sottosegretario **Vito De Filippo**, ha decisamente fatto arrabbiare Silvestro che non ha nascosto la sua delusione e la sua amarezza e ha commentato "Da parte del governo ci vorrebbe l'onestà intellettuale di dire *ci sono dei problemi affrontiamoli insieme*". Noi, ha proseguito la senatrice del Pd "non ci siamo mai sottratti al dialogo. Comunque va bene, ne prendo atto e con me i tremila infermieri presenti che il governo non vuole affrontare i nostri problemi”.

Proseguendo la conferenza stampa Silvestro ha illustrato gli obiettivi degli infermieri, che sono chiari e semplici "sono obiettivi a cui possiamo guardare identificando prospettive e ruoli davvero realizzabili: elementi di certezza professionale e anche economica; formalizzazione della già avvenuta evoluzione delle nostre competenze sia in chiave assistenziale, sia in chiave manageriale; infermieri generalisti e infermieri specialisti, tutti competenti, preparati, capaci di lavorare in gruppo e in rete e di confrontarsi su un disegno assistenziale anche per metterlo in discussione allo scopo di raggiungere i risultati migliori per la collettività e per la propria famiglia professionale”.

**Nessun ritorno al mansionario.** "Il ridisegno delle competenze - ha sottolineato ancora Silvestro - è l'occasione per una riflessione sull'impostazione dei processi clinico assistenziali e su come il dispiegamento delle potenzialità delle diverse professioni, a cominciare proprio da quella infermieristica, possa consentire di recuperare efficienza, appropriatezza, prossimità e continuità nella risposta socio-sanitaria. Ed è proprio per questo che trovo surreale, come alcuni ventilano, che con le sei aree ora previste per delineare le funzioni dell'infermiere specialista, si torni al mansionario e si proponano e si pongano in essere invasioni di campo”.

**E se qualcuno ci vuole vedere delle forzature Silvestro replica,** "siamo chiari, ripetiamolo: non ci sono forzature. Nessun blitz. Nessun pasticcio. Nessun tentativo di togliere qualcosa a qualcuno o di mischiare carte. Si tratta semplicemente di applicare un atto regolamentare dovuto per chiarire che la strada che si sta percorrendo non è una scelta di pochi, ma un desiderio di tutti. O almeno di tutti coloro i quali hanno responsabilità gestionale, programmatica e di Governo”.

**Basta con il "benaltrismo".** E a chi l'accusa che forse in questo periodo di crisi ci sono argomenti più urgenti di cui occuparsi, la presidente Ipasvi replica, "basta con il *benaltrismo* di chi ci dice da troppo tempo che c'è ben altro di più importante o significativo da fare. Dobbiamo coagularci per portare a casa i nostri risultati. Non si discute sul nostro futuro. Un futuro ancora con qualche ombra ma che proprio per

questo ci chiama a lavorare assieme coralmemente, Federazione, Collegi, sindacati, ognuno per la propria parte, senza invasioni di campo o sovrapposizioni. Passi ben scanditi se non si può correre, ma passi certi che portino gli infermieri verso gli obiettivi che si sono dati. Non siamo spalla di nessuno, siamo professionisti che hanno scelto la propria professione e ora devono saperla gestire e programmare. Come, d'altra parte, abbiamo sempre fatto".

**Anche negli ospedali l'affermazione del ruolo infermieristico.** Parlando poi dell'ospedale e dei suoi nuovi standard, Silvestro illustra la sua visione. "L'ospedale è destinato a cambiare faccia: è un ritornello che si ripete da anni. Lo dice anche il Patto per la salute. Lo hanno delineato i nuovi standard ospedalieri che sono lo strumento e il presupposto per il cambio di rotta. Un documento di particolare rilevanza è quello sugli standard ospedalieri, perché potrà incidere in maniera significativa sull'offerta sanitaria e sui modelli organizzativo-assistenziali che dovranno accompagnare la riduzione complessiva dei posti letto a favore delle cure sul territorio strutturando le dimissioni protette, la continuità delle cure e dell'assistenza, i programmi di ospedalizzazione domiciliare. E il documento sugli standard ospedalieri pare voglia ridefinire l'offerta sanitaria partendo finalmente dai bisogni del cittadino, abbandonando l'attuale centratura sul percorso diagnostico-terapeutico e sulla disciplina medica. Nel processo di cambiamento delineato, il ruolo dell'infermiere è rilevante. Noi lo diciamo da tempo e ora prendiamo atto che finalmente lo dicono anche altri e lo scrivono in un documento istituzionale; un documento che ne sancisce la rilevanza nell'assistenza domiciliare, nell'ospedale di comunità, comunque nella presa in carico dei pazienti e nella garanzia della continuità curativo assistenziale".

**L'infermiere del territorio è realtà.** "Sul territorio – ha detto ancora Silvestro – ci sarà un infermiere in grado di diversificare le proprie peculiari competenze per affrontare con abilità, capacità, scientificità e vicinanza i bisogni emergenti nei cittadini attraverso la definizione di peculiari processi assistenziali, l'orizzontalità e la continuità dei percorsi, la diversificazione della risposta, l'estensività assistenziale, l'educazione e l'informazione. Che dovrà assumere anche un altro grande compito: quello di educatore sia per insegnare come eseguire al meglio alcuni atti di accudimento, sia e soprattutto per come stare vicino al proprio congiunto per aiutarlo a mantenere il miglior equilibrio possibile nel suo continuum salute-malattia. Un infermiere educatore che finalmente sviluppa e implementa nel territorio un ruolo antico ma mai completamente agito; un ruolo che nella forte crescita della domanda di assistenza, anche nel libero mercato, potrà trovare ampi spazi e rispetto e al quale siamo pronti con proposte concrete da rendere velocemente operative".

**Ultimo punto dedicato alle farmacie dei servizi** per dire che "Il ddl prevede la presenza degli infermieri nelle farmacie, per svolgere tutta una serie di attività che sono di nostra competenza e sarebbe anche tutto pronto da un punto di vista giuridico ma le farmacie non si stanno dotando di queste figure professionali. Nel pubblico ci sono piccole realtà come in Emilia e in Umbria dove qualcosa da questo punto di vista si sta facendo. Le farmacie private invece sono più lente, hanno bisogno di entrare in quest'ordine di idee. Dove però gli infermieri sono stati inseriti in organico, devo dire, che i riscontri sono positivi sia da parte dei cittadini che dei farmacisti".

**La questione del doppio incarico: "Deciderò dopo decisione della Giunta del Senato".** Nel suo intervento al Congresso nessun accenno al doppio incarico, anche perché il congresso Ipasvi non è un organo elettivo. La nomina del nuovo Comitato centrale e del nuovo presidente avverrà dopo, a metà mese, da parte dei singoli presidenti di collegio. Ma la posizione di Silvestro sulla questione è nota: continuare a lavorare tranquillamente al Senato e all'Ipasvi in attesa della decisione che la Giunta del Senato assumerà. "Quando il PD mi ha chiamata per entrare in Senato - ha sempre detto - sapeva benissimo che ero già presidente nazionale della Federazione degli infermieri e, a suo tempo, la stessa Giunta del Senato non aveva rilevato alcuna incompatibilità alla nomina". "Ora supposte ragioni che non sono né tecniche né legate al tema dell'anticorruzione - spiegava sempre la presidente/senatrice - vista anche la posizione dell'Anac, hanno riaperto la questione. Se la Giunta del Senato dovesse decidere quindi diversamente da quanto già accertato e deciso a suo tempo dando una lettura diversa sul tema, ne prenderò atto e deciderò, altrettanto tranquillamente, di conseguenza".

■ [Quasi 9 milioni di italiani ricorrono all'infermiere "privato". La spesa sfiora i 3 miliardi, ma un italiano su due paga in nero](#)

■ [Ecm: Cresce l'impegno dell'Ipasvi nel programma formativo](#)

■ [Infermiere: tutti i numeri di una professione](#)

■ [La buona sanità fatta dagli infermieri](#)

## **Elezioni Fnomceo. I giovani medici del Sigm "bocciano" Amato e Chersevani: "Espressione di vecchi schemi e sterili contrapposizioni"**

*Per il Segretariato italiano giovani medici, al di là della "questione" anagrafica, i candidati dovrebbero garantire l'indipendenza e la terzietà della Professione. Nonchè a sostenere una seria riforma degli Ordini Professionali, "rendendoli più moderni e funzionali". E infine si auspica anche "un ricambio generazionale" stabilendo un limite nei mandati.*

All'indomani [dell'ufficializzazione delle candidature](#) alla Presidenza del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ordini Medici ed Odontoiatri (Fnomceo), i Giovani Medici (Sigm) rilanciano la loro posizione. "Alla vigilia del Consiglio Nazionale Fnomceo avevamo rivolto un appello ai Presidenti Omceo al fine di superare anni di contrapposizioni sterili e ritrovare una reale unità di intenti e di rappresentanza nel mero interesse di tutta la categoria, in un momento storico in cui è messa in discussione la centralità del medico. La disunione e la commistione tra ambito professionale e politico ha prodotto una difesa inconsistente della professione anche di fronte al disegno delle Regioni di assumere medici neolaureati inquadrandoli nel comparto, dequalificando sia la professione che la formazione post lauream. Purtroppo, le nostre aspettative sono state disattese nuovamente", dichiarano i Giovani Medici.

"Infatti, Amato e Chersevani sono medici stimati che hanno storie e curricula di tutto rispetto, ma le loro candidature sono espressione di vecchi schemi, che altro non



fanno che indebolire la Professione – continua il Sigm –. Inoltre, rimaniamo convinti che chi è chiamato a presiedere la FNOMCeO debba essere rappresentativo di tutta la Professione, ma primariamente dei professionisti in attività, e l'essere in quiescenza rende gli attuali candidati alla presidenza meno autorevoli. Ed in aggiunta a ciò, sebbene per la prima volta si intraveda la possibilità di eleggere un Presidente donna, non ci sembra che tra le candidature al Comitato Centrale annunciate da entrambi gli schieramenti sia stata prevista la presenza di alcun giovane".

Da una rilevazione condotta dai Giovani Medici (Sigm), se venisse eletto uno dei due candidati citati, la Professione medica rinverrebbe nel gruppo "ristretto" di professioni che sono rappresentate da un presidente in età da quiescenza (over 65), assieme alla Professione Forense (68 anni), ai Biologici (che con un Presidente 70enne vantano il record di anzianità), agli Psicologi (66 anni), ai Chimici (66 anni) ed ai Giornalisti (66 anni). In età compresa tra i 60 ed i 63 anni, invece, sono i Presidenti degli Ordini Nazionali o dei Consigli Nazionali dei Notai, degli Ingegneri, dei Veterinari, dei Consulenti Industriali. Nella coorte dei cinquantenni, invece, rientrano i Presidenti degli Ordini nazionali o dei Consigli Nazionali degli Architetti (57 anni), degli Attuari (56 anni), dei Farmacisti (53 anni), dei Geologi (54 v), degli Agronomi (50 anni) e dei Consulenti del Lavoro (50 anni), degli Assistenti Sociali (54 anni) e dei Commercialisti (57 anni). Sotto i 50 anni il Presidente dell'Ordine nazionale dei Tecnologi Alimentari, professionisti che vantano il Presidente più giovane tra tutte le professioni (47 anni).

"Invitiamo i Presidenti Omceo ad una ulteriore riflessione, al fine di trovare soluzioni alternative, costruendo un candidatura unitaria che possa guardare al futuro della Professione, garantendone indipendenza e terzietà, che si impegni a sostenere una seria riforma degli Ordini Professionali, rendendoli più moderni e funzionali al rilancio del ruolo del medico, favorendo il ricambio generazionale all'interno dei consigli ordinistici, anche attraverso lo stabilire un limite nei mandati – continuano i Giovani Medici (Sigm) -. Se così non fosse, alle migliaia di giovani medici italiani, il cui futuro appare nebuloso anche a causa delle politiche professionali gerontocratiche adottate in passato, non resterà che interrogarsi sia sul significato che sull'utilità della sussistenza degli ordini professionali".

**SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

## **Così Papa Francesco boccia la medicina del profitto e incoraggia cure palliative e assistenza agli anziani**

«Evidenza ed efficienza non possono essere gli unici criteri a governare l'agire dei medici, né lo sono le regole dei sistemi sanitari e il profitto economico». Lo ha affermato Papa Francesco nel discorso rivolto oggi alla Pontificia Accademia della Vita che nella sua assemblea riflette sulle cure palliative e gli anziani. Secondo Francesco, «uno Stato non può pensare di guadagnare con la medicina. Al contrario,

non vi è dovere più

importante per una società di quello di custodire la persona umana». «La persona umana - ha scandito il Papa - rimane sempre preziosa, anche se segnata dall'anzianità e dalla malattia. La persona infatti, in qualsiasi circostanza, è un bene per sé stessa e per gli altri ed è amata da Dio».

«Per questo - ha spiegato incoraggiando le cure palliative - quando la sua vita diventa molto fragile e si avvicina la conclusione dell'esistenza terrena, sentiamo la responsabilità di assisterla e accompagnarla nel modo migliore».

«Le cure palliative - ha detto il Papa alla Pontificia accademia per la vita - finora sono state un prezioso accompagnamento per i malati oncologici, ma oggi sono molte e variegata le malattie, spesso legate all'anzianità, caratterizzate da un deperimento cronico e progressivo e che possono avvalersi di questo tipo di assistenza». «Incoraggio i professionisti e gli studenti a specializzarsi in questo tipo di assistenza che non possiede meno valore per il fatto che "non salva la vita". Le cure palliative realizzano qualcosa di altrettanto importante: valorizzano la persona». Esorto tutti coloro che, a diverso titolo, sono impegnati nel campo delle cure palliative, a praticare questo impegno conservando integro lo spirito di servizio e ricordando che ogni conoscenza medica è davvero scienza, nel suo significato più nobile, solo se si pone come ausilio in vista del bene dell'uomo, un bene che non si raggiunge mai "contro" la sua vita e la sua dignità».

## **Dispositivi medici. Corte Ue: prodotti difettosi, il produttore rimborsa i costi**

Se un dispositivo medico presenta un potenziale difetto, tutti i prodotti dello stesso modello possono essere qualificati come difettosi. Il fabbricante del dispositivo difettoso deve quindi rimborsare i costi connessi alla sua sostituzione, in quanto tale sostituzione è necessaria per ripristinare il livello di sicurezza che ci si può legittimamente attendere. Lo prevede la sentenza della Corte di Giustizia Ue nelle cause riunite C-503/13 e 504/13 Boston Scientific Medizintechnik GmbH / AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse e a. Alla base della sentenza la direttiva sui prodotti difettosi, che prevede la responsabilità del produttore per il danno causato da un difetto del suo prodotto. Si tratta della direttiva 85/374/CEE del Consiglio, del 25 luglio 1985, relativa al ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri in materia di responsabilità per danno da prodotti difettosi (GU L 210, pag. 29).

**Il caso.** Un'impresa commercializza in Germania pacemaker e defibrillatori automatici impiantabili. Taluni controlli di qualità effettuati successivamente dall'impresa hanno evidenziato che tali prodotti potevano essere difettosi e costituire un rischio per la salute dei pazienti. Di fronte a tale situazione, il produttore ha raccomandato ai medici di sostituire i pacemaker impiantati nei pazienti con altri pacemaker messi a disposizione gratuitamente. In parallelo, il fabbricante ha raccomandato ai medici curanti di disattivare un interruttore nei defibrillatori. Gli enti assicurativi delle persone il cui pacemaker o defibrillatore è stato sostituito

chiedono al fabbricante il rimborso dei costi connessi agli interventi. Investito della controversia tra gli enti assicurativi e l'impresa che commercializza tali dispositivi medici, il Bundesgerichtshof (Corte federale di Germania) chiede alla Corte di giustizia se i dispositivi sostituiti possano essere qualificati come difettosi, sebbene in essi non sia stato specificamente riscontrato alcun difetto, ma i controlli di qualità effettuati dal fabbricante su dispositivi del medesimo modello abbiano rivelato l'esistenza di un potenziale difetto. Il giudice tedesco desidera anche sapere se, in forza della direttiva, il costo della sostituzione di tali prodotti costituisca un danno che il produttore è tenuto a rimborsare.

**La sentenza della Corte Ue.** Nella sua sentenza odierna, la Corte constata che, in considerazione della loro funzione e della vulnerabilità dei pazienti che li utilizzano, i dispositivi sono soggetti a requisiti di sicurezza particolarmente rigorosi. La Corte sottolinea che il potenziale difetto di sicurezza, che fa sorgere la responsabilità del produttore, risiede nelle anomale potenzialità del danno che essi possono cagionare alla persona. Ciò premesso, la Corte rileva che l'accertamento di un potenziale difetto di un dispositivo medico consente di qualificare come difettosi tutti i prodotti dello stesso modello, senza che sia necessario dimostrare il difetto del prodotto in ogni singolo caso. Peraltro, la Corte dichiara che, per quanto riguarda la sostituzione dei pacemaker effettuata in seguito alle raccomandazioni stesse del produttore, i costi legati a tale sostituzione costituiscono un danno di cui, ai sensi della direttiva, è responsabile il produttore. Per quanto riguarda i defibrillatori automatici impiantabili in merito ai quali il produttore ha raccomandato unicamente la disattivazione di un interruttore, la Corte constata che spetta al giudice tedesco verificare se le disattivazione sia atta ad eliminare il difetto dei prodotti oppure se, a tal fine, sia necessaria la loro sostituzione.

## DOCTOR 33. IT

### Pos. Professionisti "sordi" all'obbligo. In Senato disegno di legge con sanzioni

I medici non comprano i Pos ma il tempo sta per finire: il Legislatore ha messo nero su bianco sgravi per i "buoni" e sanzioni per gli inadempienti. Un disegno di legge a prima firma del senatore **Pietro Aiello** (Ncd) prevede sia detrazioni dal reddito proporzionate alle percentuali pagate a titolo di commissioni sulle operazioni effettuate con lettore bancomat sia multe per 500 euro, con l'intimazione a mettersi in regola entro 30 giorni, per il professionista denunciato dal cliente alla Guardia di Finanza perché sprovvisto di apparecchiatura. Al secondo sgarro la multa raddoppia e al terzo c'è la sospensione dalla professione.

Dal 1° luglio 2014, tutti i professionisti sono obbligati ad installare il "point of sale"

se il paziente chiede di utilizzarlo per pagamenti oltre 30 euro sulle prestazioni in libera professione. Ma rispettano l'obbligo? Una fonte del Credito Cooperativo da Bologna sottolinea che «per quanto attiene ai lavoratori autonomi, in un contesto in cui il mercato sta comunque crescendo "naturalmente", non abbiamo rilevato segnali di cambiamento nitidi dallo scorso luglio, a differenza di quanto avvenuto a suo tempo con i tabaccai. Non c'è stata la corsa al Pos, probabilmente per via della confusione iniziale sulle scadenze, le richieste di proroga e per la mancata introduzione, finora, di sanzioni». «Non mi risulta che ci sia stata alcuna corsa-conferma l'onorevole Aiello raggiunto da Doctornews - proprio questo ci ha spinto ad un disegno di legge per completare la legge che fin qui non ha trovato l'applicazione attesa. Per adeguarsi, i professionisti avevano la necessità di uno stimolo che a nostro avviso può essere ben rappresentato dall'introduzione di sgravi e non solo di sanzioni».

L'ostacolo mentale è quello dei costi, anche burocratici: 200 euro d'installazione, il canone telefonico, le commissioni pagate a percentuale che danno l'impressione di essere una tassa (in certi casi arrivano al 2,5% dell'operazione). Queste ultime, preponderanti all'inizio quando nell'accordo con il consorzio Bancomat si decise per una gestione del servizio analoga a quella delle carte di credito, sono gradualmente rimpiazzate dal pagamento secco a commissione, anche perché molti professionisti hanno un volume di prestazioni minimo e il pagamento a percentuale diventa meno conveniente per la banca che provvede all'installazione. Per Aiello, «non è più pensabile continuare solo a sanzionare professionisti che, come nel caso dei medici, hanno già parecchie tegole sulla testa. Bisogna puntare sulla premialità e sono certo che anche l'azione parlamentare sarà tesa proprio a riconoscere la necessità di rafforzare il percorso intrapreso attraverso incentivi. Inoltre, poiché il tema è sentito e coinvolge professionisti, artigiani e operatori sanitari, è palese l'esigenza di normare al più presto la situazione. Grazie al sostegno dei senatori che hanno già finora controfirmato la proposta faremo in modo che l'iter parlamentare sia il più snello possibile».

## **Polizza sanitaria e busta arancione. Enpam amplia i servizi agli iscritti**

Farsi da casa online i calcoli per la pensione e subito dopo l'assicurazione malattia? Si può, e questo è un mese d'oro per entrambe le cose. L'Enpam estende a 70 mila medici convenzionati il sistema di calcolo dell'assegno futuro denominato "busta arancione", dal nome dell'annuale report inviato in Svezia a chi versa contributi previdenziali. E prolunga fino a marzo 2015 la possibilità di aderire alla polizza sanitaria (Unisalute) nella quale rientrano le coperture agli iscritti sia per importanti patologie, sia per situazioni di non autosufficienza, nonché per la maternità della donna medico e le cure neonatali. Il simulatore di calcolo della futura pensione ipotizza tre scenari per l'assegno: il primo è un calcolo sulla base della media dei redditi fin qui percepiti, il secondo calcolo avviene in base alla media contributiva degli ultimi 3-5 anni, il terzo risulterà adeguato se il medico prevede di continuare fino al pensionamento con il reddito dell'ultimo anno. Si potrà calcolare gli importi entrando nella propria area riservata sul sito dell'Enpam. «La busta arancione è il

nostro modo per dare agli iscritti, specie ai giovani, la prova tangibile che la pensione la prenderanno di sicuro», dice il presidente Enpam **Alberto Oliveti**. «Le simulazioni individuali, infatti, sono realizzate con gli stessi parametri con cui è stata calcolata la nostra sostenibilità a oltre mezzo secolo». Finora le ipotesi di pensione erano disponibili online solo per la quota A e i redditi da libera professione; ciononostante solo nel 2014 sono state oltre 300mila le simulazioni evase sul web. Nella busta arancione non sono ancora comprese le quote di pensione per attività di specialista ambulatoriale, per cui è necessaria la trasmissione di dati dalle Asl, o specialista esterno.

E veniamo allo slittamento per la polizza Sanitaria Enpam: estensibile al coniuge entro i 67 anni o all'intero nucleo familiare, si compone di un modulo base e tre integrativi orientati rispettivamente alla copertura delle degenze, delle prestazioni specialistiche e delle cure odontoiatriche; per ciascuna delle quattro coperture sono proposti premi differenziati su tre fasce d'età: under 40, tra 41 e 59 anni e da 60 anni in su. Copertura della maternità possibile pure per le mogli degli iscritti che diventano papà. Il testo della copertura assicurativa e i moduli per sottoscriverla sono disponibili online alla pagina [www.enpam.it/polizza-sanitaria](http://www.enpam.it/polizza-sanitaria) o <https://www.enpam.it/polizza-sanitaria> mentre se si hanno difficoltà a compilare il modulo online, il numero 0644163417 è attivo dal lunedì al venerdì ore 9-19.

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

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