

Sanità. Prorogato l'obbligo di polizza Rc per il personale sanitario

Corsia preferenziale per i medicinali oncologici

Sara Todaro

La proroga di sicurezza sull'obbligo di polizza Rc per il personale sanitario, definitivamente al riparo dalla scadenza di metà agosto. La corsia preferenziale per l'ingresso nella concedibilità a carico del Ssn per i farmaci di particolare rilevanza, col Big Ben della burocrazia farmaceutica tenuto allo stop in un massimo di cento giorni.

E ancora: la marcia alta sul fascicolo sanitario elettronico, sperando di razionalizzare i servizi e tagliare i costi. E il definitivo approdo in soffitta di certificati "fuori moda", come l'idoneità fisica ancora richiesta ai neo-assunti nel pubblico impiego.

Sono questi alcuni dei principali interventi al capitolo sanità previsti dal Dl «Fare», nella ver-

sione che ha raccolto la fiducia della Camera. Il mix di misure appare parecchia soluzioni urgenti e ragionevoli semplificazioni. È a quest'ultimo capitolo che afferrisce ad esempio lo snellimento dell'attività di verifica dei requisiti di invalidità affidata all'Inps. Il testo stabilisce che le categorie di cui sia già stata accertata la menomazione non subiranno altre verifiche, escludendo ad esempio esplicitamente i soggetti affetti da sindrome da talidomide

FARMACEUTICA

I produttori dovranno certificare che le materie prime utilizzate per i loro prodotti rispettano le norme di buona fabbricazione

o Down. E garantisce che in attesa delle procedure nessuno perderà l'emolumento economico già ottenuto.

Sull'onda della semplificazione anche l'invio dei certificati di gravidanza, parto e Ivg dal medico all'Inps esclusivamente per via telematica e lo snellimento degli obblighi in tema di sicurezza del lavoro per le prestazioni agricole, stagionali o di beve durata.

In pista con il Dl «Fare» anche misure che impattano sulla galassia farmaceutica. La prima affronta una impasse legata all'adeguamento alla normativa comunitaria mantenendo in capo ai produttori farmaceutici l'obbligo di certificare che le materie prime utilizzate per la produzione dei propri prodotti - an-

che importate da Paesi terzi - rispettano le norme di buona fabbricazione.

La seconda modifica un passaggio della spending review prevedendo che il monitoraggio complessivo della spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica ospedaliera invece di fare riferimento ai dati rilevati dai modelli Ce delle regioni (come appunto previsto dalla legge 135/2012) dovrà prendere per buoni i dati trasmessi nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario, ovvero i dati della tracciabilità basati sui dati di fatturazione delle imprese. Una misura secondo gli esperti destinata a risolvere ragionevolmente i disguidi di calcolo che hanno spesso afflitto in passato i monitoraggi di settore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute. Ddl su prevenzione e sicurezza alimentare

Al Cdm il riordino delle professioni

Paolo Del Bufalo

■ Sperimentazione clinica, riordino delle professioni, sicurezza alimentare e corretti stili di vita: **Beatrice Lorenzin**, ministro della Salute, va all'attacco delle grandi incompiute - finora - del Ssn e presenta al Consiglio dei ministri di oggi un disegno di legge su «Disposizioni in materia di **sperimentazione clinica** dei medicinali, di riordino delle **professioni sanitarie** e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, nonché norme per corretti stili di vita».

Il testo ricalca, riscrivendoli e rivisitandoli, molti dei temi già presenti nell'omnibus rimasto fermo al Senato nella passata legislatura e altri che non hanno trovato posto nel decreto Balduzzi (legge 189/2012).

Sulle professioni il nuovo Ddl si innesta nel percorso dei disegni di legge su cui al Senato si sta lavorando per un testo unico e che prevedono, oltre alla riforma degli Ordini dei medici, la realizzazione di tre maxi-Ordini per le professioni sanitarie di infermiere, ostetrica e tecnici sani-

tari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (compresi gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé).

E sempre in tema di Ordini l'altra incompiuta era trasferire quelli di biologi e altre professioni sanitarie oggi controllate dal ministero della Giustizia sotto la vigilanza del ministero della Salute.

Nel provvedimento poi sono attese una serie di disposizioni che confermano il divieto di utilizzo di sigarette elettroniche per i minori e in tutte le aree scolastiche (anche aperte). Sempre su questa linea sono previste nuove norme sulle scritte che dovranno essere messe sui pacchetti di sigarette.

Nel capitolo sugli stili di vita poi, il ministro dovrebbe aver previsto anche campagne informative per promuovere tra i giovani a ridosso della maggiore età percorsi di prevenzione, con controlli sanitari presso medici e strutture del Servizio sanitario nazionale, come già aveva annunciato in Parlamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Stretta su fumo e prevenzione, arriva ddl Lorenzin

20130725 02913

ZCZC8890/SXA

Salute --> Servizio Sanitario Nazionale

R POL INT S0A S04 INT S0A S0A QBXB

Stretta su fumo e prevenzione, arriva ddl Lorenzin

Attesa norma per divieto E-cig nelle scuole e scritte pacchetti

(ANSA) - ROMA, 25 LUG - Dalla stretta sul fumo alla sperimentazione clinica dei medicinali, dal riordino delle professioni sanitarie e la formazione medico specialistica, ma anche sicurezza alimentare, benessere animale, e 'norme per corretti stili di vita': un disegno di legge ampio, a firma del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, arrivera' domani in Consiglio dei ministri per l'esame preliminare.

Atteso nel provvedimento che appare nell'ordine di giorno della riunione di domani, una serie di disposizioni che sanciscono quanto gia' indicato nella circolare della Lorenzin sull'uso delle sigarette elettroniche che a sua volta aveva adottato le indicazioni arrivate nel parere del Consiglio Superiore di Sanita'.

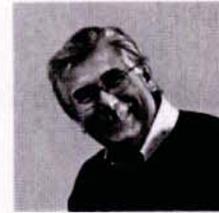
In sostanza, secondo quanto si apprende, sara' confermato il divieto di utilizzo per i minorenni e il divieto in tutte le aree scolastiche (anche quelle aperte).

Fra gli altri articoli il disegno di legge dovrebbe contenere anche nuove norme sulle scritte che dovranno essere messe sui pacchetti di sigarette.

Ma nel grande capitolo sugli stili di vita, il ministro, cosi' come aveva annunciato in Parlamento durante la presentazione delle linee programmatiche della sua azione, potrebbe aver voluto inserire molto altro ancora, come le campagne informative per promuovere tra i giovani a ridosso della maggiore eta' percorsi di prevenzione, che implicano controlli sanitari preventivi presso medici e strutture del Sistema sanitario nazionale, che aveva annunciato sempre in Parlamento.

(ANSA).

Gian Antonio Stella / Cavalli di razza



La febbre della “medicina difensiva”

Da un lato cittadini che, spesso vittime di sciatterie, intentano cause non sempre legittime. Dall'altro medici spaventati dal rincaro delle polizze. Risultato? Il caos

Il milione e trecentomila euro fissati dal tribunale di Treviso come risarcimento possono aiutare la famiglia di quella bambina nata disabile nel 2005, secondo i giudici, per errori commessi in sala parto. Ma certo ogni papà e ogni mamma in condizioni simili rinuncerebbero a una somma mille volte più alta per poter vedere la loro creatura crescere felice e in salute. Detto questo, la decisione del governo di spostare di un anno, al 15 agosto del 2014 l'obbligo per i medici di farsi un'assicurazione è solo un rinvio del problema. Che, nel caso non venissero cambiate alcune regole, si ripresenterà fra 12 mesi esattamente uguale. Da un lato decine di migliaia di cittadini che, spesso vittime di sciatterie inaccettabili ma non di rado eccitati da avvocati spregiudicati (indimenticabile un manifesto con la radiografia di un torace dove spiccava nei polmoni una forbice con la scritta “sei proprio sicuro che ti abbiano curato bene?”) intentano cause non sempre sensate. Dall'altro decine di migliaia di medici spaventati dal rincaro delle polizze (anche 20 mila euro annuali, tanti per un chirurgo affermato, troppi per un giovane neoassunto) e decisi per reazione a correre meno rischi possibili facendo fare ai pazienti molti più esami di quanti siano necessari. «Un tempo qualsiasi cittadino avrebbe sperato di essere curato dal medico così come questi avrebbe curato il proprio figlio», ha scritto l'ortopedico Maurizio Maggiorotti, presidente dell'A.m.a.m.i., l'associazione dei medici accusati ingiustamente. «Oggi qualunque medico attento ai dettami giudiziari, diversamente da come curerebbe i propri figli, tratta il paziente in modo “accuratamente eccessivo” prescrivendo-



Eccessi

Per le polizze, i medici spendono anche 20 mila euro l'anno, tanti per un chirurgo affermato, troppi per un neoassunto.

gli più esami e terapie di quanti ritenga necessario, non certo per superficialità o convincimento scientifico ma solo per evitare che il verificarsi di una patologia improbabile lo esponga al vaglio del magistrato e magari alla graticola mediatica». Risultato: la medicina difensiva pesa sui costi del sistema sanitario, quindi sulle spese totali del Paese, per una dozzina di miliardi l'anno. Spiega il dossier *L'Assicurazione italiana 2012-2013* che dal 2001 al 2011, mentre il Pil nazionale scendeva del 3,8%, il tasso annuo di crescita dei premi si attestava al 7,3%. E mentre le cause si impennavano fino a sfondare (anche se negli ultimi anni va un po' meglio) le 50mila, i soldi distribuiti dalle assicurazioni, che giurano di

perderci il 47% rispetto a quanto incassano con le polizze, sono saliti a 800 milioni l'anno. Con la ricaduta che dicevamo sulla “medicina difensiva”.

PUNTO DI EQUILIBRIO. Spiegano i medici che il nodo è in una sentenza della Cassazione. La quale chiama a rispondere del reato di omicidio colposo «il medico che non disponendo i necessari approfondimenti diagnostici, cagiona, con negligenza, imperizia e imprudenza la morte del paziente». Tema del verdetto era la morte d'un paziente che aveva denunciato di avere avuto un fortissimo e improvviso mal di testa: «Era condotta doverosa (...) procedere ad altri accertamenti diagnostici, nella consapevolezza che, in un soggetto affetto da cefalea sentinella, uno stato di benessere momentaneo non esclude un possibile aneurisma cerebrale». Chiede polemico Maggiorotti: come verrebbe giudicato un medico che, «di fronte a un paziente che riferisce di aver sofferto di una crisi di cefalea, asintomatica al momento della visita e presentando un'obiettività negativa, prescrive una angio-risonanza e una angiografia cerebrale? Sicuramente sarebbe additato come un folle prescrittore di esami inutili e costosi...». A farla corta, trovare un punto di equilibrio non sarà facile. Tanto più in un clima diffuso in cui, per dirla con Maggiorotti, «non ci si aspetta più che il medico si limiti a operare secondo scienza e coscienza ma che invece sia in grado di trasformare una scienza basata sulla probabilità in una scienza esatta, guarendo piuttosto che curando». Al punto che «i medici che non sono in grado di compiere il miracolo della guarigione sono visti come sacerdoti infedeli di una scienza esatta».

Broncopatie Quanti danni fa la sigaretta

COLLOQUIO CON VITO BRUSASCO

L'Organizzazione mondiale della sanità stima che entro il 2030 la broncopneumopatia cronica ostruttiva sarà la terza causa di morte nel mondo. È un'emergenza nascosta per la quale esistono **farmaci** capaci di rallentare il decorso della malattia, ma che sono di una qualche efficacia solo se la diagnosi è precoce. Come ci spiega Vito Brusasco, Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Genova.

Come ci si accorge di essere affetti da una Bpco?

«Il sintomo principale è la mancanza di fiato. Chi si ammala è nella stragrande maggioranza dei casi un fumatore e tende a scambiare i sintomi dell'aggravarsi della patologia, per esempio la tosse, con il normale invecchiamento».

Chi è a rischio?

«Normalmente viene considerato a



rischio chi abbia fumato almeno un pacchetto di sigarette al giorno per più di 10 anni e abbia superato i 40 anni di età. Ma i forti fumatori devono essere controllati anche prima. Il test da cui iniziare è la spirometria e se questa evidenzia una situazione sospetta, bisogna poi rivolgersi ai centri specializzati».

Quali sono i trattamenti oggi disponibili?

«I **farmaci** più utilizzati sono i broncodilatatori, che aiutano a prevenire le fasi acute e a rallentare il decorso della malattia. Ora poi è disponibile il glicopirronio bromuro, che agisce in pochi minuti e dura a lungo tanto che basta una sola somministrazione giornaliera. Ma è importante che la terapia venga iniziata prima che le vie respiratorie siano compromesse».

Simone Valesini

di **Dario Oscar Archetti**

archetti.dario@gmail.com



DOLORI ADDIO

Una scossa al dolore neuropatico

Dai risultati di studi seri e scientificamente importanti di psicobiologia si è arrivati alla conclusione che il dolore di origine neuropatica si può controllare, migliorare, spesso neutralizzare. Parliamo di quei disturbi che derivano da un'alterazione del sistema nervoso periferico, sporadica o peggio cronica, resistente al trattamento farmacologico.

Un gruppo di ricercatori (Nadia Bolognini e Angelo Maravita dell'Università Milano Bicocca, in collaborazione con Francesco Fenero dell'ospedale di Mantova e con Felipe Tegni della Rehabilitation Harvard Medical School di Boston) hanno verificato che delle stimolazioni elettriche non invasive e indolori della corteccia motoria sono in grado di controllare il dolore neuropatico. A conferma della validità, la ricerca è stata pubblicata dall'autorevole rivista internazionale *Pain*.

Il dolore cui fa riferimento lo studio riguarda il cosiddetto "arto fantasma": dopo un'amputazione, capita che si abbia la percezione dolorosa dell'arto che non c'è più. Se parliamo di una ricerca su casi così particolari è perché si tratta di una condizione assai difficile da trattare, anche farmacologicamente, che inganna il cervello a credere e a rappresentare qualche cosa che non c'è più. Attraverso stimolazioni elettriche anodiche (a bassa intensità, indolori e non invasive) della corteccia motoria, si è avuta una diminuzione o la totale remissione del dolore in tutti i pazienti. Questa ricerca apre possibilità riabilitative in molti casi di dolore neuropatico. Senza ovviamente gridare al miracolo, si può affermare che oggi lo specialista (neurologo, fisiatra) ha un'opportunità in più, se riterrà opportuno e indicato questo trattamento. Anche se lentamente, il lavoro dei ricercatori continua. E grazie a loro, oggi si può essere più ottimisti per quanto riguarda le patologie dolorose del sistema nervoso, tra le più invalidanti. Per tante persone che soffrono di dolore neuropatico cronico, o di dolore

meccanico strutturale o semplicemente di tipo infiammatorio, questa piccola scossa elettrica potrebbe essere una prospettiva importante verso la remissione del dolore. Un aiuto fisico, ma anche psicologico non trascurabile perché convivere con un dolore che non risponde ad alcun trattamento è una situazione psicologica piuttosto difficile.

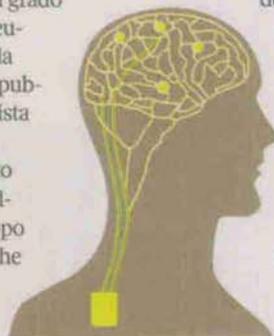
Qualità di vita accettabile. La pesantezza fisica nel sopportare queste situazioni, deriva dal fatto che si hanno dolori importanti, e una enorme difficoltà a tenerli sotto controllo. Sono segnali neurologici sbagliati che colpiscono il sistema di percezione del dolore. La conseguenza è come un antifurto, che, senza motivo, improvvisamente si mette a suonare e non si riesce a fermarlo. Perfino la morfina, tra i farmaci, può non essere sufficiente.

Può essere coinvolto sia il sistema nervoso periferico con i nervi e le radici nervose, sia il sistema nervoso centrale. I dolori possono essere conseguenti a neuropatie diabetiche, radicolopatie, nevralgie post erpetiche o conseguenze post

chirurgiche dell'amputato, che è poi la situazione su cui si è fatta l'importante ricerca.

Fortunatamente esistono centri specializzati per le terapie fisiche e le riabilitazioni delle neuropatie dove neurologi, fisiatristi, psicologi e fisioterapisti, lavorando in équipe, valutano la patologia e propongono protocolli di lavoro per permettere al paziente una qualità della vita accettabile.

Non è il caso di indicare un esercizio piuttosto di un altro o qualche terapia fisica, perché una proposta seria deve essere fatta tenendo conto del tipo di neuropatia che si sta manifestando. Si può, però, concludere con una nota di ottimismo. Esiste oggi, grazie ai ricercatori milanesi, una possibilità efficace in più nel controllo di questa difficile patologia.



Stimolazioni elettriche non invasive e indolori della corteccia motoria possono controllare il dolore neuropatico.

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 25 LUGLIO 2013

Sostenibilità Ssn. Le Regioni presentano le loro idee in Parlamento. Ecco il documento

L'obiettivo dichiarato è mantenere l'universalità del Ssn, con adeguati livelli di assistenza. Ma per farlo bisogna rimettere mano a tutto. Dai Piani di rientro, all'assistenza ospedaliera e territoriale. Non dimenticando le politiche del personale, i ticket e gli investimenti. [Ecco l'agenda delle Regioni che sarà illustrata prossimamente in Parlamento.](#)

In vista delle prossime audizioni in Parlamento nelle due Commissioni del Senato e della Camera dedicate alla sostenibilità del Ssn, la Conferenza delle regioni ha anticipato le sue osservazioni contenute in un documento approvato ieri dalla Conferenza dei Presidenti.

L'obiettivo primario per le Regioni è quello di "Garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria tenendo delle risorse finanziarie, è l'impegno che le Regioni e le Province autonome quotidianamente mettono in campo nei loro territori".

Ma per farlo, sostengono "si ritiene però indispensabile riuscire a garantire l'universalità e la sostenibilità del SSN.

Due asset che necessitano tuttavia una serie di chiarimenti su "alcune questioni importanti che – scrivono le Regioni - bisogna sottolineare per comprendere come ciò che è oggetto dell'indagine possa realizzarsi dipende dalla concatenazione di più elementi di natura diversa tra di loro, ma che insieme determinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ai cittadini italiani".

I punti sono questi:

- Patto della Salute
- Edilizia sanitaria e gli investimenti
- Costi standard
- Compartecipazione della spesa
- Piani di rientro
- Lea e Liveas
- Assistenza ospedaliera e territoriale
- Gestione e sviluppo del personale
- Sistema di controllo e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

Vediamo quindi punto per punto cosa dicono le Regioni.

Universalità del SSN

Le caratteristiche proprie del Servizio Sanitario Nazionale come la responsabilità pubblica della tutela della salute, l'universalità/equità di accesso ai servizi sanitari e il finanziamento pubblico proveniente dalla fiscalità generale, devono essere confermate.

Negli ultimi anni le diverse manovre di finanza pubblica che sono intervenute hanno determinato per l'anno 2013, e per la prima volta, una riduzione rispetto all'anno precedente delle risorse assegnate per il Fondo Sanitario Nazionale (meno 1 miliardo di €), mutando il concetto di universalità come fino ad ora conosciuto.

Pertanto, al fine di continuare a consentire alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno senza incorrere in gravi problemi economici, la prima considerazione che bisogna portare

all'attenzione del Parlamento è la necessità di evitare che la crisi economica che stiamo vivendo possa far venir meno la natura propria di universalità e solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale.

Sostenibilità del SSN

Le ultime manovre finanziarie hanno agito profondamente sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario vanificando quanto stabilito dal Patto per la Salute (2010-2012) e generando indiscutibili effetti sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza che le Regioni devono comunque garantire. La contrazione delle risorse così definite (31 miliardi di tagli dal 2010 al 2015 considerando il complesso delle manovre) pone come primo problema da affrontare nella discussione quello dell'entità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, le Regioni ritengono non sostenibile per i cittadini e per il sistema l'introduzione di 2 miliardi di € di ticket che dovrebbero entrare in vigore dal 2014 e sui quali, comunque, si è registrata ultimamente un'importante apertura da parte del Governo.

Si dovrà, quindi, prevedere un adeguato finanziamento per garantire la sostenibilità dell'attuale sistema pubblico, pregiudicato dalle ultime manovre al fine di evitare uno scenario che prefigurerebbe un autentico "stato di default" dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Patto della Salute

Il prossimo Patto per la Salute dovrà avere come obiettivo prioritario promuovere un'assunzione di responsabilità di Governo e Regioni nell'individuare strumenti innovativi che garantiscano un futuro certo al SSN, seppur in una congiuntura economica difficile.

Le Regioni, infatti, ritengono fondamentale continuare a garantire, con le misure che saranno previste nel prossimo Patto, l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale che deve assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Edilizia sanitaria ed investimenti

Per le Regioni non è più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico per cui è necessario individuare un piano di investimenti caratterizzato da assegnazione e messa a disposizione di risorse certe, che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi con particolare attenzione agli interventi di messa in sicurezza degli immobili.

Costi standard

Il percorso che si riferisce alla definizione dei costi standard in sanità deve proseguire confermando e migliorando il modello istituzionale previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Il D. Lgs. n. 68/2011 aveva, infatti, previsto che a decorrere dal 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario avrebbe portato ad un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale fin qui utilizzati. Sul DPCM che prevede i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, in sede di Conferenza Stato – Regioni del 22 novembre 2012 è stata registrata la mancata intesa, non essendo stato accolto il criterio della rappresentatività per appartenenza geografica. Rimangono da individuare le tre Regioni di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale sulla base dei criteri definiti nel DPCM.

Revisione compartecipazione della spesa

L'attuale congiuntura economica potrà rendere necessaria una revisione del sistema di compartecipazione della spesa sanitaria, senza gravare ulteriormente sui cittadini, che, però, dovrà svilupparsi sulla base di principi equi e sostenibili correlati alle patologie, alle situazioni caratterizzate da maggiore complessità oltre che dell'innalzamento della durata media della vita.

Piani di rientro

Il tema dei piani di rientro dovrà essere affrontato quanto prima recuperando la progettualità persa in questi anni. Infatti, finora il risanamento è stato solo economico ed è derivato dall'aumento di aliquote e ticket senza riuscire ad incidere sui livelli delle prestazioni da erogare, non risolvendo i nodi

strutturali ancora esistenti.

Si evidenzia, quindi, come un miglioramento dal punto di vista economico-finanziario non abbia prodotto un eguale risultato dal punto di vista dei servizi erogati e dell'assistenza. È necessario, pertanto, riequilibrare questi aspetti.

In particolare, in merito ai piani di rientro, che potrebbero essere meglio denominati come "Piani di riorganizzazione e di riqualificazione dei sistemi sanitari che comportano il rientro dal deficit", le Regioni hanno individuato alcuni aspetti che devono essere modificati e migliorati come di seguito riportato:

- è opportuno legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale ed offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali ad opera del tavolo di verifica degli adempimenti;
- il perdurare del blocco del turn-over, solo parzialmente superato dalla legge 189/2012 e la necessità di assicurare i LEA, rende indifferibile una diversa regolamentazione delle politiche di reclutamento del personale nei SSR delle Regioni in piano di rientro.

Per quanto riguarda le gestioni commissariali, pare opportuno rafforzarne il ruolo e i poteri, anche per una più idonea eventuale difesa davanti al TAR, procedendo, per esempio, a nomina e mandati con DPCM: in particolare deve essere chiarito meglio che cosa succede in caso di mancato adeguamento degli organi collegiali alle indicazioni del Commissario.

Lea e Liveas

La rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore rappresenta un altro argomento importante di discussione così come l'assenza della definizione del Liveas rappresenta un elemento mancante per una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione/ripartizione dei costi tra sanità e sociale, anche in ottica di un rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza.

Assistenza ospedaliera e territoriale

Si ritiene importante poter approfondire due importanti aspetti che sono fortemente correlati tra di loro come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera. È quanto mai necessario pensare ad una rivisitazione complessiva dell'assistenza territoriale che non si fermi, però, all'applicazione dell'art. 1 della legge n. 189/2012 e che sia in grado di accompagnare una diversa e moderna programmazione regionale dell'assistenza ospedaliera.

Gestione e sviluppo del personale

Le politiche della gestione e dello sviluppo del personale dovranno avere come indirizzo prioritario la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, al fine di attuare, anche con forme e strumenti nuovi, i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione che le Regioni stanno attuando pur con le difficoltà dovute al blocco della contrattazione non solo della parte economica, ma anche di quella normativa.

Sistema di controllo e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

A seguito delle innovazioni introdotte dal d. lgs. 118/2011 si evidenzia, al fine di dare piena ed uniforme applicazione a quanto previsto dal Titolo II del Decreto Legislativo 118/2011, che le Regioni denunciano la difficoltà di dare piena attuazione a quanto disposto dalla norma stessa.

In particolare, si segnala:

- appare oltremodo penalizzante l'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti, nello stesso esercizio finanziario in cui sono stati acquisiti, soprattutto per le realtà regionali che necessitano, con maggiore urgenza, di un ammodernamento immobiliare e tecnologico. Si consideri, inoltre, che il fondo per gli investimenti in sanità è praticamente azzerato; chi vuole fare investimenti può, pertanto, utilizzare solamente le risorse provenienti dal FSN o da risorse proprie regionali.
- la predetta normativa ha innalzato le aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti) comportando in tale modo un repentino appesantimento della costosità delle diverse aziende.
- l'applicazione delle disposizioni del d. lgs. 118/2011 prevede l'emanazione di una serie di decreti ministeriali attuativi di tali disposizioni. Si segnala che, tra quelli non adottati, rientrano anche i decreti

relativi alla determinazione dei criteri di consolidamento e quindi delle regole che saranno assunte dal "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti" per la determinazione dell'equilibrio di gestione del consolidato regionale della sanità. E' ben comprensibile come tale ritardo lasci le amministrazioni regionali nell'incertezza anche in relazione alle prossime scadenze.

LETTERE

Con i medici il fisco sta giocando sporco

Gent.mo Direttore, faccio seguito agli articoli pubblicati sul vostro quotidiano di giovedì 18 e lunedì 22 luglio c.a., per testimoniare come l'analisi condotta nei riguardi della categoria dei medici di medicina generale sia parzialmente inesatta in quanto anche la nostra categoria versa nelle stesse condizioni dei colleghi odontoiatri e pediatri.

In qualità di vice-presidente della Federazione nazionale dei medici di medicina g (Fimmg), mi è doveroso segnalare l'iniquità derivante dalle risultanze degli Studi di settore applicati a una attività come la nostra svolta, al pari dei colleghi pediatri, per la quasi totalità, circa il 99%, in regime di convenzione con il Ssn.

Il comma 1 dell'art. 10 della legge n. 212 del 2000, meglio nota come Statuto del contribuente, imporrebbe all'Amministrazione finanziaria e ai contribuenti di improntare i loro rapporti nel rispetto dei principi della collaborazione e della buona fede.

Principi presenti solo sulla carta visto che, all'atto pratico, alcuna collaborazione è richiesta e la buona fede è assolutamente carente, se si considera che l'amministrazione finanziaria, in maniera pressoché arbitraria, ha modificato, per il periodo di imposta 2012, lo studio di settore WK10, con l'intento di rendere «non congrue» posizioni che, a parità di compensi, fino allo scorso anno erano perfettamente aderenti con il dettato normativo.

Se è vero, come evidenziato sul suo quotidiano, che per i MMG il volume dei ricavi per lo Studio di settore è rimasto pressoché identico allo scorso anno non altrettanto si può dire per i «magheggi» operati sul Modello WK10 che ha visto scomparire la casella Z01, attraverso la quale era possibile sterilizzare, dal totale dei compensi perce-

piti, la percentuale derivante dal Ssn. Una semplice modifica, dunque, che però ha sortito l'effetto, unico, di «obbligare» il Mmg a dichiarare un maggior reddito, circa il 9 o 10% in più, per poter risultare congruo: circostanza questa che ha «costretto» moltissimi colleghi a sottoscrivere liberatorie nei riguardi dei propri consulenti al fine di esonerarli da ogni responsabilità seguente il mancato adeguamento allo studio di settore.

Il punto focale della questione è se le imposte devono essere calcolate sull'effettivo reddito prodotto ovve-

ro su quello presunto, frutto, cioè, dell'applicazione di algoritmi, più o meno complessi, predisposti dall'amministrazione finanziaria in funzione delle proprie esigenze di bilancio.

Ciò in quanto, nel primo caso, gli studi di settore risulterebbero inapplicabili alla nostra categoria sia perché i compensi corrisposti ai mmg sono certificati e attestati dal Ssn per la quasi loro totalità, circa 90%, sia perché la nostra attività di mmg è solo fiscalmente classificabile come lavoro autonomo essendo regolata, fin nei minimi dettagli, dal Ssn attraverso la Convenzione.

In nessun'altra attività professionale è data riscontrare una simile invadenza di un soggetto «terzo» che, attraverso la Convenzione, ne regola, solo per citarne alcuni aspetti: a) l'orario di lavoro - Art. 36, comma 5; b) la misura del corrispettivo - Art. 59; c) la costituzione e gestione della clientela - Artt. 39 e 19 della Convenzione Ssn. Al punto che sarebbe più giusto prevederne una ricollocazione fiscale fra i redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, di cui all'art. 50 del Tuir. Peraltro, se appena si consideri che per i Mmg i compensi sono «bloccati» in crescita (il medico non può assistere

oltre 1.500 pazienti) la battaglia per cercare di corrispondere le imposte su quanto effettivamente percepito e incassato appare sacrosanta. Diverso è, invece, il discorso se gli Studi di settore devono rappresentare un espediente, a disposizione dell'Amministrazione finanziaria, per incrementare il gettito delle imposte senza il disagio, e l'impopolarità, di aumentare le corrispondenti aliquote Irpef.

Non si è ancora sopita l'eco della nostra battaglia sull'Irap, volta a ottenere l'esenzione dei nostri compensi dall'ambito applicativo dell'Irap in presenza di personale di segreteria e/o infermieristico che, subito, ci vediamo obbligati ad intraprendere un nuovo contenzioso per evitare di vedere il nostro potere d'acquisto eroso sempre di più da imposte e balzelli vari.

Si è arrivati al punto che, per far fronte a queste che noi riteniamo «profonde ingiustizie», la Fimmg si è vista costretta a istituire al proprio interno una apposita «Commissione Fisco», con l'intento di proporre soluzioni e/o di suggerire comportamenti adottabili da parte dei nostri colleghi per assisterli in questa battaglia infinita con

l'Amministrazione finanziaria.

Carmine Scavone
Vice segretario nazionale Fimmg

L'economia crolla, gli studi di settore crescono

Incomprensibile, risulta essere la presunzione di risultati in ascesa, richiesti da Gerico 2013, ai fini dell'adeguamento ai compensi puntuali delle categorie professionali, come ben evidenziato da ItaliaOggi.

Interpretando il comune sentire, l'Unione Nazionale è certa di suscitare condivisione in base ad una semplice considerazione ovvero, da

un lato, le imprese registrano cali di fatturato, licenziamenti, ritardati pagamenti della P.A. e, quindi, si trovano in grandi difficoltà; dall'altro lato, le categorie professionali soffrono nella riscossione dei propri compensi, specie i dottori commercialisti che, essendo sempre a fianco all'impresa, sono i primi a percepire i segnali della crisi e a ritrovarsi incapsulati nella realtà dell'imprenditore in difficoltà.

L'indignazione dell'Ungdcec in relazione a tale anacronistica visione di compensi professionali in crescita, diventa delusione piena verso l'operato di coloro che sovrintendono alla elaborazione dello strumento, anche considerato che, l'avvenuta introduzione a partire dall'anno 2012 di una modulazione variabile delle ore dedicate all'attività, al fine di tener conto di tutti quei professionisti che si trovano nei primi anni di attività, aveva ricevuto il plauso dell'Unione Nazionale durante l'ultimo Congresso Nazionale, tenutosi ad Asti nello scorso mese di aprile, ed aveva fatto ben sperare nel senso di una graduale costruzione su misura degli studi di settore.

I fatti dimostrano oggi, invece, quanto mal riposto fosse quell'apprezzamento.

In un sistema Paese in cui ogni speranza viene negata dal modus operandi, i giovani dottori commercialisti non demordono e auspicano che, già in fase di selezione dei contribuenti da sottoporre a controllo, l'amministrazione finanziaria discrimini, anche alla luce di queste nostre evidenze, con la necessaria saggezza e buon senso, i mancati adeguamenti evitando, se possibile, inutili contraddittori e ripetuti viaggi della speranza verso gli uffici competenti.

Eleonora Di Vona
presidente nazionale UNGDCEC

MALATTIE RARE**Come aiutare il midollo spinale**

La mielofibrosi è una forma di cancro che colpisce il midollo spinale. Da quando la si contrae, la sopravvivenza media non supera i cinque anni. I sintomi più debilitanti di questa malattia sono legati alla cosiddetta splenomegalia ovvero a un aumento di dimensioni della milza che causa forti dolori, inappetenza, difficoltà nel fare attività fisica, e che può impedire alle donne di portare a termine una gravidanza.

Per i malati di questa rara forma di tumore, però, potrebbe presto arrivare una novità: si tratta del ruxolitinib, un farmaco che sembra ridurre del 52 per cento il rischio di morte entro i tre anni in caso di mielofibrosi in stadio avanzato e diminuire del 35 il volume della milza. La sua efficacia è stata confermata da due studi clinici pubblicati su "The New England Journal of Medicine". Se questi risultati saranno confermati, il farmaco potrebbe presto essere disponibile anche in Italia. **S. V.**

IN ALTO: IMMAGINE AL MICROSCOPIO ELETTRONICO DI EPITELIO BRONCHIALE SANO



ALLE MOLINETTE

Intervento con bisturi e "bacchetta magica"

MARCO ACCOSSATO

Una bacchetta magica in sala operatoria. Compiuto alle Molinette, per la prima volta in Italia, un intervento di Neurochirurgia utilizzando un ecografo intraoperatorio in grado di misurare, istante per istante, l'evoluzione di una malformazione durante l'intervento chirurgico per l'asportazione.

Si tratta di un apparecchio denominato Sonowand (letteralmente «bacchetta magica ecografica»), che accoppia un ecografo di ultimissima generazione con

un neuro navigatore. «Il che - spiegano i neurochirurghi delle Molinette - consente di avere il controllo della lesione e del tessuto sano circostante, mediante confronto con la Risonanza magnetica e con l'angiografia preoperatoria».

L'intervento è stato effettuato dal professor Alessandro Ducati e dal dottor Francesco Zenga. Il primo paziente sottoposto a intervento con la «bacchetta magica» è un ragazzo di 18 anni di Torino, che era affetto da una malformazione artero-venosa nella parte destra del cervello.



Ossitocina, l'altra faccia dell'amore

Non solo benessere, anche ansia e paura

Gli esperimenti sui topi dimostrano che l'ossitocina innesca ansia e paura di fronte al ripetersi della situazione stressante

MILANO – Dalle cure materne all'orgasmo, dal rafforzamento dei legami di coppia a quello dei legami sociali, l'ossitocina è tradizionalmente associata a sentimenti positivi. Ma l'«ormone dell'amore», oltre a unione e benessere, stimolerebbe anche dolore emotivo, paura e ansia. Lo suggerisce uno studio pubblicato su Nature Neuroscience.

VARI TOPI E DUE ESPERIMENTI – Per testare la teoria, i ricercatori della Northwestern University hanno effettuato due esperimenti sui topi. Nel primo gli animali sono stati divisi in tre gruppi: topi privi dei recettori dell'ossitocina (che permettono all'ormone di raggiungere le cellule cerebrali); topi con recettori extra (in grado di ricevere più ossitocina del solito, dunque) e topi normali. I tre gruppi sono stati messi in una gabbia con altri topi particolarmente aggressivi, un'esperienza di per sé stressante. Sei ore dopo, l'incontro con i topi aggressivi è stato ripetuto. Risultati: mentre i topi privati di ossitocina sembravano non ricordare l'incontro precedente, e quindi non mostravano segni di paura, quelli con dosi massicce di ossitocina hanno reagito con terrore alla prospettiva del secondo incontro, cercando di evitarlo. Nell'altro esperimento i topi, dopo l'incontro con i simili aggressivi, sono stati messi in una scatola dove hanno ricevuto uno shock elettrico, spaventoso ma non doloroso. Ventiquattr'ore dopo, sono stati riportati nella stessa scatola, senza ricevere lo shock. E anche questa volta, i topi con più ossitocina sono stati quelli che hanno mostrato più paura.

RAFFORZATORE DI MEMORIE - «L'ossitocina è generalmente considerata una sostanza che riduce lo stress, una convinzione che si basava su decenni di ricerca – ha spiegato Yomayra Guzman, che con i suoi colleghi è rimasta stupita dai risultati degli esperimenti da loro effettuati – Con questo nuovo modello testato sugli animali, abbiamo mostrato come in realtà aumenti la paura invece che ridurla». La spiegazione del perché la fornisce Jelena Radulovic: «Il motivo è che questo ormone in realtà rafforza la memoria sociale in una regione specifica del cervello. Questo esperimento mostra che dopo un'esperienza sociale negativa, l'ossitocina innesca reazioni di ansia e paura di fronte al ripetersi della situazione stressante». In poche parole, se un'esperienza è stata stressante o negativa, la parte del cervello che ne intensifica la memoria viene stimolata dall'ormone, aumentando la sensibilità nei confronti dei sentimenti negativi che possono insorgere in quella data situazione o una simile. E, presumibilmente, ciò vale anche al contrario, cioè quando le esperienze sono state positive e confortanti.

CONTESTO E CURE - Si tratta del primo studio che lega l'ossitocina allo stress sociale e alle risposte emotive rispetto a situazioni di stress future. Una scoperta importante, dato che lo stress sociale cronico è una delle cause maggiori di ansia e depressione, mentre le interazioni sociali positive sono cruciali per la salute mentale. Se l'ossitocina stimola reazioni positive o negative, dunque, dipenderebbe dal contesto sociale. La conoscenza di questo doppio ruolo nel ridurre o viceversa aumentare l'ansia sarà utilizzata nella ricerca farmacologica; vari farmaci anti-ansia a base di ossitocina sono attualmente in fase di test clinici, così come medicine per chi soffre d'autismo. Quindi, se l'ossitocina è uno dei motori di unione e fedeltà amorosa e può modificare positivamente le capacità empatiche degli individui nei confronti dei propri simili, stimolando benessere e fiducia, la stessa sostanza può scatenare anche reazioni opposte, paura di essere di nuovo feriti e stress emotivo. L'altra faccia psicologica dell'amore, appunto.

Carola Traverso Saibante

stampa | chiudi