

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDÌ 26 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **SASSARI** Midollo osseo, l'Asl riparte con i prelievi di sangue Dopo un anno di stop ieri il centro trasfusionale ha accolto 15 donatori Ad occuparsi del servizio è stata l'equipe medica del presidio di Ozieri
- ❖ **TEMPIO** Scarpe ortopediche negate. Pirinu: Distretto penalizzato

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Standard ospedalieri. Lorenzin ha firmato il Dpcm. Ora in Gazzetta
- ❖ Speciale Aderenza terapeutica. FederAnziani: "Un malato cronico su due non la segue. Possibili 19 mld di risparmi". Ecco il decalogo

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Chiamparino: «Tagli 2015 alla sanità sono congiunturali, subito al via le trattative per adeguare il Fondo sanitario nella prossima Stabilità»
- ❖ **Formazione medica.** Giannini: «Più orientamento nelle scuole superiori. Test a settembre e meno quiz di cultura generale. Entro il 30 aprile il bando per le specializzazioni»

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Certificati sportivi, nonostante le linee guida i dubbi permangono.** Parlamento chiede nuovo decreto
- ❖ **Ricetta elettronica al palo.** I sistemi d'accoglienza regionali la frenano
- ❖ **DIRITTO SANITARIO** Assicurazione di malattia: attenzione all'invalidità permanente

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Midollo osseo, l'Asl riparte con i prelievi di sangue Dopo un anno di stop ieri il centro trasfusionale ha accolto 15 donatori Ad occuparsi del servizio è stata l'equipe medica del presidio di Ozieri

Il centro trasfusionale di Sassari, dopo lo stop di un anno, proprio ieri ha ripreso a effettuare i prelievi di sangue per le successive tipizzazioni da inserire nel registro nazionale dei donatori di midollo osseo. Ad occuparsi del servizio è stato l'equipe di

Ozieri, l'unico che in questo periodo ha sempre continuato nel proprio presidio ad effettuare i prelievi per il nord Sardegna. La direzione dell'ospedale di Sassari, invece, per carenza di organici aveva scelto di sospendere questa attività, nonostante il Santissima Annunziata fosse individuato come uno dei centri di reclutamento accreditati dalla Regione. Ma alla luce del numero dei donatori potenziali di midollo osseo, cresciuto a dismisura in città negli ultimi mesi, il disimpegno dell'Asl stava diventando paradossale. In pratica i prelievi di sangue venivano demandati alla buona volontà dei volontari dell'associazione Admo, mentre le istituzioni su questo versante erano del tutto latitanti. Quest'inversione di tendenza, finalmente, è un segnale positivo. Tempo fa l'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru aveva manifestato interesse sulla questione. Aveva detto di voler rispettare le scelte aziendali, ma anche di voler tentare una soluzione con il coinvolgimento dello staff medico di Ozieri. E così è stato. Ieri il responsabile del centro trasfusionale Sergio Bartoletti si è trasferito a Sassari per una giornata, e con la sua équipe è riuscito ad effettuare 15 prelievi. In verità in elenco c'era un numero molto maggiore di donatori, ma per problemi organizzativi non è stato possibile prelevare il sangue a tutti. L'Asl dovrà mettere bene a punto questo servizio, risolvere le questioni logistiche, e mettere nelle condizioni i medici di lavorare in maniera efficiente. Ancora non esiste un calendario fisso per i prelievi, niente appuntamenti settimanali o mensili e orari già stabiliti. Dall'Asl fanno sapere che tutto dipenderà dalle liste dei donatori. I quali, per fortuna, sono ancora tanti. A funzionare da cassa di risonanza e a sensibilizzare la gente sul problema dei malati di leucemia, è stata la storia di un bambino di 8 anni, Giovanni Andrea, affetto da questa terribile patologia da tre anni, e costretto a sottoporsi a pesantissimi cicli di chemioterapia. Per lui l'unica vera chance di guarire e di avere finalmente una vita normale, sarebbe quella di un trapianto di midollo osseo. Ma trovare un donatore compatibile è davvero difficile, perché la statistica purtroppo rema contro: le possibilità di successo infatti sono di 1 ogni 100mila. Per questo è fondamentale che l'esercito dei donatori sia sempre numeroso. Ma è indispensabile anche che le istituzioni non sprechino, con le loro inefficienze, questa grande risposta e questo slancio di solidarietà.

TEMPIO Scarpe ortopediche negate. Pirinu: Distretto penalizzato

Prosegue la polemica sulla mancata consegna a una donna di 70 anni, da parte dell'Asl di Olbia, delle scarpe ortopediche prescritte 7 anni fa dalla commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile, a causa del diabete mellito, metatarsalgia bilaterale, alluce valgo e spina calcaneare a entrambe le piante dei piedi. Accusata di fare figli e figliastri tra pazienti del distretto di Olbia e Tempio (con i secondi sfavoriti), in un comunicato l'Asl 2 affermava che la decisione di non dare più le scarpe «è stata presa in scienza e coscienza», scatenando così le ire dell'interessata e del Popolo dei lucchetti che per bocca di Nicola Luciano aveva ipotizzato che le scarpe ortopediche potessero «riapparire fra qualche settimana, durante la consultazione elettorale per il rinnovo del consiglio comunale». Sull'argomento interviene ora Giuseppe Pirinu, consigliere comunale della Civica per

Tempio, il quale rimarca la singolarità del fatto che le problematiche si manifestino sempre nei confronti dei pazienti del distretto di Tempio e per i servizi del “Paolo Dettori”, che meriterebbe invece il più grande rispetto per le ottime professionalità che la struttura riesce a esprimere nonostante tutto. «Si vedano a tal proposito – dice – le parole di elogio espresse ultimamente sulla Nuova da un religioso tempiese, curato nel reparto di ortopedia». L’intervento di Pirinu, già intervenuto altre volte contro «le ingiustizie e la disattenzione del direttore generale prima e del commissario poi nei confronti della sanità in alta Gallura» richiama anche una serie di altre gravi «manchevolezze che mi inducono a temere e denunciare un silente smantellamento del “Paolo Dettori”».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Standard ospedalieri. Lorenzin ha firmato il Dpcm. Ora in Gazzetta

Il regolamento, sul quale Governo e Regioni avevano raggiunto l’accordo formale il 5 agosto 2014, era stato “stoppato” dal Consiglio di Stato che aveva invitato il ministero della Salute a riscriverlo per una serie di errori formali, suggerendo anche alcune modifiche. Dopo la firma del ministro, dovrebbe essere questione di giorni la sua pubblicazione in GU. [IL TESTO](#)

Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha firmato il regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera. Il provvedimento, sul quale Governo e Regioni avevano raggiunto l’accordo formale il 5 agosto 2014, dopo anni di tira e molla (il primo testo risaliva ai tempi del ministro Balduzzi), era stato “stoppato” dal Consiglio di Stato che aveva invitato il ministero della Salute a riscriverlo per una serie di errori formali, suggerendo anche alcune modifiche. Ora, dopo la firma di Lorenzin, dovrebbe essere questione di giorni la pubblicazione del testo in Gazzetta Ufficiale.

"Il provvedimento, che costituisce attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 - si legge in una nota del Ministero della Salute - avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell’erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi garantendo l’effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza".

Per citare solo alcune delle misure contenute nel Regolamento, si evidenzia che dal 1° gennaio 2015 non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento.

Speciale Aderenza terapeutica. FederAnziani: “Un malato cronico su due non la segue. Possibili 19 mld di risparmi”. Ecco il decalogo

Dall’informazione e formazione dei pazienti, passando per la semplificazione delle terapie fino all’integrazione tra i professionisti. Un documento in 10 punti frutto del lavoro condotto da FederAnziani con 53 società medico-scientifiche, Fimmg e Federfarma. Messina: “Possiamo risparmiare fino a 19 mld”. Pecorelli: “In Italia il 50% popolazione che ha patologia cronica non assume terapia in modo aderente”.

“Diagnosi precoce e sviluppo dell’aderenza alla terapia possono portare fino a 19 miliardi di euro di risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale e ad un significativo miglioramento in termini di salute per l’intera popolazione dei malati cronici”.

Questo il messaggio lanciato oggi da FederAnziani, la federazione della terza età, nel corso dell’evento *Punto Insieme Sanità-Fare Aderenza*. Non solo numeri però.

Durante l’evento è stato presentato anche un vero e proprio *Decalogo dell’aderenza alla terapia*, frutto del lavoro condotto con le 53 società medico-scientifiche partner, con la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), con Federfarma, e a fianco delle istituzioni. Oltre al decalogo durante l’evento si sono svolti 7 tavoli su varie patologie (Cardiocircolatorio, Dermatologia, Metabolico, Oncologia, Psichiatria, Respiratorio e Urologia) allo scopo di costruire dei percorsi di aderenza terapeutica specifici.

Con aderenza terapeutica possibili 19 mld di risparmi. Secondo i dati del Centro Studi SIC Sanità in Cifre di FederAnziani, l’applicazione di tale decalogo porterebbe 3,7 miliardi di euro possono essere risparmiati grazie ad una più rapida emersione della patologia, con maggiore prevenzione e un minore costo medio della terapia per paziente; 3,8 miliardi sarebbero recuperati sul fronte della riduzione della diagnostica e l’avvio precoce del trattamento, con minori prestazioni diagnostiche, minori tempi di attesa, maggiore efficienza del personale ospedaliero; da 6 a 11,4 miliardi (a regime), infine, verrebbero risparmiati con la maggiore aderenza alla terapia, quindi minori eventi avversi, inferiore accesso a pronto soccorso e ospedalizzazione, minore spesa farmaceutica.

“L’aderenza alla terapia farmacologica è presupposto fondamentale per l’efficacia e la sicurezza dei trattamenti – ha affermato in un messaggio scritto il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** che è anche intervenuta via telefono per portare i suoi saluti all’assise -. A fronte di una prescrizione appropriata, la non aderenza si traduce in un danno ai pazienti, con incremento dei costi del sistema sanitario”.

Il Ministro ha ricordato come “in questo senso il nuovo Piano nazionale della Prevenzione ha previsto strategie utili per ritardare i fenomeni dell’invecchiamento in quanto finalizzate a impattare sulle malattie cronico-degenerative”. Lorenzin ha infine sottolineato come “per il pieno raggiungimento di questo obiettivo è l’assistenza continuativa che, basandosi su un’adeguata integrazione funzionale tra le

componenti sanitarie ospedaliere e territoriali, è in grado di assicurare la continuità dei servizi per gli anziani”.

“La scarsa aderenza alle terapie è un fenomeno multidimensionale e complesso che incide sull’efficacia della cura e ha un rilevante impatto economico sul sistema – ha dichiarato il Presidente dell’AIFA **Sergio Pecorelli** -. È un problema che coinvolge il 40% della popolazione europea (circa il 50% in Italia) ed è particolarmente presente negli anziani, che seguono contemporaneamente più terapie a fronte di diverse comorbidità. Migliorare l’aderenza alla terapia è un impegno che deve coinvolgere tutti, dalle Istituzioni, ai medici, ai farmacisti, alle aziende farmaceutiche. Per tale ragione, ogni occasione di confronto tra i diversi stakeholder su questo tema rappresenta un’opportunità preziosa di cui fare tesoro per l’elaborazione di iniziative e proposte da discutere e implementare a livello nazionale ed europeo. Ricordo infatti che l’Italia, con l’AIFA, è alla guida, insieme alla Scozia e alla Spagna, del Gruppo d’Azione sull’aderenza e la prescrizione costituito nell’ambito della Partnership europea sull’invecchiamento attivo e in salute, che si propone di "aumentare di due anni la vita media in buona salute entro il 2020”.

“Lavorare per migliorare l’aderenza dei pazienti alla terapia è una priorità, come oggi confermato – ha specificato il Segretario Generale Nazionale della FIMMG **Giacomo Milillo** -. La rete assistenziale territoriale di medici di medicina generale e farmacisti è impegnata per realizzare questo importante obiettivo”.

“Il tema dell’aderenza terapeutica è fondamentale – ha sottolineato **Riccardo Cassi**, presidente Cimo - anche per noi specialisti ospedalieri. Per questo occorre cambiare metodologia di lavoro e sono convinto che in questo senso bisogna smetterla di lavorare per compartimenti stagni”.

“Le farmacie sono in prima linea sul tema dell’aderenza terapeutica – ha evidenziato **Annarosa Racca**, presidente di Federfarma - anche grazie all’ingente mole di dati che forniamo. Più vi è un uso corretto dei farmaci meno sono le probabilità di ricovero. Ma solo se tutti gli attori lavorano insieme si possono ottenere risultati. E in questo senso siamo in prima linea per offrire il nostro contributo”.

“Sulla base dei risultati di PIS – ha concluso **Roberto Messina**, Presidente di FederAnziani - verranno avviati nel 2015 uno studio sul valore dell’aderenza, una serie di progetti pilota per la presa in carico del paziente cronico, e verrà elaborata la Carta Europea per l’Aderenza alla Terapia. I dati che emergeranno da tale percorso saranno presentati al prossimo Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, che si svolgerà dal 20 al 22 novembre prossimo a Rimini”. Ma Messina ha annunciato anche come a breve sarà costituita una vera e propria ‘Fondazione per l’Aderenza terapeutica’ per costruire una cabina di regia che possa costruire una Carta dei diritti del paziente per l’aderenza terapeutica.

Il decalogo sull’Aderenza terapeutica:

Ecco i dieci punti: 1) riconoscimento di diritti e doveri del paziente cronico; 2) informazione e formazione del paziente sul programma di terapia; 3) implementazione del monitoraggio dell'aderenza sul territorio; 4) semplificazione delle terapie (farmaco e device) e impatto sull'aderenza delle combinazioni farmacologiche fisse rispetto alle associazioni; 5) creazione dei chronic team tra MMG, specialisti e farmacisti per l'implementazione dell'aderenza; 6) gestione proattiva dell'agenda del paziente da parte di MMG in funzione del piano terapeutico individuale; 7) forte integrazione tra paziente, MMG, specialista e farmacista per il counselling del paziente e il monitoraggio dell'aderenza; 8) formazione specifica del MMG per la presa in carico del paziente cronico; 9) norme dedicate alla continuità terapeutica del paziente cronico; 10) PDTA unico nazionale.

■ [Negli over 85 bassa aderenza alla terapia fino al 70%](#)

■ [Messina \(Federanziani\): "Una grande forza per l'evoluzione dell'aderenza alla terapia"](#)

■ [Pecorelli \(Aifa\): "Il 50% degli italiani con patologia cronica non assume terapia in modo aderente"](#)

■ [Milillo: \(Fimmg\): "Soggetti diversi che lavorano insieme è un valore fondamentale"](#)

■ [Racca \(Federfarma\): "Farmacista è fondamentale nell'aiuto ai pazienti"](#)

■ [Pozzi \(Corte Giust. Pop. Diritto Salute\): "Un progetto per l'aderenza basata su dati scientifici"](#)

■ [Cassi \(Cimo\): "Aderenza terapeutica riguarda tutti i medici"](#)

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Chiamparino: «Tagli 2015 alla sanità sono congiunturali, subito al via le trattative per adeguare il Fondo sanitario nella prossima Stabilità»

Le Regioni ci tengono a sgomberare il campo da equivoci: il Fondo sanitario nazionale è sottostimato di almeno 18 miliardi rispetto alla media degli altri Paesi Ocse e di circa 30mld rispetto a Francia e Germania. Per questo - hanno spiegato in audizione alla commissione Igiene e Sanità del Senato Massimo Garavaglia e Luigi Marroni, rispettivamente coordinatore della commissione Affari e Finanza della Conferenza delle Regioni e assessore alla Sanità della Toscana - «è fondamentale continuare a garantire, con le misure che sono previste nel Patto, l'universalità del nostro Ssn che deve assicurare i Lea in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale».

Una linea sostenuta anche dal presidente Sergio Chiamparino, che al termine della riunione dei governatori ha spiegato: «Il nostro sistema assorbe meno risorse di altri

sistemi europei paragonabili. Abbiamo accettato di farci carico nel 2015 del mancato aumento del fondo sanitario, ma è evidente che al più presto dovremo riprendere il negoziato per adeguare il fondo in vista della prossima legge di Stabilità». Il taglio alla Sanità, ha ribadito, è «da considerare una parentesi congiunturale e non strutturale». Chiamparino infine assicura che sarà rispettata la scadenza del 31 marzo per la definizione delle regole con cui verranno applicati i tagli alla sanità.

Formazione medica. Giannini: «Più orientamento nelle scuole superiori. Test a settembre e meno quiz di cultura generale. Entro il 30 aprile il bando per le specializzazioni»

Destinare alle prove selettive per l'accesso alla facoltà di Medicina, comprese quelle in lingua straniera, la prima decade di settembre, per evitare sovrapposizioni con l'esame di maturità; un'attività di orientamento e autovalutazione degli studenti nell'ultimo biennio delle scuole superiori; la revisione dei contenuti dei test d'ingresso, privilegiando le materie attinenti alla professione medica e limitando le domande di cultura generale; l'avvio del secondo bando per l'accesso alle scuole di specializzazione entro il 30 aprile con lo svolgimento delle prove entro il 31 luglio. E 700 borse di studio in più con i risparmi accumulati nel 2014. Sono queste in sintesi le risposte che la ministra dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini ha fornito alla Camera all'interrogazione posta durante il question time dal deputato Raffaele Calabrò (Ncd) sulla formazione medica.

Calabrò in particolare ha chiesto alla ministra chiarimenti in merito alla ventilata adozione del cosiddetto «modello francese» che prevede un'ammissione generalizzata al primo anno e sbarramento al secondo. «L'adozione di siffatto sistema - si legge nel testo dell'interrogazione - comporterebbe una situazione di caos per gli atenei italiani di gran lunga peggiore di quella che stanno vivendo attualmente per l'immatricolazione di circa 5 mila studenti subentrati in seguito al ricorso al tribunale amministrativo regionale, che ha rilevato le difficoltà degli atenei di trovare spazi accessibili a tutti e di soddisfare in maniera ottimale il rapporto docente/studenti, previsto dagli standard europei».

«Il modello francese - continua Calabrò - sta già mostrando nel suo Paese di adozione tutte le sue criticità, con oltre 55 mila studenti in media che si iscrivono al primo anno di medicina e con appena il 20 per cento degli iscritti al primo anno che riesce ad accedere al secondo: ciò significa per gli studenti esclusi un anno di studi perso e costi economici notevoli; l'attuale sistema di accesso va senz'altro modificato, ma preservando il numero programmato per garantire la qualità della formazione e tenendo in debita considerazione il gap esistente tra il numero di borse di studio in medicina generale e dei contratti di scuola di specializzazione rispetto al numero dei laureati ogni anno». Calabrò ha inoltre chiesto «quali iniziative intenda assumere in ordine alle modifiche da apportare all'attuale sistema di accesso alle facoltà di medicina per evitare che si creino anche nel futuro situazioni di disagio che penalizzano la qualità della formazione universitaria».

«Condivido quanto afferma - ha risposto la ministra - sul problema del gap esistente tra il numero di studenti in ingresso a medicina rispetto alle uscite ma ribadisco di non aver mai messo in discussione l'accesso programmato». Uno degli strumenti scelti dal Miur per evitare il formarsi di una «massa critica in ingresso, che rappresenta un'anomalia rispetto alle statistiche di altri Paesi» è quello dell'orientamento e di un processo di autovalutazione da parte degli studenti rispetto alla professione medica. A questo proposito Calabrò ha osservato nella sua replica che sarebbe opportuno prevedere anche dei «colloqui attitudinali non vincolanti ma di una certa rilevanza».

Sui contenuti dei test, la ministra Giannini ha assicurato che saranno privilegiate le materie inerenti al curriculum medico «limitando» i quiz di cultura generale. Su questo punto l'onorevole Calabrò ha rimarcato l'inutilità di questo tipo di quesiti suggerendo di eliminarli del tutto e di adottare dei test veri e propri da proporre agli studenti per la preparazione all'esame di ammissione, che sostituiscano gli attuali manuali a quiz.

Resta tutto da risolvere il problema della discrepanza tra il numero dei laureati e i contratti di specializzazione disponibili (attualmente un laureato su due è destinato a restare fuori dalle scuole di specializzazione). In attesa dei risparmi che saranno accantonati con l'applicazione del decreto interministeriale del 4 febbraio 2015, che prevede il riordino delle scuole di specializzazione in materia sanitaria, la ministra Giannini ha ufficializzato l'esistenza di 700 contratti in più rispetto allo scorso anno. «Mi auguro che anche gli altri attori del sistema - ha aggiunto Giannini - diano il proprio contributo per superare le 5.500 borse di studio dello scorso anno».

Un fronte caldo quello del cosiddetto «imbuto formativo» sul quale le Regioni si stanno giocando la loro proposta alternativa. Quella del ddl ex articolo 22 del Patto per la salute che prevede un doppio binario di specializzazione «in corsia» a spese delle Regioni. Un'ipotesi che preoccupa molto l'onorevole Calabrò: «Un percorso adombrato che rischia di penalizzare la qualità della formazione».

DOCTOR 33. IT

Certificati sportivi, nonostante le linee guida i dubbi permangono. Parlamento chiede nuovo decreto

Certificati sportivi obbligatori solo per chi fa sport "non agonistico ma competitivo" ed ecg annuale solo per chi è a rischio cuore: pareva risolta così dalle linee guida ministeriali la complicata storia del rilascio dei certificati per la palestra, evitandoli al giovane che s'iscrive a corpo libero o al vecchietto che va a ballare la sera. Ma così non è. In assenza di una distinzione fra attività non agonistiche e ludico motorie in termini di impegno fisico del praticante, caratteristiche e tipologia dell'attività, molte palestre continuano a chiedere il certificato sportivo per l'iscrizione, specie se - in quanto affiliate Coni - ospitano attività sportive competitive, estendendo per analogia l'obbligo alle altre. Ma tale estensione non è legittima, afferma una risoluzione votata

l'altro ieri in Commissione Affari Sociali alla Camera di cui dà nota il portale Fnomceo. I deputati Lenzi, Molea, Fossati, Gelli e Nicchi denunciano in particolare la prescrizione di un gran numero di elettrocardiogrammi a riposo "finalizzati al rilascio del certificato", anche ove il documento non sia richiesto. La Commissione chiede al governo di definire caratteristiche e tipologie delle attività non agonistiche e d'intraprendere iniziative urgenti perché le regole siano rispettate allo stesso modo in tutta Italia. Oltre alle fasce più bisognose di sport come bambini e anziani, a rimetterci con questo stato di cose sono i cittadini che praticano attività ludico motorie nelle palestre affiliate Coni sottoposti a un iter più complesso per poter fare attività fisica rispetto ad altri che frequentano le palestre "normali".

In base alle linee guida del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, mentre ai sensi della legge 98/2013 non ha bisogno del certificato d'idoneità sportiva chi fa semplice attività fisica ludico-motoria, chi fa sport non agonistico deve fare la visita dal medico di famiglia o dal pediatra o dal medico sportivo, e produrre ecg annuale se esposto a patologie cardiovascolari o se sopra i 60 anni con fattori di rischio cardiovascolari; per gli altri adulti o giovani sani basta produrre un ecg pregresso anche datato; per sport non agonistico s'intendono attività competitive fuori età, cioè prima dell'età agonistica del giovane o passati i 45 anni (in certi casi i 50), nonché giochi della gioventù e le attività sportive parascolastiche. A sua volta, chi fa sport agonistico è preso in consegna dal medico dello sport specialista nel centro dell'Asl o accreditato ed esegue dei "tagliandi" periodici, con un iter ancora diverso: ad attestare che il cuore va bene è il test da sforzo massimale.

Ricetta elettronica al palo. I sistemi d'accoglienza regionali la frenano

Rinvio di un anno per la ricetta dematerializzata a regime; fascicolo sanitario attivo solo per 6 milioni di cittadini ma non utilizzato: la marcia verso la sanità digitale langue. Se in Sicilia, Basilicata, Trentino, Val d'Aosta i medici spediscono il 90% delle ricette online, in Piemonte sono allacciati ma non sono pagati, in Toscana i software di gestione s'incastrano nel prescrivere una statina. E dove si sperimenta, dalla Lombardia alla Puglia, il disincanto prevale. «Da noi le software house per far fronte ai costi aggiuntivi chiedono un aumento del canone che graverebbe sulle nostre spalle», dice il leader Snam Puglia **Antonio Chiodo**. «Ancora: i programmi pesano più di un giga e ciò richiede pc nuovi e sistemi operativi potenti, altre spese; e trasmettere masse di dati crescenti richiede un potenziamento dell'Adsl. Sono tutti aggravii in grado, secondo i nostri calcoli, di affondare economicamente un medico a 800 scelte; chi ha oltre 1200 scelte invece rischia la pelle per ore in più di lavoro». In Lombardia -prima regione a partire con l'informatizzazione - la ricetta "dema" è in fase sperimentale ma a Milano solo 100 medici su 1100 sono coinvolti. «La nostra ricetta non ha niente di elettronico - dice il presidente Snam Milano **Ugo Tamborini** - il promemoria che stampiamo è utilizzato dal farmacista per leggerci i codici a barre. In farmacia cioè non si legge la prescrizione sul terminale: tuttora per prendere i dati ci si serve della "pistola-lettore". Collegati con la stampante ad aghi si sono visti tornare indietro i pazienti: rispetto al passato dunque nulla cambia, se non che ci

facciamo carico noi Mmg del supporto cartaceo anziché la Zecca. Inoltre non tutte le prescrizioni possono essere spedite online: alcune vanno fatte ancora su ricetta rossa e i software di gestione non distinguono quando usare l'uno o l'altro criterio». Chiedo conferma: «I sistemi di accoglienza regionali pongono interrogativi. Mentre le ricette sono online al 100% in Sicilia e Basilicata, regioni che si sono allacciate subito al sistema statale di accoglienza usato pure per i certificati di malattia, nelle regioni che scelgono di usare una propria rete ci si inceppa a ogni passo». L'informatica "regionale" è un business inutile? La disamina di **Francesco Sicurello** dell'Associazione di Telemedicina ed Informatica medica Aitim si limita al caso Lombardia, prima della classe ieri: «L'informatica in sanità per definizione non è un business ma una tecnologia al servizio di diagnosi e cura. In Lombardia ravviso due scusanti: primo, senza la riforma sanitaria, che arriva penso per fine anno, sarebbe arduo riorganizzare la rete; secondo -ci stiamo studiando - i sistemi informativi come il Siss progettati con modelli ante banda larga, a confronto con quelli attivati dopo forse stanno presentando limiti di operatività ed interoperabilità». «Sono comunque problemi rimediabili con investimenti alla portata anche di regioni in piano di rientro -afferma **Paolo Misericordia** del Centro Studi Fimmg - è altrettanto inevitabile che un medico nell'informatizzarsi debba investire qualcosa; il vero problema è "per cosa investiamo": documenti che dovrebbero essere sicuri, certificati, con mittente certo, e invece (salvo qualche regione) non lo sono. Vengo da Israele dove basta un lettore dell'impronta digitale di basso costo in dotazione a tutti i mmg a dirimere i dubbi. E ogni tanto di fronte all'italica babele, mi interrogo».

DIRITTO SANITARIO Assicurazione di malattia: attenzione all'invalidità permanente

L'espressione "invalidità permanente" designa uno stato menomativo divenuto stabile ed irremissibile, consolidatosi all'esito di un periodo di malattia: pertanto, prima della cessazione di questa, non può esistere alcuna "invalidità permanente". Ne consegue che, ove in un contratto di assicurazione contro i rischi di malattia, sia previsto il pagamento di un indennizzo nel caso di invalidità permanente, lo stesso non è dovuto nel caso in cui la malattia patita dall'assicurato abbia esito mortale, senza mai pervenire a guarigione clinica. Il contratto è un testo giuridico, le espressioni in esso contenute, se potenzialmente ambivalenti, vanno interpretate secondo il senso che è loro proprio nel contesto giuridico, non certo secondo il buon senso od il linguaggio comune e il lemma "invalidità" è un concetto tecnico frutto di una elaborazione ormai quasi secolare in ambito medico legale. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584