

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 10 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI Rene, screening in piazza per prevenire
- ❖ OZIERI Nefrologia aperta per conoscersi meglio

L'UNIONE SARDA

- ❖ **LA POLEMICA.** Migaleddu: un sardo su tre vive in una zona inquinata Il presidente di Medici per l'Ambiente replica all'assessore Donatella Spano

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Cancro. Diagnosi per 3 mln di italiani. Ma 1 su 4 è già guarito. Lorenzin: "Dopo la guarigione garantire il ritorno per tutti a una vita normale"
- ❖ Ricerca clinica. Nasce la prima Scuola italiana di ricerca in Medicina generale
- ❖ Nuovi Lea e assistenza protesica. Confindustria: "Un buon provvedimento che rischia di essere vanificato da inadeguate procedure di fornitura"

DOCTOR 33. IT

- ❖ Per i medici liberi professionisti il reddito continua a crescere, lo dice il Rapporto Adepp
 - ❖ Pensioni. Consulta decide su mancato recupero inflazione. Ricorsi in vista
 - ❖ DIRITTO SANITARIO Posizione di garanzia del sanitario che prescrive una terapia alternativa
 - ❖ DIRITTO SANITARIO Indagine radiologica: competenza esclusiva del medico specialista
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Rene, screening in piazza per prevenire

Giovedì si rinnova l'appuntamento con la Giornata Mondiale del rene. Anche quest'anno la Asl di Sassari aderisce con una serie di iniziative a Sassari, Alghero e Ozieri. A Sassari la campagna di sensibilizzazione sulle malattie renali organizzata dalla Struttura Complessa di Nefrologia, Dialisi e Trapianti dell'Ospedale Civile Santissima Annunziata si svolgerà come di consueto in Piazza d'Italia. Grazie alla

collaborazione dei Vigili del fuoco, del Comune e della Provincia sarà allestita una tenda all'interno della quale il personale medico e infermieristico diretto dalla nefrologa Maria Cossu, sarà a disposizione dei cittadini dalle ore 9 alle ore 18 per effettuare l'esame delle urine, la misurazione della pressione arteriosa e del peso corporeo. Grazie agli esami di screening sarà possibile identificare alcuni fattori di rischio molto comuni come l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'obesità e le dislipidemie, quindi suggerire una condotta di vita ottimale oppure eventuali altre indagini cliniche e di laboratorio. La campagna di prevenzione "Nefrologie aperte", promossa dalla Sin e dalla Fondazione italiana del rene si svolgerà contemporaneamente anche ad Alghero e Ozieri.

OZIERI Nefrologia aperta per conoscersi meglio

Anche l'unità operativa di Nefrologia dell'ospedale Segni di Ozieri (nella foto) aderisce alle iniziative promosse dall'Asl di Sassari in occasione della Giornata mondiale del rene. Giovedì, nel reparto diretto dal dottor Mariano Ganadu saranno quindi effettuati degli screening gratuiti. Chi volesse farsi sottoporre a un controllo può recarsi nell'unità operativa, che si trova al quarto piano dell'ospedale Segni, dalle 9 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 17.30. Gli screening gratuiti a Ozieri seguono quelli già effettuati dall'Asl a Sassari, in piazza d'Italia, e ad Alghero nell'ospedale civile nell'ambito dell'iniziativa denominata Nefrologie aperte. Grazie agli esami di screening sarà possibile identificare alcuni fattori di rischio molto comuni, tra i quali soprattutto l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'obesità e le dislipidemie, e una volta individuati tali rischi suggerire una condotta di vita ottimale oppure eventuali altre indagini cliniche e di laboratorio. La campagna di prevenzione Nefrologie aperte è promossa in Italia dalla Società italiana di Nefrologia (Sin) e dalla Fondazione italiana del rene.

L'UNIONE SARDA

LA POLEMICA. Migaleddu: un sardo su tre vive in una zona inquinata Il presidente di Medici per l'Ambiente replica all'assessore Donatella Spano

Che la Sardegna sia la Regione più contaminata d'Italia, è un fatto. Come se non bastasse, spiega il presidente di Isde Sardegna (Medici per l'Ambiente), Vincenzo Migaleddu, «le sostanze tossico-nocive producono effetti in un'area ben più vasta dei 440mila ettari certificati». In che modo? «Attraverso le catene biologiche e alimentari». In pratica, gli inquinanti dispersi dai camini degli inceneritori e che si accumulano nell'ambiente, dove ci sono pascoli, vengono ingeriti dal bestiame e quindi trasferiti nel latte, in quanto principale mezzo di eliminazione delle tossine dall'organismo animale, si accumulano nel grasso animale e si concentrano nei

prodotti lattiero-caseari. «È sconcertante la scarsa conoscenza di queste tematiche da parte di un assessore all'Ambiente».

Nei giorni scorsi Donatella Spano aveva annunciato il potenziamento dell'impianto di Tossilo come utile per introdurre «ulteriori presidi ambientali che consentiranno di avere emissioni decisamente inferiori rispetto a quelli previsti, in particolare per polveri e diossine». Ma quando mai, ribatte Migaleddu: «Le emissioni di diossina nell'aria aumenterebbero del 13 per cento». E comunque, «a sentire l'assessore dire che il potenziamento dell'inceneritore è la soluzione per la diossina, è come dire che il problema è l'assessore». Restando a Tossilo, il presidente di Isde ricorda che «in un raggio di 20 chilometri, ci sono ben 1370 aziende di allevamenti bovini e ovicaprini con quasi duemila addetti, che stanno investendo sul biologico ma non potranno accedere alla relativa certificazione proprio per la presenza di un sistema di incenerimento».

Non si salva nemmeno Francesco Morandi: «Abbiamo un assessore al Turismo che sta portando all'Expo un'immagine della Sardegna legata alla longevità. Un'immagine falsa, riferibile al limite alla Sardegna pre-industriale. Nell'Isola 41 comuni sono compresi nei due Sin di Porto Torres/Sassari e Sulcis Iglesiente/Guspinese. Poco più di un sardo su tre, dunque, vive in un sito contaminato». Come dovrebbe comportarsi, allora, la Regione? «Occorre sperimentare nuovi modelli di sviluppo che partano dal presupposto intoccabile del benessere (fisico e psicologico, così come lo intende l'Organizzazione mondiale della sanità), anche perché la Costituzione tutela il diritto alla salute. Lavoro e sviluppo vanno promossi in sintonia con gli interessi collettivi e non di pochi e grossi gruppi di potere».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cancro. Diagnosi per 3 mln di italiani. Ma 1 su 4 è già guarito. Lorenzin: “Dopo la guarigione garantire il ritorno per tutti a una vita normale”

In aumento i casi: nel 2010 era 2,6 milioni. Ma circa il 25% è guarito, può cioè nutrire la stessa aspettativa di chi non ha mai avuto una diagnosi di tumore. Tra le donne il più diffuso è quello alla mammella, con 600mila casi. Tra gli uomini quello alla prostata: 300mila, pari al 26% del totale dei maschi con neoplasia. In entrambi i sessi frequente quello al colon retto. [SINTESI RAPPORTO AIRTUM](#)

Il numero degli italiani con una diagnosi di tumore, recente o passata, registra una progressiva crescita: erano 2,6 milioni nel 2010 e sono diventati 3 milioni nel 2015, segnando quindi un incremento del 20%. Una persona su 4 può però considerarsi già guarita, cioè può nutrire la stessa aspettativa di chi non ha mai avuto una diagnosi di tumore. E' quanto emerge dallo studio 'I tumori in Italia-Rapporto Airtum 2014: prevalenza e guarigione da tumore in Italia', realizzato dall'Airtum (Associazione italiana registro tumori) Working Group.

Il fenomeno interessa soprattutto gli anziani: oltre il 20% dei maschi ultra75enni e il 13% delle femmine di questa fascia di età ha affrontato nella vita l'esperienza del cancro. Tra le tipologie, i casi più diffusi sono quelli di tumore alla mammella: oltre

600mila, pari al 41% di tutte le donne con neoplasia. A seguire i tumori al colon retto (12%), corpo dell'utero (7%) e tiroide (6%). Sono invece 300mila i maschi che hanno ricevuto una diagnosi di tumore alla prostata (il 26% del totale degli uomini con neoplasia) il 16% ha avuto un tumore alla vescica e un altro 16% al colon retto. Le morti per tumore registrano una flessione: dal 1996 al 2014 sono diminuite del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne. Il numero di nuovi casi invece resta sostanzialmente stabile con 365.500 diagnosi oncologiche nel 2014: erano 366mila lo scorso anno, 364mila nel 2012 e 360mila nel 2011.

“Dobbiamo consentire alle persone, una volta guarite, di tornare alla vita normale – ha auspicato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** – Questo deve avvenire attraverso due processi: garantire alle persone di esercitare tutti i diritti in loro possesso ed evitare di sostenere un esercito di invalidi che peserebbe enormemente sulle casse del Ssn. La sfida è compiere un salto politico e culturale, dalla sopravvivenza alla guarigione. Un passaggio che in medicina è già stato realizzato”. La battaglia contro il cancro passa “comunque in maniera decisiva attraverso maggiori investimenti in prevenzione, contesto per cui in Italia si investono cifre ridicole”.

Miglioramenti di questo genere sono legati “a un impegno più consistente per la realizzazione di screening sul territorio, coinvolgendo maggiormente i medici di medicina generale, e implementando la copertura nazionale dei registri che ora si attesta al 51% e che a breve raggiungerà il 71%”. Una più incisiva prevenzione “dipende poi dai messaggi che siamo in grado di trasmettere, poiché le malattie croniche non sessualmente trasmissibili dipendono in buona parte dagli stili di vita”. Un appello al ministro è stato rivolto in prima persona da **Francesco De Lorenzo**, presidente della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo). “E’ necessario stabilire fermamente il diritto alla riabilitazione. In questo senso la conferenza odierna è di primaria importanza, in quanto certifica la possibilità di superare lo stigma secondo cui il cancro equivale a morte”. Lavorare per i malati di cancro “significa sostenere una battaglia sociale ineludibile costruire un argine a spese aggiuntive a danno del Ssn”.

Purtroppo, ha sottolineato De Lorenzo, il Ssn trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale. La mancanza di supporto socio-economico-assistenziale carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza omesse dal Ssn nella fase post-acuzie. “Questa situazione non rimane confinata nell’ambito familiare, ma si riverbera sulla finanza pubblica, generando oneri sotto forma di assegni d’invalidità e pensioni evitabili. Solo in Italia, infatti, nel 2010 erano 2.587.347 le persone che vivevano dopo una diagnosi di tumore, pari al 4,4% della popolazione totale, nel 2015 saranno 3 milioni”.

Complessivamente lo studio rileva che **il 60% dei pazienti a cui è stato diagnosticato un tumore ha avuto la diagnosi da oltre 5 anni**. Il tempo di guarigione varia per ogni tipo di tumore ed è influenzato dall’età al momento della diagnosi e dal sesso del soggetto colpito. I pazienti con tumore del testicolo e della tiroide guariscono mediamente in meno di 5 anni; i pazienti con i tumori di stomaco, colon retto, pancreas, corpo e cervice uterina, cervello e linfoma di Hodgkin

guariscono in meno di 10 anni. Le pazienti con tumore della mammella e i pazienti con tumore della prostata invece raggiungono una mortalità simile a quella della popolazione generale dopo circa 20 anni dalla diagnosi. Per i pazienti con tumore di fegato, laringe, linfomi non-Hodgkin e mielomi, il rischio di morire a causa del tumore si mantiene anche oltre 25 anni dalla diagnosi.

Emergono anche notevoli differenze di prevalenza tra le aree geografiche. Oltre il 5% (uno su 20) di tutti i residenti nel Nord Italia hanno avuto una diagnosi neo plastica con valori intorno al 6% nella città di Milano e nelle Province di Ferrara e Genova. In tutte le aree del Sud e nella Provincia di Latina le proporzioni risultavano inferiori al 4%. Le differenze di prevalenza tra i registri del Nord e quelli del Sud (+63%) si sono leggermente ridotte rispetto alle differenze registrate al 2006 (+73%).

Sono quindi in atto numerosi cambiamenti a più livelli. “Stiamo affrontando una nuova fase della sanità italiana – ha evidenziato Lorenzin – e per questo gli schemi utilizzati negli ultimi 15 anni per la spesa farmaceutica non saranno più efficaci. Sarà infatti enorme, in termini di trasformazioni, l’impatto esercitato dalla ricerca scientifica”. Il Ssn deve quindi “adeguarsi e riuscire a garantire, confermando l’universalismo, l’accesso all’innovazione per tutti i cittadini”. Il tema dei nuovi farmaci è già “stato affrontato con le risorse da destinare per quello sull’epatite C”.

Ricerca clinica. Nasce la prima Scuola italiana di ricerca in Medicina generale

Il progetto formativo promosso dalla Fimmg con il contributo di 1,5mln di euro di Merck & Co. tramite Msd Italia consentirà di selezionare tra i medici di famiglia ricercatori specializzati nella sperimentazione e gestione dei farmaci. Saranno 400 i medici formati nei prossimi due anni.

Quattrocento Medici di medicina generale formati nei prossimi due anni alla Ricerca clinica e “addestrati” per costituire il “Gruppo sperimentatori in Ricerca clinica della Fimmg”. La loro mission? Elaborare nuovi modelli clinici e partecipare a progetti di ricerca sui farmaci prima e dopo la loro immissione in commercio.

È questo l’obiettivo della prima Scuola di Ricerca in Medicina Generale realizzata in Italia, un progetto promosso dalla Fimmg grazie a un'erogazione liberale di 1,5 milioni di euro da parte di Merck & Co. per tramite della sua controllata Msd Italia.

“Vogliamo creare un sistema che nell’ambito di ogni Aggregazione funzionale del territorio – ha spiegato **Giacomo Milillo**, Segretario generale nazionale della Fimmg – abbia la presenza di un medico appositamente formato in ricerca. Un valore aggiunto dal momento che questa figura sarà in grado sia di assemblare i grandi numeri che contraddistinguono la Medicina Generale, sia di progettare una ricerca, elaborare e interpretare i risultati ottenuti”.

E per rendere ancora più pregnante questa figura l’idea potrebbe essere quella di inserirla nella Convenzione di medicina generale, le cui trattative sono ripartite la scorsa settimana.

Ma un ruolo fondamentale è rivestito da Msd, in prima fila per promuovere la ricerca in Italia.

“La ricerca è nel Dna della nostra Azienda – ha sottolineato **Pierluigi Antonelli**,

Presidente e Amministratore Delegato di Msd Italia – e il supporto a Fimmg per la creazione della Scuola di Ricerca in Medicina generale è una tappa ulteriore tappa di un percorso pluriennale che abbiamo iniziato per sostenere le istituzioni scientifiche e professionali italiane nel campo della ricerca indipendente e che prevede un solido piano di investimenti nel Paese. E formare medici per integrarli nel processo di sviluppo può aiutare il sistema Paese”.

Ma chi può accedere alla Scuola di ricerca? Possono partecipare i Mmg in convenzione da più di 5 anni e con un numero di assistiti superiore a 800. La partecipazione a titolo volontario, prevede la disponibilità alla frequenza di tutte le iniziative didattico-formative e al successivo inserimento nel “Gruppo Sperimentatori Ricerca Clinica Fimmg”.

I medici dovranno partecipare obbligatoriamente alla Fad già disponibile online dal mese di gennaio. E la Fad sarà propedeutica alla successiva partecipazione a un corso residenziale di oltre 18 ore organizzato in 3 giorni con sede a Frascati (Roma). Fulcro delle attività di formazione della Scuola sarà la sorveglianza dell’efficacia e della sicurezza dei farmaci sulla base dei dati ottenuti dall’esperienza reale con i pazienti.

L’attuale approccio all’uso del farmaco risente fortemente della mancanza di informazioni strutturate e di dati che provengano dalla Medicina generale. Il paziente che viene seguito dai medici del territorio presenta infatti caratteristiche cliniche e di trattamento molto diverse da quelle dei pazienti selezionati negli studi clinici, come ad esempio la presenza frequente di comorbidità e terapie concomitanti. Soprattutto il divario tra le evidenze dei trial e l’esperienza reale può limitare l’appropriatezza nell’uso dei farmaci con ricadute negative anche sui costi.

E la figura del Mmg si predispone a comprendere la reale efficacia dei farmaci e la percezione che ne hanno i pazienti: “Portare avanti studi pre-registrativi nelle condizioni più vicine possibili alla società reale attraverso una Scuola di Ricerca clinica è lo strumento che meglio rappresenta la nuova frontiera per ottenere la massima quantità di salute dal bene farmaco – sottolinea **Walter Marrocco**, Responsabile scientifico Fimmg – la logica dei “large and simple trial” sempre più utilizzata per la verifica dell’efficacia reale e non solo sperimentale dei farmaci, e in questo l’Italia può giocare un ruolo unico in Europa, proprio perché ha un’organizzazione di assistenza territoriale basata sulla Medicina Generale che non ha eguali”.

Un plauso all’iniziativa è arrivato dall’Aifa: “Accogliamo con interesse il progetto della Fimmg di creare un network di Ricercatori in medicina generale – ha affermato **Sergio Pecorelli**, Presidente Aifa – è importante avere sperimentatori a diretto contatto con i pazienti. Abbiamo bisogno di medici formati sulla ricerca. Soprattutto portare avanti studi pre e post marketing è fondamentale. La ricerca non termina il momento in cui il farmaco è stato messo in commercio: è fondamentale capire quella che è l’aderenza al farmaco e dare attenzione alla farmacovigilanza. Grazie a questa scuola di ricerca avremo quindi delle sentinelle che vigilano sulla effectiveness del farmaco. Un’iniziativa come questa è quindi più che meritoria e dimostra che ogni qual volta il pubblico fa in patto trasparente con il privato e in questo caso con l’industria, fa del bene”.

Nuovi Lea e assistenza protesica. Confindustria: “Un buon provvedimento che rischia di essere vanificato da inadeguate procedure di fornitura”

Il ricorso agli appalti pubblici per l'erogazione di tutti i dispositivi di serie priverebbe l'assistito del diritto di scegliere l'erogatore del dispositivo, che resta pertanto garantito solo a chi ha necessità di un dispositivo su misura.

I testi pubblicati in questi giorni danno finalmente concretezza alle indiscrezioni che in questi ultimi mesi hanno accompagnato le diverse comunicazioni del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin che annunciavano l'imminente completamento della revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza e permettono una prima valutazione della proposta di provvedimento.

In generale, l'aggiornamento degli attuali LEA prevista nel Patto per la Salute 2014/2016 è sostanzialmente basato sul DPCM Prodi (Ministro della salute Turco) che venne pubblicato nel 2008 a governo ormai decaduto e non entrato in vigore per mancanza della bollinatura della Ragioneria dello Stato, DPCM poi ritirato dal governo Berlusconi (ministro del welfare Sacconi) e non più ripresentato, nonostante tutti i ministri che si sono succeduti abbiano in diverse riprese lavorato alla loro revisione.

Assistenza in materia di protesi ed ausili (assistenza protesica). Per quanto attiene al segmento di nostra competenza, quello relativo all'Assistenza cosiddetta “Protesica” che si occupa dell'erogazione di protesi, ortesi ed ausili alle persone con invalidità, dobbiamo questa volta osservare che tutta l'azione di revisione si è svolta “*quasi fosse un segreto*” mentre la collaborazione con i ministeri precedenti, in particolare con il sottosegretario Zucchelli e con il sottosegretario Martini, era stata particolarmente costruttiva; l'impianto generale, che come è delineato nella “Bozza di DPCM” è stato in sostanza mantenuto conforme a quelli precedenti, appare in conseguenza di ciò ancora oggi sufficientemente vicino alle necessità del settore, in particolare di quella ampia parte che costituisce la nostra rete: associazioni delle persone con disabilità, società scientifica e sindacato dei medici fisiatristi ed associazioni imprenditoriali del settore che afferiscono a Confindustria (ortopedie e produttori di ausili tecnici per persone disabili).

Ciò detto, è utile considerare però che negli anni trascorsi dal 2008 ad oggi questo tema, approfondito a livello europeo, ha visto il consolidamento di un approccio diverso: nomenclatori separati per aree di disabilità e percorsi di erogazione e Repertorio delle tecnologie assistive (marca, modello e prezzo) in particolare per gli ausili per disabilità motorie “di serie” costantemente aggiornato; una revisione del sistema che avviene dopo quasi quindici anni dalla sua scadenza “naturale” (lo stesso D.M.332/99 prevedeva la ridefinizione della disciplina entro il 31.12.2000) avrebbe dovuto quindi finalmente avere un approccio più innovativo e più vicino agli orientamenti europei.

Ancora, è necessario valutare che l'inclusione di questa particolare assistenza nei

LEA dovrebbe comportare la costituzione di *“uno specifico organismo a carattere nazionale ... sul modello della Commissione Unica del Farmaco (CUF)”*, trasparente nella costituzione e permanentemente costituita, a cui affidare il compito della manutenzione costante degli elenchi. Commissione che non è stata attivata per la realizzazione degli elenchi attualmente presentati, frutto di gruppi di lavoro non ufficializzati e resi pubblici né nella composizione né nella calendarizzazione dei lavori.

Apprezzabile appare comunque l'aggiornamento delle tipologie dei dispositivi erogabili: molte sono le nuove tipologie incluse, alcune che rappresentano effettivamente nuove risposte e, tra tutte, citiamo quelle che si riferiscono ad ausili informatici per la comunicazione o per il controllo ambientale; altre sono quelle che rappresentano dispositivi che già oggi vengono erogati utilizzando codici impropri, quali le carrozzine basculanti (che oggi vengono fornite assimilandole ai seggioloni per bambini) oppure gli scooter forniti spesso usando il codice delle carrozzine elettroniche e che, con le nuove introduzioni, vedono la puntuale legittimazione della loro fornitura. Anche le descrizioni concordano finalmente con quanto i mercati oggi presentano e consentono una più precisa individuazione delle caratteristiche essenziali degli ausili da fornire.

Corretta appare la separazione tra le tipologie di dispositivi che devono essere costruiti ad hoc sulla base delle necessità e delle caratteristiche delle singole persone e le tipologie che individuano dispositivi realizzati dalla produzione di serie: come opportunamente ha affermato il Ministro nella sua audizione del 31 luglio 2013 in Commissione Diritti Umani del Senato, *“si è infatti preso atto che l'evoluzione tecnologica ha consentito l'immissione in commercio di una gamma di ausili di fabbricazione industriale in grado di soddisfare le più diverse esigenze degli assistiti, rendendo non più attuale la loro classificazione tra gli ausili su misura”*. Interessante è infine la visione non solo riabilitativa ma anche *assistenziale* del piano nell'ambito del quale deve avvenire l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili ed il fatto che le Regioni possano *“individuare le modalità con le quali è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta o ai medici dei servizi territoriali la prescrizione di alcuni ausili di serie inclusi nell'elenco 2B di cui al citato nomenclatore”*.

Altrettanto apprezzabile il fatto che *“le regioni e le aziende sanitarie locali assicurano le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi su misura inclusi nell'elenco 1 del nomenclatore allegato 5 al DPCM....., avvalendosi di soggetti iscritti al registro istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'art. 11, comma 7, del decreto legislativo del 24 febbraio 1997, n. 46 e accreditati dalle Regioni ai sensi della normativa vigente”* (Principi generali di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, cap. 2 punto 1).

Il rischio che un buon provvedimento sia vanificato da inadeguate procedure di fornitura. La diretta corrispondenza tra dispositivi di fabbricazione industriale e gare di appalto, fortunatamente non indicata nello schema di DPCM ma prefigurata nelle relazioni accompagnatorie: *“...per l'erogazione dei dispositivi di serie inclusi negli elenchi 2A e 2B di cui al nomenclatore allegato 5 al DPCM...., e per la determinazione dei relativi prezzi di acquisto le Regioni e le Asl stipulano contratti*

con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente” (Principi generali di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, cap. 3 punto 2), rischia però di vanificare l’appropriatezza complessiva del provvedimento.

In piena contraddizione con quanto stabilito dal Decreto Legislativo n.502/99, titolo IV - Diritti dei cittadini, art.14, comma 6 che recita: *“l’esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura deve essere assicurato e favorito per tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione”*, il ricorso agli appalti pubblici per l’erogazione di tutti i dispositivi di serie priverebbe l’assistito del diritto di scegliere l’erogatore del dispositivo, che resta pertanto garantito solo a chi ha necessità di un dispositivo su misura: *“è garantita la libertà dell’assistito di scegliere l’erogatore delle prestazioni di assistenza protesica che comportano l’erogazione dei dispositivi su misura tra i soggetti accreditati titolari degli accordi o dei contratti di cui al punto 3” (cap. 2 punto 4 della stessa relazione).*

L’indiscriminato ricorso alla gara per tutti i dispositivi di serie impedirebbe ugualmente la possibilità di garantire agli assistiti l’ottenimento dei dispositivi più adatti alle loro specifiche necessità, anche quando si tratta di ausili vitali per bisogni molto complessi come ad esempio una carrozzina elettronica con o senza sistema di postura, una carrozzina superleggera o uno stabilizzatore per la verticalizzazione di una persona con lesione midollare, uno stabilizzatore deambulatore per un bambino con grave compromissione della stazione eretta; possibilità che invece viene assicurata alle persone stomizzate *“Per l’erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al DPCM, le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrivente, prodotti inclusi nel repertorio più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica” (Principi generali per l’erogazione dei dispositivi medici monouso, cap. 1 punto 4), creando evidente difformità nel considerare l’imprescindibilità di una puntuale e specifica appropriatezza nell’erogazione di dispositivi a carico del Servizio sanitario nazionale.*

Ancora: l’acquisto ed erogazione a mezzo di *“pubbliche procedure espletate secondo le normative vigenti”* renderebbe non possibile la messa a disposizione dell’assistito e del prescrivente responsabile del piano riabilitativo-assistenziale di quella *“gamma di ausili di fabbricazione industriale in grado di soddisfare le più diverse esigenze degli assistiti” che ha reso “non più attuale la loro classificazione tra gli ausili su misura”* di cui ha parlato correttamente il Ministro ed il fatto che il ricorso a pubbliche procedure di acquisto avvenga *“In attesa dell’istituzione del repertorio di cui all’articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 “* se da un lato evidenzia come il *“repertorio”* debba essere la modalità di riferimento per la gestione dell’erogazione dei dispositivi di serie e per l’individuazione del reale valore dei singoli modelli, rappresentato dal prezzo di vendita registrato, lascia nell’indeterminatezza le modalità e i tempi della sua realizzazione rendendola poco credibile in assenza di precisi impegni operativi, posto che già dal 2005 la sua istituzione era prescritta per legge.

Maria Teresa Agati

Presidente del C.S.R. (Centro Studi allocato in Confindustria che si occupa di ricerche sui sistemi di fornitura di ausili alle persone con disabilità)

DOCTOR 33. IT

Per i medici liberi professionisti il reddito continua a crescere, lo dice il Rapporto Adepp

Tutti in crisi tranne i sanitari. I professionisti prendono meno di 10 anni fa, sia in cifre dichiarate al commercialista (reddito nominale) sia se lo "statistico" toglie agli emolumenti il "plus" dato dall'aumento dell'inflazione (reddito reale). Il reddito reale dei ingegneri architetti e geometri tra il 2005 e il 2013 è crollato del 23% come del resto per gli avvocati, e tra il 2009 e il 2013 c'è stata una contrazione del 9% per entrambe le aree. Ma non per i sanitari liberi professionisti, per i quali è cresciuto in termini nominali del 9%. Lo dice il 4° Rapporto dell'Adepp, l'associazione delle casse pensione privatizzate di cui fa parte l'Enpam. Stando al Rapporto - e sempre in termini nominali - i redditi dei professionisti sanitari, medici dentisti e infermieri sarebbero aumentati al contrario di quelli degli altri professionisti. Per quanto riguarda l'Enpam lo "zoom" è su medici convenzionati e soprattutto liberi professionisti che versano in quota B. Il Centro studi Enpam rileva che ci sono due-tre trend da evidenziare, pur nell'ambito di una crescita tendenziale dei redditi consolidata nel periodo considerato:

- per il reddito medio di medici e odontoiatri convenzionati con il Ssn l'Adepp registra un'impennata nel 2011, cui nel 2012 e 2013 è seguita una contrazione che ha neutralizzato gli effetti del picco riportando il reddito medio a valori più coerenti con quelli registrati fino al 2010. Secondo le stime, nel 2014 il trend è tornato positivo;
- il reddito medio da attività libero professionale non ha registrato impennata e contrazione, ma è cresciuto costante fino al 2013, quando si è assestato su valori simili all'anno prima;
- i redditi dei dentisti negli ultimi 3 anni sono invece sostanzialmente stabili.

Oltre a garantire una risposta alle criticità puntuali in casi di calamità naturali o situazioni di particolare bisogno, l'Enpam sta dando vita a un'assistenza "strategica integrata" per fornire a medici e odontoiatri facilitazioni aggiuntive. Sull'accesso al credito, già quest'anno ha stanziato 100 milioni di euro per concedere mutui a tassi agevolati, in particolare ai giovani, per l'acquisto della prima casa. Inoltre ha lanciato un avviso pubblico per invitare le banche a presentare offerte di convenzioni per prodotti finanziari, dai leasing ai prestiti d'onore passando per la cessione del quinto e il servizio Pos, destinati a medici ed odontoiatri. Infine, per la previdenza complementare offre l'iscrizione gratuita ai giovani fino a 35 anni, cui si aggiungono l'assistenza sanitaria integrativa e le coperture per la non autosufficienza previste alla

polizza 2015 (c'è tempo fino al 31 marzo per sottoscriverla online) nonché il lavoro partito con Fnomceo per far ottenere agli iscritti coperture adeguate sulla Rc professionale.

Pensioni. Consulta decide su mancato recupero inflazione. Ricorsi in vista

Le ripetute manovre del governo limano le pensioni, e i pensionati ricorrono. Oggi la Corte costituzionale scrive l'ultimo atto sulla storia della mancata perequazione tra 2012 e 2013 degli assegni superiori a tre volte il minimo Inps. Chi ha percepito sopra i 1405 euro lordi al mese nel 2012 e sopra i 1441 nel 2013 non ha recuperato l'inflazione: l'eventuale annullamento della Finanziaria 2012 (con sentenza di "non manifesta infondatezza del ricorso") lo porrebbe in condizione di attendersi un assegno dallo stato insieme ad altri 6 milioni di pensionati; altresì se la Corte respingesse il ricorso per manifesta infondatezza si aprirebbe ad altre potenziali manovre per decurtare le pensioni. «C'è una terza ipotesi: annullare il provvedimento per il futuro, ammettendo che quanto introitato per il passato non può essere restituito; è già stata esperita in altre occasioni, come ad esempio le trattenute sul Tfr nel pubblico», dice **Marco Perelli Ercolini** vicepresidente vicario della Federazione Sanitari Pensionati e Vedove-Federspev. Vari gli argomenti sui quali i ricorrenti puntano: oltre ad essere ancora una volta colpiti i soli pensionati, con buona pace degli articoli della Costituzione sull'uguaglianza, la mancata rivalutazione della pensione ne menoma alla lunga il valore (articolo 38), e viola la proporzionalità tra pensione e reddito (articolo 36). «Con il contenzioso di oggi non vanno confuse altre due misure penalizzanti le pensioni che rispettivamente hanno interessato e interesseranno la Consulta», avverte Perelli. «La Corte si è pronunciata già una volta annullando con sentenza 116/2013 il prelievo ai pensionati con reddito lordo di oltre 90 mila euro annui deciso con la manovra Tremonti del luglio 2011. Consisteva in un'ulteriore tassazione del 5% fino a 150 mila euro, 10% tra 150 e 200 mila, 15% oltre 200 mila euro; la Consulta disse: se imposizione dev'essere, non sia limitata ai soli pensionati. Il prelievo è stato restituito in parte l'anno scorso e ora si attende una seconda tranche. Quest'anno però la Finanziaria 2015 ci riprova istituendo un prelievo sugli assegni oltre 14 volte il minimo Inps (del 6% per le pensioni tra 7 e 10 mila euro lordi al mese, del 12 da 10 a 15 mila euro lordi e del 18 dopo i 15 mila mensili, ndr) e l'argomento del governo è che quanto prelevato va al capitolo previdenziale per tutelare gli esodati». Ex dirigenti veneti hanno presentato un ricorso alla Corte dei Conti, e presumibilmente sarà interessata la Consulta ancora una volta. Guai in vista per le casse statali? «I guai per lo Stato sono quelli dei suoi pensionati - dice Perelli - le vere pensioni d'oro sono poche (alcune guadagnate cent per cent, a differenza che per molti pensionati baby, o assegnatari di vitalizi) e danno poco gettito; inoltre, togliendo reddito al pensionato lo Stato si pregiudica una fetta di introiti Irpef».

DIRITTO SANITARIO Posizione di garanzia del

sanitario che prescrive una terapia alternativa

Spetta in ogni caso al medico curante, non solo il compito di prospettare l'inidoneità della terapia alternativa di per sé sola insufficiente a garantire soluzioni terapeutiche realmente alternative a quella tradizionale, e dunque le reali conseguenze cui avrebbe condotto l'abbandono del percorso terapeutico tradizionale (nel caso specifico nel decorso della fibrosi cistica), bensì il dovere - a fronte di una scelta genitoriale orientata in termini così palesemente e gravemente rischiose per la salute del figlio minore - di coinvolgere nel processo decisionale i soggetti istituzionali preposti alla tutela pubblica del minore (il medico di base; il giudice tutelare; etc.) al fine di sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e sostanzialmente più proficuo per l'individuazione del best interest del minore; dialogo tanto più essenziale (e giuridicamente doveroso) là dove venga prospettata l'adozione di cure che (per la prevalente destinazione a garantire un accettabile standard qualitativo di vita in un quadro di accertata inguaribilità) valgano a proporsi come forme terapeutiche meramente palliative o compassionevoli. [avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

DIRITTO SANITARIO Indagine radiologica: competenza esclusiva del medico specialista

L'indagine radiologica è un atto medico di esclusiva competenza dello specialista medico radiologo, cui va demandata la valutazione dell'esame, sia per giustificare l'effettuazione dello stesso che per valutarne l'utilità diagnostica. Tale riserva di competenza a favore del radiologo trova conforto nelle disposizioni normative, le quali consentono di qualificare come illegittimi gli atti del direttore generale di una Azienda Ospedaliera con i quali è stato adottato il "Protocollo per la tele-gestione degli esami radiografici convenzionali e TC senza mezzo di contrasto" nonché la "Procedura generale - percorso di giustificazione - esami di diagnostica per immagini con impiego di radiazioni ionizzanti", laddove riconoscono spazi di autonomia diagnostica a soggetti diversi dai medici specialisti radiologi. Non è, pertanto, nemmeno possibile definire a priori, in via meramente generale e astratta sulla base di criteri condivisi e consolidati nel tempo, le tipologie di indagini radiologiche effettuabili in assenza della previa valutazione da parte del medico, in quanto in conflitto con l'esigenza - affermata dalla norma - di previa valutazione da parte dello specialista del concreto caso clinico e delle caratteristiche della persona interessata. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584